

С. КРАТОХВИЛ

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕМЕЙНО- СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСГАРМОНИЙ

МЕДИЦИНА

ББК 56.14
К78
УДК 616.89-008.442.4

Издание рекомендовано для перевода проф. В. Е. Рожновым, главным психотерапевтом МЗ СССР, зав. кафедрой психотерапии ЦОЛИУВ, засл. деят. науки РСФСР; проф. Г. С. Васильченко, руководителем ВНИИ по вопросам сексопатологии.

Кратохвил С.

К78 Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск. — М.: Медицина, 1991, 336 с.: ил. ISBN 5-225-00535-7

В монографии рассмотрены причины функциональных сексуальных расстройств и сексуальной дисгармонии в семье. Описаны дифференциальная диагностика, медикаментозная терапия, а также рациональная и патогенетическая психотерапия, гипнотерапия, функциональный и психотерапевтический тренинг при различных сексуальных нарушениях. Даны рекомендации по организации и тактике семейной терапии, представлены результаты систематических исследований в области семейной терапии сексуальных нарушений.

Для психотерапевтов, сексопатологов, психиатров.

К $\frac{410811100-163}{039(01)-91}$ 139-91

ББК 56.14

ISBN 5-225-00535-7

© Stanislav Kratochvíl, 1982
© Г. С. Васильченко, предисловие.
1991

Оказание больным с нарушениями сексуальных функций действенной помощи, т. е. избавление их от предъявляемых жалоб, представляется неимоверно трудным. Большинство сексуальных расстройств обусловлено сложным влиянием биологических и социальных (точнее — психосоциальных) факторов, от определяющих «запас прочности» конституционально-физиологических механизмов до приобретенных морально-этических установок, которые в свою очередь формируются под влиянием усвоенных идеалов, осознания запретных форм активности, подсознательных эмоционально заряженных предпочтений и фобических комплексов. Именно по причине отмеченной сложности прямое воздействие на элементарный, для поверхностного взгляда простой и легко устранимый сексологический симптом, предъявленный как основная (а то и единственная) жалоба при первичном обследовании, в ходе лечения нередко вызывает активное противодействие терапевтическим мерам (чаще со стороны сексуального партнера, но иногда и со стороны самого пациента).

Другими словами, на достигнутом сегодня сексопатологией научном уровне эффективная врачебная помощь при расстройствах половой сферы требует комплексного сочетания самых разнообразных лечебных воздействий (в том числе медикаментозного, физиотерапевтического, психотерапевтического) с реабилитационными мероприятиями, направленными не только на избавление больного от предъявляемых им жалоб, но и на полное восстановление его личностного и социального статуса, самоуважения и престижа в глазах его близких. В этом лечебно-реабилитационном комплексе особое место занимают приемы, используемые для нормализации основных сексуальных функций (эрекция, эякуляция, оргазм и др.). 1970 г., когда прогрессивные американские сексопатологи Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон опубликовали монографию с описанием метода лечения, позволявшего на протяжении 2 нед добиться поразительных для того времени немедленных результатов при большинстве сексологических расстройств, можно считать датой рождения нового направления, обозначенного впоследствии как секс-те-

рапия. В последовавшие за этим годы секс-терапия не только упрочила свое положение, но и разделилась на множество кланов, умноживших не столько достижения, сколько недостатки, свойственные исходной концепции. Основная слабость секс-терапевтических трафаретов, определяемая их симптоматологической направленностью при игнорировании сложной синдромологической структуры сексуальных расстройств, роли конституционально-биологических факторов, преморбидных индивидуально-личностных особенностей партнеров и разнообразия их межперсональных установок и взаимодействий, в руках околomedicalных предпринимателей коммерческого толка привела к безусловной деградации, вульгаризации и «индустриализации» (выражение одного из американских критиков) многих направлений секс-терапии в США.

Однако подобным откровенно деляческим тенденциям противостоят озабоченные творческим развитием исходной концепции передовые исследователи. К их числу принадлежит и автор данной книги, известный сексопатолог и психотерапевт Станислав Кратохвил. Ассимилировав все положительное из современных научно-практических разработок прогрессивных сексологов многих стран мира, С. Кратохвил предложил собственную методику, на протяжении нескольких лет подвергнутую им и его коллегами верификации в условиях социалистической системы организации здравоохранения. Понимая ограниченность симптоматологического подхода как основную слабость секс-терапии (что находит свое отражение во всей книге и особенно — при анализе трудностей в проведении сексуальной терапии), автор для облегчения восприятия излагаемого им материала сознательно смещает акцент на анализ терапевтических механизмов функционального восстановления отдельных сексологических феноменов.

Изданная в 1985 г. на русском языке первая часть книги была очень быстро распродана и не смогла удовлетворить запросов всех нуждающихся в ней специалистов (сексопатологов и представителей смежных дисциплин). Данное издание расширено включением второй части («Супружеская терапия»), опубликованной в Праге в 1987 г. как самостоятельная книга.

Руководитель Всесоюзного
научно-методического центра
по вопросам сексопатологии
проф. Г. С. Васильченко

ПРЕДИСЛОВИЕ

Нормальные половые отношения являются одним из важных факторов семейной жизни. Люди, имеющие нарушения в этой области, в большинстве случаев стараются скрыть их. Обычно считают возможным сообщить своим сотрудникам или знакомым о необходимости посетить стоматолога, окулиста или другого врача, однако скрывают визит к сексологу. Поэтому реальное число партнерских или супружеских пар с нарушениями половых отношений в действительности значительно превышает официальные данные. При изучении причин разводов среди населения Праги 42% супругов указали на наличие нарушений в половых отношениях. При этом нельзя точно определить, в какой мере этот фактор играет первичную или вторичную роль. Однако социальная важность этой проблемы весьма значительна.

На протяжении последних 10—15 лет в мире был разработан ряд эффективных лечебных методов, часто позволяющих быстро устранить нарушения в половых отношениях. Автор этой работы, являющейся по сути дела первой в нашей стране, приводит превосходный обзор методов лечения, применяющихся в ряде стран. При этом он опирается на свой многолетний опыт работы в этой области и достигнутые результаты. О весьма деликатной области интимной жизни он пишет с тактом, используя современные научные данные.

Проф. Я. Рабох

ПРЕДИСЛОВИЕ АВТОРА

В предлагаемой монографии объединены две книги, которые были опубликованы на чешском языке как самостоятельные издания. В первой книге освещены проблемы функциональных сексуальных расстройств. Ее русское издание появилось уже в 1985 г. под названием «Терапия функциональных сексуальных расстройств». В новом (объединенном) издании прежний текст первой книги переработан и дополнен новыми данными. Другая книга, впервые появляющаяся в русском переводе, составляет вторую часть настоящего издания и посвящена проблемам супружеских отношений, а именно — дисгармонии в семейных отношениях, конфликтным ситуациям, возникающим в супружестве.

В обеих книгах основное внимание уделено решению указанных проблем, оказанию эффективной профессиональной помощи супругам, а также описанию апробированных психотерапевтических методов, применяемых в этой области.

Объединение книг о сексуальной и супружеской терапии в одном томе вполне обосновано. Сексуальные расстройства нередко бывают обусловлены дисгармонией в супружеских отношениях, поэтому для достижения стабильного улучшения в сексуальной сфере необходимо разрешение многих психологических проблем, в чем супруги должны получать квалифицированную помощь психотерапевтов. С другой стороны, супружеские конфликты включают также дисгармонию половой жизни супругов. Ввиду этого психотерапевт, желающий помочь своим пациентам обрести семейную гармонию, должен быть основательно подготовлен и в вопросах сексуальных нарушений в супружеской жизни. Во многих случаях трудно оказать положительное влияние на одну область, не затрагивая другой, с ней связанной.

Все эти вопросы обсуждаются в первой части настоящей книги, которая представляет собой подробный обзор современных методов лечения, составленный на основе зарубежной литературы, практики чехословацких специалистов, а также собственного опыта авторов. В нем приведены данные, касающиеся основных сексуальных нарушений у мужчин (расстройства эрекции, преждевременная и ретардированная эякуляция) и женщин (аноргазмия, фригидность, вагинизм).

Поскольку главной причиной функциональных сексуальных расстройств являются психогенные факторы, то в качестве основного метода их лечения применяется психотерапия. Поэтому методам и технике психотерапии уделено основное внимание.

Вторая часть содержит описание специального комплексного психотерапевтического метода, который в течение последнего десятилетия широко применяют на практике под названием «сексуальная терапия». Речь идет об интенсивном методе, прямо направленном на болезненный симптом. Его сущностью является систематическая лечебная тренировка сексуальной функции у партнеров при помощи постепенно усложняющихся заданий с анализом откровенных сообщений об ощущениях партнеров. В этой части автор опирается прежде всего на результаты собственной работы в данной области. Подробно описан терапевтический метод, приведены клинические примеры и достигнутые результаты лечения в психотерапевтическом отделении психиатрической больницы в Кромержиже, сексологических кабинетах и семейных консультациях в ряде городов ЧСФР. Подробно анализируются проблемы, возникающие в ходе сексуальной терапии, и причины неудач.

«Супружеская терапия» состоит из 5 глав. В первой главе изложены современные теоретические концепции, в них особенно подчеркивается то, что может быть полезным в практической работе с пациентами, испытывающими различные затруднения в супружеских отношениях. Следующие две главы касаются методов супружеской терапии. В одной из них обсуждаются вопросы коммуникации партнеров и способы решения их проблем, в другой — излагаются конкретные проблемы, возникающие у партнеров. В четвертой главе даны рекомендации по организации и выбору тактики супружеской терапии. Последняя глава содержит описание ряда исследований, анализ полученных данных, сравнение результатов, достигнутых при использовании различных форм супружеской терапии.

Данное руководство предназначено для клиницистов и специалистов, работающих в семейных консультациях.

Авторы выражают свое удовлетворение тем, что первое издание «Терапия функциональных сексуальных расстройств» на русском языке было хорошо принято советскими читателями, и надеются на благожелательное отношение специалистов к настоящей монографии, вторая часть которой впервые публикуется в русском переводе.

27 августа 1990 г.,
г. Кромержиж, ЧСФР

Станислав Кратохвил

ПЕРВАЯ ЧАСТЬ:
ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ
СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

© Stanislav Kratochvíl, 1982
© Издательство «Медицина», 1985

Функциональные сексуальные нарушения являются расстройствами, при которых отсутствует способность ощущать сексуальное удовлетворение или невозможно осуществление полового акта, приводящего к сексуальному удовлетворению, несмотря на наличие всех анатомо-физиологических предпосылок и отсутствие направленности на необычные сексуальные цели.

От функциональных сексуальных расстройств следует отличать:

а) органические сексуальные нарушения, обусловленные соматической патологией, препятствующей развитию сексуального чувства или реализации полового акта, либо вторичными поражениями в результате травм или заболеваний;

б) сексуальные девиации, отклонения в половом инстинкте, при которых отмечается аномальная сексуальная ориентация пациента (например, гомосексуализм, педофилия) или необычный способ достижения полового удовлетворения (садомазохизм, эксгибиционизм и др.).

В научной литературе встречаются понятия «расстройство половой функции» [Sigusch, 1979] и «половые дисфункции» [Kaplan, 1974]. Однако оба эти понятия более широки и включают половые нарушения функциональной и органической природы. Дихотомия «функциональное расстройство — органическое расстройство» широко используется в медицине в дифференциально-диагностическом и лечебном аспектах, однако в ряде случаев возможна комбинация психогенных и соматогенных факторов, следовательно, патогенез заболевания может быть комплексным.

К выделению функциональных сексуальных расстройств можно приступать при наличии априорной логической классификации, т. е. в соответствии с сексуальными феноменами, которые могут быть затронуты нарушением, но обязательно с учетом синдромов, чаще всего встречающихся в клинической практике. Поэтому в основе нашей работы лежит клинический опыт. Во введении мы прежде всего приведем классификацию с учетом отдельных компонентов половой реактивности, которые могут быть нарушены. К ним относятся

половое влечение, осуществление полового акта и достижение оргазма.

1. Половое влечение. Половое влечение, или либидо, представляет собой стремление к половому акту, связанное с эротически-сексуальной активностью. Аномальное повышение полового влечения обозначается как гиперэротизм (у мужчин — сатириаз, у женщин — нимфомания), а снижение или отсутствие — как гиполибидемия и алибидемия, или фригидность.

В клинической практике фригидность чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Некоторые современные англо-саксонские авторы вместо недифференцированного понятия «фригидность женщины» пользуются терминами «тотальная женская половая дисфункция» [Kaplan, 1974], «гипоактивное половое желание» [Kaplan, 1976, 1977, 1979] или «сниженное половое влечение» [LoPiccolo, 1980].

2. Осуществление полового акта. Для осуществления полового акта у мужчины должна возникнуть соответствующая эрекция, появляющаяся при половом возбуждении произвольно. Недостаточность эрекции или ее отсутствие, а также ее кратковременность приводят к невозможности осуществления полового акта. Эти нарушения обозначаются как расстройства эрекционной потенции или эрекционная импотенция. Это наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение. Если придерживаться четырехфазного цикла полового акта [Masters, Johnson, 1970], условно разделенного на фазы возбуждения, плато, оргазма и разрядки, то в данном случае речь идет о нарушении первой фазы.

У женщин этому соответствует фаза lubricации — увлажнение стенок влагалища транссудатом, набухание клитора и малых половых губ, расслабление входа во влагалище. Наружные половые органы женщины при этом становятся чувствительными к тактильным раздражениям, что вызывает специфическое психическое ощущение полового возбуждения. При расстройствах в этой фазе у женщин может возникнуть отсутствие увлажнения и других местных реакций, облегчающих половой акт, или снижение и даже отсутствие чувствительности половых органов к сексуальной стимуляции (рукой при прекоитальной подготовке или половым членом при фрикциях), что называют сексуальной гипестезией или сексуальной анестезией [Hunie, 1970]. Обычно эти расстройства сочетаются с фригидностью или аноргазмией и практически никогда в клинической практике не диагностируются самостоятельно.

Отдельной клинической формой, относящейся к этой же фазе у женщин, является произвольный спазм околослага-

листных мышц, что затрудняет пенетрацию. Эта форма расстройств называется вагинизмом.

3. Оргазм. Достижение оргазма может быть значительно облегчено или затруднено. Быстрое достижение оргазма у женщины редко становится предметом ее беспокойства, так как она может без всяких затруднений продолжать половой акт и повторно достигнуть оргазма. Редкое достижение и отсутствие оргазма, называемые олигооргазмией и аноргазмией, у женщин встречаются часто.

У мужчин, наоборот, быстрое возникновение эякуляторного рефлекса снижает шансы на сексуальное удовлетворение женщины. Это нарушение, обозначаемое термином «преждевременная эякуляция», также часто является проблемой. Реже встречается ретардированная (задержанная) эякуляция и ее отсутствие. Очень редко встречается отсутствие психического компонента оргазма, когда эякуляция возникает, но не наступает чувство полового удовлетворения. Это расстройство обозначают как *impotentia satisfactionis*.

Функциональные сексуальные нарушения чаще всего имеют психогенную причину. Также имеют значение различные конституциональные факторы и другие предрасполагающие обстоятельства, особенно возраст. К психогенным факторам относятся: 1) недостаточно эффективная стимуляция; 2) отрицательные эмоциональные влияния; 3) впечатления прошлого, отрицательное влияние семьи, характер воспитания в детстве и психические травмы в сексуальной области; 4) проблемы партнерских связей; 5) особенности характера, наличие невротических или психопатических расстройств. Эти факторы мы будем рассматривать в дальнейшем в связи с соответствующими нарушениями.

А. ОБЗОР МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЭРЕКЦИИ

1. Определение понятия и дифференциальная диагностика

Расстройства эрекции заключаются в отсутствии (или недостаточности) увеличения и уплотнения полового члена, что затрудняет или исключает проведение полового акта. Обычно эрекция недостаточна при подготовке к половому акту или резко ухудшается в критический момент перед иммиссией полового члена.

Первичные нарушения эрекции отмечаются с самого начала половой жизни. При этом пациентам либо ни разу не удавалось совершить половой акт, либо они всегда испытывали затруднения с эрекцией. О вторичных нарушениях эрекции речь идет тогда, когда они возникают после некоторого периода нормально протекавшей половой жизни. При генерализованных расстройствах эрекция нарушается в любых обстоятельствах и с любыми партнерами, а при относительных (или селективных) она нарушается только в определенной ситуации или с определенной партнершей (например, с женой или, наоборот, при внебрачных контактах). Нарушения эрекции могут выражено негативно влиять на эмоциональную сферу мужчины, оказывать фрустрирующее воздействие, приводить к невротизации, конфликтным супружеским отношениям, реактивной депрессии, суицидальным мыслям и попыткам. Импотенция глубоко нарушает чувство уверенности у мужчины.

Функциональные нарушения эрекции возникают без признаков органической патологии. В этиологии их основную роль играют психогенные и конституциональные факторы, predisposing фактором является возраст свыше 40 лет.

От функциональных следует отличать органические расстройства, при которых следует устранить основную причину. Органическими причинами нарушений эрекции могут быть:

а) аномалии или заболевания гениталий, например, недостаточное развитие половых органов, пластическая индурция полового члена, гипоспадия, морфологические изменения после травм, фимоз, воспаления, вызывающие боль при эрекции, пенетрации или эякуляции (баланиты, уретриты, простатиты и т. д.);

б) неврологические расстройства, прежде все-

го повреждения центральной нервной системы, особенно в пояснично-крестцовых отделах спинного мозга, и соответствующих нервных проводников, рассеянный склероз, сирингомиелия, спинная сухотка;

в) эндокринные нарушения, особенно недостаточное образование андрогенов;

г) сосудистые нарушения, например, стеноз, гипоплазия или облитерирующие атеросклеротические изменения сосудов, снабжающих кровью кавернозные тела полового члена [Michal et al., 1976];

д) сахарный диабет, при котором возникают ангиопатические изменения в кавернозных телах и диабетическая нейропатия вегетативных нервных волокон в поясничной области [Raboch, Raboch, 1975; Ellenberg, 1978];

е) токсические влияния, например, при хроническом алкоголизме, приеме некоторых медикаментов антихолинэргического и парасимпатиколитического действия, эстрогенов, а в некоторых случаях—высоких доз (или при длительном применении) некоторых нейроплегических, антидепрессивных и гипотензивных средств [Kaplan, 1974; Seggaves, 1977].

Частота органических нарушений эрекции, по данным разных авторов, колеблется от 10% [Kelly, 1961] до 5—20% [Kockott, 1977]. В психиатрической практике органические причины нарушений эрекции отмечают в 0,5—5% [Bräutigam, 1977]. По данным пражских сексопатологов, патологические находки имеются в 30% случаев, однако они не всегда являются непосредственной причиной нарушений эрекции. Кроме того, значительное число пациентов с грубой андрогенной недостаточностью или сахарным диабетом не имеют половых нарушений [Raboch, Brzek, 1977], часто расстройства бывают комплексными. Поэтому различия в статистических данных обусловлены отбором пациентов, посылаемых к сексопатологам, и профилем лечебного учреждения. Например, сотрудники Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии в Москве считают, что значительную роль в возникновении расстройств эрекции играют органические факторы (как актуальные, так и оказавшие в прошлом влияние на развитие организма), которые, как правило, обнаруживаются и при наличии явных психогенных факторов [Васильченко Г. С., 1977].

О преимущественно функциональном характере нарушений эрекции свидетельствуют: а) возникновение эрекции во сне (в стадии быстрых движений глаз); б) наличие эрекции при мастурбации; в) возникновение эрекции при тактильной стимуляции в прекоитальной фазе или при обстоятельствах, исключающих возможность проведения полового акта;

г) связь возникновения нарушений эрекции только с определенными партнерами или только в определенных ситуациях.

2. Психогенные факторы

Функциональные сексуальные расстройства могут иметь различные причины психогенного характера, приведенные ниже.

а. Ситуационные факторы. Неблагоприятные условия для проведения полового акта, например отсутствие возможности полной изоляции, возможность прихода другого лица, страх перед возможностью возникновения беременности или боязнь заразиться венерическим заболеванием. Эти факторы чаще всего отмечаются у молодых неженатых мужчин, скрывающих половую связь, при проживании супругов совместно с родственниками, а позже — с детьми.

б. Травмирующие переживания. Речь идет о неприятных переживаниях (страх, вина) или неприятных событиях, связанных с предшествующей половой активностью. Положительные эмоции, возникающие при половых отношениях, наоборот, способствуют стимуляции полового влечения и эрекции.

в. Проблемы партнерства. Проблемы партнерских взаимоотношений, наличие конфликтов, «агрессивное поведение» женщины, которая проявляет неудовольствие, насмехается над мужчиной или ведет себя холодно, борьба за лидерство, подозрения в неверности, охлаждение взаимоотношений и нарушение взаимопонимания — все эти факторы могут привести у некоторых мужчин к расстройствам потенции.

г. Особенности мужчин. Некоторые мужчины способны осуществить половой акт и при неблагоприятных условиях, а неудачный половой акт не вызывает у них страха или чувства тревоги перед последующей возможной неудачей. Однако ряд мужчин весьма раним в этом отношении. Речь идет о лицах со склонностью к тревожности, чувству собственной неполноценности, ипохондрии, самоанализу, с чертами психастении, с чувством чрезмерной ответственности за успешное осуществление полового акта из-за собственного престижа или из-за желания доставить женщине полное сексуальное удовлетворение. Расстройства потенции чаще возникают у акцентуированных, аномальных или психопатических лиц, имеющих затруднения в социальных и эмоциональных контактах. Отсутствие адекватных эрекции при нормальной гетеросексуальной активности может быть также проявлением девиантных сексуальных влечений (например, гомосексуализм, педофилия, садомазохизм и др.).

д. Психические состояния и психические расстройства. Со-

стояния усталости, переутомления и депрессии часто бывают связаны с нарушениями эрекции. При реактивных депрессиях следует уточнить, является депрессия следствием или причиной сексуальных расстройств. Эндогенная депрессия приводит к снижению общего витального потенциала и, параллельно, к снижению сексуальной активности. При неврозах нарушения эрекции могут быть одним из «органых» признаков невроза.

3. Патогенетические механизмы

Перед подробным рассмотрением отдельных психотерапевтических методов, применяемых при нарушениях эрекции, следует проанализировать различные патогенетические механизмы двух наиболее часто возникающих форм этих нарушений, так как они требуют различных терапевтических подходов.

Первый тип нарушений возникает в начале половой жизни и имеет центральное происхождение. Эрекция угнетена отрицательными эмоциями, сопровождающими сексуальную ситуацию. К ним, прежде всего, относятся опасения, страх перед возможной неудачей, склонность к самоанализу и т. п. Они нарушают эрекцию и делают невозможным осуществление полового акта. Неудача при осуществлении полового акта вызывает чувство неуверенности и страх, что в свою очередь углубляет эти расстройства.

Таким образом возникает порочный круг, и каждая неудача при осуществлении полового акта потенцирует нарушения эрекции.

Лечение в этих случаях направлено на устранение опасений и на создание атмосферы, благоприятствующей проведению полового акта. Следует изменить ориентацию мужчины на половой акт как на некую задачу, необходимо, чтобы он считал его естественным и приятным результатом интимных отношений.

Второй тип нарушений возникает на более поздней стадии половой жизни мужчины. Стереотипность и монотонность супружеских половых отношений, охлаждение из-за ряда конфликтов и семейных невзгод, недостаточная забота супруги о своей внешности и т. д. приводят к снижению значимости ее как сексуального объекта. Кроме того, у мужчин эрекция ослабевает с возрастом.

Лечение в этих случаях направлено на повышение действия возбуждающих факторов, усиление привлекательности партнерши, введение новых форм сексуальной активности (изменение положения и способов) и прежде всего применение периферической стимуляции, т. е. раздражения головки полового члена рукой партнерши, что вызывает эрекцию че-

рез рефлекторную дугу, которая остается эффективной при ослаблении зрительных, слуховых и тактильных сексуальных стимулов, влияющих на центральную нервную систему.

Понятно, что и нарушения эрекции второго типа могут возникать по механизму, характерному для первого типа. Стареющий мужчина с беспокойством относится к признакам снижения половой активности, особенно, если супруга начнет высказывать свое недовольство, подозревая мужа в неверности. Это приводит к фиксации нарушений потенции по механизму «забота об успехе — самонаблюдение — боязнь неудачи».

Наличие этих типов нарушений эрекции косвенно подтверждается статистическими сведениями, полученными в сексологической консультации г. Праги: отмечается два возрастных пика обращаемости мужчин с функциональными нарушениями потенции — в 21—30 лет и в 41—50 лет [Raboch, Bárťová, 1969; Raboch, Brzek, 1977].

4. Медикаментозное лечение

Основной и причинной терапией функциональных сексуальных расстройств является психотерапия. Не менее часто применяется медикаментозное лечение, возможно в связи с тем, что пациент всегда ожидает назначения ему лекарств, а от врача это требует минимальных усилий и времени. Часто препараты дают прежде всего суггестивный эффект, увеличивая уверенность пациента в собственных силах. Некоторые препараты оказывают и специфическое действие на половую функцию, особенно эффективно влияя на нарушения сексуальной возбудимости и эрекционной готовности.

Для повышения сексуальной реактивности обычно назначают препараты, содержащие тестостерон (аговирин), хотя его применение при функциональных сексуальных расстройствах остается спорным. Его использование обосновано в тех случаях, когда причиной нарушений является гормональная недостаточность, например у пациентов с евнухоидизмом. При наличии клинических признаков гипогонадизма желательно определение содержания тестостерона в плазме, однако в широкой практике это исследование малодоступно. Назначение тестостерона является оправданным при содержании его в плазме в количестве менее 5 нг/мл¹. Снижения уровня тестостерона следует ожидать у мужчин старше 50—

¹ Критический уровень находится между 2—5 нг/мл. При обследовании пациентов с синдромом Клайнфелтера оказалось, что потенция может быть нормальной и при концентрации 3—4 нг/мл [Raboch, Stárka, 1973].

60 лет. Среднее содержание тестостерона в плазме у молодых мужчин колеблется в пределах 6—11 нг/мл, причем после достижения 30-летнего возраста оно медленно снижается [Raboch, Mellan, Stárka, 1974; Stárka, Raboch, 1980].

Назначение пролонгированных препаратов тестостерона является, по мнению Нупе (1967), нецелесообразным. Некоторые авторы сообщали о побочных эффектах при применении экзогенного тестостерона в высоких дозах, проявляющихся снижением секреции гипофизарных гонадотропинов, что приводит к угнетению продукции собственного тестостерона [Kockott, 1975], гипертрофии предстательной железы, активации латентно развивающихся опухолей [Zvěřina, 1980]. Поэтому в большинстве случаев мужские половые гормоны не следует использовать в больших дозах и в течение продолжительного времени.

Обычно аговирин назначают по 10 мг 1 раз в день на протяжении месяца в виде драже или внутримышечно в инъекциях по 25 мг 1 раз в неделю (всего 10 инъекций) либо в виде аговирин-депо по 50 мг внутримышечно 1 раз в 2 нед. Его должен назначать опытный сексолог после обследования семенников и предстательной железы.

Нупе (1980) предпочитает применять вместо аговирин анаболические препараты стенолон или демалон, дающие клиннический эффект, но существенно не влияющие на секрецию гонадотропинов. Их назначают в дозе 1—2 таблетки ежедневно, часто в комбинации с анксиолитиком гваякураном.

Связь между сексуальной потенцией и уровнем тестостерона в плазме до сих пор не получила достаточного объяснения. Pirke (1977) обнаружил низкое содержание тестостерона в плазме у 8 % пациентов, получавших лечение по поводу нарушений потенции. Raboch, Mellan, Stárka (1974) выявили статистически достоверное снижение содержания тестостерона в плазме у пациентов с первичными и вторичными расстройствами потенции, по сравнению с содержанием тестостерона у мужчин, не страдающих нарушениями потенции. Кроме того, ряд пациентов с низким содержанием тестостерона в плазме имели нормальную половую активность, например, при нарушениях соматосексуального развития при синдроме Клайнфелтера или варикоцеле [Raboch, Stárka, 1972, 1973]. Krause (1977) не обнаружил достоверных различий в содержании тестостерона в плазме у здоровых мужчин и у мужчин с нарушениями потенции. У мужчин со снижением потенции отмечалось незначительное повышение содержания тестостерона при введении хорнического гонадотропина, что свидетельствует о низком секреторном ответе клеток Лейдига. Предполагается, что снижение содержания

тестостерона возможно и при вторичных расстройствах потенции, возникающих при психическом стрессе, что может вызывать нарушения в сексуальной жизни.

Результаты фармакологических исследований [Schiavi, White, 1976] свидетельствуют о невысокой эффективности андрогенов при функциональных сексуальных нарушениях у мужчин. Вероятно, они имеют большее значение для развития и функционирования структур мозга, регулирующих половое поведение, и оказывают меньшее влияние при уже сформированном половом поведении у взрослых людей. По-видимому, была бы достаточна и меньшая концентрация тестостерона в плазме по сравнению с той, которая обычно определяется у мужчин. Если бы нарушения потенции у нормально сексуально развитых мужчин были бы больше связаны с андрогенами, то критическим фактором скорее была бы чувствительность половых органов к тестостерону, чем уровень его в плазме крови [Raboch, 1977]. Но назначение экзогенного тестостерона на эту чувствительность не влияет.

Кроме андрогенов, при лечении функциональных нарушений эрекции часто применяют иохимбин, вызывающий повышение кровотока и расширение сосудов половых органов, увеличивая способность к эрекции. Его назначают по 1—2 таблетки перед предполагаемым половым актом или принимают по 1 таблетке 3 раза в день. При приеме иохимбина запрещается курить. Нупиэ (1967) рекомендует назначать иохимбин в течение 3—7 дней в комбинации с малыми транквилизаторами (мепробаматом и др.).

Прием иохимбина можно сочетать с назначением стрихнина или кофеина и натрия бромиды. Рекомендуют продолжительный прием эрвита (1 драже в день), неспецифическую общеукрепляющую терапию, соблюдение режима труда и отдыха, климато- и водолечение.

Для снижения эмоционального напряжения и страха назначают анксиолитики в малых дозах, лучше всего за несколько часов перед половым актом.

5. Рациональная психотерапия

Она основывается на объяснении характера нарушений и их коррекции с помощью успокоения, поддержки и соответствующих рекомендаций. Психотерапия ориентирована на актуальную жизненную ситуацию и активное формирование сексуального поведения пациента [Nedoma, 1963] и направлена на устранение отрицательных внешних и внутренних влияний, обеспечение эффективной стимуляции.

Воздействие убеждением, опирающееся на анамнестичес-

кое и соматическое обследование, в том числе гениталий, может включать:

а) убеждение в адекватности полового развития (речь идет о тестикулах, размерах и строении полового члена).

б) убеждение в наличии возможностей для адекватной половой жизни (следует подтвердить это анамнестическими сведениями о наличии ранних эрекций),

в) подробное объяснение психогенных механизмов возникновения нарушений, что снижает уровень тревоги у пациента, связанной с недостатком информации и логического понимания причинно-следственных связей, и позволяет давать пациенту последующие рекомендации.

Рекомендации для пациентов, у которых важную роль играет страх перед неудачей при половом сношении, в целом сводятся к тому, что на переходный период запрещаются попытки совершить половой акт и одновременно рекомендуется проведение пролонгированных интимных ласк.

Полный запрет половых сношений, рекомендовавшийся ранее авторами концепции о спинальной форме импотенции, возникающей вследствие «утомления спинальных центров», в настоящее время считается неэффективным¹. Хотя это может обусловить усиление полового влечения, но одновременно устраняемая сексуальная ситуация становится более важной и все более угрожающей. Напротив, при возможности ежедневной сексуальной игры с исключением полового акта возникает половое возбуждение, при этом снижается значимость сексуального акта, увеличивается доверительность партнеров, повышается половое влечение и одновременно возрождаются адекватные реакции гениталий [Leonhard, 1963; Masters, Johnson, 1970].

Для рекомендаций при первых сексуальных контактах молодых мужчин с нарушениями эрекции следует заручиться желанием партнерши к сотрудничеству с врачом. Эти специфические рекомендации включают следующее:

1. Постепенное «строительство» половых отношений. Рекомендуются отдельные половые эпизоды, имеющие характер испытания потенции. В дальнейшем пациент может осуществить половой акт, причем партнерша должна терпеливо и спокойно дожидаться этого.

Неженатые молодые мужчины с нарушениями потенции нередко имеют неудачные половые акты с разными партнершами. После одной-двух неудачных попыток они начинают

¹ Согласно этой концепции, пропагандируемой В. Д. Кочетковым (1968), рекомендовалось воздержание от половой жизни в течение нескольких месяцев и даже года. Она была подвергнута острой критике Г. С. Васильченко и соавт. (1977, 1978).

избегать женщин. Этим пациентам следует объяснить, что для успешной ликвидации нарушений необходима длительная интимная связь при наличии взаимопонимания, сотрудничества и терпения.

2. Откровенное признание партнерше о характере сексуальных нарушений. Это снижает напряжение, тревогу из-за возможности неправильного поведения партнерши при половом акте и, наоборот, способствует образованию хороших взаимоотношений и повышению заинтересованности партнерши к сотрудничеству. Если такая рекомендация для пациента неприемлема, то сначала можно рекомендовать такой разговор в виде исполнения роли в психотерапевтической группе [Crombach, 1979].

3. Внекоитальная сексуальная активность. Следует уделять внимание взаимным ласкам и заботам, необходимо также помнить, что, кроме полового члена, существуют руки, язык и рот, использование которых может принести партнерам много приятных ощущений. Наличие эрекции не является необходимым для достижения полового удовлетворения женщины, так как оргазм у нее может возникнуть и при мануальной или оральной стимуляции области клитора. Понимание этого партнером может снять с него «бремя ответственности» за достаточность эрекции для осуществления полового акта и полового удовлетворения женщины и поможет сделать дальнейший шаг к облегчению протекания нормального полового акта [Владимиров-Клячко С. В., 1972; LoPiccolo, 1978].

4. Градуированная половая активность. Следует устранить нетерпеливость и мнение о важности каждого сексуального контакта, подчеркнуть, что речь идет не о последнем контакте, что еще достаточно времени, что «скоро представится другой удобный случай» [Annon, 1974]. Делать только то, что приносит радость. Это позволяет преодолеть неуверенность в себе, переключиться на другой вид деятельности (вместе поесть, принять душ и т. п.), а когда исчезнут опасения, перейти к следующему этапу [Wolpe, 1969].

5. Введение недостаточно напряженного полового члена во влагалище рукой. Это рекомендуется делать в гинекологическом положении [Annon, 1974], когда у женщины лучше всего раскрыт вход во влагалище [Imielinski, 1974], что делает возможным осуществление прямого генитального контакта. Он должен сопровождаться парадоксальным внушением типа «хочу, чтобы половой член остался не напряженным», что позволяет блокировать первичный страх типа «боюсь, что половой член останется слабым» и усилить приятные ощущения, возникающие при контакте полового члена с влагалищем [Crombach, 1979].

Некоторые авторы считают возможным проведение рациональной психотерапии в виде коллективных инструктажей, бесед, дискуссий, во время которых объясняют причины возникновения нарушений и методы их лечения [Лезненко В. Н., 1967] и анонимно анализируются проблемы присутствующих пациентов [Либих С. С., 1967; Mellan, 1968].

Полезно также использование соответствующих публикаций, предназначенных для широкого круга читателей. Можно рекомендованы книги «Молодым супругам» [I. Šipova, J. Mellan, Avicenum, Praha, 1978], «Интимные отношения между мужем и женой» [S. Schnabl, Osveta Martin, 1978] и статью «Половая жизнь» [V. Bártak, в книге «Школа для новобрачных и молодоженов», Avicenum, Praha, 1979].

6. Патогенетическая психотерапия

При патогенетически ориентированной психотерапии объясняются причины и механизмы возникновения нарушений и условия формирования личности, которые могли сыграть патогенетическую роль в возникновении неадекватных реакций и расстройств; речь идет также и о переживаниях, которые пациент в настоящее время четко не осознает [Зацепицкий Р. А., 1973]. При функциональных расстройствах потенции следует прежде всего определить, какие впечатления и переживания негативно влияли на сексуальное развитие, что позволяет провести соответствующую коррекцию [Buda, 1977].

Эта «открывающая» психотерапия [Bräutigam, 1977] или «динамическая» психотерапия [Kaplan, 1974] направлена на понимание особенностей развития личности. Она проводится в виде беседы с пациентом, причем анализируют проблемы больного в связи с его отношением к отцу и матери в детстве, первые сексуальные переживания, подавленные желания, страхи и нерешенные внутренние конфликты. Понимание и отреагирование подавленных переживаний и конфликтов позволяет изменить отношение пациента к ним, произвести эмоциональную коррекцию невротического поведения, приводящего к возникновению функциональных нарушений эрекции. Уяснение пациентом неясных до этого момента связей и ошибочных суждений (перенос прошлого негативного опыта на нынешние отношения и переживания) призвано восстановить способность к соответствующей дифференцировке: к четкому пониманию того, какие переживания были адекватными в детстве и юности, а какие характерны для зрелого мужчины. Этот психотерапевтический метод осуществляется в серии индивидуальных бесед с психотерапевтом или в форме динамически ориентированной групповой психотерапии в амбулаторных условиях, дневных психиатрических санатори-

ях или в специальных терапевтических отделениях [Kratovich, 1978, 1979].

Таким образом, этот метод лечения функциональных сексуальных расстройств, являющихся органичным проявлением невроза, основан на глубоком понимании развития личности.

Эту концепцию поддерживают, например, в ГДР Нёск. Несс (1978), которые считают, что функциональные сексуальные расстройства на «основе невротического развития личности» возникают еще в раннем детстве, если формируются неправильные отношения и ожидания, которые закрепляются в периоде созревания. Особенно значимы нарушения коммуникации. Сексуальные расстройства являются проявлением глубоко лежащего невротического развития коммуникативных способностей, поэтому терапия направлена на коррекцию особенностей личности, а не только на патологический симптом. При групповой психотерапии прежде всего «расшатываются» фиксированные патологические стереотипы поведения. Пациент во время занятий в группе должен корректировать свое отношение к окружающим и, в частности, к противоположному полу, изменить свое отношение к патологическому симптому и жизненной ситуации, в которой раньше он подвергал свои отношения невротической «аранжировке».

К особенностям, которые могут явиться предметом патогенетически или динамически ориентированной психотерапии, разбора, отреагирования и коррекции относятся, например: проекция детских отношений к матери на партнершу; различные другие влияния семьи, например, роль комбинации доминирующей в семье матери и слабого отца, который, таким образом, не способствовал мужской идентификации сына; ожидания, возникшие на основе различного разделения «власти» в родительских семьях партнеров и приводящие к «борьбе за власть» или, наоборот, к обоюдному ожиданию опеки и защиты; ожидания, связанные с условиями воспитания (единственный ребенок или один из нескольких детей); отношение в родительской семье к половым проблемам; влияние на ребенка впервые увиденных сексуальных сцен; инцестные фантазии; влияние онанизма и чувства вины или ипохондрических представлений, ведущих к онанизму; чувство неполноценности из-за «небольшого полового члена»; сексуальное «обучение»; первое общение с девушками; любовные разочарования и сексуальная травматизация; случайные контакты и т. д.

7. Гипнотерапия

Внушение в гипнотическом состоянии может оказать значительное влияние на ощущения, представления и эмоции, а также на состояние физиологических функций, которые обыч-

но не подчиняются волевому воздействию. П. Б. Посвянский (1974) рекомендует проводить при нарушениях потенции 8—12 гипнотерапевтических сеансов. Во время первых 3—4 сеансов проводится общая суггестия, повышающая эмоциональный фон пациента и его стеничность, а при дальнейших сеансах суггестия направлена на специфический симптом. Kroger, Fezler (1976) рекомендуют поддерживать с помощью гипнотического внушения чувство уверенности в себе и повлиять на изменение отношения к патологическому симптому и к опасениям перед неудачей, внушить пациенту мысль о том, что они имеют преходящее значение.

Собственно на сеансах гипноза надо внушать пациенту то, что было предметом беседы при рациональной психотерапии: не следует относиться к половому акту как к некоей задаче; не следует контролировать степень эрекции; половой акт будет давать только положительные ощущения и эмоции. Исчезнут отрицательные моменты, которые нарушали его сексуальные функции; у него всегда будет достаточная эрекция.

Во время сеанса гипноза у пациента можно вызвать переживание сексуально-возбуждающих сцен, представление о полном восстановлении его половой активности; постгипнотическая суггестия закрепляет уверенность в том, что у него перед проведением полового акта и во время него будет отмечаться хорошая эрекция. Crasilneck, Hall (1975) вызывали у пациента в состоянии глубокого гипноза ощущение напряжения руки, а затем в состоянии так называемой терапевтической суггестии внушали, что «половой член во время полового акта будет таким же напряженным, как и рука в состоянии катаlepsии».

8. Психотерапевтический тренинг

а. Аутогенный тренинг. Этот метод представляет собой тренировку достижения общей релаксации в комбинации с ауто-суггестивными формулами. С его помощью пациент обучается вызывать состояние психического покоя, ликвидировать нервное напряжение, регулировать свое душевное состояние и некоторые вегетативные реакции [Kratochvil, 1976]. Аутогенный тренинг при нарушениях эрекции проводят в классическом 3-месячном варианте, предложенном J. H. Schultze, или в сокращенном 5—6-недельном варианте [Лебединский М. С., 1971] с целью устранения напряжения, опасений и страха перед половым актом [Luthe, Schultz, 1969].

Некоторые авторы рекомендуют специфические ауто-суггестивные формулы, направленные на улучшение эрекции, например, «тепло ощущается в нижней части живота», «половой член теплый и увеличивается» [Либих С. С., 1967]. В Мо-

сковском научно-исследовательском институте психиатрии В. В. Андриановым (1972) разработана методика групповых аутогенных тренировок, состоящая из нескольких стадий: а) пациенты достигают состояния аутогенно вызванной релаксации; б) они концентрируют свое внимание на активизирующих, направленных на достижение чувства уверенности в себе формулах («с каждым занятием я становлюсь спокойнее и увереннее», «моя воля усиливается и растет уверенность в собственных силах», «я здоровый, сильный, настоящий мужчина» и т. п.); в) вырабатывается представление о самом себе при оптимально протекающем половом акте; г) снова достигается состояние покоя с помощью формул «половой акт прошел успешно и в дальнейшем будет таким же успешным», «мы оба счастливы»; д) наконец, активизирующее и мобилизующее заключение («я полон энергии»).

б. Систематическая десенсибилизация. Этот метод позволяет с помощью релаксации добиться ликвидации страха. Сначала пациент учится полностью расслабляться и одновременно составляет перечень ситуаций, вызывающих у него страх, в соответствии с их значимостью. Затем на протяжении ряда сеансов психотерапевт внушает расслабленному пациенту представление об иерархии страха, начиная с тех представлений, которые вызывают это чувство в наименьшей степени. Пациент в течение нескольких секунд представляет себе соответствующую ситуацию и обусловленным движением пальцев сигнализирует, ощущает ли он страх, а затем вновь углубляет релаксацию. Это повторяется до тех пор, пока данное представление по принципу реципрокного торможения перестает вызывать чувство страха [Wolpe, 1969]. Этот метод десенсибилизации в представлениях был использован рядом авторов при нарушениях эрекции для ликвидации страха перед неудачей во время полового акта и возможным неудовольствием партнерши. Однако при сопоставлении с контрольными группами оказалось, что этот метод не имеет существенных преимуществ [Kockott, 1977].

Кроме десенсибилизации, в представлениях некоторые авторы применяют систематическую десенсибилизацию *in vivo*, когда пациент постепенно привыкает к реальной ситуации при условии доброжелательной атмосферы, создаваемой партнершей. Фактором, ингибирующим страх, является достижение только полового возбуждения вместо релаксации [Wolpe, 1969; Kockott, 1974]. Этот метод является разновидностью современной сексуальной терапии, основанной на сексуальных занятиях партнеров.

в. Аутотренинг, направленный на самоутверждение. Боязнь сексуальной неудачи может быть частным проявлением более широкого чувства страха социальной неудачи, неспособности

реализовать свои желания. В таких случаях у пациента с нарушениями потенции желательное проведение занятий, направленных на тренировку искусства общения (как отвергнуть что-то притязания, сформулировать собственные стремления, выразить положительное или отрицательное отношение, начать и закончить разговор и т. п.). Лучшим вариантом проведения занятий для формирования самоутверждающего поведения является игра предписанной роли в психотерапевтической группе с другими пациентами (психодрама). Чрезмерно стеснительным пациентам рекомендуют разыгрывать сценки, где они договариваются о свидании с девушкой, активно ведут себя на свидании, рассказывают партнерше о своих сексуальных желаниях, связанных с ними опасениях и т. п. [Crombach, 1979]. Покорные супруги могут тренировать навыки самоутверждающего поведения по отношению к жене [Lazarus, 1971]. Для решения сексуальных проблем часто наиболее целесообразным является использование нежности, похвалы, участия и т. п., чем проявление агрессии по отношению к партнерше. Некоторые авторы переходят от тренировки самоутверждающего поведения с помощью психодрамы к тренировке в реальных социальных ситуациях (например, попытка завязать разговор с женщинами в ресторане, на улице и т. д.) [Arentewicz et al., 1978].

Приведенные методы тренинга являются скорее вспомогательными, чем основными. При функциональных нарушениях эрекции наиболее эффективным является прямой тренинг нарушенной функции, который мы называем простой позитивной тренировкой [Kratochvíl, 1976], а М. С. Лебединский (1971) назвал функциональным тренингом. Он является основой сексуальной терапии, проводимой непосредственно с партнерами.

ЛЕЧЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

1. Преждевременная эякуляция и длительность полового акта

О преждевременной эякуляции (ejaculatio praecox) говорят тогда, когда мужчина не может продлить половой акт более 1 мин. Об относительно преждевременной эякуляции речь идет тогда, когда половой акт более продолжителен, но при большинстве половых актов продолжительность эта недостаточна для получения женщиной сексуального удовлетворения.

Половой акт, длящийся менее 3 мин, обозначают как *coitus brevis*. Когда эякуляция наступает перед или во время им-

миссии, это обозначают как *ejaculatio ante portas* или *intra portas*.

В литературных источниках, посвященных этой проблеме, нет четкого определения преждевременной эякуляции. Кроме приведенного выше временного критерия, к которому присоединяемся и мы, имеются еще два значительно различающихся понятия.

а. Masters, Johnson (1970) считают преждевременной эякуляцию тогда, когда мужчина примерно в 50% половых актов неспособен вызвать половое удовлетворение у партнерши. Однако этот критерий в значительной степени зависит от сексуальной реактивности женщины, которая может значительно варьировать.

б. Kaplan (1974) связывает с понятием преждевременной эякуляции нарушение произвольного контроля над эякуляторным рефлексом, неспособность мужчины переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения рефлексорной эякуляции. Однако связывать с нормой наличие произвольного контроля над этим рефлексом весьма проблематично.

Нет также единого мнения о том, какую длительность полового акта следует считать нормальной. Г. С. Васильченко (1977) на основании наблюдения 10 супружеских пар сделал вывод, что средняя продолжительность полового акта у здоровых мужчин составляет около 2 мин со средним количеством фрикций 62. Он считает, что если эти параметры не снижены, то мужчина не нуждается в проведении терапии. Если же принять данные Fisher (1973) о том, что средняя длительность полового акта, которая необходима для достижения оргазма женщинами, составляет 8 мин, то из этого следует, что значительное число женщин вообще не смогут получить полового удовлетворения. Сведения, полученные Г. С. Васильченко, в значительной степени соответствуют данным Kinsey, Pomeroy, Martin (1948) о том, что у $\frac{3}{4}$ опрошенных мужчин эякуляция возникает примерно через 2 мин от начала полового акта. Согласно статистическим данным, полученным Gebhard (1966) при обследовании 1000 супружеских пар, средняя продолжительность полового акта составляет 4—7 мин. LoPiccolo (1978) считает, основываясь на этой статистике, что лечение показано мужчинам, у которых половой акт длится менее 4 мин. Наконец, Hupf (1974) приводит сведения о том, что средняя длительность полового акта у супружеских пар в США составляет около 10 мин и зависит от социальных и культурных условий.

При анкетном опросе, проведенном в ГДР Schnabl в 1972 г., 50% мужчин и женщин указали, что половой акт у них длится более 5 мин, и чем дольше он продолжается, тем

чаще женщины достигают оргазма. По данным Gebhard (1966), полученным при опросе 964 женщин, напротив, оказалось, что многие женщины достигали полового удовлетворения при относительно кратковременной длительности полового акта. При продолжительности акта около 1 мин 27% женщин достигали оргазма, а 61—66% женщин достигали оргазма при значительно большей продолжительности акта — около 12 мин. При продолжительности акта 1—11 мин около 50% женщин постоянно испытывали оргазм, независимо от того, длился акт 1—2 мин или 8—11 мин. Gebhard объясняет это тем, что в одних случаях короткую продолжительность полового акта мужчина компенсирует более длительной подготовкой, в других же случаях, когда женщины быстро достигают оргазма, мужчина, приспособившись к такому темпу, не стремится продлить половой акт.

Masters, Johnson (1970) при лабораторных обследованиях обнаружили, что женщина при мастурбации обычно достигает оргазма в течение 3 мин. При сравнении этих результатов с данными анкетных обследований оказалось, что сексуальная реактивность женщин при обычном половом акте ниже, чем при мастурбации. Это соответствует и выводам Schnabl (1972) о том, что при мастурбации женщина осуществляет стимуляцию согласно своим ощущениям, а при половом акте она обычно должна приспосабливаться к партнеру. Половой акт придает сексуальному возбуждению и оргазму у большинства женщин более глубокое интерперсонально-эмоциональное качество.

Опираясь на данные Г. С. Васильченко и Kinsey, пациента, высказывающего озабоченность по поводу непродолжительности полового акта, можно успокоить, сказав, что его половая реактивность в целом нормальна, следует только помочь ему удлинить половой акт до достижения партнершей полового удовлетворения. Необходимо также помнить, что у мужчин ощущение оргазма, независимо от полового удовлетворения партнерши, бывает более сильным, когда его достигают при постепенном нарастании полового возбуждения, а не форсируя его.

При клиторном типе сексуальной реактивности половое удовлетворение зависит от места стимуляции больше, чем от длительности интравагинальных фрикций, которые сами по себе не играют роль пускового механизма в наступлении оргазма [Kratochvil, 1975]. Непрямое раздражение клитора при ритмическом растяжении малых половых губ при коитальных движениях часто бывает неэффективным, поэтому следует осуществлять более энергичную стимуляцию области клитора, а не удлинять продолжительность полового акта.

2. Причины преждевременной эякуляции

К причинам преждевременной эякуляции относятся:

а. Низкая частота половых актов, приводящая к чрезмерному сексуальному «заряду» и повышению сексуальной возбудимости. Это может встречаться у молодых мужчин при первых сексуальных контактах, при длительном отсутствии партнера или отсрочке полового акта из-за болезни.

б. Тревога и страх во время полового акта, связанные либо с внешними факторами, либо с беспокойством из-за возможного неудовлетворения женщины и проблем взаимоотношения с нею.

в. Привычка к быстрому наступлению эякуляции, чаще возникающая у молодых мужчин при неблагоприятных условиях для проведения полового акта, либо при длительных половых отношениях с фригидной женой, которая хочет быстрее прекратить половой акт.

г. Органические факторы, повышенная местная раздражительность при короткой уздечке полового члена, которая чрезмерно напрягается при фрикциях (в таких случаях следует произвести ее резекцию) или повышенная раздражительность при хронических заболеваниях предстательной железы, при которых должно быть проведено урологическое лечение.

Г. С. Васильченко и соавт. описали так называемый синдром парацентральных долек, при котором отмечаются корковые расстройства при нарушениях деятельности половых органов и мочевого пузыря. При этом синдроме, кроме преждевременной эякуляции, наблюдаются и другие нарушения: ночной энурез, поллакиурия, анизокория, асимметричное повышение и инверсия рефлексогенных зон ахилловых рефлексов.

Г. С. Васильченко (1956, 1977) считает, что патогенетической формой терапии этого синдрома являются хлорэтиловые блокады ромбовидной зоны в поясничной области.

д. Конституциональные факторы, которые, вероятно, являются наиболее частой причиной. Речь идет о вариабельности сексуальной возбудимости, низком пороге эякуляционного рефлекса.

При преждевременной эякуляции можно выделить так называемую астеническую форму, при которой речь идет о раздражительной слабости, часто связанной с нарушениями эрекции.

Эякуляция иногда наступает при неполной эрекции или даже неожиданно, без предшествующего сексуального возбуждения [Bilikiewicz, Imielinski, 1974].

3. Медикаментозное лечение

Для снижения общей возбудимости назначают в небольших дозах анксиолитики (мепробамат, гваякуран) или седативные средства (калаброн, гистенс, белласпон). Из нейролептиков непосредственно ингибирует эякуляцию тиоридазин, его назначают по 25 мг за час до полового акта [Bártova, Bouchal, 1965; Нупіе, 1974]. В последнее время применяют минитиксен по 2—3 драже в день или по 2 драже за 1—2 ч перед половым актом [Нупіе, 1980]. Для снижения местной реактивности наносят анестезирующую мазь на головку полового члена (цинхокаин).

Ее следует наносить на вымытую и осушенную головку полового члена за $\frac{1}{2}$ —1 ч до полового акта. Мазь действует эффективно в течение нескольких часов. Никогда не следует смазывать головку полностью, достаточно смазать лишь область уздечки. При чрезмерном снижении чувствительности эякуляция может не наступить, к тому же эрекция может стать недостаточной.

4. Рациональная психотерапия

Рациональная психотерапия основана на объяснении механизмов возникновения нарушения и практических советах для продления полового акта:

а. Рекомендация более частого совершения половых актов, в том числе молодым сильным мужчинам — повторных актов (при стенических формах).

б. Торможение быстрого наступления полового возбуждения путем переключения внимания с сексуальных раздражителей на различные несексуальные представления; правда, это редко дает положительный результат.

в. Прекращение фрикций, желательно с оставлением полового члена во влагалище, так как при половом возбуждении женщины оно расширено и головка практически не прилегает к его стенкам; иногда необходимо проведение параллельной мануальной стимуляции женщины, чтобы у нее не наступило нежелательное снижение возбуждения; иногда достаточно лишь ограничить амплитуду фрикций.

г. Нежелательно, предохраняясь от возможной беременности, прерывать половой акт, лучше пользоваться противозачаточными средствами; иногда полезно применение кондома, который несколько снижает периферическую возбудимость.

д. Использование позиции, при которой женщина находится сверху и активно проводит фрикционные движения, тогда как мужчина лежит пассивно и расслабляет мускулатуру.

3. Функциональный тренинг

Semans (1956) разработал методику специфического тренинга для отдаления времени наступления эякуляционного рефлекса. Партнерша должна производить мануальную стимуляцию полового члена и прекращать ее при появлении у мужчины ощущения приближающейся эякуляции. После нескольких таких стимуляций можно допустить наступление эякуляции. Аналогичную стимуляцию можно производить при нахождении полового члена во влагалище.

Masters, Johnson (1970) модифицировали эту методику таким образом, что женщина при приближении эякуляции должна примерно на 3—4 с сдавливать головку полового члена. При этом большой палец накладывает на уздечку, а остальные пальцы — на венчик головки полового члена. Сдавление, произведенное достаточно интенсивно и своевременно, немедленно подавляет эякуляторный рефлекс. При этом одновременно может снижаться и эрекция. Через 15—30 с стимуляция может быть возобновлена. Считают, что обе методики достаточно эффективны [Kaplan, 1974].

Первоначально имелось мнение, что эти методы наиболее эффективны, когда стимуляция осуществляется женщиной, но так как это не всегда возможно из-за нежелания партнерши, то рядом авторов была предложена методика аутостимуляции [Annon, 1974; Pondělíčková, 1977; LoPiccolo, 1978; Zilbergeld, 1978; Crombach, 1979], причем оказалось, что эффективность аутостимуляционных упражнений сохраняется и в партнерской ситуации. При полном взаимопонимании партнеров считается даже целесообразным, если мужчина заранее проведет аутостимуляцию.

Pondělíčková (1977) рекомендует молодым неопытным пациентам выполнять эту процедуру на протяжении около 2 мес. Пациент выполняет мастурбацию в сочетании с эротическими представлениями, чем достигается сексуальное возбуждение, а при приближении оргазма производит сдавление. Это повторяется до тех пор, пока эякуляция возникнет не ранее чем через 10—12 мин. После этого мужчина становится способным продолжать стимуляцию полового члена до 10—12 мин без наступления эякуляции и сдавления головки.

В отличие от ранее рекомендованного замедления или прекращения фрикций при половом акте, которое преследует цель снизить степень полового возбуждения мужчины, ряд авторов, особенно Kaplan (1974), считают, что тренинг позволяет достичь осуществления произвольного контроля над эякуляторным рефлексом и на высоком уровне полового возбуждения. При этом особое значение придается не отвлечению внимания от сексуальных раздражителей и ощущений, а,

наоборот, направленности внимания на сексуальные ощущения, в частности на приближающуюся реализацию эякуляторного рефлекса, что постепенно позволит регулировать его. По мнению Kaplan, достичь желаемого эффекта, т. е. контроля над эякуляторным рефлексом при мануальной стимуляции, можно в течение 3—4 нед. Мы пока скептически относимся к возможности достижения произвольного контроля над эякуляторным рефлексом и считаем, что следует научить мужчину так регулировать уровень сексуального возбуждения, чтобы эякуляция не возникала достаточно долго.

При мануальной стимуляции рекомендуется применение смазывающих средств (лучше всего желе патеол), с одной стороны, для того, чтобы не возникало раздражение слизистой оболочки, а с другой стороны, чтобы степень увлажнения достигала приблизительно степени влажности влагалища.

Положительные результаты были получены при групповых занятиях [Kaplan et al., 1974; Golden, 1978], в том числе у мужчин, которые посещали группу 1 раз в неделю в течение 2—3 мес, а остальные дни занимались в домашних условиях [Zilbergeld, 1975, 1978; Zeiss, 1978]. Рекомендации были направлены на то, чтобы пациенты практиковали прекращение фрикций или метод сдавливания как самостоятельно при мастурбации, так и с партнершей при мануальной стимуляции и, наконец, при половом акте. При занятиях с парами объяснялась техника стимуляции клитора и аутоstimуляции у женщин, с помощью которых женщина может помочь достижению оргазма или облегчить его возникновение.

ЛЕЧЕНИЕ РЕТАРДИРОВАННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ И ЕЕ ОТСУТСТВИЯ

1. Определение понятий. Причины

Ретардированная эякуляция и ее отсутствие в клинической практике встречаются относительно редко. При этих расстройствах пациенты обычно имеют хорошую эрекцию и способны осуществить половой акт, но эякуляция задерживается или не наступает вообще, несмотря на то что стимуляция является вполне достаточной. Следует различать тотальное отсутствие эякуляции и отсутствие эякуляции при половом акте¹. В первом случае пациент не может вызвать эякуляцию ни одним способом, в другом случае ее можно вызвать с помощью мастурбации, но никогда при половом акте. Вероятно, это связано с недостаточной стимуляцией при половом акте, вследствие чего эякуляторный рефлекс не «включается», или

¹ Советские авторы [Маслов В. М., 1978] выделяют абсолютную и относительную анэякуляцию.

же партнерша способствует подавлению эякуляции. При кон-
тальной анэякуляции пациент может при половом акте выз-
вать оргазм у партнерши, а сам затем достичь эякуляции
при мастурбации. Иногда это осуществляется в присутствии
или с помощью партнерши, иногда же присутствие партнер-
ши вызывает угнетение эякуляции, поэтому пациент вынуж-
ден производить мастурбацию в одиночестве.

От патологического нарушения эякуляции следует отли-
чать сниженную потребность в эякуляции, что наблюдается
с возрастом у некоторых мужчин. Для наступления эякуля-
ции у них следует значительно увеличить число фрикций, а
при некоторых половых актах, особенно при частых, она не
происходит вообще. В возрасте старше 50 лет не каждый
половой акт заканчивается эякуляцией, снижается экскреция
спермы [Hynie, 1974] и сами акты длятся дольше, чем ранее.
Иногда наблюдается так называемая астеническая эякуля-
ция, когда семенная жидкость не извергается, а свободно вы-
текает.

Своеобразным нарушением является так называемая im-
potentia satisfactionis [Matussek, 1971], когда отсутствует пси-
хический компонент оргазма, т. е. субъективное переживание
высшей степени удовлетворения, несмотря на то что эякуля-
ция наступает. Напротив, при применении некоторых лекарств
(тиоридазина) может возникнуть так называемая сухая
эякуляция, когда при наступлении оргазма не происходит
выделения спермы. При ретроградной эякуляции происходит
заброс спермы в мочевой пузырь.

Kaplan (1974) описывает «частичное угнетение эякулятор-
ного рефлекса», когда имеется комбинация астенической эяку-
ляции и снижение психического компонента оргазма; пере-
живание оргазма очень слабо выражено.

Органические нарушения редко бывают причиной указан-
ных расстройств. К ним относятся нарушения нервных цент-
ров и проводящих путей, повреждения спинального центра
эякуляции и соответствующих симпатических волокон, IV по-
ясничного симпатического ганглия при некоторых операциях,
например симпатэктомии при артериальной гипертензии
[Zinsser, 1976], нарушениях тактильной чувствительности на
половом члене. Kaplan (1974) приводит случай ретардиро-
ванной и полностью отсутствующей при половом акте эяку-
ляции у пациента с травмой позвоночника с нарушением
чувствительной иннервации нижних конечностей и полового
члена. Эякуляция может быть блокирована тиоридазином и
лекарствами, применяемыми при лечении гипертонии (гуане-
тин, исмелин).

Психогенными причинами могут быть различные наруше-
ния взаимоотношений с партнершей, например, амбивалент-

ные отношения, скрытая агрессия, пренебрежение к партнерше и др. Masters, Johnson приводят в качестве казуистической причины ортодоксальное религиозное воспитание, при котором онанизм запрещался и тяжело карался, а травмирующие ситуации возникали, если мужчина был застигнут во время мастурбации или совершения полового акта. Мы наблюдали один случай вторичного угнетения эякуляции, когда в начале супружеской жизни муж задерживал эякуляцию для того, чтобы жена не забеременела. Через некоторое время эякуляция исчезла и ее было невозможно вызвать даже тогда, когда супруги захотели иметь детей. Подобный случай описан Masters, Johnson (1970).

2. Лечение

В случае полного отсутствия эякуляции или ее отсутствия при половом акте применяют все формы стимуляции, которыми пациент может ее вызвать, а затем постепенно делают попытки вызывать ее совместно с партнершей при половом акте. Например, женщина производит стимуляцию полового члена по желанию партнера, чтобы она могла убедиться в том, что у него может произойти эякуляция при ее участии и помощи. Затем партнер после подготовительных любовных игр мастурбирует сам или с помощью партнерши до того момента, когда приближается момент эякуляции и производит пенетрацию для того, чтобы эякуляция произошла во влагалище. Постепенно следует научиться вводить половой член в такой момент, чтобы перед наступлением эякуляции можно было бы произвести несколько фрикций. Половой акт проводят так, чтобы раздражение полового члена во время фрикций можно было бы дополнить стимуляцией собственной рукой или рукой партнерши. Эффективность повышается, если этот момент дополнить сексуальными фантазиями. При половом акте можно использовать некоторые приемы, которые могут в стадии фрикций способствовать усилению полового возбуждения и наступлению эякуляции (например, при половом акте женщина находится в бюстгальтере, а затем, для усиления полового возбуждения у партнера, снимает его).

При тотальной анэякуляции рекомендуется тренировка эякуляционного рефлекса с помощью вибратора [Vogt, 1978]. По его данным, из 43 мужчин с отсутствием эякуляции примерно у половины она восстановилась при первой стимуляции вибратором. У остальных мужчин она восстановилась через несколько сеансов. Стимуляцию сначала продолжают 10—15 мин (максимально 30), в дальнейшем же сокращают до 5 мин.

Так как предполагают, что отсутствие эякуляции связано

с общей астенизацией, то рекомендуют проведение общеукрепляющего лечения и физиотерапии. Нупие (1974) советует принимать по $\frac{1}{2}$ —1 таблетке эфедрина за полчаса перед половым актом в связи с влиянием препарата на работоспособность соответствующих мышц. Правда, из-за его центрального психостимулирующего эффекта наблюдается затруднение засыпания.

ЛЕЧЕНИЕ АНОРГАЗМИИ И ФРИГИДНОСТИ

1. Определение понятий. Причины

Под анооргазмией подразумевают отсутствие чувственного «пика» (оргазма) при сексуальной стимуляции. Как правило, она отмечается у невозбудимых фригидных женщин. Как самостоятельное половое расстройство диагностируется тогда, когда партнерша при сексуальной стимуляции возбуждается, но оргазм наступает редко или вообще не наступает. При редком наступлении оргазма говорят об олигооргазмии. Некоторые женщины не достигают оргазма при половом акте, но достигают его при мастурбации (коитальная анооргазмия), другие же не испытывают его ни при половом акте, ни при мастурбации (тотальная анооргазмия). Некоторые женщины переносят анооргазмию, несмотря на свою возбудимость, без ущерба для здоровья. Половой акт им приятен и доставляет им определенное психическое успокоение и без оргазма, возбуждение у них угасает постепенно [Nedoma, 1961]. Однако нередко у возбудимых женщин анооргазмия вызывает беспокойство и напряжение (приступы головной боли, бессонница, боли в нижней части живота, раздражительность в отношении с партнером). Сначала это отмечается непосредственно после полового акта, не завершившегося оргазмом, но в дальнейшем может привести к невротическим расстройствам со стойкими симптомами [Zdimalová, Kratochvíl, 1966; Kratochvíl, Uhrilová, 1978], охлаждению к партнеру и избеганию полового акта, конфликтным супружеским отношениям, а в соматической сфере — к синдрому застойной гиперемии тазовых органов [Kaplan, 1974]. Когда анооргазмия становится предметом беспокойства, тогда женщина или ее партнер обращаются за советом к врачу. Иногда на необходимость лечиться по поводу анооргазмии женщине указывает психотерапевт, обследующий ее в связи с невротическими расстройствами или супружескими конфликтами.

В этой связи следует уточнить, что подразумевают под женским оргазмом. Он часто определяется как субъективное ощущение женщины в виде пика возбуждения с последующим резким падением психического и мышечного напряжения

[Kinsey et al., 1969]. Перед достижением оргазма женщина чувствует, что ей хочется продолжать половой акт «все больше и больше», пока внезапно у нее не наступит успокоения и релаксации [Fisher, 1973]. Ряд современных авторов [Kaplan, 1974; Kline-Graber G., Graber B., 1976] усматривают сущность оргазма в объективно регистрируемой физиологической реакции, которая заключается в 4—10 произвольных ритмических сокращениях «зоны оргазма» (наружная треть влагалища, разбухшая от полнокровия сосудов) и окружающей мускулатуры сначала с интервалом 0,8 с, а затем реже, как это установили Masters, Johnson (1966). Субъективно отмечается ощущение стягивания или пульсации в области вульвы и влагалища. Однако возникает сомнение относительно того, не обусловлено ли стопроцентное обнаружение указанной реакции в экспериментах подбором женщин с высокой степенью возбудимости, способных испытывать оргазм в лабораторных условиях в присутствии посторонних; являются ли вагинальные сокращения действительно необходимым условием достижения наивысшего удовлетворения у всех женщин и не могут ли некоторые женщины иметь оргазм и без них [Chesser, 1970; Singer J., Singer I., 1973; Zilbergeld, 1978]. Кроме того, при текущем обследовании возникает вопрос, может ли женщина достаточно четко осознавать наличие этих сокращений, даже если они и сопутствуют оргазму. При анкетном опросе 200 женщин некоторые указали, что оргазм у них не сопровождается ощущением стягивания или пульсации [Kratohvil, Uhlirövá, 1978]. Поэтому в клинической практике в дальнейшем можно придерживаться определения оргазма на основании указаний женщины на его испытывание; при этом можно учитывать, что речь идет о столь своеобразном переживании, что женщина «узнает» его и без ощущения каких-либо сокращений, интенсивные же местные ощущения (приливы тепла, произвольные сокращения и пульсация в области влагалища и половых губ) у большинства женщин играют второстепенную роль.

Под фригидностью понимают отсутствие полового влечения и сексуальной возбудимости. Иногда для определения снижения или отсутствия полового влечения (либидо) применяют термины алибидемия или гиполибидемия [Schnabl, 1972; Bräutigam, 1977]¹. Неспособность или низкую способность к сексуальному возбуждению в специфически сексуальной ситуации, а также к реагированию в виде сладострастных (волюптемических) ощущений и увлажнения влагалища, что связано с отсутствием чувствительности половых

¹ Проф. Нупе считает, что лингвистически понятия алибидемия и гиполибидемия более правильны.

органов при половом акте, определяют понятием сексуальной анестезии или сексуальной гипестезии [Hynie, 1970]. В клинической практике оба эти нарушения, как правило, связаны между собой — женщина, у которой отсутствует половое влечение и которая при сексуальной стимуляции не испытывает полового возбуждения, не достигает обычно оргазма, и таким образом фригидность в большинстве случаев включает и аноргазмию.

Иногда у женщин со сниженным половым влечением могут наступать возбуждение и оргазм вследствие эффективной сексуальной стимуляции, хотя это происходит очень редко. В связи с этим Nedoina, Barták, Raboch (1954) выделили анестетически-фригидный синдром без оргазма и анестетически-фригидный синдром с оргазмом.

В нашей практике встречались женщины, которые при каждом половом акте возбуждались и достигали оргазма, но сексуальную активность они не проявляли; сексуальное влечение полностью отсутствовало. Другие фригидные женщины считали, что могут достигнуть оргазма с «большим напряжением», но он «не стоит того».

Обычно фригидные женщины обращаются за помощью к врачу по настоянию своих партнеров, обеспокоенных их низкой сексуальной реактивностью.

Аноргазмия и фригидность могут быть первичными или вторичными. Первичные расстройства отмечаются с самого начала половой жизни, вторичные — после некоторого периода нормальных половых отношений. Аноргазмия и фригидность могут быть полными или частичными (гиполибидемия, сексуальная гипестезия, олигооргазмия), генерализованными (абсолютными), т. е. наблюдаться со всеми партнерами и во всех ситуациях, или селективными (относительными).

Селективные расстройства могут отмечаться при интимных отношениях только с определенным партнером (например, с мужем, с женщиной, которым женщина пренебрегает, или, наоборот, которого она очень уважает) или в определенной ситуации (например, при совместном проживании с родственниками или с детьми), в определенном эмоциональном состоянии (депрессия, беспокойство, страх, опасение забеременеть) и в некоторые периоды жизни. Некоторым женщинам, например, необходим определенный период регулярной половой жизни для того, чтобы у них возникло половое влечение и способность к оргазму.

Аноргазмию в начале половой жизни Barták (1976) называет «физиологическим дефицитом оргазма», а Hynie (1970) считает анестетически-фригидный синдром начала половой жизни проявлением психосексуальной незрелости.

Аноргазмия и фригидность могут быть обусловлены стро-

гим воспитанием, сексуальными неприятностями в детстве или другими психотравмирующими обстоятельствами, а также неиспользованием эффективной сексуальной стимуляции. Первичная фригидность может быть также конституциональной. Вторичная фригидность иногда возникает при аноргазмии как защитная реакция против частого «беспокойства на-прасно».

Необходимость лечения этих расстройств в значительной степени зависит от того, насколько это беспокоит женщину. Они могут служить стрессовым фактором, негативно влиять на настроение, вызывать невротические расстройства, а также могут быть сами по себе симптомами неврозов. В других случаях женщины не страдают от этого и не нуждаются в лечении. Некоторые обращаются за помощью к врачу по настоянию партнера или в связи с тем, что чувствуют себя «обделенными» в жизни, сравнивая свои переживания с переживаниями своих более сексуально реактивных приятельниц.

Кроме фригидности, которая заключается в безразличии к половой жизни, иногда наблюдается отвращение к половому акту, сексуальная аверсия. Отвращение может касаться только полового акта, но иногда оно генерализуется и даже на прикосновение партнера (некоторые женщины легче переносят половой акт, чем тактильную стимуляцию партнера). Такая тактильная аверсия часто зависит от нарушения взаимоотношений с партнером или от специфических сексуальных травм.

2. Медикаментозное лечение

Для снижения страха и напряжения применяют гваякуран и диазепам (по 2—3 таблетки в день). При депрессивных состояниях — протиаден (с повышением дозы от 1 до 3 таблеток, длительность приема 2—3 мес). Для повышения сексуальной реактивности назначают эрвигит (1 таблетка в день), иохимбин (по 1 таблетке 3 раза вне менструаций), а из гормональных препаратов — агонирин (по 1 драже в день во второй половине цикла, на протяжении 2—3 циклов). В такой дозировке прием мужского полового гормона не опасен в плане вирилизации. Женские половые гормоны не влияют на сексуальную реактивность женщины.

3. Рациональная психотерапия

Рациональная психотерапия является наименее сложной и непродолжительной по времени формой лечения. Чаще она проводится как предваряющая другие, более сложные психотерапевтические методы. Она заключается в сообщении опре-

деленной информации, объяснении, убеждении и ободрении: использует обоснование и логическую аргументацию; ее целью является: а) улучшить общее отношение к сексу и собственной половой активности женщины; б) устранить факторы, мешающие ее половой жизни; в) выявить способы эффективной стимуляции.

Информация необходима в тех случаях, когда нарушения связаны с недостаточным знакомством с функционированием мужских и женских половых органов при сексуальном возбуждении и стимуляции.

Характер советов зависит от сексуальных проблем и является, естественно, сугубо индивидуальным. Чаще всего женщинам дают следующие рекомендации:

1. Создать благоприятные условия для интимных отношений (покой, интимное освещение, тихая музыка и т. п.).

2. Сформировать положительное отношение к партнеру (припомнить его хорошие стороны, быть ласковой, предотвращать конфликты, особенно в те периоды, когда можно ожидать проявления сексуальной активности).

3. Концентрировать мысли и представления на сексуальной активности и приятных ощущениях от прикосновений.

4. Ознакомиться со своими половыми органами в одиночестве при помощи зеркала и определить их чувствительность при помощи прикосновений.

5. Чаще в одиночестве вызывать сексуальные представления.

6. Попросить партнера продлить любовные игры перед половым актом.

7. Выяснить свой тип реактивности и приспособить к нему сексуальную технику.

Если сексуальная активность женщины имеет клиторный тип [Kratochvíl, 1975; Schnabl, 1972], то необходима стимуляция клитора. Следует условиться с партнером, чтобы он осуществлял стимуляцию клитора не только во время любовных игр, но и продолжал ее в течение всего полового акта вплоть до наступления оргазма. Стимуляцию можно производить рукой партнера или собственной рукой. Считают, что этот тип реактивности равноценен вагинальному типу.

8. Вести во время любовной игры и в течение полового акта руку партнера.

9. Определить влияние «позиции» во время полового акта, в частности испробовать положение партнерши сидя сверху, что позволяет ей регулировать самой частоту и амплитуду движений и стимулировать при этом область клитора.

10. Быть во время игры и полового акта активной, мобилизовать свои возможности для достижения оргазма, а не полностью полагаться на партнера.

11. Быть инициативной в плане стимуляции сексуальной активности партнера, используя для этого собственное положительное настроение.

12. При боязни забеременеть выбрать эффективное противозачаточное средство.

13. Откровенно обмениваться мнениями с партнером о сексуальных ощущениях и потребностях либо о мешающих факторах; тактично объяснить ему, что с его стороны могло бы повысить половую возбудимость женщины и создать предпосылки для достижения оргазма.

Для большей продолжительности полового акта партнеру можно рекомендовать замедление фрикций или прерывание их, применение презервативов или смазывание головки полового члена цинхокаиновой мазью за час до полового акта.

Женщинам, если во время любовной игры у них недостаточно увлажняется влагалище, рекомендуется применение смазывающих средств. Наиболее подходит для этой цели стерильное желе патеол, имеющее нужную консистенцию, не влияющее негативно на среду влагалища и легко смывающееся водой.

Если партнеры охотно сотрудничают, то эта форма психотерапии позволяет часто достичь положительных результатов [Святош А. М., 1977; Васильченко Г. С., 1977].

Частью рациональной психотерапии является также чтение соответствующей литературы, из которой пациентки могут получить подробную информацию. В частности, наиболее подходящими для этого являются следующие книги: J. Šipová, J. Mellan «Молодые супруги», V. Barták «Половая жизнь» (в книге J. Mrkvicka et al. «Школа для новобрачных и молодых супругов») и S. Schnabl «Интимные отношения мужа и жены».

4. Патогенетическая психотерапия

Патогенетическая терапия основана на беседах пациента и врача, во время которых выявляются психогенные причины расстройства. Анализируется биография пациента с особым вниманием на его отношениях с окружающими в различные периоды жизни, на конфликтах, переживаниях и жизненных ситуациях, которые предшествовали заболеванию и могли бы повлиять на возникновение сексуальных расстройств. Анализ должен быть ориентирован как на актуальные ситуации, так и на прошлое. Психотерапия позволяет обнаружить более или менее ясные связи и мотивы, а также и те, которые до сих пор оставались неосознанными. Основой патогенетической психотерапии является понимание личности и ее отношений как внутренних причин функциональных рас-

роЙств. Главным принципом терапии является коррекция личности и изменение ее установок. В отличие от рациональной психотерапии при этом не ограничиваются чистой информацией и указаниями психотерапевта, но приходят к истине на основе собственных усилий пациента, т. е. к пониманию связей и к выяснению механизмов собственных ошибочных выводов на основе прошлых переживаний личности. Беседы могут быть индивидуальными либо проводится групповая психотерапия [Васильченко Г. С., 1977; Kratochvíl, 1978], как в амбулаторных условиях, так и в специализированных отделениях (особенно когда пациентка невротизирована или ее сексуальные расстройства выступают как проявления невроза).

Жизненными проблемами, которые находятся в патогенетической связи с сексуальными расстройствами у женщин и которые чаще всего бывают предметом патогенетически ориентированной психотерапии, являются:

1. Строгое воспитание в семье в отношении секса.
2. Формирование отношения к собственному телу, особенно к половым органам, боязнь прикосновения к собственному телу, негативное отношение к онанизму и боязнь его отрицательных последствий.
3. Модели женского и мужского поведения заимствуются у родителей; перенос взаимоотношений в родительской семье на взаимоотношения к партнеру.
4. Психотравмирующие влияния в детстве и юности, связанные, например, с наблюдением полового акта родителей; столкновение с негативными проявлениями секса со стороны себя или близких людей (изнасилование, нежелание забеременеть, прерывание полового акта, венерические заболевания, осуждающая реакция окружающих).
5. Психотравмирующие обстоятельства в начале собственной половой жизни, например собственные неудачи, разочарования, насильственное принуждение к половому акту, внутренние конфликты в связи с сексом, чрезмерная генерализация негативного опыта (перенесение его с одной связи на другую) и т. д.
6. Конфликты и проблемы в нынешних отношениях с партнером.

7. Необходимо также выяснить, не кроется ли за относительной фригидностью или аноргазмией в отношениях с определенным партнером чувственная связь с другим мужчиной.

5. Гипнотерапия

Этот метод оказывает воздействие не через рассудок или раскрытие переживаний, а через измененное путем соответствующего внушения состояние сознания, при котором значительно

увеличивается восприимчивость к суггестии, с помощью которой можно влиять на сексуальные переживания. После введения в состояние гипноза одним из общепринятых методов [Kratochvíl, 1976] пациентке проводится внушение, направленное на повышение уровня сексуального влечения и сексуальной реактивности или на облегчение достижения оргазма. Внушение можно производить как в постгипнотическом состоянии, так и непосредственно в состоянии гипноза.

1. Постгипнотическая суггестия у фригидных пациенток содержит формулу повышения уверенности в своих сексуальных возможностях и усиления сексуальной возбудимости при половой активности с партнером, например: «Вы нормально возбудимая женщина, способная к сильному половому возбуждению и достижению полового удовлетворения. Вы проявляете интерес к сексуальной активности, рады ей, жаждете ее, можете полностью ей поддаться, интенсивно переживать ее, активно вести себя. Ваше возбуждение будет постепенно достигать пика. Ваше тело будет автоматически реагировать так, чтобы вы достигли полного успокоения». Формула терапевтического внушения должна подробно и точно, в различных словесных оборотах отразить, каких изменений следует ожидать под влиянием гипнотерапии. Однако следует отработать краткую фразу, так называемую основную формулу, которая неоднократно повторяется в последних внушениях, чтобы прочно закрепиться в памяти (например, «Вы возбудимая женщина, способная достигнуть полного удовлетворения»).

2. Непосредственно в гипнотическом состоянии внушаются яркие сексуальные представления, переживание сексуальной активности с партнером (ласки, половой акт), хорошее настроение и нарастание возбуждения, а также физиологические реакции организма в виде тепла в нижней части живота, прохождение тепла по телу, увлажнение промежности, ощущение сексуального возбуждения и т. д. Женщина инструктирована таким образом, чтобы при возникновении у нее внушаемых врачом переживаний и ощущений она сигнализировала об этом сгибанием пальца. В некоторых случаях женщина может в состоянии гипноза полностью пережить ощущение полового акта и достичь оргазма. В связи с этим переживанием в постгипнотическом внушении можно отметить, что точно так же удачно будет всегда протекать ее сексуальная активность с ее партнером. Преимуществом такой методики по сравнению с чистым постгипнотическим внушением является то, что правильное протекание сексуального возбуждения и способность к сексуальным реакциям моделируются у пациентки в гипнотическом состоянии.

Эффективность гипнотерапии особенно высока у тех жен-

щин, которые могут погрузиться в глубокий гипноз, в котором внушаемые переживания приобретают характер реальной ситуации, в то время как реальность перестает восприниматься, а физиологические реакции протекают в соответствии с внушаемой ситуацией автоматически. Терапевтический эффект может быть достигнут и в состоянии поверхностного гипноза; при этом пациентка активно сотрудничает с врачом и добивается реализации формул внушения. Разумеется, суггестивные формулы и представления должны быть увязаны с проблемами пациентки и ее отношениями с партнером, не смешиваясь с ситуацией, в которой проводится гипнотерапия.

6. Психотерапевтический тренинг

Главным принципом психотерапевтического тренинга является обучение, повторение, привычка. Он заключается в планомерных занятиях с постепенным усложнением заданий и повышением требований. Наиболее часто применяемыми методами психотерапевтического тренинга при лечении функциональных сексуальных расстройств являются аутогенный тренинг, систематическая десенсибилизация, тренинг мышц тазового дна и аутостимуляционный тренинг. Отдельной формой тренинга являются сексуальные занятия партнеров.

а. Аутогенный тренинг. При аутогенной тренировке женщина научится достигать релаксации мышц, что комбинируется с концентрацией внимания на представлениях и формулах, содержащих внушение ощущений тяжести, тепла, спокойного дыхания, спокойного пульса, тепла в нижней части живота и прохлады в области лба [Kratochvil, 1976]. Стандартные формулы повторяются 3 раза в день по 5 мин на протяжении 6—12 нед. Применяются индивидуальные аутосуггестивные формулировки соответственно имеющимся расстройствам. Аутогенный тренинг является распространенным психотерапевтическим методом и при лечении неврозов. При наличии сексуальных расстройств у женщин он используется следующим образом:

а) женщина обучается сосредоточивать свое внимание на определенной мысли, так как при половом акте это облегчит концентрацию внимания на сексуальных ощущениях и тем самым будет способствовать большей эффективности стимуляции;

б) к стандартной формуле «в животе ощущается тепло» дополняется формула «тепло ощущается в нижней части живота», «промежность теплая и влажная», которые помогают женщине регулировать ощущения в области гениталий, увеличивают приток крови и повышают чувствительность половых органов;

в) стандартные формулы можно дополнить индивидуальными, согласно специфике нарушений, например, «половая жизнь мне нравится», «достичь возбуждения мне легко», «мое возбуждение постепенно достигает пика», «я дойду до полного погружения в сексуальные переживания» и т. п.

б. Систематическая десенсибилизация. Этот психотерапевтический метод направлен на ликвидацию чувства страха. Он заключается в том, что пациент под руководством психотерапевта постепенно представляет угрожающую ситуацию в состоянии релаксации (которое противоположно состояниям страха), тем самым постепенно привыкая к ней и добиваясь ее игнорирования. Метод основан на принципе реципрокной ингибиции страха [Kratochvil, 1976]. В ряде случаев происходил перенос терапевтического эффекта из области представлений на реальную ситуацию. Иногда систематическую десенсибилизацию проводят не только в представлениях, но и *in vivo*. При сексуальных нарушениях систематическая десенсибилизация проводится в тех случаях, когда в результате психотравмирующей ситуации, связанной с сексом, наступила фиксация негативной реакции страха или сопротивления. Например, страх в связи с дефлорацией, появлением болей во время полового акта, боязнь мужских половых органов, страх, связанный с необходимостью преодолеть чрезмерную стыдливость и т. п. В состоянии релаксации женщина вызывает соответствующие представления и постепенно адаптируется к ним. Проводимая самостоятельно систематическая десенсибилизация изменяет негативную реакцию (страх) на нейтральную (покой, безразличие). В дальнейшем желательно перевести нейтральные эмоции в позитивные (сексуальное возбуждение), чего можно добиться в помощью суггестии.

в. Тренинг мышц тазового дна. По мнению некоторых авторов [Annon, 1974; Arendáš, Augustin, 1974; Deutsch, 1968; Heimanová, LoPiccolo, LoPiccolo, 1976; Kline-Graber J., Graber I., 1976], можно повысить сексуальную возбудимость и способность к оргазму у женщин путем тренировки мышц тазового дна и отдельных мышц, которые американские авторы называют *m. pubococcygeus* (в нашей анатомической терминологии речь идет о *pars pubica m. levatoris ani*). Считают, что их стимуляция половым членом во время фрикций вызывает наступление вагинального оргазма, а их сокращение является составной частью оргастической реакции [Kline-Graber J., Graber I., 1976]. Следует научить женщину идентифицировать эти мышцы и владеть ими, а также путем тренировок повысить их тонус и силу. Тренировка осуществляется по методу, разработанному А. Кегел для лечения женщин с недержанием мочи; усиление генитальных ощущений при половом акте и оргастическую реактивность автор отметил как

побочный эффект. Идентифицировать функцию этих мышц можно с помощью такого приема: во время мочеиспускания следует широко развести ноги и выпускать мочу небольшими порциями. Затем производят тренировку этих мышц без мочеиспускания, вызывая представление о расширении и увлажнении влагалища. Ее проводят несколько раз в день сидя или стоя с постепенным наращиванием ощущения сокращения мышц. Тренировка может быть чисто механической, но может сопровождаться и сексуальными представлениями.

Heiman и соавт. (1976) рекомендуют проводить тренировку в течение недели с постепенным увеличением числа упражнений от 2 до 10 в день, а затем продолжать, выполняя хотя бы одно упражнение в день. Annon (1974) предлагает начать тренировку с 6 упражнений в день, повышая их численность до 10 в течение недели, до 20 в течение 2-й недели, а на 3-й неделе — до 50 в день. Выполнять эти упражнения следует как медленно, так и быстро, как во время оргазма.

J. Kline-Graber, I. Graber (1976) рекомендуют делать упражнения 3 раза в день по 5 мин в течение длительного времени, а затем, если при гинекологическом обследовании тонус мышц все-таки окажется низким, то упражнения следует выполнять 2 раза в день по 20 мин. Сокращения мышц следует повторять с 6-секундными интервалами, причем на первой секунде вызывают сокращение мышц, которое надо удерживать, а на 5-й или 6-й секундах расслабляют их. Проверить, удалось ли произвольно сокращать мышцы, можно с помощью введения во влагалище пальцев или кольпотометра [Arendáš, Augustin, 1974].

Упражнения способствуют повышению сексуальной реактивности, увеличивают кровоток в вагинальной области и путем неспецифического влияния позволяют женщине оказывать достаточное внимание своим гениталиям.

г. Аутостимуляционный тренинг. Он основывается на том, что фригидная или аноргастичная женщина заранее сама определяет свою сексуальную возбудимость, чтобы затем иметь возможность сообщить сведения о своей сексуальной реактивности партнеру и использовать это при половом сношении с ним. Аутостимуляция позволяет женщине преодолеть «запреты» и полностью поддаться сексуальному возбуждению, а также выявить, что для нее является наиболее эффективной стимуляцией. К тому же это не мешает ей уделять внимание партнеру. О положительных результатах при проведении аутостимуляционного тренинга сообщил R. Kovárik (1977) (в рамках курортного лечения женских половых расстройств на курорте Франтишкови-Лазне). Некоторые авторы проводили этот тренинг в виде 9—11 занятий [LoPiccolo, Lobitz, 1972; Heiman et al., 1976; Kline-Graber J., Graber I., 1976].

Проведение аутостимуляционного тренинга показано прежде всего в тех случаях, когда женщина ни разу не переживала оргазм. Сначала следует определить отношение партнеров к мастурбации, так как нельзя ожидать успеха в тех случаях, когда к мастурбации имеется глубоко укоренившееся негативное отношение, вытекающее из всего мировоззрения пациентки. При этом надо иметь в виду, что мастурбация сама по себе при данном методе является не целью, а средством, способствующим достижению оргазма при половом акте. Мужчины обычно охотно принимают это «средство», направленное на развитие сексуальности их жен, особенно если им обещают, что в дальнейших фазах обучения они будут ассистировать и помогать аутостимуляции партнерши.

LoPiccolo, Lobitz (1972) рекомендуют проводить сеансы 3 раза в неделю, а J. Kline-Graber, I. Graber (1976) — 5 раз в неделю по 20 мин. Обычно через 4—12 нед женщина обучается легко достигать оргазма. Занятия, планируемые обычно на неделю, должны проходить примерно в такой последовательности: 1. Тщательное рассматривание собственных гениталий в зеркале с привыканием к их виду. 2. Рассматривание в сочетании с «исследовательскими» прикосновениями. 3. Систематические прикосновения к чувствительным зонам. В дальнейшем — непрерывная стимуляция чувствительных областей. Для увлажнения рекомендуется применять смывающееся водой желе, кремы или масло. 4. Повышение интенсивности стимуляции и продление ее до 30 мин в сочетании с эротическими фантазиями. 5. Используя для стимуляции вибратор (применяется в области клитора), можно передавать вибрацию через пальцы собственной руки. Вибрация должна быть достаточно интенсивной, чтобы быстро привести к достижению оргазма. (Авторы приводят случай, когда оргазма удалось достичь через 3 нед занятий с более чем полу часовой стимуляцией и вибратором.)

В дальнейшем можно перейти к методике, которая относится к области сексуальной терапии, о чем подробно будет сказано во втором разделе книги.

7. Улучшение общего самочувствия и семейных отношений

Значительное влияние на течение терапии сексуальных расстройств у женщины может оказать неспецифическое лечение, основанное на улучшении общих соматических и психических кондиций (отдых, спорт, водолечение, любимые занятия и т. п.) [Kovářík, 1977]. Для повышения сексуальной реактивности важно иметь «хорошее ощущение себя в обществе» [Fisher, 1973].

Следует помнить, что у большинства женщин сексуальная

реактивность связана с эмоциональной романтической окраской отношения к партнеру, поэтому они очень чувствительны к трудностям во взаимоотношениях с ним. Эти нарушения могут быть обусловлены охлаждением, разочарованием из-за поведения партнера и конфликтами в различных внесексуальных областях совместных отношений. Поэтому в тех случаях, когда имеется конфликтная ситуация, в рамки терапии сексуальных расстройств необходимо включить и помощь в решении супружеских проблем. Следует посоветовать супругу, чтобы он обращал внимание не только на сексуальную «технику», но и на различные психологические моменты, к которым относятся достаточное внимание к жене, оказание ей помощи в ведении домашнего хозяйства, ободрение ее, совместные прогулки, объятия вне сексуального «контекста», предоставление возможностей жене пожаловаться на свои трудности, и разделял ее повседневные заботы.

Если речь идет о первичном нарушении отношений между партнерами, то перед сексуальной терапией проводится так называемая супружеская терапия, которая основана на понимании причин конфликта, создании всяческих возможностей для отреагирования взаимных обид, восстановления правильного характера общения и на выработку конструктивного решения проблем и разногласий.

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНИЗМА

1. Определение понятия. Причины

Вагинизм — это рефлекторное сокращение мышц входа в таз и других мышц тазового дна, препятствующее введению полового члена во влагалище. Он имеет характер защитного рефлекса, связанного с реальной, ожидаемой или представляемой пенетрацией. Иногда он сопровождается рефлекторным сведением бедер и изгибанием тела (как при опистотонусе), страхом перед дефлорацией, половым актом или какой-либо пенетрацией во влагалище [Masters, Johnson, 1970; Hynie, 1974; Kaplan, 1974; Fertel, 1977; Eicher, 1979].

Следует различать генерализованный вагинизм, рефлекторно возникающий и при гинекологическом обследовании, и прекоитальный вагинизм, который отмечается только при попытке полового акта. Первичный вагинизм наблюдается при первых попытках проведения полового акта, вторичный — когда прежде половой акт был осуществим. Первичный вагинизм может стать причиной такого супружества, в котором половые отношения отсутствуют в течение многих лет. Либи́до и способность к оргазму могут при этом сохраняться или

постепенно развиваться (оргазм может быть вызван раздражением области клитора).

Arentewicz, Schmidt (1980) выделяют четыре степени вагинизма. В наиболее тяжелых случаях вагинальное обследование гинекологом возможно только под наркозом. В тяжелых случаях возможно только введение пальца. В менее тяжелых случаях возможно введение нескольких пальцев, но не полового члена. В легких случаях иногда возможно введение полового члена, но оно всегда сопровождается болью.

В дифференциальном плане следует отличать вагинизм от простого фобического избегания полового акта, при котором спазм не возникает, и от соматических заболеваний или аномалий, которые затрудняют проникновение во влагалище. К ним относятся прежде всего ригидная девственная плева или другие морфологические изменения, воспалительные процессы во влагалище или промежности, которые вызывают боль при попытке полового акта.

Чаще причины вагинизма имеют психогенный характер (зафиксированная рефлекторная защитная реакция на неприятное переживание или более глубокие интрапсихические и интерперсональные причины, связанные с отношением к сексу или к партнеру). К условнорефлекторным причинам относятся также фиксированные защитные реакции на болезненную либо психотравмирующую попытку половой близости. Первоначальный раздражитель, которым является физическая боль или психический стресс, вызывает судорожное сокращение мышц. Соматическими факторами могут быть ригидная девственная плева или остаток ее после недостаточной дефлорации, сухость входа во влагалище, воспалительные процессы и т. д. Если рефлекс сформировался, то устранение местных или психических причин не всегда ведет к его погашению. При попытке преодолеть вагинизм силой его проявления усугубляются. Субъективно может сыграть роль ожидание чрезмерной болезненности или телесного повреждения, или на основе собственного опыта, или в связи с представлениями.

При продолжительном супружестве без интимных отношений встречается комбинация вагинизма с расстройствами потенции у партнера. Eicher (1979) при обследовании группы из 52 женщин, страдающих вагинизмом, обнаружил, что у 25% их партнеров имелись первичные или вторичные сексуальные расстройства. Мужчины часто бывали пассивными, зависимыми; оба супруга обычно боялись агрессивности в сексуальной области. Иногда нарушения потенции у мужчин были первичными, у других они возникали вторично из-за невозможности осуществить половой акт с партнершей; эрекция была слабой, эякуляция быстрой и осуществлялась между бедер или *ante portas*.

Причиной вагинизма может быть прямолинейное и агрессивное поведение партнера в начале сексуальной жизни при попытке дефлорации или, наоборот, недостаточно энергичное и настойчивое поведение. В последнем случае женщина может на более или менее сознательном уровне негативно относиться к партнеру, считая, что он недостаточно мужествен, и затягивать осуществление дефлорации, которая при более решительной сексуальной стимуляции партнерши могла бы быть легко проведена.

К глубоким интрапсихическим и интерперсональным причинам вагинизма относятся патологическое развитие личности, амбивалентное отношение к сексу и к партнеру, конфликты между партнерами. Иногда вагинизм может быть средством защиты против партнера, который для женщины непривлекателен, либо средством защиты от мужа, с которым женщина имеет семью на основе других, незротических побуждений [Hynie, 1974].

Masters, Johnson (1970) при исследовании 29 случаев вагинизма обнаружили, что из этиологических факторов на первом месте находится неспособность мужчины к половому акту, на втором — ортодоксальное религиозное воспитание, затем — сексуальные травмы в прошлом и гомосексуальная ориентация. Из психических травм на первом месте находилось изнасилование.

Выделены два типа женщин с невротическими особенностями личности в связи с их отношением к мужчинам [Bräutigam, 1977]:

а. Женщины с инфантильным отношением к сексуальности: они находятся под влиянием религиозных или других антисексуальных представлений и сексуальность у них связана со страхом или ощущением вины. Они игнорируют свое тело, особенно гениталии, которые считают чем-то постыдным и нечистым. О сексуальных отношениях они информированы мало или эта информация ими отвергается. Они не хотят или не могут принять на себя роль зрелой женщины.

б. Женщины с конкурентным и агрессивным отношением к мужчинам: сексуальное подчинение для них представляется проявлением опасной слабости, а представление о пенетрации связано у них с ощущением подчиненности. Такие женщины стремятся конкурировать с мужчинами и неохотно подчиняются им.

Приведенное разделение напоминает типы, выделенные Friedmann (1963) при анализе группы из 21 женщины, проживающих в браке без сексуальных отношений:

а. Тип «спящей красавицы», т. е. с инфантильным отношением к сексуальности; у них сексуальность «спит». Они считают, что влагалище у них слишком мало для полового

члена, что он может поранить его как то веретено из сказки, которое в этом случае представляет собой фаллический символ.

б. Тип Брунгильды, который характеризуется конфликтом между лаской и агрессией, нежеланием подчиниться мужу.

в. Тип «пчелиной королевы (матки)», т. е. женщины, которая не думает о сексе и желает лишь забеременеть.

По данным некоторых авторов, среди пациенток, страдающих вагинизмом, встречаются личности с истерическими чертами характера, многочисленными соматическими расстройствами и театральными реакциями, особенно проявляющимися при гинекологическом обследовании [Eicher, 1979].

2. Рациональная психотерапия в сочетании с гинекологическим обследованием

Гинекологическое обследование производят с целью исключения локальных факторов, которые могут рефлекторно вызвать вагинизм. При ригидной девственной плеве или наличии аномалий входа во влагалище выполняют гименэктомию, расширение входа во влагалище или соответствующее оперативное вмешательство, но рефлекторный спазм может оставаться и после этого. Поэтому пациентке объясняют рефлекторную природу вагинизма, демонстрируют анатомическую схему, корректируют неправильные представления о болезненности и опасности пенетрации, и постепенно страх перед пенетрацией снижается при расширении любовной игры без насильственных попыток к проведению полового акта. Это может быть эффективно лишь в тех случаях, когда расстройство еще не столь прочно зафиксировалось, а также в случаях, когда в его возникновении преимущественную роль играет непреодолимый стыд или недостаточное сексуальное влечение. У партнеров, которые обычно достигают полового возбуждения и оргазма внекоитальным путем, достичь ликвидации вагинизма при помощи этого метода трудно.

3. Патогенетическая психотерапия

Патогенетическая психотерапия заключается в систематической работе над выяснением отношения женщины к сексуальности, собственной женской роли, к мужчинам вообще и к собственному партнеру. Параллельно определяют ее отношение к родителям, характер полового воспитания в семье, узнают о первой сексуальной информации, первых эротических связях, перенесенных сексуальных травмах. Уточняют характер противоречивых отношений к мужчинам и к сексуальности. Все эти вопросы могут быть выяснены с помощью

специального схематического опросника, предложенного Friedmann (1963). Уточняют, чего женщина ожидает в сексе от партнера, какое поведение партнера ей приятно, а какое отталкивает. Используют терапевтические механизмы разъяснения, отреагирования и эмоциональной коррекции незрелых установок, связанных с прошлыми переживаниями.

Этот метод можно использовать в виде индивидуальных бесед, а также в рамках систематической групповой терапии [Kratochvil, 1976].

4. Систематическая десенсибилизация

Систематическая десенсибилизация является методом, при котором применяют релаксацию и направленные представления для ликвидации фобии перед пенетрацией [Kratochvil, 1976]. Женщина после ряда занятий обучается полной релаксации, затем в релаксированном состоянии она представляет различные фазы подготовки к пенетрации, пока не станет способна без неприятных ощущений вообразить пенетрацию и половой акт.

Более эффективно проведение десенсибилизации *in vivo*, в реальной ситуации с партнером; десенсибилизация в представлениях может быть для них удобным предварительным шагом в процессе лечения.

5. Гипнотерапия

Fuchs и соавт. (1975) сообщили о применении гипноза при систематической десенсибилизации по поводу вагинизма. Они проводили 8—10 сеансов, во время которых внушали пациентке переживание ситуаций, вызывающих у нее страх, пока она не становилась способной воображать с положительными эмоциями в состоянии гипноза половой акт. По мнению авторов, гипноз более перспективен, так как он позволяет добиться большей релаксации и интенсивности переживаний и представлений.

Наш собственный опыт применения гипноза у пациенток с функциональными сексуальными расстройствами свидетельствует о том, что у гипнабельных женщин не возникает значительных проблем при достижении приятного переживания полового акта, внушенного в гипнозе. Обычно для этого достаточно 2—3 занятий. У так называемых активных гипнотических субъектов переживание внушения ясно отражается в мимике, дыхании и движениях. Пассивным субъектам для ориентации в том, что с ними происходит, мы предлагали

сигнализировать поднятием пальца одной руки, если переживания приятны, или поднятием пальца другой руки, если переживания неприятны. Проблемы скорее возникают при переходе от переживаний в состоянии гипноза к реальной ситуации; они обычно не очень легко устраняются, несмотря на повторную постгипнотическую суггестию. Гипнотическим внушением мы подкрепляли мотивацию, подчеркивали в суггестии, что пациентка сама хочет, чтобы интимные отношения дошли до пенетрации, что она не будет ей препятствовать и даже, наоборот, будет ей способствовать. Мы внушали, что при представлении полового члена мужа ее ноги непроизвольно раздвигаются, а вход во влагалище «автоматически» расширяется. В ряде случаев мы пробовали давать в постгипнотической суггестии следующее «аутостимулирующее» внушение: если пациентка прижмет большой палец к указательному, ее тотчас же покинет страх и вход во влагалище станет совершенно свободным.

Fuchs и соавт. (1975) описали метод гипнотической десенсибилизации *in vivo*, когда перед введением все более крупных гинекологических расширителей пациентка сама вызывает у себя состояние аутогипноза.

Советские авторы [Иванов Н. В., 1974] используют обычную гипнотерапию, в рамках которой сначала применяют успокаивающие формулы, а затем внушают информацию о правильном реагировании при половом акте, мотивируя это тем, что в состоянии гипноза было достигнуто «укрепление нервной системы».

6. Функциональный тренинг

Речь идет о прямом постепенном восстановлении нарушенной функции. В случае вагинизма проводят соответствующие тренировки в сочетании с расширением входа во влагалище путем введения расширителей все большего размера; расширители оставляют в течение определенного времени во влагалище. Степень расширения влагалища должна соответствовать размерам полового члена. Женщина может с применением зеркала вводить расширители сама или привлечь к сотрудничеству партнера, а в дальнейшем перейти к попыткам введения полового члена партнера. Лечение начинают с гинекологического обследования.

Masters, Johnson (1970) считают, что при генерализованном вагинизме необходимо проведение такого обследования в присутствии мужа, который, надев перчатки, должен вместе с женой удостовериться в том, что патология заключается в констрикции мышц вокруг нижней трети влагалища, кото-

рая возникает и при попытке введения пальцев. Другие авторы, наоборот, не рекомендуют проводить обследование в присутствии партнера [Ellison, 1973]. Затем следуют задания для домашних упражнений.

Masters, Johnson рекомендуют использовать расширители Гегара, другие врачи применяют резиновые катетеры различных размеров. Аппон (1974), Kaplan (1974) информируют партнеров о возможности применения пальцев рук — от мизинца до большого пальца, а затем и двух или трех пальцев, которыми растягивают влагалище. Позже можно использовать различные заменители полового члена, например продолговатый гладкий вибратор. При дальнейших занятиях пациентка может попробовать насадить на дилататор, который она держит в вертикальном положении. Это наиболее выгодное направление введения, которое в дальнейшем можно использовать при насаждении на половой член в положении сидя сверху на партнере (эрекцию она по мере необходимости может вызывать сама путем мануальной стимуляции).

Для того чтобы при первой половой пенетрации преодолеть сопротивление девственной плевы (если перед этим использовались расширители, размеры которых не превышали размер отверстия в девственной плеве) можно принять положение, которое обозначают как дефлорационное. В этом случае женщина ложится навзничь на край ложа, ноги свешивает на пол, а мужчина стоя или находясь на коленях вводит половой член, направляя его от лонной кости кверху во влагалище, причем женщина может помогать своими пальцами раскрывать его [Šipová, Mellan, 1978]. Этот метод можно использовать в той стадии вагинизма, когда рефлекторный защитный спазм будет ликвидирован. Как предупредительная мера перед возможным возникновением боли за полчаса до полового акта можно применить цинхокаиновую мазь.

Как следует из сказанного выше, в лечении вагинизма основным фактором является изменение отношения и поведения женщины при попытках пенетрации. Пенетрация невозможна при настоянии партнера, поэтому все шаги в этом направлении, сопровождающиеся элементами насилия, запрещены. Сначала используют расширители или пальцы руки, а затем эрегированный член партнера, который ни к чему женщину не принуждает, ничего от нее не требует. Женщина сама должна быть активной, сама отвечать за успех полового акта. На каждом этапе она проводит упражнения столько раз, сколько может. Применяется также десенсибилизация *in vivo*.

Kaplan (1974) рекомендует женщинам с вагинизмом не избегать полностью неприятных ощущений, объяснить ей, что они будут, но она должна быть готова к этому, а потом эти

ощущения исчезнут, она с ними справится. Речь идет об использовании одного из принципов гештальттерапии, заключающегося в том, что во время терапии пациент не должен избегать неприятных ощущений, что он может способствовать преодолению их и разрешению трудных ситуаций.

Во время всех занятий следует смазывать расширители и половой член желе, кремом или растительным маслом либо использовать смазанный кондом.

Рекомендуется несколько раз в день проводить тренировку мышц тазового дна по методике, предложенной Kegel [Kaplan, 1974], что может способствовать произвольному контролю над мышцами, которые судорожно сокращаются при вагинизме. Этого произвольного контроля быстрее можно достичь путем чередования сокращений и релаксации, чем упражнением одной лишь релаксацией [Fertel, 1977].

Занятия производят с помощью методики, не вызывающей чрезмерного возбуждения у женщины. Как уже было сказано, преодолеть страх можно при помощи сильного сексуального возбуждения, достигаемого при любовной игре с ласками и стимуляцией половых органов. Следует научиться достигать оргазма у женщины при проведении поверхностной мануальной стимуляции с попыткой ввести пальцы во влагалище перед наступлением оргазма, во время или после его наступления, когда ощущение страха подавлено сильным возбуждением или посторгастическим расслаблением [Аппон, 1974].

7. Замечания о диспареунии

Под диспареунией подразумевают появление неприятных или болевых ощущений во время полового акта при отсутствии вагинизма [Hynie, 1970; Masters, Johnson, 1970]. Она возникает в результате аномалий, травм, дегенеративных или воспалительных изменений наружных или внутренних половых органов. Они чаще являются предметом гинекологического лечения, чем сексологической психотерапии, поэтому мы не уделяем в работе значительного внимания этой проблеме.

Правда, в некоторых случаях могут иметь место психосоматические расстройства, возникающие или поддерживаемые психогенными факторами. Тогда следует комбинировать специфическую гинекологическую терапию с психотерапией [Höck, 1973]. К психогенным факторам могут относиться негативное отношение женщины к конкретному партнеру или к сексу вообще. Первично возникший органический симптом может поддерживаться по механизму вторичной выгоды, которым для женщины является возможность из-за болезненного

состояния избегать половой близости с партнером, к которому она испытывает отвращение, или по крайней мере существенно ограничить ее.

Боли, возникающие во влагалище, преимущественно в начале полового акта, могут быть просто следствием его недостаточного увлажнения. Для коррекции этого нарушения рекомендуется: а) продлить любовную игру, чтобы возникло достаточное увлажнение стенок влагалища, а транссудат в достаточном количестве достиг его входа; б) исключить неблагоприятные психические влияния, т. е. отрицательные эмоции, особенно чувство страха, которые могут блокировать выделение транссудата, а у мужчин подавить эрекцию. Если все же выделение транссудата недостаточное, то следует использовать желе или смазанный кондом.

Б. СЕКСУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

РАЗВИТИЕ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

1. Определение понятия

Название «сексуальная терапия» возникло и применяется в научной литературе после основополагающей работы Masters, Johnson (1970) и развито далее Kaplan (1974), LoPiccolo (1979) и другими.

В основе метода лежит терапевтическая работа врача (могут быть и 2 врача — мужчина и женщина) с партнерами, направленная непосредственно на сексуальный симптом и заключающаяся в выполнении сексуальных заданий; после чего партнеры откровенно обсуждают с врачом ход выполнения этих заданий и те ощущения, которые они при этом испытывали. С помощью этого метода достигается открытое обсуждение желаний и ощущений; снижение напряжения (коммуникационный тренинг); постепенно восстанавливается нарушенная функция (функциональный тренинг) с поиском и использованием наиболее эффективных сексуально стимулирующих раздражителей и с преодолением отрицательно воздействующих внешних и внутренних факторов; ликвидируется страх (десенсибилизация *in vivo*).

Партнер с нарушениями эрекции постепенно превращается из наблюдателя, контролирующего свою эрекцию, в активного участника полового акта, получает чувственное наслаждение от контакта с партнершей и ее возбуждения и перестает блокировать свою физиологическую реакцию. Партнер с преждевременной эякуляцией при сотрудничестве со своей партнершей достигает с помощью чередования стимуляции и методики сдавления возможности регулировать свой эякуляционный рефлекс. Пациентка с фригидностью или аноргазмией становится после занятий активной, находит для себя эффективные сексуальные раздражители и полностью на них концентрируется. Женщина, страдающая вагинизмом, тренируясь в сотрудничестве с мужем, обучается с помощью введения расширителей все большего диаметра или пальцев и в дальнейшем может ввести во влагалище половой член, чего перед этим очень боялась.

Все это происходит в откровенной доверительной атмосфере, в которой не обязательно сразу добиваться каких-то показателей и в которой даже неудачи (утрата эрекции, преждевременная эякуляция, отсутствие оргазма у женщины и т. ли)

рассматриваются как закономерный элемент на пути восстановления функции. Задачей врача является стимуляция откровенного общения между партнерами, комментирование достигнутых результатов и подбор индивидуальных заданий партнерам.

2. Возникновение и развитие

Возникновение сексуальной терапии связывают с появлением в 1970 г. монографии Masters, Johnson «Human sexual inadequacy», в которой подведены результаты терапии, проводимой ими с 1959 г. в Сент-Луисе (США), приведена методика и пятилетние катamnестические результаты лечения 510 партнерских пар.

По мнению Masters, Johnson, сексуальные дисфункции зависят от обоих партнеров, поэтому в процессе лечения должны участвовать оба партнера. Лечебная программа заключается в 14-дневных занятиях; она составлена как интенсивное перевоспитание с систематическим тренингом. В нее входят ежедневные систематические занятия в условиях гостиницы с ежедневным посещением двух врачей в амбулатории. В первый день с каждым партнером в отдельности проводят беседу, направленную на выяснение анамнестических сведений, причем в первый день она проводится с врачом того же пола, а на следующий день — с врачом другого пола. Идет подробный разбор особенностей анамнеза и жалоб обоих партнеров. На 3-й день производится соматическое обследование, после чего проводится оценка случая и общая дискуссия. В дальнейшем ежедневно даются партнерам соответствующие задания и обсуждается их выполнение, причем информация о сексуальных ощущениях должна быть полностью откровенной. Домашние задания партнеры выполняют 2 раза в промежутке между посещениями амбулатории, через 4 дня занятий один день предоставляется для отдыха. Через 2 нед лечения рекомендуется 2-недельный отдых с посещением новых мест, приятными занятиями и т. п. с целью восстановления психологического равновесия.

Результаты лечения при пятилетнем катamnезе оказались весьма успешными, причем наибольший эффект был достигнут при преждевременной эякуляции, а наименьший — при первичных нарушениях потенции.

Дальнейшее развитие сексуальной терапии ознаменовалось появлением монографии профессора психиатрии Корнеллского университета Н. S. Kaplan «The new sex therapy» (1974). Автор расширила границы психотерапевтического применения метода. И хотя в основе остался терапевтический метод, предложенный Masters, Johnson, но у Kaplan он

не имеет столь одностороннего технико-тренингового характера и гораздо больше уделяет внимания интрапсихическим и интерперсональным проблемам и конфликтам. Одновременно Карлап опустила необходимость некоторых трудно выполнимых рекомендаций по организации сексуальной терапии (два терапевта, ежедневные занятия, выведение партнеров из привычной среды и др.), приспособив метод лечения к личности каждого из партнеров и их взаимоотношениям. Автор метода дает партнерам задания, в процессе выполнения которых у них появляются новые переживания, позволяющие устранить влияние прежних переживаний; одновременно она использует их как материал для более быстрого проникновения в психологические причины нарушенной функции. Главным признаком ее метода является применение систематически структурированных, ориентированных на соответствующие переживания занятий партнеров и психотерапевтических бесед, во время которых в случае необходимости используются все средства современной, в частности, динамически ориентированной психотерапии. Интрапсихических конфликтов, разбор которых является предметом продолжительной динамически ориентированной психотерапии, автор стремится избегать при сексуальной терапии, пока это возможно. Если же иногда их избежать не удастся, то они начинают тормозить процесс лечения и тогда становится необходимым комбинировать сексуальные задания с более глубокой психотерапией, которая включает в себя и объяснение психогенных связей при половых расстройствах.

Аппоп, клинический психолог сексологической поликлиники Гавайского университета, в своей монографии «The behavioral treatment of sexual problems» сообщил о применении бихевиоральной психотерапии как части так называемой четырехуровневой модели, которая учитывает непосредственные причины, а также тяжесть и стойкость нарушения. Первые три уровня включают: 1) ободряющие обращения, направленные на успокоение тех пациентов, которые чрезмерно озабочены своей сексуальностью (например, тревога за последствия мастурбации); 2) необходимая информация (например, мужчине с чувством неполноценности из-за якобы небольших размеров полового члена сообщается о том, что достижение оргазма у женщин не зависит от размеров члена, и т. п.; 3) специфические советы, в рамках которых в зависимости от имеющихся расстройств используют различные методики, направленные на их устранение. Обычно применяется метод, предложенный Masters, Johnson с рядом дополнений. Четвертый уровень — интенсивная терапия, заключается в том, что при сексуальной дисфункции после подробного обследования проводят индивидуализированные многомесячные лечебные

программы с консультациями при участии партнерских пар и терапевта.

J. LoPiccolo с сотрудниками дополнили сексуальную терапию аутостимуляционными тренировками женщин при фригидности и аноргазмии, которые предшествуют занятиям в парах, что изложено им совместно с L. LoPiccolo в «Handbook of sex therapy» (1978). В книге приведены методы, применяемые при отдельных видах нарушений, и другая обширная информация, необходимая для клиницистов, работающих в области сексуальной терапии. Сексуальная терапия в США становится в определенной степени самостоятельной специализированной областью терапии и профессиональной ориентации, в связи с чем ставится вопрос о необходимости выработки соответствующего устава и квалификационных нормативов [LoPiccolo, 1978].

К другим значительным монографиям по сексуальной терапии относятся сборник «Principles and practice of sex therapy» под редакцией S. Leiblum, L. Pervine (1980) и коллективный труд западногерманских авторов «Sexuell gestörte Beziehungen» (1980) под редакцией G. Arentewicz, G. Schmidt, в котором приведены результаты сексуальной терапии, проведенной в Гамбургском сексологическом институте. С 1975 г. выходит журнал «Journal of Sex and Marital Therapy».

3. Спорные организационные и методические вопросы

Временной план сексуальной терапии. Masters, Johnson (1970) рекомендовали, чтобы терапия проводилась с ежедневными консультациями в течение 2 нед, но чтобы партнеры в течение этого времени не находились в своей привычной среде. Это делало невозможным применение сексуальной терапии для тех пар, которые по разным причинам не могли выполнить эти условия лечения (в том числе дневные консультации). Поэтому возник вариант, когда сексуальные тренировки проводятся в условиях сексологических амбулаторий и консультаций для супругов. Первой стала пропагандировать этот вариант Kaplan (1974), которая работала с пациентами из бедных нью-йоркских кварталов, которым двухнедельное пребывание в гостинице было не по средствам. Необходимо было сделать терапию более доступной. Консультации проводились лишь 1—3 раза в неделю, а задания выполнялись в домашних условиях. В связи с этим терапия проводилась в течение нескольких недель или месяцев. Количество психотерапевтических бесед Kaplan определяла в зависимости от потребностей каждой пары. Подобные варианты этого метода лечения применяли и в других учреждениях.

Мейер и соавт. (1975) в Балтиморе проводили консультации один раз в неделю в течение 10 нед, Bancroft (1975) в Англии проводил терапию в условиях государственных лечебных учреждений с 15 амбулаторными занятиями. Arentewicz и соавт. (1975) в Гамбурге проводят консультации 2 раза в неделю, причем пациенты получают задание проводить тренировки в домашних условиях по крайней мере 2 раза в промежутках между консультациями.

Количество врачей. Masters, Johnson (1970) рекомендовали проведение сексуальной терапии двумя врачами — мужчиной и женщиной. Это мотивировалось тем, что один врач не может разобраться в сексуальных переживаниях обоих партнеров. Поэтому врач должен работать с лицами своего пола. Рекомендации, даваемые врачом того же пола, также будут восприниматься лучше.

В настоящее время часть врачей придерживается этих рекомендаций [Meyer, 1975; Arentewicz et al., 1975], другие же считают это неэкономичным или трудновыполнимым, полагая что лечение может успешно проводить и один врач [Kaplan, 1974; Bancroft, 1975].

Отбор пациентов. Пациенты Masters, Johnson имели высокую мотивацию, зачастую были из отдаленных мест и должны были ждать лечения несколько месяцев; направляли их на лечение различные специалисты. У большинства пар были лишь функциональные сексуальные расстройства без прочих невротических нарушений; пациентов с психозами для лечения не принимали. Мейер и соавт. (1975) обращали также внимание на невротические симптомы, которые были обнаружены у 79% мужчин и 63% женщин. Arentewicz и соавт. (1975) проводили сексуальную терапию амбулаторно только тем партнерским парам, у которых не были нарушены основные связи. Комбинация сексуальных расстройств с неврозом не считалась препятствием для проведения терапии.

Методические дополнения и варианты сексуальной терапии. К ним относятся мастурбационный тренинг, имитационные занятия с применением специальных фильмов и групповые формы консультаций.

Мастурбационный тренинг при аноргазмии у женщин, с помощью которого повышается половая возбудимость и облегчается достижение оргазма, был детально разработан группой сотрудников J. LoPiccolo [LoPiccolo, Lobitz, 1972] и другими авторами и был опубликован в виде подробных рекомендаций как для врачей, так и для пациенток [Kline-Graber J., Graber I., 1975; Barbach, 1976; Heiman, LoPiccolo L., LoPiccolo J., 1976]. Мастурбационный тренинг для мужчин с целью отдаления эякуляции некоторые авторы рассматривают как начальную фазу занятий партнеров при

преждевременной эякуляции [Annon, 1974; Golden et al., 1978, и др.].

Фильмы с сексуальным содержанием используют как средство десенсибилизации и для тренировочных занятий. Если в отношении сексуально «ингибированной» пары проявить определенную настойчивость в предоставлении ей инструкций в виде фильма, то такой характер инструкции вскоре перестанет быть для них непривычным. Фильмы как разновидность инструктажа могут быть значительно эффективнее, чем словесное изложение со статичными схемами или иллюстрациями, вызывать положительные эмоции, которые обусловлены соответствующей сексуальной активностью и этим самым по принципу так называемого замещения¹ [Bandura, 1969] усиливать положительные реакции на нее. Естественно, что речь идет не о порнографических фильмах, а о фильмах, специально созданных для терапевтических целей. Они используются достаточно широко. В журнале «*Journal of Sex and Marital Therapy*» имеется специальная рубрика для их рецензирования. Содержательны и с технической стороны хорошо сняты серии фильмов, выпущенные ЕДСОА. В них приведены практические рекомендации по проведению занятий по сексуальной терапии с комментариями и демонстрацией занятий партнеров. Имеется серия из трех фильмов, посвященная тренингу при аноргазмии у женщин, созданная группой LoPiccolo, а также серия фильмов о половом акте производства Шведского сексологического института под руководством May-Bright Bergstrom-Walanov.

Помимо занятий с одной парой партнеров в последнее время все чаще стали проводить групповые консультации с несколькими парами при лечении преждевременной эякуляции [Kaplan et al., 1974], аноргазмии у женщин [Leiblum, Ershner-Hershfield, 1977; Sotile, Kilman, Follingshead, 1977] и при лечении комбинированных расстройств, особенно у пар с преждевременной эякуляцией у мужчины и аноргазмией у женщины [McGovern, Kirkpatrick, LoPiccolo, 1976; Golden et al., 1978].

Golden и соавт. (1978) при сравнении эффективности терапии 12 занятий, проводимых один раз в неделю отдельно у 6 пар партнеров, и с 11 парами партнеров, занятия с которыми проводились по 3 или 4 пары партнеров одновременно, отметили одинаковую эффективность как групповой терапии, так и лечения парами.

¹ Положительное замещение заключается в том, что пациент, которому следует корректировать свое поведение, сам не поощряется за поведение, которому он должен научиться, но он видит награду за такое поведение, получаемую другим человеком, которого он наблюдает в жизни или в фильме и с которым идентифицирует себя.

Изучаются также возможности групповой терапии отдельно с женщинами [Barbach, 1974; Wallace, Barbach, 1974; Scheidman, McGuire, 1976; Leiblum, Ershner-Hershfield, 1977] и отдельно с мужчинами [Zilbergeld, 1976; Zeiss et al., 1978]. Это позволяет пациентам в доступной форме получить необходимую информацию, обменяться опытом, узнать, могут ли их партнеры или партнерши сотрудничать при терапевтических занятиях совместно. Следует избегать дачи рекомендаций о привлечении так называемых суррогатных партнеров для одиноких людей, так как в этом отношении имеется негативный опыт [Masters, Johnson. Kolodny. 1977].

4. Данные о результатах

Статистических сведений об эффективности сексуальной терапии опубликовано мало. Катамнестические сведения об эффективности лечения партнерских пар из большой группы пациентов на протяжении 5 лет после лечения сообщили Masters, Johnson (1970). Они представили в абсолютных цифрах и процентах число безуспешно лечившихся пациентов с одинаковым типом расстройств. Мы перевели эти данные в цифры и проценты успешно лечившихся пациентов (эти данные приведены в табл. 1). Данные об успешном лечении непосредственно после его окончания можно получить простым вычитанием случаев безуспешного лечения из общего числа случаев. Эти показатели мы приводим в таблице во 2-м и 3-м столбцах. С катамнезами дело обстоит более сложно, так как в период публикации своей монографии авторы располагали катамнестическими сведениями (5 лет после окончания лечения) лишь первой половины всех леченых пациентов. Поэтому процент безуспешного лечения следовало бы вычислять по отношению к числу пациентов, от которых были получены катамнестические данные, а не по отношению ко всем лечившимся, как это представили в своей сводной таблице Masters, Johnson (1970). Мы попытались высчитать это из их данных и полученные показатели приводим в четвертом столбце таблицы. Этот процент успешно леченых случаев может быть еще увеличен, так как к успешно леченым пациентам с подтвержденными катамнестическими данными (первая половина всего контингента) относятся и те пациенты, с которыми не удалось в дальнейшем установить контакты (не ответили на письма, снялись с учета и т. п.): таких пациентов было около 10%. При строгом критерии оценки такие случаи обычно относят к лечению безуспешно. Поэтому в целом адекватной оценкой можно считать 66% случаев успешного лечения (с учетом катамнеза). Данные о результатах сексуальной терапии опубликовали

Таблица 1. Результаты сексуальной терапии в группе Masters и Johnson

Нарушения	Число пациентов	Случаи непосредственного успеха		Положительные результаты по катамнестическим данным (5 лет)	
		число	%	%	коррекция ¹
У мужчин:					
Первичная импотенция	32	19	59	59	
Вторичная импотенция	213	157	74	63	
Преждевременная эякуляция	186	182	98	97	
Ретардированная эякуляция	17	14	82	82	
Суммарные данные	448	372	83	77	
У женщин:					
Первичные нарушения оргазма	193	161	83	80	
Вторичные нарушения оргазма	149	151	77	72	
Суммарные данные	342	276	80	76	
Общее число (мужчины и женщины)	790	648	81	76	66%

¹ За исключением процента пациентов, катамнестические сведения от которых было получить невозможно.

также Meyer и соавт. (1975), Bancroft (1975), Arentewicz и соавт. (1975, 1980).

В Балтиморе (США) Meyer и соавт. (1975) лечили 16 пар партнеров, из которых функциональные сексуальные нарушения отмечались у 7 мужчин и 14 женщин. Непосредственные и отдаленные результаты (в среднем 7 нед) приведены в табл. 2.

Bancroft (1975) привел сведения о 10 парах партнеров (расстройства были у 8 мужчин и у 2 женщин), которым было проведено лечение по поводу функциональных сексуальных расстройств. Существенные улучшения были отмечены у 5 мужчин и 1 женщины. Лечение было безуспешным в тех случаях, когда, помимо сексуальных расстройств, имелись дли-

Таблица 2. Результаты лечения по данным Меуег и соавт. (1975)

Расстройства	Число больных	Положительные результаты			
		после лечения		катамнез	
		число	%	число	%
У мужчин	7	5	71	4	57
У женщин	14	2	21	2	14
Всего...	21	7	38	6	28

тельно существующие супружеские проблемы во внесексуальной области.

Arentewicz и соавт. (1975) сообщили, что из 23 леченых ими пар в 7 случаях отмечалось выздоровление (30%) и в 7 — улучшение (30%). Улучшение обозначает, что, несмотря на то что симптом не был полностью устранен, сексуальная связь сопровождалась большим удовлетворением, чем перед лечением. Девять пар (40%) прервали лечение на стадии обследования или после нескольких занятий. Таким образом, среди тех пар, которые до конца провели занятия, выздоровление отмечено в 50% наблюдений.

В монографии Arentewicz, Schmidt (1980) сообщается о группе, состоящей из 223 пациентов. Речь шла о 202 партнерских парах, причем в 21 паре нарушения отмечались у обоих партнеров. Авторы подвели результаты лечения при трех организационных вариантах сексуальной терапии: а) при занятиях с двумя врачами, когда партнерская пара проживала в гостинице, а консультации проводились 6 раз в неделю в течение 3 нед; б) когда партнерская пара находилась в домашних условиях, а консультации проводились 2 раза в неделю на протяжении до 6 мес; в) в форме продолжительных занятий с одним врачом. После лечения полное выздоровление или значительное улучшение сексуальной функции отмечено у 52% пациентов, у 23% улучшение было незначительным, у 7% — безуспешным, а 17% лечение не закончило. Таким образом, из 184 человек, закончивших лечение, улучшение или выздоровление отмечено в 63% случаев.

Катамнестические сведения получены через 1 год от 128 пациентов, через 3 года — от 78 пациентов. Значительное улучшение или выздоровление через год осталось в 63% случаев, через 3 года — в 56%. Эффективность всех трех вариантов терапии была примерно одинаковой.

Однако, если бы высчитывать проценты не от числа па-

циентов, от которых были получены катамнестические сведения, а от общего числа пациентов, закончивших лечение, то процент выздоровевших или имеющих значительное улучшение пациентов был бы значительно ниже — 43% через год и 24% — через 3 года.

Группа LoPiccolo, занимающаяся аноргазмией у женщин, в отличие от метода, разработанного Masters, Johnson, основной упор в терапии указанного нарушения сделала на мастурбационный тренинг. Lobitz, LoPiccolo (1972) после 15 занятий, проводимых раз в неделю, добились полного выздоровления у 13 женщин с первичной аноргазмией (100 %) и у 9 женщин с вторичной аноргазмией (33 %). Примерно аналогичные результаты получены McGovern (1975) после 15 одночасовых занятий, проводившихся раз в неделю. Все 6 женщин с первичной аноргазмией отметили улучшение с достижением оргазма, но у 6 женщин с вторичной аноргазмией улучшение было минимальным. Отсутствие значительного улучшения у женщин с вторичной аноргазмией автор связывает с отрицательным влиянием супружеских проблем.

Kaplan (1974) в своей монографии не приводит результатов собственных исследований, которые будут опубликованы по окончании программы исследований.

В некоторых последних работах, посвященных лечению сексуальных расстройств, эффективности групповой терапии, самостоятельного мастурбационного тренинга у женщин и др. [Leiblum et al., 1976; Golden et al., 1978] приводятся сведения о возможности прогнозирования эффективности лечения при использовании стандартизированных анкет, из которых наиболее популярна анкета супружеского приспособления MAT [Locke, Wallace, 1959] и анкета сексуального взаимодействия SII [LoPiccolo, Steger, 1974]. Эти анкеты включают различные аспекты супружеского и сексуального взаимодействия, но не могут быть критерием улучшения при каждом конкретном расстройстве, по поводу которого обратилась за помощью партнерская пара. Здесь необходима информация, касающаяся непосредственно конкретных индивидуальных симптомов.

5. Теоретическое обоснование

Сексуальная терапия была эмпирически разработана гинекологом W. H. Masters и его сотрудницей V. E. Johnson, без связи с существующими психотерапевтическими школами.

В контексте с современными психотерапевтическими подходами метод в значительной степени относится к бихевиоральному [Kratochvíl, 1976; Kondáš, 1973], основанному на тренировке поведения с прямым влиянием на соответствующую

ший симптом без систематических попыток анализа их возможных более глубоких психогенных причин. Однако в случаях со сложной психодинамической обусловленностью расстройства требуется уяснение того, чему «служит» тот или иной симптом или в какую «игру» играют оба партнера. Это особенно важно тогда, когда из лечебного процесса заранее не исключены лица с невротическим или психопатическим развитием личности или с серьезными конфликтами во взаимоотношениях. Kaplan (1974), Arentewicz, Schmidt (1980) ввели в сексуальную терапию и элементы динамической психотерапии, посвященные анализу интрапсихических и интерперсональных конфликтов, если их не удастся избежать или ликвидировать в процессе занятий.

При сексуальной терапии очень важны откровенное общение между партнерами по поводу своих ощущений, направленность на переживание «здесь и сейчас», а также акцент на аутентичность и самопроявление, на развитие тактильного чувства и других чувств и на повышение уверенности в себе, что сближает ее с коммуникативной терапией и терапией посредством переживания, являющейся частью гуманистически-психологического направления [Satir, 1954; Gunther, 1968; Schutz, 1971], включая гештальттерапию [Polster, Polster, 1973; Mosher, 1977].

Как следует из сказанного выше, современная сексуальная терапия с теоретической точки зрения является комплексным методом, который соответствует пöлиэтиологическому происхождению функциональных сексуальных расстройств. Практически этот метод лечения ориентирован на непосредственную причину нарушений и быструю ликвидацию симптома, что, кроме всего, является экономически выгодным и одновременно оставляет возможность дополнения метода другими, в частности, в большей степени аналитическими методами в тех случаях, когда ориентация на непосредственную ситуационную и межличностную обусловленность расстройства недостаточна для его ликвидации.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД

В нашей работе мы использовали метод сексуальной терапии, описанный Masters, Johnson. В социалистических странах, кроме положительных отзывов об этом методе [Васильченко Г. С., 1972; Kratochvil, 1973 а, б; Imielinski, 1974], до сих пор не было данных о его систематическом применении.

Наш подход, по возможности, совпадал с организацией терапии, предложенной Masters, Johnson, т. е. терапия была интенсивной в течение 2—3 нед, проводилась с обоими партнерами, с ежедневными консультациями. Кроме того, у нас

была возможность при необходимости поместить партнерские пары в отдельные палаты в отделение неврозов. Позже мы апробировали вариант амбулаторных занятий с консультациями раз в неделю, что позволило сотрудничать с несколькими сексологическими амбулаториями и супружескими консультациями.

Исходя из нашего предварительного опыта, мы разработали собственную модификацию инструкций для проведения занятий, которых в основном и придерживались. Инструкции были разделены на семь заданий. Введение к занятиям и ход самих занятий были напечатаны на отдельных листах, которые после консультации выдавались на время пациентам. В них были рисунки соответствующих подходов и рекомендуемых положений.

Введение написано в форме универсальных рекомендаций, касающихся наиболее часто встречающихся форм функциональных сексуальных расстройств: нарушений эрекции, преждевременной эякуляции, фригидности и аноргазмии. В зависимости от характера нарушения одним упражнениям может быть уделено особое внимание; другие же, наоборот, в ряде случаев могут быть опущены.

После вводной части, подробного изучения полового анамнеза и возникшего сексуального расстройства, определения интерперсональных взаимоотношений, психического и соматического состояния проводятся консультации одновременно с обоими партнерами в связи с необходимостью откровенного обмена мнениями о своих сексуальных ощущениях и потребностях. Во время консультации партнеры должны информировать врача о ходе тренировок и своих переживаниях. Желательно, чтобы каждый из партнеров вел дневник, в который заносил бы свои ощущения.

Проведение занятий двумя врачами, мужчиной и женщиной, как это рекомендовали Masters, Johnson, является более выгодным, но не обязательным условием. Один врач может так же эффективно проводить занятия, если он создает во время консультации атмосферу доверия и настолько владеет собою, что не становится на сторону ни одного из партнеров и не вызывает этим самым у другого реакции протеста или чувства угрозы.

Если сексуальные нарушения связаны со страхом женщины забеременеть, то прежде всего следует решить проблему эффективной контрацепции. Применение coitus interruptus во время лечения противопоказано. Занятия могут быть практически невозможными из-за глубоких личных разногласий между партнерами и неразрешенных конфликтов, которые необходимо преодолеть с помощью психотерапии еще до начала сексуальной терапии.

1. Стандартные инструкции для супругов

Введение. Партнеры с нарушениями сексуальной функции всегда ориентированы на конечную цель половой активности — достижение полового удовлетворения у своего партнера или у самого себя. Обычно такая установка мешает полностью сосредоточиться на любовной игре, вызывает тревогу из-за того, что половой акт может закончиться безуспешно, и вместо положительных эмоций возникает неприятное напряжение.

При проведении лечебных занятий следует прежде всего изменить установку партнеров: вместо «успеха» следует ориентировать их на продление любовной игры и на собственные ощущения при различных тактильных раздражениях.

Занятия следует проводить в удобной обстановке (закрытые двери, тепловой комфорт, интимное освещение, приятная музыка) в течение часа в день. Партнеры должны создать атмосферу взаимопонимания и приятного настроения, стараться отвлечься от повседневных забот, вспоминать о совместных приятных событиях и переживаниях и т. п.

Занятие 1-е. Ощущение взаимных тактильных раздражений. Мужчина и женщина полностью обнажаются, создают в помещении приятное интимное освещение. Один из них, обычно сначала женщина, лежит в положении на животе, а другой начинает слегка притрагиваться к телу. Используют различные виды прикосновений, причем пассивный партнер постепенно изменяет положение своего тела. Это повторяется три раза по 5 мин. Партнеры стараются как можно интенсивнее переживать свои ощущения, полностью им поддаться. Сначала не следует ласкать половые органы и грудь женщины, позже можно дотрагиваться и до этих частей тела.

Если некоторым из партнеров не удастся сосредоточиться на своих ощущениях, рекомендуется в течение дня проводить аутогенный тренинг, позволяющий концентрировать свое внимание на определенной мысли, представлении или ощущении (например, тяжести, тепла, спокойного дыхания, тепла в животе и др.). При половой холодности жены рекомендуют использовать формулу «внизу живота ощущается тепло» с вызыванием приятных ощущений в области половых органов.

Во время занятия не следует развлекаться вещами, которые не связаны с переживанием тактильных ощущений. Уместны признания в любви, восхищение партнером, проявление радости и волнения по поводу своих переживаний. Разговор о заботах, критика поведения партнера и т. п. являются формой так называемого «сексуального саботажа». Все критические замечания к технике партнера следует обсуждать вне занятия.

Занятие 2. Ощущения при стимуляции половых органов женщины. Вначале партнеры повторяют 1—2 раза первое занятие. Затем мужчина садится опираясь на спинку кровати или стену, а женщина садится между его ногами спиной к нему. Ноги ее разведены и перекинуты через ноги мужчины. Сначала мужчина гладит грудь и внутреннюю поверхность бедер. Затем женщина кладет свои руки на руки партнера и водит ими по своим половым органам способом, который ей приятен. Характер движения рук может меняться в зависимости от степени сексуального возбуждения женщины. Сначала движения должны быть медленными, а прикосновение слабым. В дальнейшем, если это становится приятным, нажатие рук может быть более сильным, а движения более быстрыми. Стимуляция половых органов не должна длительное время проводиться «всухую». Если половые органы женщины недостаточно влажны, мужчина может смазать свои пальцы какими-нибудь увлажняющими средствами, например глицерином или растительным маслом.

Женщина полностью отдается своим ощущениям. Она постепенно с помощью мужчины исследует чувствительность различных частей своих половых органов, в частности малых половых губ и клитора. Иногда прямое прикосновение к клитору может быть неприятным; в таких случаях лучше стимулировать его непрямым способом, через окружающие его ткани. Можно также определить чувствительность входа во влагалище при осторожном введении одного или двух пальцев и умеренного давления наискось и книзу. Женщина не стремится достичь оргазма, но если она к нему уже «приближается», то она может способствовать его наступлению (например, сжатием ног, напряжением тазовых мышц и т. д.). Внешние проявления наступления оргазма женщина не подавляет, а, наоборот, подчеркивает. Она четко дает понять мужчине когда у нее наступает оргазм. Способность женщины реагировать на стимуляцию клитора иногда развивается постепенно, особенно когда способ стимуляции клитора связан с наличием предрасудков. Женщина должна определить, способна ли она достичь полового возбуждения при стимуляции клитора. Если это возможно, то у мужчины с нарушениями эрекции или преждевременной эякуляцией снижается тревога по поводу невозможности доставить женщине половое удовлетворение. Если женщина, страдающая фригидностью или аноргазмией, становится способной достичь оргазма с помощью стимуляции рукой партнера, то это уже значительный шаг на пути достижения оргазма при половом акте.

Занятие 3-е. Ощущения при стимуляции полового члена мужчины. Все занятия начинаются с взаимного поглаживания, создания приятного настроения и началь-

ного возбуждения партнеров. Третье занятие проводится прежде всего при наличии сексуальных расстройств у мужчин, но оно дает положительный результат и при лечении женщин с фригидностью и аноргазмией.

Мужчина лежит свободно на спине, а женщина занимает такое положение, чтобы доступ к мужскому половому члену был удобным. Мужчина ведет руку женщины и учит ее стимулировать член таким образом, чтобы это доставляло ему наибольшее удовольствие. Следует сосредоточиться на приятных переживаниях в связи с этим, но не стремиться к тому, чтобы при стимуляции обязательно возникла эрекция или эякуляция. Необходимо сконцентрироваться на различии ощущений от прикосновения к разным участкам. Надо избегать неприятных ощущений при стимуляции полового члена, для чего его головку женщина может смазать растительным маслом.

При появлении достаточной эрекции женщина перестает на некоторое время стимулировать половой член, отвлекает внимание мужчины от полового возбуждения, чтобы возникшая эрекция исчезла. После повторного достижения эрекции стимуляцию снова прекращают. Стимуляцию проводят в течение $\frac{1}{2}$ ч с тем, чтобы эрекция возникала за это время примерно 3 раза. Мужчина должен научиться испытывать приятные ощущения при дотрагивании и к незарегистрированному половому члену.

Занятие 4-е. Продленная стимуляция полового члена мужчины. Женщина продолжает стимуляцию полового члена вплоть до того момента, когда приближается эякуляция, о чем сообщает мужчина.

Перед наступлением эякуляции выделяются две фазы: 1) мужчина ощущает приближение эякуляции, но ее можно предупредить прекращением стимуляции или сдавливанием головки члена; 2) эякуляцию нельзя прекратить ни одним способом. Мужчина должен научиться распознавать первую фазу и своевременно дать женщине знать о ее наступлении с тем, чтобы она прекратила стимуляцию. После этого следует выждать некоторое время, пока уровень возбуждения несколько снизится.

Целью занятия является достижение мужчиной способности выдерживать систематическую стимуляцию полового члена (сначала при стимуляции руками женщины, а в дальнейшем и во влагалище) без быстрого наступления эякуляции. Он должен четко ориентироваться в своих ощущениях и научиться своевременно предпринимать меры, чтобы предотвратить «пуск» эякуляционного рефлекса.

Для предупреждения наступления эякуляции рекомендуются два метода:

а. Женщина сильно сдавливает головку полового члена в течение 3—4 с, а затем отпускает ее и оставляет в покое. Когда сдавливание проведено вовремя и правильно, то тенденция к эякуляции подавляется. Одновременно с этим как следствие иногда снижается и эрекция. При слабом напряжении полового члена сдавливание проводить не следует.

б. Сдавливание не проводится, но прекращаются все движения и прикосновения к половому члену, а мужчина некоторое время находится в полном покое.

После полуминутного перерыва стимуляцию можно продолжить. На протяжении одного занятия она возобновляется 3—4 раза. В конце занятия следует достигнуть эякуляции.

Занятие 5-е. Ощущения при контакте половых органов с нахождением полового члена во влагалище. При достижении определенной степени полового возбуждения партнерами женщина садится на колени мужчины и в этом положении стимулирует половой член. При необходимости он может быть несколько увлажнен. Постепенно она приближает свои половые органы к половому члену. Если он не очень напряжен, то женщина приближает его ко входу во влагалище и стимулирует им клитор и малые половые губы, подобно тому, как она проводила их стимуляцию при помощи руки мужчины во время второго занятия.

Если половой член напрягается, то женщина постепенно сама вводит его во влагалище. Она остается сидеть в покое и сосредоточивается на ощущениях, которые вызывает нахождение полового члена во влагалище. Мужчина также находится в покое и сосредоточивается на тех же ощущениях.

При снижении напряжения полового члена его следует извлечь из влагалища и вновь произвести мануальную стимуляцию. При повторном возникновении эрекции тренировка продолжается. Через некоторое время женщина начинает производить медленные фрикции, стараясь сосредоточиться на ощущениях от продвижения полового члена в различные части влагалища. Мужчина остается в покое и не производит фрикции, не стремясь к удовлетворению женщины, но сосредоточивается на собственных приятных ощущениях, возникающих при ее движениях.

Во время этого занятия следует несколько раз вынуть половой член из влагалища и через некоторое время вновь ввести его обратно. Когда возникает тенденция к преждевременной эякуляции, мужчина дает знать об этом женщине. Она вновь садится на его колени и производит сдавливание головки полового члена и выжидает некоторое время, пока сильное возбуждение исчезнет. Затем она вновь вводит член во влагалище и находится в покое или производит незначительные фрикции. При приближении эякуляции она прекра-

шает фрикции или выводит член из влагалища. Впоследствии при приближающейся эякуляции достаточно на некоторое время прекратить фрикции, без необходимости выводить половой член из влагалища. Прекращение движений наиболее эффективно при глубоком нахождении члена во влагалище. Желательно произвести прерывание фрикций примерно 3 раза, а в дальнейшем достигнуть эякуляции.

Во время занятия следует исключить беспокойство по поводу возможного наступления беременности, поэтому противозачаточные мероприятия должны быть абсолютно эффективными. С этой целью желательно применение презервативов. Желательно, чтобы презерватив был надет женщиной во время стимуляции полового члена.

Занятие 6-е. Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене. Целью занятия является достижение оргазма при введенном во влагалище половом члене. После обычных взаимных ласк женщина сверху надвигается на половой член и остается в спокойном состоянии. В это время партнер рукой стимулирует область клитора. Желательно, чтобы женщина при этом вела его руку. Временами она может производить стимуляцию и сама. Когда у женщины приближается момент оргазма, проводятся быстрые фрикции для того, чтобы половое возбуждение достигло пика и у мужчины.

Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене может осуществляться и в положении на боку (партнерша из положения сидя сверху переходит с партнером в положение на боку, лучше с выпрямленными ногами) или в заднебоковом положении: мужчина вводит половой член во влагалище сзади, а спереди стимулирует область клитора рукой.

Следует знать, что достижение оргазма при стимуляции клитора или комбинированной стимуляции клитора и влагалища является типичным для значительного числа женщин.

При дальнейших занятиях достигается временное сближение наступления оргазма у мужчины и у женщины. Когда женщина во время стимуляции рукой при введенном во влагалище половом члене не чувствует приближение оргазма, она начинает делать сначала медленные, а затем все более быстрые движения тазом с тем, чтобы максимальная стимуляция клитора совпала с движениями полового члена во влагалище и оргазм быстро наступил у обоих партнеров. Одновременное достижение оргазма партнерами является условием максимального полового удовлетворения.

Занятие 7-е. Ощущения при комбинированной стимуляции во время фрикций. Вместо стимуляции рукой иногда можно использовать стимуляцию области кли-

тора о лобок партнера во время движений при половом акте. Легче всего этого можно достичь при двух положениях:

а) женщина в положении сверху ложится на мужчину, вытягивается и производит движения тазом по тазу мужчины. При этом ее ноги могут находиться по отношению к ногам мужчины снаружи, внутри или одна нога внутри, а другая снаружи;

б) половой акт начинают в «классическом» положении, когда женщина находится внизу с разведенными и согнутыми в коленях ногами. После введения полового члена во влагалище мужчина переносит свои ноги кнаружи от ног женщины, а она свои ноги выпрямляет. Мужчина осуществляет свои движения так, чтобы его таз слегка нажимал на область клитора.

Мужчина и женщина во время полового акта не должны осуществлять быстрые фрикции, пока женщина не приблизилась к состоянию оргазма. Быстрые движения скорее приведут к наступлению эякуляции у мужчины, чем оргазма у женщины. Поэтому мужчина должен учитывать потребности женщины и в случае необходимости пролонгировать половой акт одним из испробованных им способов. Если эякуляция у мужчины возникла раньше, чем оргазм у женщины, но она уже достигла сильного полового возбуждения, то женщина может достичь оргазма при дополнительной стимуляции рукой мужчины, движения которой она сама регулирует.

При успешном течении занятий можно постепенно дополнять их различными вариантами, для того чтобы добиться разнообразия сексуальных переживаний. Например, партнеры могут попробовать в течение одного полового акта сменить несколько положений, выбор которых зависит от их собственной фантазии. В конце полового акта заканчивают в том положении, в котором женщина лучше всего достигает оргазма.

Желательно, чтобы и после успешного окончания лечебных занятий партнеры ориентировались в большей мере на совместные ощущения, возникающие в результате нежных тактильных раздражений, чем на «успешный половой акт»; это позволит им культивировать качество продолжительной любовной игры в целом, а не только качество кратковременного оргастического завершения.

2. Индивидуализированные дополнения к инструкциям

Приведенные выше инструкции должны быть составлены таким образом, чтобы они могли быть проработаны с супругами не только устно, но для лучшего запоминания в напечатанном виде могли бы выдаваться им на руки. Лучше всего иметь в распоряжении все занятия, отпечатанные каждое на отдельном

листе; разъяснять следует всегда только одно, предстоящее задание, а не все сразу. После окончания курса лечения пациенты возвращают материалы обратно.

Кроме инструкций, которые прорабатывают с обоими партнерами, при расстройствах потенции у мужчин в определенных критических фазах иногда проводят индивидуальные беседы с партнершей и дают ей отдельные советы, о которых партнер знать не должен:

1) в фазе вызывания эрекции при мануальной стимуляции (занятие 3-е): при совместной беседе с обоими партнерами сообщается, что главной задачей является не достижение эрекции, а то, что мужчина должен научиться переживать положительные эмоции, возникающие при стимуляции партнершей его полового члена. Однако при индивидуальной беседе с женщиной ей рекомендуют терпеливо создавать все предпосылки для усиления эрекции у партнера, проводить систематическую стимуляцию полового члена;

2) в фазе попытки пенетрации (занятие 5-е): при совместной беседе с обоими партнерами сообщается, что во время занятия надо проводить стимуляцию полового члена в непосредственной близости от женских половых органов и сосредоточиваться на ощущениях при контакте головки полового члена с наружными половыми органами женщины, независимо от того, находится ли член в состоянии эрекции. А при индивидуальной беседе с партнершей ей сообщают, что половой член партнера должен быть достаточно напряжен и что она должна самостоятельно (неожиданно для партнера) ввести его во влагалище, в положении сидя сверху. Это позволяет ликвидировать опасение неудачи, обычно возникающее у партнера при попытке иммиссии.

Самостоятельные занятия для женщин. В некоторых случаях при аноргазмии и первичной фригидности необходимо, чтобы перед началом совместных занятий партнеров или параллельно с ними женщина выполнила некоторые самостоятельные занятия, целью которых является определение реакций своего тела и повышение сексуальной возбудимости.

К таким занятиям относятся:

1) сосредоточение на сексуальных ощущениях, вызываемых при представлении интимных сцен, что лучше проводить в состоянии релаксации при закрытых глазах; этот подход может являться десенсибилизацией для женщин, у которых представление о половом акте связано с чувствами вины и стыда;

2) сосредоточение в состоянии релаксации на ощущении собственных гениталий как важной части собственного тела; это можно сочетать с аутогенно вызываемым ощущением тепла в гипогастрии;

3) рассматривание картин сексуального содержания с представлением собственного участия в изображенных сценах;

4) проведение тренировок мышц тазового дна, главным образом изолированная тренировка m. pubococcygeus, сокращения которой можно идентифицировать при выпуске незначительных количеств мочи в положении с широко разведенными ногами;

5) изучение собственных гениталий при помощи зеркала;

6) изучение чувствительности области гениталий к различным прикосновениям собственных рук; переход от прикосновений к систематической аутостимуляции с целью повышения сексуальной возбудимости и в дальнейшем к попыткам достичь оргазма. При попытке достичь оргазма лучше пользоваться вибратором.

3. Организационные рамки терапии

Лечение в условиях стационара. Терапия функциональных сексуальных расстройств при совместной госпитализации супружеских пар представляет собой основной вариант сексуальной терапии, выполнение которого легко осуществимо в условиях социалистического здравоохранения. При таком варианте лечения супружеские пары получают ежедневные консультации у врача, имеют возможность выполнять соответствующие рекомендации в интимных условиях, посещать психотерапевтические группы в отделении для лечения неврозов.

Пребывание супружеских пар в отделении позволяет им принимать участие в трудотерапии, коллективных спортивных играх, вечерних мероприятиях с психодрамой, психогимнастикой, различными развлечениями [Kratochvíl, 1979]. Кроме того, пациенты имеют достаточно свободного времени в промежутках между занятиями, которое они могут проводить в обществе других партнерских пар, что позволяет освоить технику интерперсональных отношений [Kratochvíl, 1974]. Симптоматически ориентированная техника тренинга в комплексе с психотерапевтическими мероприятиями позволяет одновременно понять и корректировать некоторые нарушения и во внеполовых супружеских отношениях.

Понятно, что партнеры не информируют терапевтическую группу о деталях своих сексуальных тренировок. Группа информирована только об их проблемах и общих принципах сексуальных занятий, а детальный разбор происходит при открытом общении во время консультации с врачами.

В зависимости от того, является ли сексуальное расстройство самостоятельным или только частью невроза, лечение по времени разделяется одним из двух основных обстоятельств: а) супружеская пара (с учетом менструального цик-

ла жены) приглашается на 2- или 3-недельное лечение, причем их включают на это время в общую лечебную программу отделения; б) одного из партнеров принимают на лечение невроза и зачисляют в группу стандартного 6-недельного психотерапевтического курса. Второй партнер в процессе этого лечения привлекается параллельно для прохождения общих занятий в группе на протяжении 2—3 нед (желательно их завершить к моменту окончания лечения партнера, когда у него уже достигнут определенный прогресс в коррекции его взглядов и отношений). При планировании курса лечения у супруга, безусловно, принимается во внимание менструальный цикл жены. С учетом определенных обстоятельств (пребывание супругов в отдельной палате с хорошей звукоизоляцией) в отделении одновременно можно осуществлять лечение максимум трех супружеских пар.

Лечение в амбулаторных условиях. В тех случаях, когда по ряду причин госпитализация партнеров была исключена, мы использовали «гостиничную форму» терапии, рекомендованную Masters, Johnson, когда партнеры проживают в гостинице и получают дневные консультации в амбулатории. Когда же полное пребывание супругов в стационаре было невозможно по семейным обстоятельствам, мы госпитализировали их только на выходные дни или использовали амбулаторный вариант лечения, когда супруги один или несколько раз в неделю приезжали на консультации. Поскольку эти варианты лечения не соответствовали требованиям нашей работы в условиях стационара, мы попытались проводить занятия с такими пациентами в специализированных сексологических диспансерах и консультациях для супругов.

В трех сексологических диспансерах (в городах Либерец, Усти-над-Лабой, Брно) и в трех консультациях для супругов (в городах Угерске-Градиште, Соколов, Острава) для проведения сексуальной терапии амбулаторно организовывались консультации (один раз в неделю) супружеских пар; лишь в Соколове консультации проводились несколько раз в неделю. Число занятий колебалось от 5 до 13 (в среднем 8—10); во время их проведения использовали приведенные выше инструкции.

ТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В этом разделе мы хотим проиллюстрировать успешное течение терапевтического процесса на 5 казуистических случаях. В первых 2 случаях первичные нарушения были со стороны партнера, в 2 других — со стороны партнерши, в последнем случае нарушения были у обоих партнеров.

1. Нарушения эрекции

Р., 25 лет, электромонтер, имел вторичные нарушения потенции на протяжении одного года. Нарушение возникло в начале супружеской жизни (жена 23 лет, рабочая). Первую половую связь Р. имел в возрасте 17 лет с девушкой, обладавшей спокойным, покорным характером. Он без затруднений осуществил половой акт 5 раз. Супруга была его второй сексуальной партнершей. Интимные отношения между ними начались за 2 мес до свадьбы. После дефлорации он еще 10 раз провел нормальный половой акт с женой. Однако после свадьбы эрекция стала недостаточной или перед самым половым актом снижалась. Первые полгода супруг еще пытался осуществить половой акт, но последние полгода таких попыток уже не было. Амбулаторное лечение агонизирующим, нохимбином и гваякураном было безуспешным.

При психологическом исследовании было выявлено, что значительную роль в возникновении и фиксации нарушения у партнера, который отличается нерешительностью, замкнутостью и тревожностью, играет боязнь неудачи при интимных отношениях с супругой, которая энергична, весела, общительна и агрессивна. До свадьбы она была более покорной, а в отношении секса сдержанной и неуверенной; очевидно, в связи с этим мужу удавалось в то время совершить половой акт. После свадьбы она стала раздражительной, требовательной и злой, особенно когда половой акт был неуспешным. Партнер отметил, что жена стала менее привлекательной для него, перестала заботиться о своем внешнем виде. При разборе причин возникновения сексуального расстройства оказалось, что его фиксация связана с коммуникативной несогласованностью между супругами по поводу собственных сексуальных запросов, а сексуальная стимуляция не использовалась. Например, партнер из-за стыдливости не допускал, чтобы жена прикасалась к его половому члену, а сам не использовал возможность мануальной стимуляции клитора. В разговоре пациент сообщил, что жена этого не принимает и желает лишь «обычного полового акта». Супруга, наоборот, сказала, что она может легко достигнуть оргазма при стимуляции клитора. Однако считала, что супруг либо не догадывается об этом, либо игнорирует это «из эгоизма»; а сама она не сообщала ему об этом.

Течение занятий. Супруги были госпитализированы на 2 нед. Проводилась ежедневная программа групповой психотерапии. Первые два дня они спали отдельно. В группе разбирались их интерперсональные проблемы и недостатки во взаимоотношениях. В дальнейшем супруги спали на поставленных рядом кроватях и после ежедневных занятий перед сном проводили сексуальные тренировки. При первой консультации им был запрещен половой акт, было рекомендовано находиться нагими при интимном освещении и взаимно гладить руками различные части тела. При повторной консультации выяснилось, что супруг сначала стеснялся снимать одежду из-за того, что жена увидит его «слабый» половой член. Тогда они стали проводить тактильную стимуляцию в нижнем белье, которое в дальнейшем снимали друг с друга. Тактильная стимуляция производилась в течение 20 мин. Жена достигла оргазма, когда муж гладил рукой область клитора; в результате этого они даже «опередили» план заня-

тий. В следующий вечер им было предложено повторить занятие.

На 3-й день во время занятий партнеры отметили, что повторная любовная игра им была приятна. Они чувствовали себя значительно свободнее и безопаснее, чем сначала. Муж легко вызывал у жены оргазм с помощью мануальной стимуляции, причем жена вела его руку своей рукой. Муж отметил определенное усиление эрекции и желание перейти к половому акту. В следующий вечер было рекомендовано провести стимуляцию полового члена с инструкцией не вызывать эрекцию. Если же эрекция возникнет, то следует выждать, пока она ослабнет.

На 4-й день супруги сообщили, что при легком поглаживании полового члена рукой жены спонтанно наступала эрекция, причем неоднократно и после перерывов в стимуляции, во время которых степень эрекции снижалась. Стимуляция полового члена вызывала половое возбуждение и у жены. В следующий вечер было рекомендовано проведение стимуляции полового члена мужа в непосредственной близости от гениталий жены, которая находилась в положении сидя на коленях у мужа. При приближении наступления эякуляции жена должна была провести сдавление головки полового члена. Жене было рекомендовано при наличии достаточной эрекции члена делать попытки его введения во влагалище в положении сидя сверху.

На 5-й день супруги сообщили, что эрекция была достаточной. Супруга неоднократно вводила половой член во влагалище и, наконец, начала производить фрикции, во время которых достигла оргазма. Эякуляция вообще не произошла, так как она предотвращала ее прекращением фрикций или сдавлением головки полового члена. Во время 6-й консультации супруги сообщили, что они провели успешный пролонгированный половой акт в положении жены сидя сверху с достижением обоюдного оргазма.

На следующей неделе супругам было рекомендовано, чтобы они после 1- или 2-дневного отдыха попробовали использовать при половом акте различные положения. Они проводили половой акт ежедневно, стремясь к нему и испытывая удовольствие. В дальнейшем они проводили половой акт в классическом положении, что психологически было более приемлемо для жены. У мужа в этом положении также не отмечалось никаких нарушений эрекции. У жены всегда наступал оргазм, причем несколько раньше, чем у мужа.

Через полгода после лечения супруги сообщили, что половой акт у них протекает нормально, несколько раз в неделю и они ощущают полное сексуальное удовлетворение. Позже у них родился ребенок.

2. Относительно преждевременная эякуляция

В., 35 лет, техник, был направлен на госпитализацию врачом из супружеской консультации по поводу тревожно-депрессивных невротических расстройств, возникших в связи с обострением длительно существующей супружеской дисгармонии. Женат 11 лет, супруга на два года моложе мужа. Имеют двоих детей. Женился в 24 года после однолетнего знакомства, по любви. Очень хотел, чтобы жена была девственницей; с начала половой жизни с нею не распознал, что это не так. Через полгода после свадьбы он узнал, что жена имела ранее половую связь с другим мужчиной. Чувствовал себя обманутым и устраивал сцены ревности. Стал раздражительным. Четыре года назад случайно узнал, что супруга изменяет ему со своим сотрудником. Реагировал агрессивно, впоследствии постоянно упрекал ее в неверности. В последнее время у супруги возникла серьезная связь с другим мужчиной. Муж реагировал бурно и потребовал развода. Когда супруга согласилась на развод, он отказался разводиться и совершил суицидальную попытку. Супруга решила порвать внебрачную связь, что привело к улучшению семейных отношений. После разрешения конфликта отношения между супругами были хорошими.

Муж в сексуальном плане был более возбудимым и хотел иметь половой акт несколько раз в день. Эякуляция у него наступала через 2 мин от начала полового акта, в том числе при повторных актах. Супруга также была сексуально легковозбудима, однако при непродолжительном половом акте она не достигала оргазма, поэтому при половом акте с мужем она никогда не достигала полового удовлетворения. Было возможным привести ее к состоянию оргазма при мануальной или оральной стимуляции, что муж и использовал, однако полного удовлетворения она достигала лишь при конральном оргазме. То, чего она не могла получить при половом акте с мужем, она искала во внебрачных связях, что при ревности мужа вызвало конфликт и ухудшение сексуальных отношений.

Течение занятий. Муж был госпитализирован на 6 нед, а жена — на последние 2 нед его пребывания в стационаре. До этого с мужем проводились групповые психотерапевтические занятия с целью коррекции его формы реагирования в супружеских отношениях. Казалось, что он уже выработал критическое отношение к своему ригидному, «неадаптивному» поведению. Однако при поступлении в отделение супруги у него восстановились старые стереотипы поведения. Во время первого группового занятия он устроил супруге сцену ревности и они взаимно обвиняли друг друга. Следовало прежде всего научить их правильному общению. Этому была посвящена целая неделя, во время которой супруги спали отдельно. На 2-й неделе совместного пребывания им были предложены сексуальные задания. Проблемы выбора противозачаточных средств не было, так как жене ранее была введена противозачаточная спираль.

В первый вечер занятий супруги проводили тактильную стимуляцию; затем муж должен был попытаться добиться

удовлетворения жены стимуляцией клитора (жена должна была вести его руку своей рукой). После этого жена должна была проводить стимуляцию полового члена мужа с применением методики сдавливания головки для предотвращения эякуляции. Потом в положении сидя сверху она проводила медленные фрикции.

На другой день супруги занимались тактильной стимуляцией, определяя наличие других эрогенных зон. Они легко добились наступления оргазма у жены при стимуляции клитора (при ее активной помощи), после чего она, оставаясь в довольно сильном возбуждении, перешла к стимуляции полового члена мужа. Стимуляция с двумя сдавливаниями головки полового члена продолжалась в течение 8 мин без наступления эякуляции. Затем жена в состоянии сильного полового возбуждения в положении сидя сверху ввела половой член во влагалище и с помощью собственных движений (муж оставался неподвижным, в состоянии релаксации) быстро достигла второго оргазма одновременно с наступлением эякуляции у мужа.

Неожиданно быстрый успех стимулировал супругов. При дальнейших занятиях они должны были продлить период внутривагинальных фрикций с помощью их замедления, прерывания и применения сдавливания головки полового члена. На 3-й день супруги сообщили, что сначала они провели тактильную стимуляцию, добились клиторального оргазма у жены, а затем она в положении сидя сверху периодически производила медленные фрикции. Пассивно лежащий муж сосредоточивал свое внимание на ощущениях и распознавании времени наступления предэякуляторной фазы, когда надо было прекратить стимуляцию. После полуминутного прекращения стимуляции они проводили новую иммиссию и продолжали медленные фрикции. В конце полового акта жена своими быстрыми движениями вызвала обоюдный оргазм.

На другой вечер супруги получили задание тренировать «выдержку» супруга при проведении полового акта и в других положениях, а эякуляции следовало достигнуть в положении жены сидя сверху. На 4-й день они сообщили, что жена достигла первого оргазма при внекоитальной стимуляции, в дальнейшем половой акт они осуществляли в положении жены сидя спиной к мужу, а оргазма вновь достигли в привычном уже положении ее сидя сверху. Жена проводила фрикционные движения в рекомендованном положении без дополнительной стимуляции клитора и достигла оргазма 2 раза, сначала сама, а затем одновременно с супругом. Этот «вагинальный оргазм» она ощутила как качественно отличный от оргазма, возникающего при стимуляции клитора и

при нем она достигла большего сексуального удовлетворения¹.

После однодневного отдыха было рекомендовано осуществить половой акт в позах, связанных с активностью мужчины: в классической позе и позе *à tergo*. Во время 5-й консультации супруги сообщили, что муж продолжал без эякуляции половой акт в течение 4 мин в позе *à tergo*. При переходе в классическое положение глубокое проникновение полового члена во влагалище сильно возбуждало жену. Половой акт закончили в положении жены сидя сверху. Жена достигла оргазма при быстрых движениях на половом члене мужа на протяжении 4 мин. Муж регулировал свое возбуждение так, чтобы эякуляция возникла непосредственно после наступления оргазма у жены. После 6-й консультации во время полового акта муж вызвал наступление оргазма у жены при фрикционных движениях уже в классическом положении прежде, чем сам достиг эякуляции. При переходе в изначальное положение половой акт не завершился, поэтому жена продолжила стимуляцию полового члена, села на него сверху и при ее движениях в выпрямленном положении они достигли сбойного оргазма через 5 мин.

Эту методику полового акта партнеры закрепляли на протяжении одной недели. Муж научился продолжать половой акт с короткими перерывами в течение более чем 20 мин, и вызывал конитальный оргазм у жены 2 раза за время одного полового акта. Нормализация половых отношений привела к сексуальному удовлетворению партнеров, восстановлению эмоциональных связей и взаимной нормализации поведения. Положительный результат от занятий был достигнут благодаря активному сотрудничеству жены и наличию у нее хорошей сексуальной реактивности, которая была ранее на протяжении супружеской жизни ингибирована. Жена отметила, что благодаря занятиям у нее активизировалась сексуальность, которую ранее она не решалась проявлять с мужем.

¹ Masters, Johnson (1976) на основании своих наблюдений также описали только один тип оргазма, при котором решающим раздражителем является стимуляция клитора и при котором собственно оргастическая реакция проявляется главным образом во влагалище. Работы современных авторов, ссылающихся на субъективные показания женщин в отношении оргазма, свидетельствуют о том, что в зависимости от характера стимуляции имеются два типа оргазма — при стимуляции влагалища и при стимуляции клитора. Некоторые женщины способны иметь два разных оргастических переживания в зависимости от места стимуляции: при этом один из них переживают как более интенсивный, качественный или эмоционально окрашенный оргазм, вызываемый фрикциями во влагалище, другие же — оргазм, вызываемый поверхностной стимуляцией клитора [Sigusch, 1970; Singerová, Singer, 1973; Kratochvíl, Horka, 1974; Kratochvíl, 1975; Hiteova, 1976].

Из катamnестических сведений, полученных через 14 мес после прохождения курса терапии, известно, что сексуальные и супружеские отношения у партнеров нормальные.

3. Фригидность

А., 33 лет, рабочая, замужем 15 лет, мать троих детей. Была сексуально слабо возбудимой, никогда не достигала оргазма. Половой акт обычно осуществляли с мужем в классическом положении в течение около 5 мин. Ему предшествовала кратковременная любовная игра. При обследовании выявлено, что у нее чувствителен клитор, однако его стимуляцию муж никогда не осуществлял. При половом акте всегда была пассивной, после него иногда отмечала появление болей в нижней части живота. В течение 8 лет они практиковали прерванный половой акт из-за нежелания повторной беременности.

В психотерапевтическое отделение был госпитализирован на 6 нед ее муж, 37-летний служащий, по поводу неврастенических жалоб на фоне психастенических особенностей характера и выраженных вегетативных нарушений. Во время проведения групповой психотерапии выяснилось, что в возникновении этих нарушений значительную роль играет конфликт между супругами, сексуальная дисгармония, эмоциональное отчуждение. Оба избегали половой близости. Между ними было недостаточное общение по поводу эмоциональных и сексуальных потребностей и желаний. Муж был замкнутым, мало склонным к проявлению эмоций. Супруги сообщили, что когда они остаются одни, то им не о чем разговаривать и они идут спать каждый в свою постель. Муж имел ипохондрическое представление о том, что половой акт приводит его к нервному истощению и планировал его проведение один раз в неделю в субботу перед выходным днем.

В психотерапевтической группе был проведен разбор развития пациента, особенностей его характера и невротических расстройств. После разбора супружеской ситуации группа тренировала пациента в проявлении эмоций. Супруга была госпитализирована в последнюю неделю пребывания мужа для проведения сексуальных занятий.

Течение занятий. Во время первой консультации супругам было рекомендовано сосредоточить свое внимание на ощущениях, возникающих при взаимных ласках и прикосновениях. На 2-й день жена отметила появление приятных ощущений при поглаживании рукой в области бедер и прикосновении губ к груди. Стеснялась маленьких размеров своей груди. Муж хвалил ее за то, у нее возникли новые ощущения, однако она стеснялась полностью раздеться. После обнажения обнимала мужа за шею, чтобы он не смотрел на нее. На другой вечер мужу рекомендовали проводить систематическую стимуляцию груди жены и переходить к стимуляции ее половых органов.

Во время 3-й консультации жена сообщила, что она стеснялась меньше, при ласках была сильно возбуждена. Муж отмечал наличие хорошей эрекции и желание осуществить половой акт, но сдержал себя, отмечалась болезненность в семенниках. Любовную игру проводили утром и вечером и отметили появление эмоционального сближения. Во время сле-

Дующего занятия было рекомендовано производить систематическую стимуляцию вульвы, причем жена должна была вести руку мужа. В конце стимуляции было разрешено осуществить половой акт с целью снятия полового напряжения у мужа.

На 4-й консультации жена сообщила, что при систематической стимуляции наружных половых органов она сильно возбудилась, а затем быстро наступило сильное чувство утомления. Муж сообщил, что при его попытке ввести во влагалище палец он ощутил непроизвольные сокращения мышц влагалища. После этого супруг провел половой акт с целью добиться своего успокоения, при этом жена спокойно сотрудничала с ним. Дальше жене было рекомендовано занять во время полового акта активную позу сидя сверху, ввести половой член во влагалище и делать активные движения с одномоментной мануальной стимуляцией области клитора. Во время 5-й консультации супруги сообщили, что в этом положении осуществлять половой акт было трудно, оно было неприятно жене, не возникло достаточного увлажнения влагалища, а при введении полового члена появлялась боль. В связи с этим было рекомендовано вновь проводить внекоитальную мануальную стимуляцию наружных половых органов.

На последней 6-й консультации супруги выглядели успокоенными. Жена при мануальной стимуляции сильно возбудилась. При переходе к классическому положению супруг осуществлял стимуляцию клитора половым членом с дальнейшей пенетрацией и фрикциями во влагалище. Это привело к возникновению первого оргазма с ощущением сокращений вагинальной оргастической зоны.

В связи с семейными обстоятельствами супруги не смогли продолжать лечение дальше, поэтому им были даны на 2 нед соответствующие рекомендации и поручено вести дневник с записью своих ощущений. Как видно из дневниковых записей, жена пережила дома в первую ночь сильный оргазм во время стимуляции половым членом малых половых губ. В следующие 2 дня оргазм вызвать не удалось. На 4-й день они начали любовную игру после совместного чтения книги. У жены возникло сильное половое возбуждение и вновь возник оргазм, сначала у жены, а затем и у мужа. В последующих четырех записях отмечается регулярное появление оргазма у жены. Любовная игра продолжается около часа. Половой акт супруги начинали в положении жены сверху, а заканчивали в классическом положении. Записи свидетельствуют о значительном эмоциональном сближении супругов, нормализации интимных отношений, об их большей частоте и новом качестве.

По катamnестическим сведениям, полученным через пол-

года, супруги чувствовали себя удовлетворенными, жена активно участвовала в любовной игре и при половом акте и, как правило, всегда достигала оргазма.

4. Аноргазмия

Б., 28-летняя квалифицированная рабочая, была госпитализирована на 6 нед в терапевтическое отделение (в связи с наличием неврастенических жалоб в сочетании с психосоматическими расстройствами деятельности желудочно-кишечного тракта) при наличии супружеского конфликта на основе сексуальной дисгармонии. Сексуальные расстройства заключались в наличии сексуальной неудовлетворенности и сопротивления к осуществлению полового акта при достаточной сексуальной возбудимости. Муж, служащий, на три года моложе супруги, испытывает к ней значительное эмоциональное и половое влечение. Его сексуальная функция не нарушена и он обладает хорошей способностью регулировать время наступления эякуляции и увеличивать продолжительность полового акта.

В супружестве состоят 6 лет и имеют 2-летнего ребенка. Жена всегда испытывала необходимость неадекватными способами обращать на себя внимание супруга — то демонстративным поведением, то самоуничижением или пустыми рассуждениями. В большинстве случаев, даже при продолжительном половом акте, оргазма не достигала. Когда она оставалась возбужденной, но не достигала полового удовлетворения, то ощущала боли в животе, становилась раздраженной, чувствовала себя несчастной, плакала. Сначала половой акт совершали ежедневно, а на протяжении последнего полугодия жена старалась осуществлять его не чаще одного раза в месяц.

При подробном разборе сексуальных отношений выяснилось, что пациентка была достаточно возбудимой. Любовная игра перед половым актом обычно была краткой. На протяжении полового акта (супруг был способен продолжать половой акт с перерывами на протяжении часа) она несколько раз приближалась к состоянию оргазма, но он всегда «ускользал». Видимо, она нуждалась в дополнительной стимуляции клитора. По мнению мужа, жена боялась наступления оргазма, так как считала, что с ней «что-то может случиться».

Во время госпитализации жены муж был также госпитализирован на неделю для прохождения совместных сексуальных занятий (более продолжительное время он не мог оставаться из-за служебных дел).

Течение занятий. Во время первой консультации было рекомендовано проводить тактильную стимуляцию тела и гениталий жены и закончить любовную игру половым актом. На другой день при мануальной стимуляции клитора жена достигла сильного полового возбуждения, но затем затормозила дальнейшее его нарастание, так как испугалась, что может умереть при наступлении оргазма, боялась потери самоконтроля и интенсивных проявлений при оргазме. Далее последовал половой акт, который уже не доставил ей никаких переживаний. Стало ясно, что у нее имеется клиторный тип сексуальной реактивности. На другой вечер супругам было рекомендовано осуществлять стимуляцию, по возможности без проведения полового акта.

Во время 3-й консультации супруги сообщили, что занятие они вообще не проводили, так как жена была раздраженной

и сопротивлялась проведению сексуальной игры. Во время беседы выяснялась мотивация такого ее поведения. Муж считал, что жена все слишком усложняет. Если она кому-то рада, то, наоборот, проявляет к этому человеку неприязнь; если испытывает чувство вины, то стремится первая обвинять кого-либо; вообще всегда перед мужем «играет». Жена допускала, что в отношениях с мужем держится несколько неестественно. Считала, что мужу нужно только ее тело, что у нее нет никаких других достоинств и т. д. Временами отрицает, что вчера у них ничего не получилось, временами же из-за этого плачет. Затем снова говорит, что она «наденет радостную маску» и будет «играть» в соответствии с рекомендациями. Поскольку дискуссия не привела к цели, ей было рекомендовано вести «игру», внушая себе, что половая активность ей нравится, и поступать в соответствии с инструкциями.

На следующий день, на 4-й консультации она сообщила, что когда она начала вести такую «игру», то во время мануальной стимуляции достигла оргазма с напряжением тела, усилением дыхания и ощущением пульсации в нижней части влагалища. В следующие два вечера было рекомендовано проводить половой акт в положении сидя сверху с введением во влагалище полового члена и мануальной стимуляцией без фрикционных движений, а в дальнейшем осуществлять движения лежа на муже с выпрямленным и напряженным телом. В оба вечера дважды супруги достигли полного обоюдного сексуального удовлетворения как при мануальной стимуляции с введенным во влагалище половым членом, так и при движениях жены с выпрямленным телом.

Таким образом, на протяжении недели после проведения пяти консультаций была достигнута возможность вызывания оргазма при комбинированной стимуляции клитора и влагалища. Через полгода возможность достижения оргазма оставалась, а супружеские отношения улучшились.

5. Супружество без интимных отношений

Я., 24-летний токарь и И., 22-летняя портниха, были направлены на лечение из гинекологического отделения. Вступили в брак 3 года назад после 2-летнего знакомства. В течение года живут в отдельной двухкомнатной квартире, до этого 2 года жили совместно с родителями. До свадьбы половых отношений не было, так как невеста боялась матери. При первой попытке проведения полового акта в свадебную ночь у нее возник страх и с тех пор она сопротивлялась попыткам мужа осуществить пенетрацию, произвольно сводила ноги, возникало произвольное сокращение мышц, препятствующих введению полового члена во влагалище. Муж вел себя адекватно, не пытался насильно осуществить половой акт. При достижении сильного полового возбуждения у него наступала быстрая эякуляция *ante portas*. Со временем они на-

учились достигать взаимного полового удовлетворения при стимуляции половым членом наружных половых органов жены. Проблема возникла тогда, когда они захотели иметь ребенка.

Течение занятий. Супруги были госпитализированы на 5 нед. Сначала было рекомендовано обратить внимание на проведение тактильной стимуляции. В дальнейшем жене было рекомендовано при достижении сексуального возбуждения в присутствии мужа и при продолжающихся ласках вводить во влагалище мизинец, а затем средний палец. После этого жена должна была вводить во влагалище сначала мизинец мужа, затем его средний палец и, наконец, два пальца, по возможности до момента приближающегося оргазма. На протяжении недели супруги выполняли это задание. При переходе к введению двух пальцев несколько раз у жены возникла быстропроходящая болезненность.

На 2-й неделе вырабатывался навык удержания эрекции без наступления эякуляции при помощи техники сдавливания. В середине второй недели жена попыталась при продолжающейся стимуляции клитора ввести половой член во влагалище. При этом вновь возник страх и она начала плакать. Муж ее успокоил и через некоторое время она вновь попыталась осуществить введение полового члена во влагалище, была достигнута частичная иммиссия. При дальнейших попытках введение осуществлялось все глубже и легче и, наконец, была достигнута интравагинальная эякуляция. В течение 3 следующих дней введение полового члена постепенно происходило все легче. На 3-й неделе занятия были прекращены из-за наступления менструации. На 4-й неделе занятия были продолжены и супруги при осторожном введении полового члена и легких сексуальных движениях жены научились достигать обоюдного оргазма при введенном во влагалище половом члене. В начале 5-й недели введение полового члена стало легко осуществимым, фрикционные движения более активными, а способность мужа задержать эякуляцию большей.

В дальнейшем было рекомендовано осуществить половой акт в различных положениях. Сначала был осуществлен успешный половой акт при переходе из положения сидя сверху в классическое положение. При этом акт длился 10 мин и супруги достигли обоюдного оргазма без дополнительной мануальной стимуляции. Прямое введение полового члена в классическом положении было неприятным для жены, поэтому они переходили к нему из положения жены сидя сверху. К концу недели они осуществили успешную иммиссию и половой акт при нескольких других положениях, руководствуясь атласом положений.

Через год после лечения супруги были довольны своими

сексуальными отношениями, оба были активными и одновременно достигали оргазма. Уже во время лечения жена забеременела. После родов половые отношения остались нормальными.

Приведенные примеры иллюстрируют типичное течение сексуальной терапии, отражая одновременно некоторые черты личности, переживаний и поведения партнеров, однако она не всегда протекает так гладко и успешно. Во время лечения иногда возникают различные препятствия, критические фазы, неудачи и проблемы. Это будет предметом дальнейшего разбора и анализа статистических сведений о результатах сексуальной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Для оценки нового лечебного метода необходимо обсуждение его результатов. После разработки методологических критериев необходимо сравнить эффективность сексуальной терапии с другими методами лечения на группах пациентов с аналогичными формами сексуальных нарушений. Нами проведен анализ собственного материала, полученного во время работы в психотерапевтическом отделении психиатрической больницы в Кромержиже, и материалов, полученных из 6 диспансеров.

1. Собственный материал. Общие сведения

Сексуальная терапия в 1973—1978 гг. была проведена 70 парам партнеров¹. В 65 случаях лечение было проведено супружеским парам, в 3 случаях партнерам, готовившимся вступить в брак (в 2 случаях после успешного лечения был заключен брак), а в 2 случаях — партнерам, не имевшим супружеских отношений.

У 23 пар имелись функциональные сексуальные нарушения у мужчин, у 35 пар расстройства имелись у женщин, а у 12 пар нарушения были обоюдными. С учетом пар, имевших обоюдные расстройства, терапии подверглись 82 пациента (35 мужчин и 47 женщин). Возраст мужчин колебался от 22 до 48 лет (средний возраст 32,1 года), женщин — от 21 до 50 лет (средний возраст 29,9 года). Частота различных типов сексуальных нарушений и осложняющих факторов приведена в табл. 3.

У 55 из 70 пар (79%) по крайней мере у одного из парт-

¹ К моменту издания книги наш материал расширился до 100 пар наблюдений, а длительность катамнеза у них составила не менее полугода (у большинства более года). Все основные данные, полученные при изучении группы из 70 партнерских пар, остались такими же, как и данные, полученные при лечении 100 партнерских пар.

Таблица 3. Частота различных типов сексуальных нарушений и осложняющие факторы

Нарушения	Число больных	Нарушения у партнера (партнерши)	Супружеские конфликты	Невротические расстройства		
				мужчин	женщин	пар
У мужчин:						
нарушения эрекции	15	2	1	9	1	0
преждевременная эякуляция	13	8	7	7	2	2
нарушения эрекции и преждевременная эякуляция	4	2	3	1	0	1
задержка эякуляции или ее отсутствие	3	0	1	0	1	0
Всего ...	35	12	12	17	4	4
У женщин:						
аноргазмия	28	9	11	6	19	2
аноргазмия и алибидемия	9	0	6	2	7	0
аноргазмия и сопротивление при половом акте	6	0	4	0	3	1
вагинизм	4	3	0	0	0	0
Всего ...	47	12	21	8	29	3
Итого ...	82	24	33	21*	29*	5*

* Общее количество пациентов в этой графе меньше, чем количество мужчин и женщин, так как в 12 случаях сексуальные нарушения имелись у обоих партнеров, что при механическом сложении привело бы к двукратному увеличению числа наблюдений.

неров имелись невротические расстройства и вне сексуальной области. В 21 случае такие нарушения имелись у мужчин, в 29 случаях — у женщин, а в 5 случаях — у обоих партнеров. У 28 пар (40%) помимо сексуальных расстройств имелись выраженные конфликтные супружеские отношения, у других 19 супружеских пар (27%) также были внесексуальные конфликты, но выраженные умеренно. У 23 пар отношения вне сексуальной области были гармоничными.

Занятия проводили в течение 2-недельной госпитализации супругов в терапевтические отделения. В 49 случаях одного из партнеров, страдающего неврозом, госпитализировали на стандартный 6-недельный курс лечения, а другого партнера

госпитализировали во вторую половину пребывания первого в отделении. В 16 случаях оба партнера были госпитализированы одновременно исключительно с целью лечения сексуального расстройства. Обычно на протяжении 2-недельного курса сексуальной терапии проводилось 10 консультаций. Однако практика показала, что из-за различных внешних обстоятельств это зачастую невыполнимо. Например, иногда один из партнеров не мог находиться в течение 2 нед в отделении по служебным или семейным обстоятельствам. В связи с этим иногда было необходимо сократить пребывание пары партнеров в отделении до недели или принимать одного из партнеров в отделение в выходные дни; иногда лечение с парами проводилось по выходным дням или в амбулаторных условиях, уже после выписки партнера из отделения. В некоторых же случаях было необходимо увеличить срок пребывания партнеров в отделении на 1—2 нед или продлить терапию амбулаторно после прохождения стационарного лечения. В 5 случаях ни один из партнеров не был госпитализирован, а консультации проводились амбулаторно.

Партнерские пары, которые были госпитализированы, в течение всего пребывания подчинялись режиму отделения, включая посещение дневных групповых психотерапевтических занятий. Это служило дополнительным терапевтическим фактором по отношению к занятиям по сексуальной терапии, положительно влияющим на супружеские отношения. Наличие такого влияния было отмечено у 57 партнерских пар, которые пребывали в отделении совместно по крайней мере в течение недели. У других 8 пар, когда один из партнеров госпитализировался только на выходные дни или на амбулаторные консультации, влияние групповой терапии положительно сказывалось только на одном из партнеров. У 5 пар партнеров сексуальная терапия была проведена без занятий в психотерапевтической группе.

Длительность сексуальной терапии при пребывании в отделении колебалась от 1 до 4 нед (15 пар — 1 нед, 29 пар — 2 нед, 7 пар — 3 нед, 2 пары — 4 нед). У 11 пар терапия была проведена во время 1—3 выходных дней, у 3 пар после 2-недельной госпитализации терапия продолжалась амбулаторно — у одной пары на протяжении 6 нед с консультацией раз в неделю, а 2 другие пары проживали в течение 2 нед в гостинице и приходили на консультации.

Во время курса лечения проводилось от 3 до 20 занятий (в среднем 9,5), вообще же их должно быть не менее 4. У 3 пар было проведено только по 3 занятия и курс лечения не был закончен.

В одном случае это была пациентка с аноргазмией, которая во время занятий сообщила, что нарушение у нее возник-

ло на основе глубоко отрицательного отношения к партнеру как к человеку, в связи с чем она решила с ним развестись. В другом случае у женщины с аноргазмией имелся настолько выраженный внесексуальный конфликт с супругом, что дальнейшее проведение занятий было бессмысленным. В этом случае лечение было рекомендовано только женщине, которой надо было сначала пройти систематическую психотерапию из-за наличия невротических и психопатических расстройств. В 3-м случае лечение нарушений эрекции у партнера стало невозможным из-за возникновения соматического заболевания у жены.

Терапия проводилась тремя психологами, из них одна была женщиной. Они в большинстве случаев работали с парами самостоятельно; лишь в 8 случаях мужчина и женщина психотерапевты сотрудничали. В большинстве случаев, однако, речь шла о замене одного из терапевтов другим в результате болезни или других обстоятельств.

ОБСУЖДЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Главной задачей лечения являлась ликвидация симптома и улучшение функции, например, достижение достаточной эрекции, что позволит успешно осуществить половой акт или отдаление эякуляции до тех пор, пока в большинстве случаев партнерша достигнет достаточного полового возбуждения и оргазма [Kuriansky, Sharpe, 1976].

При определении эффективности непосредственно после курса лечения обычно применяли 4-балльную шкалу: +++ выздоровление или стойкое улучшение, ++ значительное улучшение, + умеренное улучшение, 0 отсутствие эффекта. Такая шкала применялась нами и при лечении неврозов в психотерапевтическом отделении [Kratóchvíl, Dubská, 1977]. Как и Eysenck (1952), при общей оценке эффективности лечения сексуальных расстройств мы приняли более консервативный критерий, а именно — как улучшение мы рассматривали только пациентов категорий +++ и ++; категории + и 0 — без улучшения.

При катамнестической оценке использовались специальные опросники, рассылаемые пациентам по почте. В разработанном нами «Катамнестическом опроснике сексуальной терапии» каждый из партнеров оценивает эффективность лечения по пятибалльной шкале¹ как по отношению к своей сексуальной функции, так и сексуальной функции партнера и супружеской гармонии. Подобным образом партнеры сов-

¹ Кроме приведенных выше 4 баллов, используется еще один балл — (минус), ухудшение.

местно оценивают качество сексуальных отношений и сравнивают их с качеством до лечения. Катамнестический опросник рассылают обоим партнерам, отдельно мужчине и женщине, причем мужчине рассылают опросник СФМ (SFM) [Mellan, 1964], а женщине СФЖ (SFZ) [Kratovich, Uhlirová, 1978]. Затем производят общую оценку опросников с тем, чтобы субъективные сведения, полученные от леченого пациента, были валидизированы по крайней мере ответами его партнера [Kilman, 1978]¹. В 52 случаях пациенты по нашей просьбе описали на задней стороне опросника своими словами характер сексуальных отношений, что дало дополнительные сведения, которые были использованы при качественном анализе отделенных результатов терапии.

Катамнестические опросники не у всех пар получены в одинаковом интервале после лечения. Этот интервал составил от 0,5 года до 2 лет (в среднем 15 мес). В ряде случаев надо было несколько раз напоминать о присылке опросника. Не были получены опросники от 3 пар, поэтому они были отнесены в группу пациентов, у которых не было отмечено улучшения.

Кроме непосредственного влияния на главный симптом, можно было отметить влияние сексуальной терапии на: а) улучшение сексуальных отношений между партнерами, что отмечалось даже в тех случаях, когда основной симптом не был устранен (например, адаптация к фригидности жены, повышение интереса у жены к сексуальной сфере даже при сохранности аноргазмии, использование негенитального способа достижения полового удовлетворения при сохраняющемся расстройстве эрекции и т. п.); б) улучшение супружеских отношений. Однако эти данные не были подвергнуты статистическому анализу.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты при различных типах нарушений. Результаты, полученные при проведении сексуальной терапии при различных типах нарушений, приведены в табл. 4. Из 82 леченых пациентов (35 мужчин и 47 женщин) значительное улучшение было отмечено в 76%, а по катамнестическим сведениям оно осталось в 52%. У мужчин улучшение отмечалось чаще (непосредственное улучшение — в 83%, по катамнестическим сведениям — в 54%), а у женщин непосредственное улучшение отмечалось в 70%, по катамнестическим сведениям — в 51%. Наибольший непосредственный эффект был достигнут при

¹ Заполненные опросники были получены во всех случаях от каждого из партнеров, причем каждый в отдельном конверте.

Таблица 4. Результаты сексуальной терапии, проведенной в стационаре в г. Кромержиж

Нарушения	Число больных	Непосредственный успех		Положительный результат по катам- нестическим данным (в среднем за год)	
		число	%	число	%
У мужчин:					
нарушения эрекции	15	12	80	10	67
преждевременная эякуляция	13	13	100	7	54
нарушения эрекции и преждевременная эякуляция	4	4	100	2	50
задержка эякуляции или ее отсутствие	3	0	0	0	0
Всего...	35	29	83	19	54
У женщин:					
аноргазмия	28	22	79	15	54
аноргазмия и фригид- ность	9	6	67	4	44
аноргазмия и сопротив- ление при половом ак- те	6	1	17	1	17
вагинизм	4	4	100	4	100
Всего...	47	33	70	24	51
Итого...	82	62	76	43	52

лечении преждевременной эякуляции — 100% (в анамнезе эффект снизился до 54%). Наименьший положительный эффект был получен при аноргазмии, сочетающейся с сопротивлением партнеру при половом акте, — всего в 17%.

Стопроцентный положительный и стойкий результат отмечен при терапии вагинизма, однако количество наблюдений в этой группе невелико, всего 4, причем в одном из них сексуальная терапия была проведена в сочетании с рассечением уплотненного кольца в девственной плеве.

Полностью безуспешной была терапия в группе пациентов с задержкой эякуляции или ее отсутствием, однако и эта группа состояла всего из 3 человек. Этим пациентам было рекомендовано проводить мануальную стимуляцию с после-

дующим проведением иммиссии при приближении эякуляции, что было ранее рекомендовано Masters, Johnson (1970), Kaplan (1974). У 2 мужчин эякуляцию нельзя было вызвать даже при мануальной стимуляции. У другой пары занятия были прекращены из-за конфликта между супругами.

Результаты терапии при первичных и вторичных сексуальных нарушениях. Американские авторы рекомендуют различать эффективность терапии при первичных (т. е. когда мужчина никогда не осуществил успешного полового акта, а женщина никогда не пережила оргазма) и вторичных (когда пациенты ранее имели хотя бы один успешный половой акт) сексуальных расстройств [Masters, Johnson, 1970; Kilman, 1978]. На нашем материале группа мужчин с нарушениями эрекции (самостоятельным или в сочетании с преждевременной эякуляцией или с одновременными нарушениями у партнерши) состояла из 19 человек. Лишь у 3 из них нарушения были первичными. Непосредственный положительный результат отмечен во всех 3 случаях, а при катамнестическом обследовании оказалось, что он сохранился в 2 случаях. У 16 мужчин нарушения были вторичными. Положительный результат отмечен в 81%, а по катамнестическим сведениям он сохранился в 62%.

Masters, Johnson (1970) отметили, что положительный результат при терапии первичных сексуальных расстройств отмечается реже, чем при лечении вторичных расстройств. Незначительное число наших наблюдений при терапии первичных нарушений потенции не позволяет нам высказать собственное мнение по этому поводу.

Группа женщин с аноргазмией (как самостоятельной, так и в комбинации с гиполибидемией, сопротивлением при половом акте или с нарушениями у партнера) на нашем материале состояла из 12 человек с первичной аноргазмией и 31 человека со вторичной аноргазмией. При вторичной аноргазмии непосредственный положительный результат был достигнут в 84%, а отдаленный — в 55%, тогда как при первичной аноргазмии положительный результат был достигнут соответственно лишь в 41 и 25 %.

Наши результаты не соответствуют данным, полученным McGovern и соавт. (1975), у которых были лучшие достижения при лечении первичной аноргазмии. Причину этого они видели в том, что вторичная аноргазмия чаще сочетается с супружескими конфликтами, подавляющими возможность достижения оргазма. В нашей группе пациенток супружеские конфликты отмечались практически с одинаковой частотой при первичной и вторичной аноргазмии (50% и 45%).

Влияние конфликтных взаимоотношений на результаты терапии. С целью проверки предположения о том, что кон-

фликтные взаимоотношения отрицательно влияют на эффективность сексуальной терапии, была выделена группа пациентов с наличием или отсутствием конфликтных взаимоотношений, отдельно мужчины и женщины (табл. 5, 6). У мужчин с наличием конфликтных взаимоотношений непосредственный эффект после терапии был выше, чем у мужчин с отсутствием конфликтных взаимоотношений, но отдаленный — хуже. Следует заметить, что если во время сексуальной терапии будет создана хорошая атмосфера общения, будет правильным поведение и жена будет активно сотрудничать, то, несмотря на наличие конфликта, результаты лечения будут хорошими. Однако после прекращения контактов с врачом неразрешенные сексуальные конфликты могут опять негативно влиять на сексуальную активность.

У женщин конфликтные взаимоотношения негативно влияют как на непосредственные, так и на отдаленные результаты лечения. Это подтверждает мнение о том, что сексуальная реактивность у женщин в большей степени зависит от характера взаимоотношений между партнерами, чем у мужчин. Отрицательное влияние конфликтных взаимоотношений на непосредственный эффект сексуальной терапии у женщин подтверждается и статистически. Остальные результаты оказались статистически недостоверны.

Влияние наличия невроза на эффективность терапии. У мужчин, которые лечились по поводу невроза, результаты сексуальной терапии были несколько лучше, чем у мужчин, лечившихся только по поводу наличия сексуальных расстройств. У женщин, наоборот, результаты сексуальной терапии были хуже в группе с наличием невроза, однако эти различия были статистически недостоверны.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнение результатов. Основные статистические «нормы», используемые для сравнения, приведены основателями метода терапии Masters, Johnson (1970). Их группа состояла из 448 мужчин, непосредственный положительный результат терапии у которых был достигнут в 83% (что совпадает и с нашими данными) и из 342 женщин, непосредственный эффект у которых был достигнут в 81% (что на 11% превышает достигнутые нами результаты).

Катамнестические сведения, собранные Masters, Johnson, в отличие от наших данных, получены через 5 лет после лечения. В момент публикации этой книги этого срока достигли только $\frac{2}{5}$ наших пациентов; поэтому положительный результат по катамнестическим данным у них ниже и достигает у

Таблица 5. Влияние конфликтных взаимоотношений на эффективность сексуальной терапии у мужчин

Взаимоотношения	Число пациентов	Улучшение, абс. число		Улучшение, %	
		после лечения	катамнез	после лечения	катамнез
Конфликтные	12	11	5	91	42
Неконфликтные	23	18	14	78	60
Всего ...	35	29	19	83	54

Таблица 6. Влияние конфликтных взаимоотношений на эффективность сексуальной терапии у женщин

Взаимоотношения	Число пациентов	Улучшение, абс. число		Улучшение, %	
		после лечения	катамнез	после лечения	катамнез
Конфликтные	21	10	9	48	43
Неконфликтные	26	23	15	88	58
Всего ...	47	33	24	70	51

мужчин 6%¹ (у нас 29%), а у женщин лишь 4% (у нас 19%).

Наибольшие успехи были достигнуты при лечении пациентов с преждевременной эякуляцией, как при самостоятельном нарушении, так и в комбинации с нарушениями эрекции. Непосредственный эффект был достигнут в 100% случаев. В результате занятий в парах мужчины смогли продлить половой акт до 10 мин, что позволяло женщинам достичь оргазма (разумеется, при клиторном типе оргазма параллельно проводилась стимуляция клитора). Однако, по катамнестическим сведениям, полученным через 1—2 года, положительный результат оставался у 54 % леченых пациентов, тогда как, по данным Masters, Johnson, эффект при пятилетнем катамнезе

¹ С учетом процента пациентов, от которых Masters, Johnson не удалось получить катамнестических сведений, можно думать о снижении эффективности терапии до 16% у мужчин и 14% у женщин.

в их группе сохранялся у 97% пациентов. Подробнее мы анализировали случаи, когда у пациентов с преждевременной эякуляцией положительный результат был непродолжительным (N=8).

В 4 случаях половой акт длился до минуты, максимально до 2 мин. Из них в одном случае непродолжительный эффект был связан с тем, что занятия были проведены только во время 2 выходных дней, а психопатическая импульсивность мужа отрицательно влияла на жену. В другом случае супруги применяли мануальную стимуляцию клитора, которая практически всегда вызывала у жены оргазм, но затем в домашних условиях они не применяли этот метод. В 3-м случае женщина сообщила, что предпочитает осуществлять половой акт с любовником, а не с мужем. Причина отсутствия эффекта у 4-й пары, которая после тренинга научилась отдалять эякуляцию на 15—30 мин, осталась неясной, несмотря на полученный от них катамнестический опросник.

В других случаях, согласно катамнестическим сведениям, половой акт длился дольше 3 мин, но женщина нуждалась в большей продолжительности акта, чем муж. В одном случае супруги эффективно применяли в дальнейшем внекоитальную стимуляцию, в другом случае жена после полового акта добивалась полового удовлетворения с помощью мастурбации, о чем муж не знал. К катамнестически неуспешным мы отнесли также 2 пациентов, которые не прислали нам сведений.

Если не принимать во внимание те пары, у которых выраженную роль играют факторы супружеской дисгармонии, то анализ протоколов занятий свидетельствует о том, что нельзя довольствоваться лишь определенным продлением полового акта, достигаемым к концу занятий, но этот эффект необходимо закрепить дальнейшими тренировками.

При сравнении наших данных со сведениями, приведенными Meyer и соавт. (1975) (США), Bancroft (1975) (Англия), Arentewicz и соавт. (1975, 1980) (ФРГ), которые проводили сексуальную терапию в амбулаторных условиях, оказалось, что мы добились большей эффективности.

Факторами, которые могут отрицательно влиять на лечебные результаты, особенно на их стойкость, являются следующие:

- 1) наличие выраженных супружеских конфликтов (в 40%);
- 2) наличие невротических расстройств у одного из партнеров (в 79%), несмотря на то что влияние невроза на успех сексуальной терапии статистически недостоверно, клинический опыт свидетельствует о том, что по крайней мере у женщины наличие невроза негативно влияет на сексуальную реактивность [Kratochvíl, Uhliřová, 1978];

3) длительность курса лечения менее стандартной 2-недельной терапии. У 24 пар (34%) лечение длилось одну неделю или 1—2 выходных дня;

4) ведение терапии одним врачом; однако этому обстоятельству мы, как и ряд других авторов, не придаем особого значения.

Факторами, которые, по нашему мнению, повышали шансы на успех в проведенной нами сексуальной терапии, являются:

1) проведение сексуальных занятий у большинства партнерских пар (81%) в сочетании с комплексной психотерапией, что приводит к улучшению интерперсональных отношений и взаимопонимания между партнерами;

2) лечение партнера, страдающего неврозом, на протяжении 6 нед в специализированном отделении, что улучшает его коммуникативные способности и положительно влияет на эффективность сексуальной терапии. На создание благоприятной атмосферы во время сексуальных занятий положительно влияет также разлука супругов на несколько недель, предшествующая проведению сексуальной терапии.

Возможности использования стационарной формы лечения. Проведение стационарной формы сексуальной терапии ограничивается несколькими условиями, к которым относятся:

1. Наличие желания у партнера пациента к сотрудничеству. Это условие необходимо при лечении всех форм сексуальных расстройств, проводимом с обоими партнерами. Как свидетельствует опыт Raboch, Šipová, в амбулаторной сексологической практике, например, лишь менее чем в 40% случаев терапии сексуальных нарушений у мужчин можно рассчитывать на сотрудничество партнерши, хотя бы в том смысле, что она вообще явится для беседы с врачом. Так, по данным этих авторов, при лечении 429 мужчин лишь у 325 из них можно было пригласить к врачу партнерш, так как у остальных пациентов либо не было постоянной партнерши, либо партнерша отказывалась явиться. Из этих приглашенных к врачу явились только 164 женщины, т. е. приблизительно половина. Желание мужчин сотрудничать при сексуальных расстройствах у их партнерш в пражском сексологическом диспансере не было определено количественно; но мы думаем, что их было несколько больше, чем женщин.

2. Наличие желания и возможности у партнеров проводить лечение в условиях стационара. Для некоторых партнеров является нежелательной сама госпитализация в психиатрическую больницу, так как они боятся, что окружающие посчитают их душевнобольными. Опасение того, что окружающие узнают о наличии у пациентов сексуальных нарушений, можно, как правило, устранить, поставив диагноз невроза, который сейчас уже, как правило, не дискредитирует больного

в глазах окружающих. Некоторые супруги не могли находиться в стационаре по семейным обстоятельствам (уход за детьми).

3. Желательно, чтобы партнеры были супругами, так как предоставление в лечебном учреждении общей палаты для мужчины и женщины, не являющихся супругами, нежелательно с этической точки зрения. В связи с этим такая форма лечения исключает значительную часть пациентов, страдающих сексуальным расстройством и не состоящих в этот период в браке.

2. Материалы амбулаторных учреждений

В проведении сексуальной терапии с нами сотрудничали три сексологических диспансера (в городах Либерец, Усти-над-Лабой и Брно) и три супружеские консультации (в городах Угерске-Градиште, Соколов и Острава), работникам которых мы приносим свою благодарность. В этих учреждениях начали курс сексуальной терапии 186 пар, а закончили 98 пар, т. е. 53%. Данные по каждому из указанных учреждений приведены в табл. 7.

Таблица 7. Число партнерских пар, начавших и закончивших амбулаторный курс лечения

Название лечебного учреждения	Число пар, начавших лечение	Число пар, закончивших лечение	%
Диспансер в г. Либерец	57	32	56
Диспансер в г. Усти-над-Лабой	44	20	55
Диспансер в г. Брно	21	5	24
Консультация в г. Угерске-Градиште	21	19	90
Консультация в г. Соколов	26	16	62
Консультация в г. Острава	17	6	35
Всего...	186	98	53

В оценке лечения мы принимали во внимание только тех пациентов, которые закончили лечение. Всего лечились 82 мужчины и 29 женщин, т. е. общее число их (111) превышает число пар (98), так как в 13 случаях нарушения были у обоих партнеров.

Таблица 8. Эффективность сексуальной терапии в отдельных амбулаторных учреждениях (N — число пациентов, закончивших курс лечения)

Название лечебного учреждения	Мужчины			Женщины			Всего		
	N	существенное улучшение	%	N	существенное улучшение	%	N	существенное улучшение	%
Диспансер в г. Либерец	26	20	77	7	3	43	33	23	70
Диспансер в г. Усти-над-Лабой	20	16	80	3	1	33	23	17	74
Диспансер в г. Брно	4	3	75	2	1	50	6	4	67
Консультация в г. Угерске-Градиште	16	8	50	5	2	40	21	10	48
Консультация в г. Соколов	10	9	90	8	8	100	18	17	94
Консультация в г. Острава	6	5	83	4	3	75	10	8	80
Всего ...	82	61	74	29	18	62	111	79	71

Непосредственные результаты лечения по отдельным учреждениям и отдельным видам расстройств приведены в табл. 8 и 9. У пациентов, закончивших лечение, улучшение наступило в среднем у 71% (в 74% у мужчин и в 62% у женщин).

Если речь идет о катамнезе, то полные данные были получены только в г. Либерец (3-месячный катамнез) и г. Соколов (катамнез от 3 до 13 мес), всего от 48 пациентов. В целом же катамнестические данные отсутствовали не более чем в 6% случаев.

Кроме приведенных цифр, ведущие сотрудники каждого из учреждений поделились с нами собственным опытом проведения сексуальной терапии в амбулаторных условиях.

При сравнении лечения в стационарных и амбулаторных условиях можно сделать ряд выводов:

1. В большинстве амбулаторных учреждений за медицинской помощью обращались мужчины.

2. В амбулаторных условиях часто было затруднительно привлечь к сотрудничеству партнершу. Если же с большими усилиями это удавалось сделать, то она содействовала неохотно, что во многих случаях заставляло прекратить сексуальную терапию.

3. Чаше всего консультации в амбулаторных условиях

Таблица 9. Эффективность сексуальной терапии в амбулаторных условиях при различных типах сексуальных расстройств

Типы нарушений	Число больных	Существенное улучшение	
		число	%
У мужчин:			
нарушения эрекции	29	18	62
преждевременная эякуляция	41	35	85
нарушения эрекции и преждевременная эякуляция	12	8	66
Всего ...	82	61	74
У женщин:			
аноргазмия	14	5	36
фригидность	10	9	90
диспареуния	3	2	100
вагинизм	2	1	50
Всего ...	29	18	62
Итого ...	111	79	71

проводились не чаще одного раза в неделю, а иногда, из-за различных обстоятельств, и реже. Когда же их можно было осуществить несколько раз в неделю (например, в консультации в Соколове), то эффективность лечения была выше.

4. В большинстве случаев в амбулаториях с партнерской парой работал один врач. В Усти-над-Лабой было отмечено, что партнерши лечившихся мужчин предпочитали беседовать с женщиной-врачом.

5. При проведении терапии в амбулаторных условиях часто отмечались затруднения в связи с необходимостью создания условий для занятий партнеров при совместном проживании с родителями или детьми. Особые затруднения в связи с этим испытывали партнеры, собирающиеся вступить в брак.

6. Эффективность терапии в амбулаторных условиях лишь на 5% ниже, чем при госпитализации партнеров (71% против 76%). Проблемы возникали скорее с невозможностью продолжать лечение, что отмечалось примерно в половине случаев.

7. При обеих формах терапии непосредственный эффект от лечения был выше у мужчин, чем у женщин (табл. 10).

8. Сравнение отдаленных результатов сексуальной тера-

Таблица 10. Сравнение эффективности сексуальной терапии, проводимой в стационарных и амбулаторных условиях

Пациенты	Психотерапевтическое отделение		Шесть амбулаторных учреждений	
	N	значительное улучшение, %	N	значительное улучшение, %
Мужчины	35	83	82	74
Женщины	47	70	29	62
Всего...	82	76	111	71

пии оказалось невозможным, так как в большинстве амбулаторных учреждений катamnестические сведения отсутствуют. Но там, где они имелись, оказалось, что отдаленный положительный результат терапии, проведенной в амбулаторных условиях, выше, чем после лечения в условиях стационара. Вероятно, это связано с преобладанием в группе пациентов, лечившихся в стационаре, лиц с выраженными невротическими расстройствами (79%) и наличием супружеской дисгармонии и вне сексуальной области (40%). Можно также думать, что терапия в условиях стационара более интенсивна, но «разовая». В типичных случаях она длится 2 нед без возможности дальнейшего систематического контакта партнеров с врачом, тогда как в амбулаторных условиях такой контакт более продолжителен и это позволяет помочь пациентам при возникновении у них различных обстоятельств, оказывающих отрицательное влияние на сексуальную функцию.

9. Основным достоинством амбулаторной формы лечения является отсутствие необходимости брать отпуск или листок нетрудоспособности. Таким образом, она доступна большему кругу пациентов, нуждающихся в проведении сексуальной терапии.

10. Основным недостатком амбулаторной формы лечения является то, что большое число партнерских пар из-за различных внешних или внутренних причин не могут полностью пройти курс сексуальной терапии. В привычной среде пребывания партнеров различные обстоятельства не позволяют им полностью сконцентрироваться на проведении сексуальных занятий и регулярно посещать консультацию. Часто этому мешают и другие мелкие конфликты, которые нарушают взаимоотношения и снижают мотивацию к сотрудничеству партнеров во время прохождения курса лечения.

ТРУДНОСТИ В ПРОВЕДЕНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Сексуальная терапия в своей интенсивной форме с ежедневными консультациями дает врачу много информации, позволяющей глубже понять динамику супружеских интерперсональных и сексуальных отношений. Регистрация хода отдельных занятий позволяет тщательно проанализировать влияние на ход сексуальной терапии различных факторов, которые могут способствовать фиксации расстройства и отрицательно сказываться на ходе лечения. Это в ряде случаев позволяет их преодолеть и добиться положительного результата тогда, когда казалось невозможным дальнейшее проведение тренинга. Мы сделали попытку классифицировать эти факторы и приводим краткие казуистические иллюстрации некоторых наблюдений, в том числе случаи, в которых основные нарушения были у мужчины, и случаи с расстройствами только у женщины.

У мужчин такие затруднения чаще встречаются при терапии нарушений эрекции. При простой преждевременной эякуляции лечение обычно протекает гладко. При нарушении эрекции можно выделить 4 критические фазы, которые обусловлены переживаниями и реакциями мужчины, и 4 типа отрицательных факторов, которые возникают при неправильном поведении его партнерши. При сексуальной терапии фригидности и аноргазмии можно выделить 10 факторов, которые отрицательно влияют на ход терапии или на ее результаты.

1. Критические фазы, возникающие во время занятий при нарушениях эрекции

Фаза при начале выполнения заданий. Первая критическая фаза для некоторых мужчин возникает в период самостоятельных занятий, когда, несмотря на повторный инструктаж, ему не удается полностью сосредоточиться на стимуляции; он постоянно поглощен контролированием эрекции и опасениями из-за неудовлетворенного возбуждения партнерши.

Р., 41 год, техник, в течение 16 лет женат, жене 34 года, служащая. У них были хорошие семейные отношения. 4 года назад у него возникла преждевременная эякуляция, которая была связана с длительными перерывами в половых отношениях между супругами, зависящими от ряда внешних условий. Жена была энергичной, вспыльчивой и сразу же активно проявила свое недовольство. Это вызвало у мужа чувство неполноценности, к которому он был предрасположен и ранее (считал, что у него небольшой половой член и т. п.). При дальнейших половых актах у него возникал страх. Это привело к появлению и фиксации нарушений эрекции с последующей депрессивной реакцией. Муж был госпитализирован, а жена, которая не имела возможности кому-нибудь оставить детей, приходила в отделение вечером и оставалась на ночь.

После вводного занятия супругам было рекомендовано проводить взаимную тактильную стимуляцию; муж не должен был контролировать степень эрекции, половой акт был запрещен. При оценке выполнения задания супруга сообщила, что муж не смог избавиться от контроля степени полового возбуждения и во время любовной игры стал нервным. У нее было впечатление, что он все время чем-то озабочен, вместо того чтобы полностью отдаться тактильным ощущениям. Муж сообщил, что он постоянно думает о том, что супруга станет возбужденной и останется неудовлетворенной, что у нее будет болеть голова и т. п. Временами он рукой контролировал степень эрекции и с тревогой замечал, что она стала слабой и нестабильной. Это наблюдалось и при дальнейших занятиях. Только после 4-й консультации удалось внушить пациенту, что пока половой акт проводить не следует, эрекция совершенно бесполезна. И даже если она появляется, он должен ее подавлять. В конечном счете муж перестал контролировать степень эрекции, а супруга сообщила, что при положении ее сидя сверху у них был успешный половой акт и они оба достигли оргазма.

Фаза, связанная с проблемой пенетрации. Другой критической фазой для некоторых партнеров является проведение пенетрации. В то время как при мануальной стимуляции полового члена эрекция является достаточной и стойкой, при приближении члена к половым органам женщины она угнетается. Сначала следует рекомендовать партнерам осуществить контакт полового члена с вульвой даже при незначительной эрекции с тем, чтобы партнерша смогла стимулировать половым членом клитор. При этом надо обратить особое внимание на то, что такую стимуляцию проводить для обоих партнеров удобнее при незарегистрированном половом члене. Этим самым для мужчины устраняется «обязательный» характер ситуации: он избавляется от необходимости добиваться эрекции. При достижении достаточной эрекции партнерше рекомендуется отвлечь мужчину разговором и без всяких приготовлений в положении сидя сверху ввести половой член во влагалище. Эта неожиданная пенетрация обычно протекает успешно.

Фаза нестойкой эрекции. В некоторых случаях после успешно проведенной пенетрации мужчинам не удается полностью стабилизировать адекватную сексуальную реакцию. Иногда эрекция бывает достаточной для пенетрации и совершения полового акта, в других же случаях она недостаточна или исчезает при пенетрации или в ходе полового акта.

Л., 30-летний инженер, страдал первичной импотенцией. После 3 занятий по выходным дням постепенно удалось вызвать эрекцию и осуществить половой акт в положении жены сидя сверху. Дальнейшие попытки осуществить половой акт были снова безуспешны и при повторении первых занятий эрекцию не удалось стабилизировать. После дальнейших консультаций супруги сообщили, что примерно в половине попыток эрекция достаточна для проведения полового акта, но через 2—5 мин она ослабляется, что не позволяет достичь оргазма. Супруги получают половое удовлетворение с помощью внекоитальной стимуляции.

Рецидив нарушений после окончания курса лечения. Четвертой критической фазой может быть окончание терапии, когда мужчина лишается поддержки врача, а партнерская пара теряет чувство ответственности за выполнение соответствующих заданий, которые давались партнерам во время прохождения курса лечения. Чаше это случается тогда, когда мужчина не имеет достаточного желания и настойчивости для того, чтобы уделять необходимое внимание продолжительной любовной игре.

Супруги М., 46-летний машинист, и И., 36-летняя уборщица, были посланы на лечение по поводу сексуальной дисгармонии из супружеской консультации. У мужа эрекция в большинстве случаев была недостаточной для иммиссии, а если иммиссия была и возможна, то эрекция исчезала уже при первых фрикциях. Так как жена при этом возбуждалась, но не достигала оргазма, то она стала избегать интимных отношений. Оба состояли во втором браке. Жена развелась с первым мужем из-за того, что он страдал алкоголизмом, а мужа первая жена оставила из-за его сексуальной несостоятельности.

Жена проявила во время занятий большое терпение, была нежной и заботливой по отношению к мужу. При помощи непрерывной 5—10-минутной мануальной или оральной стимуляции полового члена ей удалось вызвать у мужа достаточную эрекцию, что при продолжении занятий позволило осуществлять половые акты. К концу занятий половой акт длился с двумя перерывами или замедлениями движений больше 15 мин.

Супруги были выписаны из отделения полностью успокоенными. К сожалению, когда через 2 года мы собирали катamnестические сведения, жена сообщила, что «с приездом домой все закончилось». Она писала: «Муж сидит у телевизора до окончания программ и не делает никаких попыток. Мне это неприятно. Уходя от Вас домой, мы чувствовали подъем, иам казалось, что Вы нас омолодили. Теперь же муж играет роль старика. У него было воспаление почек и он тревожится за состояние своего здоровья. Никто из нас уже не говорит „бежим на занятия“».

2. Неправильное поведение партнерши при нарушениях эрекции у мужчины

Тенденция унизить партнера. Сексуальная неудовлетворенность женщины во время занятий и злость на партнера из-за различных внешних обстоятельств могут привести к возникновению у нее тенденции унизить партнера, что вызывает дальнейшую дестабилизацию его сексуальной функции.

У супругов Р. и Х. (история приведена ниже) после нормализации эрекции у мужа и восстановления способности проведения полового акта в начале 2-й недели лечения возникли напряженные отношения в связи с семейными проблемами, связанными с их подрастающим сыном. После этого при очередном занятии у мужа вновь ухудшилась эрекция. Супруга, к этому моменту возбудившаяся и почувствовавшая себя разочарованной, раздражительно и энергично потребовала, чтобы муж «успокоился», и продолжала стимуляцию дальше. Это отрицательно сказалось на эрекции, в связи с чем жена стала упрекать мужа в том, что он «нервный», «много потеет» и раздраженно закончила любовные игры.

Семейный конфликт усугублялся, супруга злилась на мужа и при любовной игре снова упрекала его в нервозности, что опять обострило у мужа чувство неполноценности. Когда жена увидела, что муж грустный, она стала допрашивать, нет ли у него чувства вины перед ней. Муж в минуту слабости признался ей, что некоторое время назад он обнимался на работе с одной сотрудницей. Раздраженная сексуальным неудовлетворением и признанием мужа жена посчитала, что причиной всех несчастий является приключение мужа. Она стала упрекать и высмеивать мужа, не хотела сотрудничать в процессе лечения. Во время следующей консультации она называла мужа «беднягой» и «слабеньким» и было ясно, что она стремится как можно больше унижить его, пользуясь легкой ранимостью его сексуальной функции.

В этой фазе занятия нужно было прервать. К счастью, жена должна была уехать на краткие курсы повышения квалификации, что привело к регрессу негативных эмоций и после возвращения жены домой занятия были продолжены и сексуальные отношения супругов через 5 нед после окончания занятий были нормальными. По катamnестическим сведениям, полученным примерно через год, интимные отношения оставались хорошими.

В приведенном случае неправильное поведение жены было обусловлено наличием значительной сексуальной реактивности и отсутствием возможности наступления влагалищного типа оргазма. Актуальные семейные проблемы вызывали агрессивное поведение супруги по отношению к мужу, что привело к временному прекращению занятий.

Опасение потерять зависимость мужа. В случае, который мы приводим, за время успешно проходивших занятий у жены возникли опасения из-за того, что муж, который при наличии у него импотенции был в значительной степени зависим от нее, после выздоровления может встретиться с другой, более привлекательной женщиной. Это привело к тому, что своим поведением она стала мешать проведению занятий.

Л., 48-летний горняк, в течение 10 лет отмечал наличие нарушений эрекции при половом акте при сохранности эрекции по утрам и при мастурбации. После занятий в течение 5 дней с проведением женой мануальной стимуляции полового члена (чему жена сначала сопротивлялась) эрекция стала достаточной. В тот день, когда жена, согласно рекомендации, должна была ввести половой член во влагалище, находясь в положении сидя сверху, она стала волноваться и начала упрекать мужа в том, что в предыдущий вечер перед сном он не поцеловал ее. В беседе она утверждала, что она не хочет прерывать занятия, но мужу одновременно давала понять, что ей это стоит больших усилий. Это привело к угнетению эрекции у мужа.

Возникла необходимость прервать занятия, объяснить жене неправильный характер ее поведения и просить изменить его. Она объяснила свои поступки тем, что у нее возникла тревога по поводу того, что же будет, когда муж выздоровеет?

Через несколько дней удалось переубедить пациентку и занятия начались сначала. В течение недели удалось достичь иммиссии, а на следующей неделе был 3 раза осуществлен успешный половой акт. Через полгода супруга сообщила, что, несмотря на то (или благодаря тому), что эрекция у мужа по-прежнему недостаточна, их супружеские отношения очень гармоничны.

Отсутствие мотивации у женщины к продлению супружества. Иногда со стороны жены отсутствует мотивация для излечения мужа, обусловленная не тревогой о том, что после его выздоровления она его потеряет, а, наоборот, тем, что она сама захочет с ним развестись. Ведь его импотенция может быть хорошим предлогом для развода. Поэтому жена играет роль по принципу «посмотри, как я старалась». Она согласна сотрудничать в процессе лечения, но делает это механически. В действительности для нее желательно подтверждение наличия у мужа импотенции, а не ее ликвидация.

Взаимная критика и обвинения. Иногда между партнерами утверждается стереотип взаимного негативного реагирования, который является очень стойким. Каждый из партнеров всегда готов обидеться на другого или обвинить его в чем-либо.

У супругов Р. М. имелся стереотип взаимного унижения и обвинения. При госпитализации в терапевтическое отделение муж был активным, экстравертированным, красноречивым и остроумным. Он шутил с женщинами и нравился им, что беспокоило жену. Когда жена отсутствовала, муж был спокоен, а в ее присутствии становился напряженным. Жена в его присутствии отзывалась о нем критически, муж в свою очередь своими высказываниями обижал ее, нередко далеко не деликатным способом, например, насмехался над ее полнотой. Понятно, что этот стереотип взаимного обвинения и унижения был перенесен и на сексуальные отношения. Во время занятий в первую же ночь возникла такая реакция. Утром муж хотел провести тактильную стимуляцию, однако жена сказала ему, что инструкция о ее проведении была задана на вечер, а не на утро и что она себя чувствует неважно. Муж обвинил ее в нежелании сотрудничать и нарушении атмосферы занятий. Уже когда через 2 нед. у супругов наладилась техника полового акта, жена заявила мужу, что оргазм, которого она достигала раньше (при наличии у него импотенции) с помощью оральной стимуляции, был приятней. В ответ муж заявил, что ему приятней осуществлять половой акт с одной приятной сотрудницей, чем со своей „противной толстой женой”.

3. Затруднения при терапии фригидности и аноргазмии

Чрезмерная стеснительность и запреты. Этот фактор часто встречается у женщин, страдающих аноргазмией. Он особенно выражен в начале курса лечения и постепенно редуцируется по ходу занятий.

Пациентка А. сначала не могла раздеться при проведении занятий и оставалась в нижнем белье. В дальнейшем, когда во время тактильной стимуляции она достигла полового возбуждения, разрешила мужу раздеть ее. Другая пациентка сообщила врачу, что когда она раздета или во время тактильной стимуляции, то испытывает чувство вины. После нескольких занятий нагота и активность при проведении любовных игр стали для этих женщин сами собой разумеющимися.

Предрассудки, касающиеся стимуляции клитора. Исследование возбудимости клитора у женщин с аноргазмией и

выявление возможности достижения оргазма при стимуляции клитора обязательно входят в программу занятий. Как свидетельствует опыт [Kratochvíl, 1975; Schnabl, 1972], у значительного числа женщин оргазм достигается как при прямой, так и при непрямой стимуляции клитора. В некоторых случаях аноргазмия является следствием недостаточной стимуляции клитора во время полового акта. Некоторые женщины запрещали проводить мануальную стимуляцию области клитора из-за того, что это не вязалось с представлениями о «правильном половом акте».

И. считает удовлетворение, достигаемое мануальной стимуляцией, недостойным: «единственно правильное удовлетворение даст половой акт». Н. остается в состоянии напряжения после достижения оргазма, вызванного стимуляцией клитора. Поэтому она считает, что ей для достижения полового удовлетворения необходим «продолжительный качественный половой акт». Сначала мы допускаем это, ибо некоторые женщины, способные к переживанию оргазма как при стимуляции клитора, так и влагалища, обнаруживают определенные различия между этими типами оргазма, предпочитая первый или второй из них [Hite, 1976]. В дальнейшем были проведены занятия, направленные на достижение отдаления наступления эякуляции у мужа. После того как удалось продлить половой акт до 20 мин, Н. сама поняла, что и при большей продолжительности полового акта ей не удастся достичь оргазма без стимуляции клитора.

Я., 41-летняя служащая, замужем 20 лет, не испытывала оргазма. Знает, что она возбудима при стимуляции клитора, однако запрещает мужу применять ее. Во время занятий весьма неохотно согласилась из этого, отталкивала руку мужа, требовала чтобы было выключено освещение. Когда же она перестала сопротивляться проведению стимуляции, то через 10 мин у нее возник первый в жизни оргазм. В дальнейшем они научились применять мануальную стимуляцию клитора во время полового акта.

Чрезмерное нетерпение (желание) при попытке достичь полового возбуждения. Активность женщины, ее сотрудничество, а не пассивное ожидание являются важным условием для достижения полового возбуждения и оргазма во время тренинга. Однако эта активность не должна быть направлена на достижение полового возбуждения и оргазма любой ценой как единственной или главной цели. При таких обстоятельствах может возникнуть ситуация, подобная той, которая возникает, когда мужчина стремится достичь эрекции усилием воли: именно то, за чем он «гонится», от него ускользает. Возбуждение и оргазм должны наступить как спонтанная автоматическая реакция, вызываемая эффективной стимуляцией при наличии соответствующих психологических факторов, к которым относится и эмоциональное расслабление во время стимуляции, а для женщины также важно наличие хорошего взаимопонимания с партнером.

Уже при первых занятиях 35-летние супруги Д. и К. достигли обоюдного оргазма, но при следующем занятии у жены снова возникло

желание непременно добиться оргазма. После мануальной стимуляции и введения полового члена во влагалище она возбудилась лишь частично, но, вопреки ее ожиданиям, возбуждение в дальнейшем не нарастало, как это было в предыдущий вечер. Она усиленно старалась сотрудничать, но в результате этого половое возбуждение у нее все более снижалось; возникло раздражение и неприязнь к мужу. Муж деликатно предложил ей начать все сначала. Но она поставила себе цель достичь оргазма «любой ценой», усилила стимуляцию и фрикции, однако все было напрасным. У нее возник страх, что все вернется к прежнему состоянию. Инструктаж был направлен на устранение возникшего напряжения. Пришлось вернуться к первым занятиям, когда проводилась только тактильная стимуляция без попыток проведения полового акта и достижения оргазма. В дальнейшем половая активность и ощущения спонтанно возросли и партнеры достигли обоюдного оргазма, который был более интенсивным, чем когда-либо раньше.

Отсутствие концентрации внимания на своих ощущениях. Во время занятий необходима полная концентрация на своих ощущениях и переживаниях. Когда женщине во время полового акта не удается сосредоточиться или ее отвлекают другие мысли, то половое возбуждение, как правило, не нарастает. Иногда в связи с этим требуется увеличить способность к концентрации аутогенного тренинга.

М., пациентка 21 года, страдала вторичной аноргазмией. Ей во время занятий не удавалось сосредоточиться на своих ощущениях и при тактильной стимуляции, проводимой с мужем, она скучала и зевала. Было необходимо провести несколько занятий с применением аутотренинга. В течение дальнейших занятий супруг терпеливо проводил тактильную стимуляцию без попыток осуществления полового акта, чему жена обычно сопротивлялась. Через неделю после достаточного сосредоточения у жены возникло половое возбуждение и желание осуществить половой акт, во время которого она достигла оргазма.

Привычка сопротивляться партнеру. Некоторые мало сексуально возбудимые женщины или женщины с аноргазмией имеют зафиксированную реакцию сопротивления, возникающую при попытке мужа к сексуальному сближению. В некоторых случаях супруг может преодолеть эту реакцию, продолжая терпеливо оказывать внимание жене, в других же случаях такая настойчивость, наоборот, усиливает реакцию сопротивления. Часто у эмоционально неустойчивых мужчин это вызывает раздражение и злость.

Г. при попытке мужа провести тактильную стимуляцию попросила перенести занятие на следующий день. Муж был разочарован и в течение следующего дня был очень сдержанным по отношению к жене. Это не позволило жене правильно настроиться на успешное течение занятий вечером и вместо этого между супругами возникла ссора. Во время следующей консультации супруги сообщили, что такое поведение у них стереотипное и часто отмечалось в домашних условиях. Это приводило к длительным перерывам в их сексуальных отношениях.

Беспокойство и нежелание как жизненная позиция. Иногда отрицательное отношение женщины к сексу связано с ее об-

щей негативной жизненной позицией, склонностью к пессимизму, беспокойству. Поэтому сначала таким женщинам следует провести систематическую психотерапию, так как в противном случае стойкость положительного результата после сексуальных занятий невелика.

Пациентка Б., несмотря на то что она согласилась с необходимостью проводить сексуальную терапию, весьма неохотно воспринимала инструкции врача, как-будто делала ему одолжение. Во время сексуальных занятий оставалась пассивной, была разочарованной, если у нее что-то не получалось. Поведение супруга было спокойным, он использовал эффективную стимуляцию клитора и это привело к наступлению достаточно сильного полового возбуждения у жены. Однако она всегда негативно комментировала ход занятий: возбуждение было, но очень слабым; возбуждение было сильным, но не достигла оргазма; оргазм был, но «это было не то» и т. п. На течение сексуальной терапии сказывалась ее общая жизненная позиция: она ни в чем не видела радости, то что другим людям было приятно, у нее вызывало отрицательные чувства. Ее жизненная позиция соответствовала в терминологии опросника Берна позиции типа «мне плохо, вам плохо» [Harris, 1967].

Ощущение механичности тренировочных занятий. С этим ощущением мы чаще встречались у романтически воспитанных женщин, которые придерживались спонтанности в сексуальных отношениях. Им было затруднительно выполнять сексуальные задания, которые были «запланированы». Эти доводы во время консультаций следует принимать без оговорок, подчеркивая справедливость требования относить сексуальную активность к сфере чувственных отношений, к проявлениям любви, уважения и восхищения, а ее функцию рассматривать как выражение спонтанного внимания, любви, вдохновения и влечения. Одновременно следует объяснить, что так как при длительных интимных отношениях оргазм не возникал «спонтанно», то сначала следует научиться основным правилам и технике полового акта во время занятий, зафиксировать механическим упражнением необходимые навыки, а затем уже можно поддаваться своим спонтанным ощущениям и сосредоточиться на эмоциях. Проводится сравнение с танцем: сначала следует путем механических тренировок научиться основным фигурам, а затем уже можно наслаждаться танцем, не обращая внимания на его технику. Эта проблема в ходе занятий, как правило, легко устраняется.

Утомление и пресыщенность при ежедневных занятиях. Наш опыт свидетельствует о том, что имеются женщины, у которых хорошо протекающая сексуальная активность приводит к ее дальнейшему усилению (оргазм вызывает желание достигнуть нового оргазма), тогда как другим женщинам после нормально протекающей сексуальной активности с быстрым достижением удовлетворения необходим определенный промежуток времени для того, чтобы их влечение и способ-

ность к сексуальному реагированию возобновились. Поэтому продолжение интимных отношений до возобновления полового влечения ведет к появлению у них чувства пресыщения, а иногда и к сопротивлению. Поэтому занятия с женщинами такого типа должны проводиться с перерывами по крайней мере на один день или по выходным дням. По нашим данным, ежедневная сексуальная активность на протяжении двух недель с 2—3 перерывами не была тягостной для большинства тех женщин, которые дома избегали интимных отношений или ограничивали их до минимума.

Постоянные ссоры с партнером. Ссоры с партнером в течение дня снижают у ряда женщин с аноргазмией способность к сотрудничеству во время занятий. Многие женщины не могут быстро избавиться от плохого настроения в связи с этим и переносят свои отрицательные эмоции на ситуацию занятий, что лишает их необходимой благоприятной атмосферы. Занятия, несмотря на правильно проводимую стимуляцию, не вызывают полового возбуждения, так как негативные эмоции и чувство напряжения блокируют его. Поэтому тактикой партнера должно быть избегание конфликтов, похвала партнерше (по принципу: «если хочешь меду, не переворачивай улей»). Необходимо также выработать способность у партнеров к проведению так называемых конструктивных споров, которые позволяют немедленно ликвидировать возникшее напряжение и достичь окончательного сближения [Křatochvíl, 1973; Jakeš, Křatochvíl, 1977].

Проблемы взаимоотношений с мужем. Следует различать незначительные конфликты или недостатки при взаимном общении супругов, которые не мешают проведению сексуальных занятий, и более глубокие разногласия, которые обусловлены чувством безразличия или неприязни к партнеру или чувственным влечением к другому мужчине. Это снижает мотивацию к достижению и стойкому улучшению сексуальных отношений.

а. Принятие обязательств только под влиянием инструкций врача. Пациентка сотрудничает только после получения задания. Она делает это из-за того, что задание для нее является новым или из-за желания сделать услугу врачу. Когда же контролируемые занятия заканчиваются, то она считает себя свободной от принятых обязательств и ее сексуальная активность быстро возвращается к исходному уровню.

Пациентка Б. проявила во время занятий значительное упорство. В большинстве случаев по собственной инициативе она участвовала в занятиях 2 раза в день. Все проблемы между супругами во время занятий отдалились и, несмотря на прежнее нежелание проявлять какую-либо сексуальную активность с мужем и наличие у нее аноргазмии, после

ряда занятий при комбинированной стимуляции клитора и влагалища жена начала достигать оргазма. Однако после возвращения домой она снова начала избегать интимных отношений и оказывала сопротивление мужу.

Пациентка А. также под влиянием заданий врача преодолела свое отвращение к половому акту и стала во время него вести себя активно. Однако после возвращения домой она опять стала пассивной. Ее супруг в катamnестическом опроснике объяснил это тем, что «при лечении она должна была описывать в дневнике свое поведение и поэтому так старалась». А дома у нее не было никаких мотивов, супругу она была не рада и не желала стараться «ради него».

б. Усиление негативного отношения к партнеру на протяжении занятий под влиянием требования активного участия в половом сношении. Некоторые женщины с аноргазмией, у которых отсутствует положительное отношение к супругу, иногда уступают его желаниям, однако в половом акте не проявляют никакого чувственного участия. В то же время занятия, направленные на устранение аноргазмии, требуют активного участия в них женщины, ее стремления к переживанию, к продлению любовной игры и активности при тактильном контакте с партнером. В тех случаях, когда неприязнь к партнеру была глубокой и доселе скрывалась, требования проявлять сексуальную активность могут сделать ее явной.

Пациентка Б., 30-летняя служащая, детей не имеет, вышла замуж за своего мужа после того, как он лишил ее девственности. Мужа не уважает, считает его глупее себя, и чем ее поддерживают родители, доминирует над ним. Сексуальные отношения между ними нарушены с самого начала замужества, половой акт происходит не чаще одного раза в месяц и то под давлением партнера. Стеснительна и в сексуальном отношении наивна. Хотела бы иметь ребенка, лечится по поводу бесплодия, но не сообщила гинекологу о редкой частоте половых актов. Сначала было необходимо преодолеть ее чрезмерную стеснительность с помощью аутогенного тренинга и систематической десенсибилизации. Результаты были положительными. Постепенно она начала переживать сексуальное возбуждение при сексуальных представлениях и ощущениях тепла в нижней части живота при соответствующем внушении. Когда же к занятиям был привлечен муж, то у нее возникла рвота и реакция сопротивления. Один день она пробовала участвовать и проведении занятий, а на другой день сопротивлялась этому. Она заявила, что во время занятий она идет против своих внутренних ощущений, что могла бы быть сексуально активной, но только не с мужем. Через несколько дней она прекратила занятия и сообщила мужу о том, что чувствует к нему глубокую неприязнь и предложила развестись.

в. Стремление доказать, что половые отношения нельзя наладить никакими средствами. Это стремление чаще всего наблюдалось у женщин, которые испытывают влечение к другому мужчине и хотят доказать себе или супругу, что имеющиеся сексуальные нарушения очень стойки и их нельзя ликвидировать с помощью спе-

циальных занятий. Эти женщины также ведут игру по принципу «посмотри, как я стараюсь» с подтекстом «но это не получается». Нередко это необходимо для оправдания развода с мужем, чтобы снять ощущение вины.

Пациентка Е., после 23-летнего пребывания замужем, познакомилась с разведенным, старше ее мужчиной, с которым она поддерживает романтические отношения с тонким душевным пониманием. Имеет двух детей. Считает мужа грубым, вульгарным, нечувствительным. Была неудовлетворена супружеством, никогда не испытывала оргазма. Пыталась уйти от мужа, но дети не хотели оставлять отца. Под влиянием групповой терапии захотела попытаться наладить с мужем сексуальные отношения, которые при выраженном сексуальном влечении мужа и ее нежелании к половым сношениям были постоянным источником конфликтов. Ее мотивация к проведению сексуальных занятий с самого начала была амбивалентной. Сексуально возбужденная, но всегда, когда приближается наступление оргазма, она подавляла сексуальное возбуждение с тем, чтобы муж не знал о положительном эффекте лечения. Боялась, что это не позволит ей возобновить отношения с привлекавшим ее мужчиной, потенциальным любовником, о близости с которым она постоянно мечтает. После окончания лечения она перестала поддерживать интимные отношения с мужем, своим постоянными отказами провоцировала его агрессивное поведение, чтобы затем использовать это как предлог для отказа от дальнейших половых сношений. Муж вынуждает ее к половым актам, чем подавляет ее сексуальную возбудимость. Жена решает развестись с мужем. Ее сексуальная активность восстанавливается при общении со своим возлюбленным, с которым она чувствует себя счастливой.

г. Непреодолимое чувство обиды в связи с прошлым.

Пациентка Ю. имела безрадостное детство, выросла в бедной семье одиннадцатым ребенком из двенадцати детей. В 11 лет была изнасилована, а в 13 лет сделала попытку к самоубийству. В 19 лет по настоянию родителей вышла замуж. Муж был старше ее и отношения между ними не сложились. Через некоторое время ушла от него и развелась. В течение двух лет живет с другим мужем и имеет от него двух детей. Раньше испытывала при половом акте с ним оргазм, а в последнее время не испытывает. Ее партнер примитивный, грубый человек, злоупотребляет алкоголем, но хорошо материально обеспечивает семью. Муж заинтересован продолжать половые сношения с женой, жена же хотела сохранить отношения с мужем только из-за детей. Начатое лечение, несмотря на свое первоначальное согласие, все время прерывала. Играла роль обиженной, оскорбленной женщины. Во время групповых занятий высказывала партнеру старые обиды. Наладить правильное общение между партнерами не удалось и занятия были прерваны.

4. Комбинация сексуальной и семейной дисгармонии

Нередко при проведении сексуальной терапии нам встречались случаи, когда сексуальные и внесексуальные проблемы до такой степени комбинировались и взаимно потенцировали друг друга, что создавали порочный круг. Возникает вопрос, где же порвать этот круг, можно ли попробовать ликвидиро-

вать оба негативных фактора? Попытаемся иллюстрировать эту проблему и подробно разобрать несколько типичных примеров.

Отрицательное влияние взаимоотношений на ход занятий.

Супруги М. и Н. были направлены из сексологического диспансера. Мужу 30 лет, он работник сферы культуры, жене 27 лет, студентка высшей школы. У них был 5-летний сын. Супруга была раньше госпитализирована в другое психиатрическое отделение из-за наличия невротических жалоб истерического типа. Их причина виделась психиатрам в продолжительной сексуальной неудовлетворенности. У супруга была относительно преждевременная эякуляция с длительностью полового акта около 3 мин. Это не позволяло супруге достичь оргазма и вызывало между ними напряжение. Совместно живут 6 лет. Сначала жена скрывала наличие сексуальной неудовлетворенности, но в дальнейшем, при усилении невротических расстройств, начала высказывать свое неудовольствие мужу. Это вызвало у него ощущение собственной неполноценности и вторичные расстройства эрекции. Таким образом, у женщины имелась аноргазмия, а у мужа — импотенция, причем эти расстройства были взаимно обусловлены.

В основе клинической картины у жены были выраженные неврастенические расстройства, анорексия, плаксивость, элементы депрессии, чувство неполноценности, ангедония с суицидальными мыслями. Муж был интравертированный человек, с легкими невротическими признаками неврастенического круга (бессонница, головные боли, раздражительность, легкая депрессия), которые усилились полгода назад в связи с семейными разногласиями и появлением плохой адаптированности к своей работе.

Ход лечения. Супружеская пара была госпитализирована в терапевтическое отделение на 3 нед с целью проведения сексуальной терапии.

Пребывание в отделении показало, что Н. — веселая и общительная женщина, хорошо танцует и проявляет спонтанную активность к общению при отсутствии мужа. В присутствии супруга становится замкнутой или, наоборот, чрезмерно общительной, что его раздражает. Его лицо приобрело критическое выражение, душевно и физически супруги отдалились друг от друга, между ними росло напряжение. Во время сексуальных занятий оказалось, что Н. не только не может, но и не хочет достичь сексуального удовлетворения с мужем. Она делала все для того, чтобы занятия были безуспешными. При более детальном разборе удалось выяснить, что в 17 лет она была обманута мужчиной, которого она любила. С тех пор она подсознательно мстила другим мужчинам, в том числе и своему мужу. Эта генерализованная реакция имела иррациональный характер. Она понимала, что у нее есть все условия для того, чтобы в семье все было спокойно. В конце лечения она сказала: «Имею воспитанного ребенка, у супруга хорошая профессия, могу учиться. У меня есть все для спокойной жизни». Причину своей неадекватной реакции она сформулировала так: «Мне не удалось отомстить своему первому мужу, который меня обманул и сбежал. Я мстила другим, а этим самым вредила и себе. Теперь я сама понимаю, что муж из-за меня страдает импотенцией».

Конфликт супругов был разобран во время групповых психотерапевтических занятий, где они взаимно обвиняли друг друга в неуступчивости и нежелании корректировать свое поведение. Муж обратил внимание супруги на театральность и истеричность ее поведения, а жена

высказала ему, что он излишне контролирует и обсуждает ее поведение, что он чрезмерно ревнив.

Партнеры весьма долго и непродуктивно разбирали во время психодрамы старый конфликт, когда жена пришла домой поздно вечером с товарищеской вечеринки и не знала как более выгодно объяснить мужу свой поздний приход. Муж апеллировал к остальным мужчинам в группе, доказывая, что такое поведение жены нелепо. Жена возражала, говоря, что она бы ему все объяснила тогда, если бы он и раньше не вел себя по отношению к ней слишком критично.

В отделении М. стремился иметь преимущество над супругой, не уделяя ей внимания, не проявлял к ней интереса, нежности, оставался напряженным, а Н. реагировала упрямством. Супруги обижались друг на друга на каждом вечере в отделении, за что были подвергнуты критике во время групповых психотерапевтических занятий.

Когда при групповой психотерапии были проанализированы их неправильные взаимоотношения, мы решили применить метод конструктивного спора. Однако супругам стоило почти невероятных усилий принять условия этого метода.

Когда они спорили, то никак не могли остановиться, им было трудно признать собственные промахи или похвалить друг друга. Повторные занятия на более поздней стадии лечения также не привели к полному примирению. Лишь под «давлением» остальных членов группы супруги пришли к общему мнению хотя бы о том, что в их взаимоотношениях было неправильным.

Сексуальные занятия проводились, согласно нашим инструкциям днем и вечером и сначала были безуспешными. Однако в конце недели удалось добиться некоторых успехов.

Во время занятия с проведением тактильной стимуляции и концентрацией внимания на своих ощущениях муж заметил, что жена не может полностью расслабиться и сосредоточиться. Сначала следовало научить ее сосредоточиваться с помощью аутогенного тренинга. На 4-й день во время мануальной стимуляции клитора в рекомендованном положении у жены наступил оргазм, но она считала, что этот тип оргазма не дает ей полного сексуального удовлетворения и менее ценен, что было связано с ее детскими представлениями: она воспитывалась в консервативной католической семье, где мастурбация считалась грехом.

В 5-й вечер супруги не выполняли задания, так как всю ночь спорили. На 6-й день Н., согласно плану занятий, проводила стимуляцию полового члена супруга. При помощи техники сдавления и постоянной стимуляции хорошая эрекция без наступления эякуляции сохранялась в течение 20 мин. При дальнейших занятиях была осуществлена иммиссия и при незначительных фрикционных движениях жены в положении сидя сверху они научились продлять половой акт. Жена стала активней, но ей не удалось достичь оргазма. У мужа тотчас же появилась тенденция к ослаблению эрекции в связи с рецидивом тревоги из-за неспособности осуществить успешный половой акт.

Конфликты и напряженность между супругами, накопившиеся в течение всего дня, переносились затем и на период занятий.

Во время занятия, несмотря на мануальную стимуляцию полового члена, достаточной эрекции не наступило, что снова привело к конфликту между супругами, жена раздраженно упрекала мужа, не соблюдала инструкции по проведению занятия, на что ей было указано мужем.

В этой стадии, на 8-й день занятий, стало ясно, что нужно улучшить отношения между партнерами при помощи групповой терапии, что требовало бы длительной групповой психотерапии со всеми ее фазами (повышение напряженности, выявление и корригирование прежних форм поведения и т. п.). Однако это привело бы к прекращению сексуальных занятий, которые требуют атмосферы благожелательности,

согласия и хорошего настроения. Наши сомнения относительно достижения обеих целей в течение трех недель нарастали. Мы думали и о прекращении занятий по сексуальной терапии, чтобы заняться решением интерперсональных проблем. Но тогда супруги не смогли бы возобновить занятия. Поэтому было решено продолжить занятия и обратить особое внимание на создание спокойных, ровных отношений между партнерами без глубокого разбора психологических причин, ведущих к дисгармонии.

На 10-й день супруги проводили занятия согласно плану. Возникла достаточная эрекция в течение 20 мин, причем без применения методики сдавления. Несмотря на то что жене не удалось достичь оргазма при проведении полового акта в положении сидя сверху, она чувствовала себя удовлетворенной. На 11-й день жена активно вела себя во время занятия, однако не достигла достаточного возбуждения и поняла, что вагинальной стимуляции ей недостаточно, даже если муж может проводить ее достаточно долго, и что ей необходима дополнительная стимуляция клитора. Оргазм наступил вследствие стимуляции клитора, и она перенесла его без прежних негативных переживаний. На 14-й день оргазм возник у обоих партнеров — у мужа в конце полового акта, а у жены — при последующей мануальной стимуляции.

На 15-м занятии партнеры старались достичь синхронизации наступления оргазма. Муж в боковом переднем положении при введенном во влагалище половом члене провел 15-минутную мануальную стимуляцию, после чего у жены наступил оргазм, а сам он достиг оргазма при последующих быстрых фрикциях.

После двух недель занятий супруги добились того, что в течение пролонгированного полового акта в сочетании с мануальной стимуляцией сначала у жены возник оргазм, а затем у мужа — эякуляция. В течение следующей недели муж стал способен осуществлять половой акт (с перерывами и замедлением фрикций) в течение более 15 мин, а у жены оргазм при введенном половом члене и стимуляции клитора стал возникать значительно быстрее, чем прежде (не через 20, а через 7 мин). Жена была способна при комбинированной вагинально-клиторальной стимуляции достичь оргазма быстрее, чем муж. Оба стали спокойными и их взаимоотношения улучшились.

Катамнез. Через 4 мес после курса лечения в катамнестических опросниках, супруги указали, что их сексуальные отношения нормальные (нет проблем с эрекцией или эякуляцией; в большинстве случаев они достигают взаимного удовлетворения). Однако через год они указали, что их супружеские и сексуальные отношения дезорганизовались. Жена считает, что сексуальные отношения стали такими же, как и до лечения, а муж считает, что они все-таки несколько лучше, чем были до лечения. Он писал, что вначале, несмотря на нормализацию сексуальных отношений, нормализации эмоциональных взаимоотношений не наступило. Жена воспринимала мужа как партнера лишь в сексуальном плане. На все жизненные трудности (болезнь ребенка, денежные затруднения, конфликты с окружающими и т. п.) она реагировала взрывом плача и была неспособна преодолеть их спокойно. Все эти «удары» судьбы воспринимала как злонамеренные, направленные специально против нее. Больше беспокоилась об учебе, чем о своем ребенке, что находилось в противоречии с представлениями мужа о материнстве. Ребенок был невротичным из-за отсутствия ласки и заботы со стороны матери, что вызывало беспокойство мужа. И хотя их сексуальные отношения улучшились, его это не радует. Он стал трудно засыпать, беспокоят головные боли, усталость, депрессивное состояние.

Жена сообщала, что внешне у них все идет, как у идеальных супругов. У нее столько различных забот, что некогда заниматься этим вопросом. Полового удовлетворения она достигает лишь при мастурбации либо во сне, в сравнительно короткое время (5—8 мин). Подробно об этом

писать не хочет, не хочет даже думать, так как если она занимается этим, то уже не может ни учиться, ни работать. Муж об этом ничего не знает. Жена подозревает, что он нашел другую женщину, чтобы прекратить мучения со своей фригидной женой. Все это действует на нее крайне отрицательно, так как она потеряла веру в себя.

Этот пример показывает, что в течение 3 нед можно эффективно помочь партнерам наладить сексуальные отношения, но нельзя научить их жить. В конечном итоге семейная дисгармония приводит к нарушению сексуальных отношений.

Взаимообусловленность межперсональных и сексуальных отношений. Описанный выше случай, несмотря на индивидуальные особенности, в значительной степени является типичным для категории безуспешно леченных партнерских пар, категории, где имеются неразрешимые глубокие проблемы в межперсональных связях. Это отрицательный пример взаимодействия партнеров, их сложных негативных или амбивалентных отношений, обусловленных отрицательными переживаниями в прошлом и фиксацией неправильного характера взаимоотношений. В этих случаях во время лечения стремление к гармоничным отношениям на занятиях часто несовместимо со стремлением нормализовать взаимоотношения, решить конфликты и ликвидировать напряжение между партнерами. Во всех этих случаях в ходе лечения мы достигали той фазы его, когда надо было решать, следует ли продолжать занятия, которые были осложнены нарастанием, актуализацией и закреплением в сознании интерперсональных противоречий, либо прервать их, занявшись в первую очередь нормализацией супружеских отношений. Во временном плане и с учетом основной цели занятий (пациенты были направлены именно на сексуальную терапию и ожидают ее) мы, как правило, старались ускорить занятия и ограничить до минимума влияние интерперсональной проблематики. Основной акцент мы делали на том, что об этих проблемах можно говорить на дневных групповых занятиях, но никогда — вечером. Мы рекомендовали, чтобы психотерапевтическая группа в отделении не анализировала глубоко конфликт; партнерам же мы старались объяснить необходимость большей гибкости в осуществлении их намерений и в эмоциональных взаимоотношениях (надо уметь четко разделять время, посвященное разбору конфликта, от времени, предназначенного для душевной гармонии и секса).

Сексуальные и интерперсональные проблемы создают у таких партнеров, взаимно усиливая друг друга, порочный круг. Обычно считают, что сначала следует решить межперсональные проблемы. Однако мы попытались сначала решить сексуальные проблемы, надеясь, что их успешное решение создает предпосылки для разрешения межперсональных кон-

фликтов. Мы рекомендовали продолжать занятия, объясняя при этом, что сначала можно научиться успешно проводить половой акт и получать положительные сексуальные переживания, а потом уже можно задуматься над тем, хотят ли супруги далее жить совместно, улучшая взаимопонимание и эмоциональные отношения.

Примером такого подхода является случай с Б. и Э. Б. негативно реагировала на дружеское и нежное отношение мужа, пытавшегося создать соответствующую атмосферу для занятий, и, наоборот, начала настойчиво, пунктуально и успешно выполнять рекомендованные задания. Это позволило воздержаться от попытки наладить между супругами эмоциональные взаимоотношения, создать атмосферу любви и эротической близости. Эти проблемы отошли на задний план, а в ходе интенсивно проводившихся занятий (жена приводила мужа не только по вечерам, но нередко и в течение дня) были устранены все препятствия физиологического порядка, которые ранее делали невозможным проведение полового акта. Супруги смогли достигать необходимой степени полового возбуждения и оргазма, что создало предпосылки для нового решения их супружеских отношений.

Через год оказалось, что супруги не могут жить вместе, так как жена испытывает к мужу глубокую неприязнь. Поэтому также было прекращено дальнейшее использование возможности взаимного сексуального удовлетворения.

Но у некоторых супружеских пар проведение сексуальных занятий способствовало взаимопониманию и сближению и во внесексуальной области и помогло, в сочетании с групповой психотерапией, разрешить тяжелые конфликты. Примером может служить следующий случай.

Положительное влияние занятий на взаимоотношения.

Д., 26 лет., математик, была направлена в психотерапевтическое отделение по поводу неврастенических жалоб, возникших в связи с конфликтной супружеской ситуацией. Замужем четыре года. Муж старше ее на два года, инженер. Имеют одного ребенка. Жена считала, что муж избалован и легкомыслен и что между ними нет взаимопонимания. Она была ревнива и постоянно его упрекала. Отношения между супругами были плохими.

В сексуальной области жена, по ее словам, имела достаточный высокий уровень полового влечения, считала, что она проявляет к сексу больший интерес, чем ее муж. Жаловалась, что при половых актах, происходивших примерно 2 раза в неделю, как правило, не получала полового удовлетворения. Примерно в 20 % случаев достигала «частичного удовлетворения», а сильный оргазм испытала всего несколько раз. Возможные причины аноргазмии видит в краткой продолжительности любовной игры (около 10 мин) и полового акта (1—2 мин). Стеснялась говорить на эту тему с мужем. У нее создалось впечатление, что муж «ленив» и стремится лишь к тому, чтобы «все это поскорее кончилось». Поэтому у нее было неприятное чувство, будто она его «сдерживает», и она делала видимость, что все нормально. Оргазм она также в большинстве случаев «симулировала».

Проблемы. Во время пребывания Д. в терапевтическом отделении муж был приглашен на групповое психотерапевтическое занятие

с тем, чтобы совместно обсудить и проиграть в виде психодрамы их супружеские проблемы. При этом были выявлены следующие основные проблемы жены: 1. Она весьма неудовлетворена своей ролью жены, которая должна оставаться с малым ребенком дома. То, что муж может ходить на работу и «отдаваться чему-то, кроме дома», воспринимала как личное оскорбление. Хотела, чтобы он больше был дома, но когда это случалось, то была раздражительной и ссорилась с ним. 2. Очень ревнива, подозревает мужа (частично справедливо), допрашивает мужа, где он бывает, наводит о нем справки у своих знакомых. 3. Реагирует раздражением на спокойствие мужа, его способность все аргументировать, объяснять и оправдываться. У нее ощущение, что она безразлична мужу, что муж не принимает ее всерьез и смотрит на нее «свысока»; а если ее выслушивает, то «радуется, когда она кончит разговаривать и оставит его в покое». Муж, наоборот, считал, что она все драматизирует, что она невыносима и с нею нельзя жить. Относился к ее проблемам скептически, чем раздражал ее. Взаимоотношения между супругами в последнее время стали невыносимыми, что было продемонстрировано и во время психодрамы.

Подробности отношений и взглядов пациентки выяснялись на занятиях групповой психотерапии; муж принял участие в групповой и сексуальной терапии на последней неделе ее пребывания в стационаре, так как по служебным обстоятельствам он не мог быть госпитализирован на 2 нед.

Ход сексуальной терапии. При вводном анализе сексуальных проблем было выяснено, что стереотип сексуальной реакции мужа является стереотипом с быстрым возбуждением и быстро наступающей эрекции с необходимостью немедленной иммиссии. Муж понял, что следует продлить прекоитальную стимуляцию жены, так как она достигает полового возбуждения медленнее (примерно через полчаса), но боялся, что эрекция ослабнет и он не сможет ее вновь вызвать для успешного осуществления полового акта. Он не сообщал об этом жене, поэтому она считала, что он ленив, мало интересуется любовными играми и мало заботится о ней. Муж считал, что половой акт у него длится около 5 мин и в 60 % случаев жена достигает оргазма, и не знал, что жена его обманывает. Жена же считала, что акт длится всего 1—2 мин, кроме того, любовная игра слишком кратка, в ней не хватает нежности: муж ограничивается практическими только стимуляциями клитора. Иногда при отсутствии полового удовлетворения она дополнительно помогала себе мастурбацией, но теперь стесняется это делать.

Как следует из сказанного, каждый из супругов видел проблему скорее в поведении партнера, чем в своем, а их оценки во многом расходятся.

Так как курс лечения был коротким, мы решили прежде всего развить сексуальную возбудимость жены при помощи создания соответствующей атмосферы и стимуляции всех возможных эрогенных зон. Муж должен был научиться вызывать эрекцию повторно, после первого ослабления. Это позволило бы ему продлить любовную игру с женой и не бояться, что он будет неспособен осуществить половой акт.

При первых занятиях, когда половой акт был запрещен, произошло интенсивное нарастание сексуальной возбудимости жены. Муж обнаружил ряд дополнительных мест, стимуляция которых приводила к сексуальному возбуждению жены. Жена перестала стесняться и научилась достигать оргаз-

ма вне полового акта, при комбинированной стимуляции клитора и входа во влагалище пальцами мужа. Начальная эрекция у мужа во время сексуальной игры уменьшалась, но затем вновь усиливалась при проявлении у супруги сексуального возбуждения и оргазма.

В следующие дни межперсональные проблемы супругов были критически разобраны и проиграны в психодраме, в связи с чем произошла эмоциональная разрядка. При этом супруги имели ощущение, что они оба эффективно работают над стабилизацией своего супружества. Поэтому переход после психотерапии к сексуальным занятиям не был для них затруднителен.

При дальнейших занятиях супруги тренировались вызывать усиление эрекции у мужа при мануальной стимуляции полового члена женой и с помощью методики сдавливания отдалять наступление эякуляции. Перед выпиской они убедились, что муж способен отсрочить наступление эякуляции с перерывами до 10 мин, причем для достижения оргазма жене достаточно продолжать половой акт в течение 7 мин.

После выписки, в соответствии с нашими рекомендациями, супруги должны были постараться закрепить достигнутые результаты. Во время занятия в выходной день спустя 6 нед после выписки пациенты сообщили, что они осуществляют половой акт почти ежедневно и жена достигает оргазма в 99%. Свои ощущения и запросы они обсуждают уже без всяких опасений и могут их регулировать. Жена сделала вывод, что должна быть активнее в сексуальном плане (раньше она во всем полагалась на мужа, а потом в душе злилась на него). Муж научился всегда добиваться возникновения повторной эрекции и поэтому мог без опасений осуществлять любовную игру. Супруги находили удовольствие в своих сексуальных отношениях и культивировали их.

При повторной консультации через месяц супруги сообщили, что отношения между ними спокойные. Жена сообщила, что она переживает интенсивный оргазм, которого раньше никогда не было. В целом отношения между супругами хорошие. Жена контролировала свое поведение и не допускала проявления раздражения и злости.

По катamnестическим сведениям, полученным через 1½ года, супруги сообщили о хорошем уровне своих сексуальных и супружеских отношений.

Заключительные замечания. Возможность сочетать сексуальные занятия и групповую психотерапию с анализом межперсональных проблем супругов, которые лечатся в терапевтическом отделении по поводу сексуальной дисгармонии, обогащает возможности лечения. При нахождении в отделении и в группе проявляется типичное поведение

партнеров, что позволяет при необходимости корректировать его, хотя при госпитализации обоих партнеров, как правило, для этого времени недостаточно. Но и в тех редких случаях, когда оба партнера могут пребывать в отделении две или даже три недели, это не позволяет сделать глубокий анализ их отношений, поскольку они одновременно должны выполнять задания, которые требуют взаимного хорошего настроения. Это заставляет либо научить партнеров игнорировать их внесексуальные проблемы, либо работать с ними на поверхностном уровне (например, занятия по конструктивному спору, занятия по тактике бесконфликтного общения и т. п.).

Наш опыт показывает, что в тех случаях, когда конфликт имеет поверхностный характер, его при успешном ходе занятий по сексуальной терапии можно в значительной степени ликвидировать. Когда же конфликт имеет глубокий характер, то ни сексуальных, ни интерперсональных занятий для его ликвидации, как правило, недостаточно. И наоборот, разбор, отреагирование, поиск общего взгляда, корректирующий опыт, изменение межперсональных отношений обычно сами по себе не приводят к нормализации функциональных сексуальных расстройств. Для этого необходим технический тренинг.

Сочетание обоих методов, т. е. метода преимущественно каузально, динамически или патогенетически ориентированного и метода специфически тренировочного, нам кажется необходимым во многих сложных случаях. В тех же случаях, когда требуется более глубокая и эффективная динамически ориентированная психотерапия, целесообразнее динамическую психотерапию и сексуальную терапию применять последовательно, а не одновременно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение стационарной и амбулаторной сексуальной терапии в среднем с 10 консультациями с партнерскими парами показало весьма высокую ее эффективность при лечении всех основных типов сексуальных расстройств. Непосредственный положительный эффект при проведении сексуальной терапии в условиях стационара (в г. Кромержиж) отмечен у 76%, а в амбулаторных условиях (сексологические диспансеры и консультации для супругов) — у 71% пациентов, закончивших лечение. Стойкий положительный эффект после проведения курса сексуальной терапии (через 15 мес после лечения) в условиях стационара отмечен в 52%. При проведении терапии выявлены некоторые отрицательно действующие факторы, которые подробно проанализированы выше.

Занятия в стационаре проводились интенсивно, в течение

2—3 нед, большинство партнерских пар полностью прошли курс лечения. Положительным моментом при стационарной форме лечения является возможность изменения привычной обстановки и включения партнеров в психотерапевтическую программу. Амбулаторные занятия с консультациями примерно раз в неделю, длящиеся несколько недель или даже месяцев в привычной жизненной среде партнеров, менее эффективны и полный курс удается закончить только половине партнеров, но они доступны более широкому кругу пациентов.

После оценки положительных результатов и проблем сексуальной терапии мы можем сделать следующие рекомендации:

1. Выделить в нескольких лечебных учреждениях ЧСФР специальные койки (желательны двухместные палаты с хорошей звукоизоляцией и, возможно, душем), где можно было бы проводить сексуальную терапию супружеских пар, которым по разным причинам невозможно провести эффективно этот метод лечения в амбулаторных условиях. Как правило, речь идет о парах с фиксированными расстройствами, амбулаторное лечение у которых было безуспешным. Лучше, если специализированные койки будут входить в состав психотерапевтических отделений, где проводят психотерапию при неврозах, что позволит параллельно проводить партнерам групповую психотерапию, которая поможет решить и внесексуальные супружеские проблемы.

2. Шире внедрять метод сексуальной терапии в амбулаторную практику отдельных лечебных заведений, что будет способствовать большей доступности сексуальной терапии, в частности для тех пар, которые по разным причинам не могут пройти курс стационарного лечения. В выделенных для этого амбулаторных учреждениях (сексологических диспансерах и супружеских консультациях) следует создать условия для квалифицированных консультаций партнерам на протяжении курса занятий, при необходимости — несколько раз в неделю.

3. Помимо сексуальной терапии, следует изучать и развивать те формы лечения функциональных сексуальных расстройств, при которых не требуется сотрудничество партнера.

РЕЗЮМЕ

А. Обзор методов терапии функциональных сексуальных расстройств

Функциональные сексуальные расстройства являются нарушениями, при которых отсутствует способность ощущать сексуальное влечение или невозможно осуществление полового

акта, приводящего к сексуальному удовлетворению, несмотря на наличие всех анатомо-физиологических предпосылок и отсутствие направленности на необычные сексуальные объекты. К ним относятся нарушения полового влечения (фригидность), нарушения, затрудняющие или делающие невозможным осуществление полового акта (нарушения эрекции, вагинизм), отсутствие оргазма (аноргазмия, отсутствие эякуляции) либо его нарушение, препятствующее достижению партнером полового удовлетворения (преждевременная эякуляция). На возникновение функциональных сексуальных расстройств значительное влияние оказывают психогенные и конституциональные факторы. Основным методом их лечения является психотерапия.

При терапии функциональных нарушений эрекции нередко используют медикаментозные средства (анксиолитики, андрогены и иохимбин), но они имеют скорее вспомогательное и суггестивное значение. Наиболее широкими возможностями обладает рациональная психотерапия, при которой пациентов информируют о сексуальной физиологии и психогенных причинах нарушений и дают отдельные специфические задания, направленные на создание адекватных условий для нормализации сексуальных функций. Патогенетическая психотерапия основана на выявлении, отреагировании и коррекции психотравм и внутренних конфликтов, влияющих на сексуальные функции. Вспомогательную роль могут иметь аутогенный тренинг и систематическая десенсибилизация. В резистентных случаях наиболее эффективно проведение систематического прямого функционального тренинга в сотрудничестве с партнершей, участвующей в сексуальной терапии.

При лечении абсолютной или относительной преждевременной эякуляции применяют анксиолитики в низких дозах, седативные средства и тиоридазин, наносят анестезирующую мазь на головку полового члена. Рациональная психотерапия заключается в объяснении механизма возникновения нарушения и даче специфических советов, как продлить половой акт. Основное значение имеет функциональный тренинг, при котором мужчина, сотрудничая с партнершей или самостоятельно (при аутостимуляции), при помощи прерывания или методики сдавливания обучается способности регулировать возникновение эякуляторного рефлекса.

При задержке эякуляции или ее отсутствии чаще всего применяют интенсивную стимуляционную мастурбацию в сочетании с последующей иммиссией и вагинальными фрикциями, сначала в презякуляторной стадии, а затем и раньше.

При аноргазмии и фригидности у женщин в рамках рациональной психотерапии дают информацию и советы, которые могут изменить у пациентки отношение к сексу и собст-

венной сексуальной активности, нейтрализовать отрицательное влияние некоторых факторов, выявляют эффективный метод стимуляции, соответствующий типу сексуальной реактивности. При патогенетической психотерапии разбирают и корректируют психотравмирующие переживания, неадекватные притязания, дефекты воспитания и актуальные проблемы взаимоотношений. У гипнабельных женщин воздействуют на сексуальную реактивность при помощи гипнотического внушения. Вспомогательное значение имеют аутогенный тренинг, систематическая десенсибилизация с целью ликвидации страха и сопротивления и тренинг мышц тазового дна. Значительный эффект может дать, в частности при первичной аноргазмии, аутостимуляционный тренинг. Основное значение имеет проведение функциональных тренировок с партнером.

При вагинизме проводят успокаивающую рациональную психотерапию в сочетании с гинекологическим обследованием, динамическую психотерапию, систематическую десенсибилизацию и гипнотерапию. Наиболее эффективно проведение прямого функционального тренинга с постепенным введением расширителей все большего размера. Тренинг проводится сначала самостоятельно, а затем в сотрудничестве с партнером. Важно то, что на женщину не оказывают никакого давления, которое может вызвать непроизвольное усиление оборонительного рефлекса, а она сама сотрудничает при проведении пенетрации.

Б. Сексуальная терапия

Сексуальная терапия является разновидностью комплексной психотерапии функциональных сексуальных расстройств и заключается в систематическом проведении с партнерской парой серии сексуальных заданий, выполнение которых откровенно обсуждается с врачом. Этим достигается откровенный обмен мнениями между партнерами о своих ощущениях, желаниях и потребностях, что приводит к ликвидации недопониманий и состояния напряженности между партнерами (коммуникативный тренинг), постепенно тренируется нарушенная функция (функциональный тренинг) с выявлением и использованием наиболее эффективных ее стимулов и устраняется вследствие различных внешних и внутренних негативных факторов, в частности критический самоанализ и страх (десенсибилизация *in vivo*).

Развитие сексуальной терапии связано прежде всего с работами гинеколога W. Masters и его сотрудницы V. Johnson (1970), психиатра H. Kaplan (1974) и психолога J. LoPiccolo (1978). Первоначальная лечебная программа, разработанная

Masters, Johnson, была 14-дневной, причем консультации партнеров были ежедневными. Партнеры должны были покинуть свою привычную среду и жить в гостинице. Занятия проводились двумя врачами — мужчиной и женщиной. В дальнейшем сексуальная терапия проводилась также и в амбулаторных условиях, одним врачом. Всего проводилось около 10 консультаций, один или два раза в неделю. Продолжительность курса 6—15 нед. Masters, Johnson добились непосредственного положительного результата в 81%, а отдаленного положительного результата (через 5 лет) — в 66%¹. По данным авторов, работающих в различных амбулаторных учреждениях, положительный эффект отмечается в 38—60%.

В теоретическом плане речь идет о комплексном методе лечения, включающем обучение, коррекцию общения и переживаний, а в некоторых случаях и динамическую психотерапию.

Основываясь на работах Masters, Johnson (1970), Kaplan (1974), Аннон (1974) и собственном психотерапевтическом опыте, мы составили подробные инструкции, в которых выделены семь специфических занятий, связанных с ощущениями, на которые ориентируют партнеров. К ним относятся: 1) ощущения при взаимном тактильном раздражении различных частей тела; 2) ощущения при стимуляции половых органов женщины; 3) ощущения при стимуляции полового члена мужчины; 4) продленная стимуляция полового члена мужчины с прерыванием стимуляции и применением методики сдавления; 5) ощущения при контакте половых органов и при нахождении полового члена во влагалище; 6) стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене; 7) ощущения при комбинированной стимуляции во время фрикций. Инструкции подробно разбирались с партнерами во время консультаций и для лучшего запоминания выдавались в печатном виде с соответствующими рисунками. Акцент делался на отдельные упражнения в зависимости от характера расстройства и хода занятий. При необходимости упражнения дополнялись другими индивидуальными указаниями. Ход терапии и все ощущения подробно разбирались при беседах с партнерами, кроме того, каждый из партнеров самостоятельно вел дневник.

Мы проводили сексуальную терапию в двух организационных формах:

а) стационарная форма — терапия проводилась в психотерапевтическом отделении для лечения неврозов в г. Кромержиж. Как правило, супруги госпитализировались одновре-

¹ Без учета пациентов, не закончивших курс лечения (5 %), и тех, о которых не были получены сведения (10 %).

менно на 2—3 нед с параллельным привлечением их к групповой психотерапии;

б) амбулаторная форма — терапия проводилась в сексологических диспансерах и супружеских консультациях.

В стационаре было проведено лечение 70 парам партнеров. У 12 пар нарушения были у обоих партнеров, поэтому всего по поводу сексуальных нарушений лечилось 82 пациента, из них 35 мужчин и 47 женщин. В 79% случаев по крайней мере один из партнеров лечился по поводу невротических расстройств, не связанных с сексуальными нарушениями, и в 40% случаев были также выраженные супружеские конфликты. В 81% случаев сексуальные занятия партнеров сочетались с групповой психотерапией в терапевтическом отделении, в котором супруги были госпитализированы на протяжении 1—4 (чаще 2) нед. Консультации с партнерами проводил один терапевт, как правило, 5 раз в неделю, в среднем проводилось 9—10 занятий. В некоторых случаях консультации осуществлялись по выходным дням или амбулаторно, в том числе при проживании партнеров в гостинице. Три пары партнеров не закончили курс терапии из-за внесексуальных конфликтов или болезни одного из партнеров, при статистической обработке материала мы отнесли эти случаи в группу с отсутствием лечебного эффекта.

Полное выздоровление или значительное улучшение непосредственно после курса лечения отмечено нами у 76% пациентов (83% мужчин и 70% женщин). При катamnестическом опросе, проведенном в среднем через 15 мес после окончания лечения, улучшение оставалось в 52% случаев (54% мужчин и 51% женщин). Наилучший непосредственный эффект отмечался при преждевременной эякуляции — 100% (в катмнезе процент снизился, правда, до 54%), а наихудший — при аноргазмии в сочетании с сопротивлением партнеру при половом акте. При конфликтных отношениях между супругами результаты терапии были хуже (у мужчин в катмнезе, а у женщин — как непосредственно после лечения, так и в катмнезе) по сравнению с парами, не имевшими конфликтов; статистически достоверным оказалось негативное влияние конфликтных отношений на непосредственный эффект только у женщин.

Амбулаторно сексуальная терапия проводилась в условиях сексологических диспансеров (в городах Либерец, Устинад-Лабой, областной диспансер в Брно) и супружеских консультаций (в городах Угерске-Градиште, Соколов и Острава). Занятия обычно проводились 1 раз в 7—14 дней, всего было около 8 занятий. Супружеские пары оставались в привычной для себя среде. Всего занятия были проведены у 186 пар, но полный курс терапии закончили только 98 пар, т. е. 53%.

В 13 случаях расстройства отмечались как у мужчин, так и у женщин, поэтому полный курс лечения всего прошли 111 пациентов, из них 82 мужчины и 29 женщин. Значительный эффект был достигнут у 71% пациентов (74% мужчин и 62% женщин). Катамнестические сведения на протяжении 3—12 мес после лечения были получены только в двух учреждениях и то они касались только 48 пациентов. Эффект от лечения за этот период снизился не более чем на 6%.

Таким образом, при проведении сексуальной терапии в условиях стационара непосредственный эффект был на 5% выше, чем при проведении терапии в амбулаторных условиях. Катамнестические данные сравнить не удается из-за отсутствия таких сведений в амбулаторных учреждениях. Амбулаторная форма проведения сексуальной терапии доступна большому количеству пациентов, так как они могут получать консультацию один раз в неделю и не отрываться от своей деятельности и выполнения своих обязанностей. Однако в амбулаторных условиях примерно половина партнерских пар не заканчивают полностью курс лечения, тогда как в условиях стационара это составляет около 4%. Кроме того, стационарное лечение позволяет параллельно проводить и групповую психотерапию с целью корригирования интерперсональных отношений и решения других проблем. Таким образом, обе эти формы следует развивать и дальше внедрять в практику.

Типичное течение эффективной сексуальной терапии при отдельных типах функциональных сексуальных расстройств проиллюстрировано нами на пяти собственных наблюдениях.

Далее нами подробно проанализированы осложнения, возникающие при проведении сексуальной терапии. При терапии сексуальных нарушений у мужчин нами выделены 4 критические фазы, которые обусловлены переживаниями и реакциями мужчины: 1) фаза при начале выполнения заданий; 2) фаза, связанная с проблемой пенетрации; 3) фаза нестойкой эрекции; 4) рецидив нарушений после окончания курса лечения. Далее мы выделили еще четыре фактора, отрицательно сказывающиеся на ходе сексуальной терапии и обусловленные отношением и поведением женщины во время занятий. К ним относятся: 1) тенденции унизить партнера, чему способствует легкая ранимость половых функций у мужчин; 2) опасение потери зависимости партнера в случае его выздоровления; 3) амбивалентные мотивации в связи с желанием сохранить супружество; 4) стереотип взаимной критики и обвинений. При проведении занятий по поводу аноргазмии и фригидности у женщин отмечались и другие отрицательно влияющие на ход занятий факторы: чрезмерная стеснительность, предрассудки по поводу стимуляции клитора, нетерпение при попытке достичь полового возбуждения, отсутствие

концентрации на своих ощущениях, привычка сопротивления партнеру, беспокойство и нежелание как жизненная позиция, ощущение механичности тренировочных занятий, пресыщенность при частых занятиях, ссоры с партнером и более глубокие проблемы взаимоотношений с партнером.

Проблемы, возникающие при наличии комбинаций сексуальной и супружеской дисгармонии подробно проиллюстрированы на нескольких примерах. В таких случаях рекомендуется комбинировать сексуальную терапию с групповой психотерапией супружеских конфликтов. Если речь идет о поверхностных проблемах, при сохранении во время занятий достаточно позитивных супружеских отношений, то в этих случаях целесообразно одновременно проводить сексуальную терапию и психотерапию супружеских проблем. При более глубоких проблемах лучше применять оба эти дополняющие друг друга метода последовательно.

- (Andrianov V. V.) Андрианов В. В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции. — В кн.: Проблемы современной сексopatологии/Под ред. А. А. Портнова. — Москва: Моск. НИИ психиат. РСФСР, 1972, с. 437—458.
- Annon J. The behavioral treatment of sexual problems. — Honolulu, Enabling Systems, 1974.
- Arendás T., Augustin J. Možnosti riešenia nedostatočného orgazmu u žien cvičením svalstva páňového dna. Čs. Gynek., 1974, 39, 215—217.
- Arentewicz G. et al. Verhaltenstherapie sexueller Funktionsstörungen, Erfahrungen mit 23 Paaren. — In: E. Schorsch, G. Schmidt, Ergebnisse zur Sexualforschung. Köln, Kreppenheuer. u. Witsch., 1975.
- Arentewicz G. et al. Therapie soziosexueller Ängste von Männern. Sexualmedizin, 1978, 7, 639—644.
- Arentewicz G., Schmidt G. (Hrsg.) Sexuell gestörte Beziehungen. Konzept und Technik der Paartherapie. Berlin, Springer, 1980.
- Bancroft J. H. The Masters and Johnson approach in a National Health Service setting. — Brit. J. Sex. Med., 1975, 1, 6—10.
- Bandura A. Principles of behavior modification. New York, Rinehart and Winston, 1969.
- Barbach L. G. Group treatment of preorgastic women. — J. Sex. Marit. Ther., 1974, 1, 139—145.
- Barbach L. G. For yourself. The fulfillment of female sexuality. Garden City, N. Y. Anchor-Doubleday, 1976.
- Barták V. Sexuální život. — In: J. Mrkvička et al. Škola pro snoubence a novomanžele. — Praha: Avicenum, 1976.
- Bártová D., Bouchal M. Thioridazin v léčbě ejaculatio praecox. — Čs. Psychiat., 1965, 62, 120—123.
- Beigel H. C., Johnson W. R. Application of hypnosis in sex therapy. — Springfield, Ill., Ch. C. Thomas, 1980.
- Bilikiewicz T., Imielinski K. (red.) Seksuologia kliniczna. — Warszawa, PZWL, 1974.
- (Botnëva I. L.) Ботнева И. А. Особенности сексуальной сферы женщины. — В кн.: Общая сексopatология/Под ред. Г. С. Васильченко. — Москва: Медицина, 1977, с. 168—175.
- Bräutigam W. Sexualmedizin im Grundriss. — Stuttgart, G. Thieme, 1977.
- Brown J. M., Chaves J. F. Hypnosis in the treatment of sexual dysfunction. — J. Sex. Marit. Ther., 1980, 6, 63—74.
- Buda B. Psychologie der Sexualität. — Budapest: Akademiai Kiadó, 1977.
- (Butrijanskij D. L., Krištal V. V., Filatov A. T.) Бутрянский Д. Л., Криштал В. В., Филатов А. Т. Первично проявляющиеся нарушения половой потенции у мужчин. — Москва: ЦОЛИУВ МЗ РСФСР, 1978.
- (Butrijanskij D. L., Krištal V. V., Filatov A. T.) Бутрянский Д. Л., Криштал В. В., Филатов А. Т. Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции. — Москва: ЦОЛИУВ МЗ РСФСР, 1978.
- Crasilneck H. B., Hall J. A. Clinical hypnosis. — New York: Grune and Stratton, 1975.

- Crombach G.** Verhaltenstherapie sexueller Störungen bei Männern ohne derzeitige Partnerin. — Partnerberatung, 1979, 16, 69—80.
- Deutsch R.** The key to feminine response in marriage. — New York: Ballantine Books, 1968.
- Eicher W.** Die sexuelle Erlebnissfähigkeit und die Sexualstörungen der Frau. — Stuttgart: G. Fischer, 1975.
- Eicher W.** Der Vaginismus. — Sexualmedizin, 1979, 8, 105—109.
- Ellenberg M.** Impotence in diabetes: the neurologic factor. — In: J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.) Handbook of sex therapy. New York, Plenum Press, 1978.
- Ellison C.** Vaginismus. — Med. Asp. Hum. Sexual, 1973, 6, 34—36.
- Eysenck H. J.** The effect of psychotherapy: an evaluation. — J. cons. Psychol., 1952, 16, 319—324.
- Fertel N. S.** Vaginismus: a review. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 3, 113—121.
- Fisher S.** The female orgasm. New York, Basic Books, 1973.
- Forster A.** Changes in marital sexual relationship following treatment for sexual dysfunctioning. — J. Sex. Marit. Ther., 1978, 4, 186—197.
- Friedman J.** Virginität in der Ehe. — Stuttgart-Bern, Huber, Klett, 1963.
- Fuchs H.** et al. Vaginismus: the hypnotherapeutic approach. — J. Sex. Res., 1975, 11, 39—45.
- Gebhard P. H.** Factors in marital orgasm. — J. Soc. Issues, 1966, 22, 88—95.
- Golden J. H.** et al. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions. — Arch. Sex. Behav., 1978, 7, 593—602.
- Gunther B.** Sense relaxation. — New York: Collier Books, 1968.
- Harris T.** I'm OK, you're OK. New York: Harper and Row, 1967.
- Hastings D. W.** Impotence and frigidity. New York: Dell Publishing Co., 1963.
- Heiman J., LoPiccolo L., LoPiccolo J.** Becoming organismic: a sexual growth program for women. — Englewood Cliffs N. J., Prentice Hall, 1976.
- Hite S.** The Hite report. — New York: Macmillan, 1976.
- Hogan D. R.** The effectiveness of sex therapy: a review of the literature. — In: J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.) Handbook of sex therapy. — New York; Plenum Press, 1978.
- Höck K.** Psychotherapie in der modernen Gynäkologie. — Leipzig: G. Thieme, 1973.
- Hock K., Hess H.** Zur Psychotherapie von Sexualstörungen. — In: H. Szewczuk, H. Burkhardt (Hrsg.) Sexualität, Berlin; Volk und Gesundheit, 1978.
- Hunt M.** Sexual behavior in the 70's. — Chicago: Playboy Press, 1974.
- Hynie J.** Impotentia coeundi. — In: J. Charvát (Red.). Repetitorium praktického lékaře. — Praha, Avicenum, 1967.
- Hynie J.** Lekárska sexuológia. — Martin: Osveta, 1970.
- Hynie J.** Základy sexuologie, I, II, Učební texty. Praha, Universita Karlova, 1974 a 1978.
- Chesser E.** Sex a vydatá žena. Bratislava, Tatran, 1970.
- Imieliński K.** Leszenie zaburzeń psychoseksualnych. — In: T. Bilikiewicz, K. Imieliński. Seksuologia kliniczna, Warszawa, PZWL, 1974.
- (Ivanov N. V.) Иванов Н. В.** Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у женщин. — В кн.: В. Е. Рожнов. Руководство по психотерапии. — М.: Медицина, 1974.
- Jakeš A., Kratochvíl S.** Krátkodobé psychotherapeutické techniky k uvolnění tenzí v manželském soužití. — Čs. Psychol., 1977, 221, 121—125.
- Johnson J.** Disorders of sexual potency in the male. — Oxford, Pergamon Press, 1968.
- Kant F.** Frigidity. Dynamics and treatment. Springfield, Ill., Ch. C. Thomas, 1969.
- Kaplan H. S.** The new sex therapy. — New York, Brunner, Mazel, 1974.
- Kaplan H. S.** Toward a rational classification of the sexual dysfunction. — J. Sex. Marit. Ther., 1976, 2, 83—84.
- Kaplan H. S.** Hypoactive sexual desire. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 3, 3—9.

- Kaplan H. S. Disorders of sexual desire. — New York, Brunner, Mazel, 1979.
- Kelly G. L. Impotence. — In: A. Ellis, A. Abarbanel (Eds.) The encyclopaedia of sexual behavior. — New York; Hawthorne Books, 1961.
- Kilman O. R. The treatment of primary and secondary orgasmic dysfunction: a methodological review of the literature since 1970. — J. Sex. Marit. Ther., 1978, 4, 155—178.
- Kinsey A., Pomeroy W. B., Martin C. E. Sexual behavior of the human male. — Philadelphia; W. B. Saunders, 1948.
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhart P. H. Sexual behavior in the human female. — Philadelphia, W. B. Saunders, 1953.
- Kline-Graber G., Graber B. Woman's orgasm. A guide to sexual satisfaction. New York, Bobbs-Merril, 1975.
- Kockott G. Sexuelle Störungen. München, Urban u. Schwarzenberg, 1977.
- (Kočetkov V. D.) Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции. — Москва: Медицина, 1968.
- Kondáš O. Discentná psychoterapia. Bratislava, SAV, 1973.
- Kovářík R. Sexuologická balneoterapie jako dosud nevyužitý smer mocné stimulační a reedukační léčby sexuálních poruch. Ref. na ved. prac. schůzi. Sexuol. společností. Prievídza, 7. X., 1977.
- Kratochvíl S. Krátkodobá intenzivní terapie ženských sexuálních poruch podle Masterse a Johnsonové. — Čs. Psychiat., 1973, 69, 328—333.
- Kratochvíl S. Terapie mužských funkčních sexuálních poruch podle Masterse a Johnsonové. — Čs. Psychiat., 1973, 69, 402—406.
- Kratochvíl S. Předběžné zkušenosti s ústavním léčením funkčních sexuálních poruch metodou Masterse a Johnsonové. — Čas. Lék. čes., 1974, 313, 981—983.
- Kratochvíl S. Vaginální a klitoridální dráždivost žen. Čs. Gyneck., 1975, 40, 435—437.
- Kratochvíl S. Psychoterapie. — Praha: Avicenum, 1976.
- Kratochvíl S. Ústavní léčebný nácvik pro manželské dvojice při funkčních sexuálních poruchách. — Čas. Lék. čes., 1977, 116, 1019—1022.
- Kratochvíl S. Skupinová psychoterapie neuróz. — Praha: Avicenum, 1978.
- Kratochvíl S. Léčebný nácvik pro manžele při funkčních sexuálních poruchách. Principy a technika. — Čs. Psychiat., 1978, 74, 145—153.
- Kratochvíl S. Terapeutická komunita. — Praha: Academia, 1979.
- Kratochvíl S. Sex-therapy in inpatient and outpatient setting. — J. Sex. Marit. Ther., 1980, 6, 135—144.
- Kratochvíl S., Dubská E. Výsledky šestitýdenní léčby neuróz v terapeutické komunitě. — Čs. Psychiat., 1977, 73, 104—109.
- Kratochvíl S., Horká I. Vaginální a klitoridální orgasmus a psychosexuální vyspелost. — Čs. Psychol., 1974, 18, 13—22.
- Kratochvíl S., Uhlířová M. Neurózy a sexuální reaktivita žen. — Čs. Psychiat., 1978, 74, 154—158.
- Krause W. Impotentia coeundi und endokrine Insuffizienz. — Sexualmedizin, 1977, 6, 645—646.
- Kremerová J. Psychoterapie funkčních sexuálních poruch u žen. Diplomová práce. Filosofická fakulta UJEP. — Brno, 1978.
- Kroger W. S., Fezler W. D. Hypnosis and behavior modification: imagery conditioning. — Philadelphia: Lippincott, 1976.
- Kurianski J. B., Sharpe L. Guidelines for evaluating sex therapy. — J. Sex. Marit. Ther., 1976, 2, 303—308.
- Lachman M., Raboch J. et al. Příspěvek k patogenezi poruch erektivity u diabetiku. — Čas. Lék. čes., 1976, 115, 1242.
- Lazarus A. A. Behavior therapy and beyond. — New York: McGraw-Hill, 1971.
- (Lebedinskij M. S.) Лебединский М. С. Очерки психотерапии. — Москва: Медицина, 1971.
- Leiblum S. et al. Group treatment of premature ejaculation. — Arch. Sex. Behav., 1974, 3, 443—452.

- Leiblum S., Ershner-Hershfield R. Sexual enhancement groups for dysfunctional women: an evaluation. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 3, 139—152.
- Leiblum S. R., Pervin L. A. (Eds.) Principles and practice of sex therapy. — New York; Guilford Publications, 1980.
- Leonhard K. Individualtherapie der Neurosen. — Jena: G. Fischer, 1963.
- (Lezněnko V. N.) Лезненко В. Н. Методика коллективной психотерапии у больных психогенной импотенцией. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии/Под ред. Д. С. Федорова. — Москва: Моск. НИИ психиат. МЗ РСФСР, 1967, с. 443—451.
- (Libich S. S.) Либих С. С. Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии/Под ред. Д. С. Федорова. — Москва: Моск. НИИ психиат. МЗ РСФСР, 1967, с. 433—442.
- Lobitz W., LoPiccolo J. New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction. — J. Behav. Ther. Exp. Psychiat., 1972, 3, 265—271.
- Locke H. J., Wallace K. M. Short marital and prediction tests: their reliability and validity. — Marr. Fam. Living, 1959, 21, 251—255.
- LoPiccolo J. Direct treatment of sexual dysfunction. — In: J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.) Handbook of sex therapy. New York: Plenum Press, 1978.
- LoPiccolo J. The professionalization of sex therapy: Issues and problems. — In: J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.) Handbook of sex therapy. New York: Plenum Press, 1978.
- LoPiccolo J., Lobitz W. C. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. — Arch. Sex. Behav., 1972, 2, 163—171.
- LoPiccolo J., LoPiccolo L. (Eds.) Handbook of sex therapy. New York, Plenum Press, 1978.
- LoPiccolo J., Steger J. C. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. — Arch. Sex. Behav. 1974, 3, 585.
- LoPiccolo L. Low sexual desire. — In: S. Leiblum, L. A. Pervin (Eds.) Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford Press, 1980.
- Luthe W., Schultz J. H. Autogenic therapy. Vol. II. Medical applications. — New York: Grune and Stratton, 1969.
- (Maslov V. M.) Маслов В. М. Клиническая феноменология аизекуляторных расстройств. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств/Под ред. А. С. Портнова. М.: Изд. Московск. науч.-исслед. ин-та псих. МЗ РСФСР, 1978, с. 50—54.
- Masters W. H., Johnson V. E. Human sexual response. — Boston, Little, Brown and Co., 1966 (Český překlad. Lidská sexuální aktivita, Praha, Horizont, 1970).
- Masters W. H., Johnson V. E. Human sexual inadequacy. — Boston, Little, Brown and Co., 1970.
- Masters W. H., Johnson V. E. Principles of the new sex therapy. — Amer. J. Psychiat., 1976, 133, 548—554.
- Masters V. H., Johnson V. E., Kolodny R. C. (Eds.) Ethical issues in sex therapy and research. Boston, Little, Brown and Co., 1977.
- Matussek P. Funktionelle Sexualstörungen. — In: H. Giese (Hrsg.) Die Sexualität des Menschen. 2. Aufl. Stuttgart, Enke, 1971.
- McGovern K. B., Kirkpatrick C. C., LoPiccolo J. A behavioral treatment program for dysfunctional couples. — J. Marr. Fam. Coun., 1976, 2, 397.
- McGovern K. B., Stewart R. C., LoPiccolo J. Secondary orgasmic dysfunction. — I. Analysis and strategies for treatment. — Arch. Sex. Behav., 1975, 4, 265—275.
- Mellan J. Vušetrovací schema sexuálních poruch u mužů. — Čs. Psychiat., 1964, 60, 326—331.
- Mellan J. Psychotherapie der Sexualstörungen bei ledigen Männern. — Psychiat. Neurol. Med. Psychol., 1968, 20, 19—21.

- Meyer J. K. et al.* Short-term treatment of sexual problems: interim report. — Amer. J. Psychiat., 1975, 132, 172—176.
- Michal V. et al.* Uzávěry tepen penisu a erekktivní impotence. — Čas. Lek. čes., 1977, 115, 1245—1247.
- Michal V. et al.* Gefäßchirurgie erektiver Impotenz—Sexualmedizin, 1976, 5, 15—20.
- Mosher D. L.* The Gestalt Awareness-Expression Cycle as a model for sex therapy. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 3, 229—242.
- Nedoma K.* K problému orgasmu u žen. — Čs. Psychiat., 1961, 57, 262—268.
- Nedoma K.* Psychoterapie sexuálních neuróz. — Čs. Psychiat., 1963, 59, 28.
- Nedoma K., Bárták V., Raboch J.* Sexuální soužití v neplodných manželstvech. — Čas. Lék. čes., 1954, 93, 390.
- Peřina F.* Vliv partnerské situace na léčbu sexuálních dysfunkcí u klientů manželské a předmanželské poradny. Ref. na prvním celostát. semináři pracovníků MPP, Vyškov 4.10.1978.
- Pirke K. M.* Endokrinologie der sexuellen Reaktion. — Sexualmedizin, 1977, 6, 645—646.
- Polster E., Polster M.* Gestalt therapy intergrated. — New York, Brunner, Mazel, 1973.
- Pondělíčková J.* Léčba ejaculatio praecox. — Čs. Lék. čes., 1978, 116, 1022.
- (Posvjanskij P. B.) Позвянский П. Б.* Психотерапия психогенно-функциональных форм мужской половой слабости. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Москва: Медицина, 1974.
- Raboch J.* Vliv věku na symptomatiku funkčních sexuálních poruch mužů. — Čs. Psychiat., 1969, 65, 305—309.
- Raboch J.* Očima sexuologa. — Praha: Avicenum, 1977.
- Raboch J., Bártová D.* Veková struktura a symptomatika u 2738 pacientů s funkčními sexuálními poruchami. — Prakt. Lék., 1969, 49, 626—628.
- Raboch J., Brzek A.* Mechanismen des Versagens. Eine Studie an 334 Patienten mit Sexualstörungen. — Sexualmedizin, 1977, 6, 289—291.
- Raboch J., Melan J., Štárka L.* Hladný plazmatického testosteronu u pacientů s poruchami potence. — Čs. Psychiat., 1974, 70, 241—244.
- Raboch J., Raboch J.* Sexuální poruchy u diabetiků. — Prakt. Lék. (Praha), 1975, 55, 167—170.
- Raboch J., Štárka L.* Coital activity of men and the levels of plasmatic testosterone. — J. Sex. Res., 1972, 8, 219—224.
- Raboch J., Štárka L.* Reported coital activity of men and levels of plasmatic testosterone. — Arch. Sex. Behav., 1973, 2, 309.
- Raboch J., Šipová I.* Die Beteiligung der Partnerinnen bei der Therapie der männlichen Sexualstörungen. — Sexualmedizin (im Druck).
- Reckless J., Geiger N.* Impotence as a practical problem. — In: J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (Eds.) Handbook of sex therapy, New York: Plenum Press, 1978.
- Satir V. J.* Conjoint family—therapy. Palo Alto, Science and Behavior Books, 1967.
- Segraves R. T.* Pharmacological agents causing sexual dysfunction. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 2, 157—176.
- Semans J. H.* Premature ejaculation: a new approach. — South. Med. J., 1956, 49, 353—357.
- Sharpe L. et al.* A preliminary classification of human sexual dysfunction. — J. Sex. Marit. Ther., 1976, 2, 106—114.
- Scheidman B., McGuire L.* Group therapy for monorgasmic women: two age levels. — Arch. Sex. Behav., 1976, 5, 239—247.
- Schiavi R. C., White D.* Androgens and male sexual function: a review of human studies. — J. Sex. Marit. Ther., 1976, 2, 214—228.
- Schnabl S.* Intimverhalten, Sexualstörungen, Persönlichkeit. — Berlin, Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1972.
- Schnabl S.* Funktionelle Sexualstörungen. — In: P. G. Hesse, G. Tembroch (Hrsg.) Sexuologie. Bd. I. Leipzig, Hirzel Verlag, 1974.

- Schutz W.** Joy. Expanding human awareness. — New York: Grove Press, 1967.
- Sigusch V.** Exzitation und Orgasmus bei der Frau. — Stuttgart, Enke, 1970.
- Sigusch V.** Sexuelle Funktionsstörungen. — Sexualmedizin, 1979, 8, 415—420, 462—466, 516—521.
- Sigusch V.** (Hrsg.) Therapie sexueller Störungen. — Stuttgart, G. Thieme, 1975.
- Singer J., Singer J.** Types of a female orgasm. — In: I. Singer (Ed.) The goals of human sexuality. — New York: Norton, 1973.
- Sotile W. M., Kilman P., Fellingsstad D. R.** Sexual enhancement workshop: beyond group systematic desensitization for women sexual anxiety. — J. Sex. Marit. Ther., 1977, 3, 249—255.
- Stárka L., Raboch J.** Fiziologiczno-endokrinologiczne aspekty seksuologii. — In: K. Imieliński (Red.) Seksuologia biologiczna. — Warszawa; PWN, 1980.
- Stolár Z.** Psychoterapie mužských funkčních sexuálních poruch. Diplomová práce. Filosofická fakulta UJEP. — Brno, 1978.
- (Sujadoš A. M.) Сядош А. М.** Женская сексопатология. — Москва, Медицина, 1977.
- Sipová J., Mellan J.** Mladé manželství. — Praha: Avicenum, 1978.
- (Vasilčenko G. S.) Васильченко Г. С.** Патогенетические механизмы импотенции. — Москва: Медгиз, 1956.
- (Vasilčenko G. S.) Васильченко Г. С.** Основные черты клинической концепции В. Мастерса и В. Джонсона. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии/Под ред. А. А. Портнова. — Москва: Моск. НИИ психиат. МЗ РСФСР, 1972, с. 126—144.
- (Vasilčenko G. S.) Васильченко Г. С.** Общая сексопатология. — Москва: Медицина, 1977.
- (Vasilčenko G. S.) Васильченко Г. С.** Сравнительный анализ двух подходов к решению теоретических и практических проблем сексопатологии. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств/Под ред. А. А. Портнова. — Москва: Моск. НИИ психиат. МЗ РСФСР, 1978, с. 9—16.
- (Vladimirov-Kljačko S. V.) Владимиров-Клячко С. В.** О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии/Под ред. А. А. Портнова. — Москва: Моск. НИИ психиат. МЗ РСФСР, 1972, с. 459—468.
- Vogi H. J.** Orgasmusstörungen des Mannes. — Sexualmedizin, 1978, 7, 119.
- Wallance D. G., Barbach J. G.** Preorgasmic group treatment. — J. Sex. Marit. Ther., 1974, 1, 146—154.
- Wolpe J.** The practice of behavior therapy. New York: Pergamon Press, 1969.
- (Začepickij R. A.) Зацепицкий Р. А.** О патогенетической психотерапии при неврозах. — В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях/Под ред. Б. Д. Карвазарского. — Л.: Изд. Ин-та им. В. М. Бехтерева, 1973.
- Zeiss R. A., Christensen A., Levine A. G.** Treatment for premature ejaculation through maleonly groups. — J. Sex. Marit. Ther., 1978, 4, 139—143.
- Zilbergeld B.** Group treatment of sexual dysfunction in men without partners. — J. Sex. Marit. Ther., 1975, 1, 204—214.
- Zilbergeld B.** Male sexuality. — Boston, Little, Brown and Co., 1978.
- Zilbergeld B., Ellison C. R.** Social skills training as an adjunct to sex therapy. — J. Sex. Marit. Ther., 1979, 5, 340—350.
- Zinzer H. H.** Sex and surgical procedure in the male. — In: B. J. Sadock, H. I. Kaplan, A. M. Freedman (Eds.). The sexual experience. Baltimore, Williams and Wilkins, 1976.
- Zvěřina J.** Erektivní poruchy sexuální potence. — Prakt. Lék. (Praha), 1979, 59, 522—524.
- Zdimalová M., Kratochvíl S.** Úzkost a sexuální život žen. — Cs. Psychiat., 1966, 62, 393—400.

ВТОРАЯ ЧАСТЬ:
СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

© Stanislav Kratochvíl, 1987
© В. Ф. Кобеляцкий, перевод на русский язык, 1991

Эта монография написана как пособие, обобщающее современные концепции и методы медицинской помощи лицам с дисгармонией супружеских отношений. В ней обсуждаются вопросы, изложенные в учебнике «Психотерапия» (1976), где рассматриваются общие принципы психотерапии, а также в руководствах по специальным разделам психотерапии, таких как «Групповая психотерапия неврозов» (1978, 1983) и «Лечение функциональных половых расстройств» (1982); данная монография составляет с ними единое целое. Она предназначена для специалистов, работающих в консультациях по вопросам семьи и брака, для клиницистов (психиатров и психологов), а также может принести пользу социологам и адвокатам, занимающимся проблемами семьи.

Первая глава включает обзор современных теоретических концепций супружеской терапии; ее целью является прежде всего обеспечение возможности перехода от теоретических постулатов к эффективным практическим мероприятиям. В двух следующих главах обсуждаются методы супружеской терапии; изложение в них схематически раздельно согласно двум аспектам проблематики сексуальной дисгармонии в семье и соответственно двум направлениям лечения. Во-первых, это вопросы, касающиеся форм общения между супругами и их способов решения возникающих затруднений, во-вторых, рассмотрение конкретных проблем полового несоответствия супругов. Четвертая глава содержит рекомендации по организации и тактике супружеской терапии. В пятой главе представлены результаты систематических исследований в области супружеской терапии сексуальных нарушений.

При написании монографии главное внимание уделялось вопросам клинической и консультативной практики. Методы тренировки супружеского общения и совместных действий при решении основных проблем излагаются таким образом, чтобы данные рекомендации можно было использовать непосредственно при работе с больными. Часто приводятся примеры, материалом для которых послужили как литературные источники, так и собственный клинический опыт работы с невротическими супружескими парами, находившимися на излечении в психиатрической больнице в Кромержиже, и пациентами Городской семейной консультации в Брно.

Глава I. СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Супружеская терапия представляет собой особую форму психотерапии, которая ориентирована на супружескую пару и ее проблемы. Она призвана помочь супружеской паре преодолеть семейные конфликты и кризисные ситуации, достигнуть гармонии во взаимоотношениях, обеспечить взаимное удовлетворение потребностей. Супружеская терапия является лечением нарушений супружеских отношений. Такое лечение направлено на урегулирование супружеских отношений, что позволяет оказывать положительное влияние на совместную жизнь супругов. В практике супружеской терапии превалирует работа с обоими супругами одновременно; однако это не обязательно.

Olson (1975) полагает, что целью такой терапии является помощь супругам в лучшем понимании их взаимоотношений, взаимном удовлетворении потребностей каждого из них, в развитии положительных личностных качеств. Sadocková (1976) также рассматривает супружескую терапию как форму психотерапии, поскольку речь идет об изменении взаимодействия партнеров, находящихся в конфликте.

Определенные трудности возникают при различении понятий «супружеская терапия» и «семейная консультация», так как в обоих случаях речь идет о помощи супругам в разрешении их проблем, конфликтов и разногласий.

По мнению некоторых авторов, разделение этих понятий бессмысленно, ибо они имеют дело с одним и тем же явлением и пользуются аналогичными методами [Ard, Arđová, 1969; Sadocková, 1976].

С другой точки зрения, семейные консультации можно рассматривать как одну из форм супружеской терапии [Bergman, Lief, 1975; Olson, 1975], поскольку речь идет о более простых, поверхностных и кратковременных психотерапевтических воздействиях, в основном в кризисных ситуациях [Aguilera, Messick, 1974]. Консультации позволяют найти выход из конкретных конфликтных ситуаций, при этом используются прежде всего такие методы, как экспликация, поощрение, индивидуальные рекомендации и советы [Gabuga, 1978; Kožnar, 1978]. Супружеская терапия характеризуется более глубоким и систематическим подходом, например целенаправленным исследованием сложнейших психодинамических факторов, включая неосознанные в прошлом мотивы, оказывающие влияние до настоящего времени. Зачастую это требует больших усилий, когда речь идет об изменении фиксированных, малоподвижных форм поведения, нарушающих взаимоотношения супругов, и о перестраивании их взаимодействия.

Существует и еще одна точка зрения, согласно которой семейные консультации и психотерапию различают по тому, с чем ведется работа: приходится ли иметь дело с проблемой несоответствия или с отдельным нарушением. Так, Nakonečný (1973) утверждает, что работа в семейных консультациях направлена на решение индивидуальных проблем клиента,

касающихся жизни в семье, тогда как супружеская терапия занимается вопросами лечения нарушений супружеских отношений. Семейные проблемы выделяются как социальные проблемные ситуации, требующие реконструкции социальных отношений, позволяющей супругам достичь адекватной взаимной адаптации. Автор правильно отмечает, что семейные проблемы касаются не только конфликта между супругами. Когда, например, в семейные дела вмешиваются родители одного из супругов, может возникнуть проблемная ситуация, что, однако, еще не означает существования конфликта между супругами. В подобных случаях достаточно бывает консультации и советов супругам по поводу исправления или смягчения сложившейся ситуации. Аналогично могут потребоваться рекомендации относительно сглаживания конфликта, связанного с бесплодием одного из супругов, или налаживания отношений с детьми от первого брака.

С институциональной точки зрения (семейная консультация как некий институт) супружеская терапия может рассматриваться как одна из форм работы семейной консультации, имеющей дело с важнейшими проблемами, конфликтами, разладом и нарушениями супружеских отношений. К другим формам работы консультации может относиться помощь в решении юридических вопросов, вопросов, касающихся половой жизни, предохранения от беременности, проблем, связанных с наследственностью, а также деятельность, направленная на предупреждение развода.

При ближайшем рассмотрении приведенных выше понятий становится ясно, что они в значительной мере пересекаются (по отношению к объекту, в целях и методах), но сохраняют, по меньшей мере в частностях, присущие им различия.

Семейная терапия в отличие от супружеской терапии распространяется на всю семью в целом, включая детей, причем внимание обращается в основном на отношения между родителями и детьми. Это происходит скорее всего из практических приложений, результатов психологических и психиатрических обследований детей и опирается на опыт изучения семей с детьми, больными шизофренией. Таким образом, с современной точки зрения супружеская терапия отличается от семейной как историческими корнями, так и своими подходами.

Если говорить точнее, то семейную терапию можно определить двояко: а) как терапевтический метод, при котором врач проводит сеансы лечения со всей семьей; б) как теоретический подход, при котором в качестве пациента рассматривается не индивидуум, а семья в целом. В этом случае речь идет о специфическом лечении вне зависимости от того, участвует ли в нем вся семья или только кто-либо из ее членов [Gurman, Kniskern, 1981].

Некоторые семейные терапевты рассматривают супружескую терапию как частную форму семейной терапии [Glick, Kessler, 1974]. С этим выводом согласны далеко не все. Принципиальное различие отмечается главным образом в целях данных подходов. Супружеская терапия предполагает прежде всего установление гармоничных и уравновешенных отношений между супругами, семейная же терапия направлена в пер-

вую очередь на правильное воспитание детей. Супружескую и семейную терапию, следовательно, надо рассматривать как близкие, но разнонаправленные формы психотерапии.

Различные концепции супружеской терапии согласуются лишь в отношении к основным причинам и патогенезу супружеской дисгармонии и предпочтительном использовании определенных методов лечения. В настоящее время наибольшей популярностью пользуются динамический, бихевиористический и гуманитарно-психологический подходы.

Кроме того, можно отметить коммуникативный, транзакционный, рационалистический и системный подходы. Коммуникативный подход имеет точки соприкосновения с бихевиористическим, отчасти с гуманитарно-психологическим и системным подходами; он связан и с другими подходами в супружеской терапии. Транзакционно-аналитический подход представляет собой простое применение принципов Берна к состоянию «эго», «жизненным сценариям» и межличностным проблемам [Kratochvil, 1976] в области супружеских отношений. Остановимся, однако, на рационалистическом (или воспитательном) подходе, о котором говорят, например, Ard, Ellis, Harper (1969); в чехословацкой литературе о нем сообщается в работе Plzák (1973). При указанном подходе в супружеских отношениях выделяются в качестве главных факторов высокие чувства, чувство собственного достоинства и альтруизм. Далее мы уделим внимание системному подходу, который более широко используется в семейной терапии по сравнению с супружеской терапией. Кроме того, будет подробнее рассмотрено современное понимание советскими авторами супружеской терапии, а также обсуждены возможности комплексного подхода.

1. ДИНАМИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

При динамическом подходе супружеская дисгармония рассматривается с точки зрения внутренней мотивации поведения обоих супругов. Прослеживается динамика межличностных отношений и ее связь с динамикой психических процессов. Изучаются случаи неисполнения надежд, обусловленных прежним жизненным опытом, полученным главным образом в детстве. Текущие семейные конфликты рассматриваются с учетом повторения прошлых конфликтов, а также примера поведения, полученного в прошлых, эмоционально окрашенных отношениях. При этом оценивается влияние семьи, в которой вырос каждый из супругов, преимущественно с учетом присущей ей атмосферы, уравновешенности, спокойствия, разделения прав и обязанностей между отцом и матерью, обращения к опыту родителей. Основной предпосылкой перемен является способ-

ность к пониманию этой связи, к контролю за своим поведением, к сравнению.

Сравнение в динамическом подходе к супружеской терапии понимается прежде всего как эволюционное (генетическое) сопоставление; таким образом, учитываются прежние источники сегодняшнего поведения каждого из супругов. Каждый из супругов должен понять, почему он такой, какой он есть, что он ожидает от супружеского союза и почему реагирует на поведение своего партнера именно так, а не иначе.

Супружество при динамическом подходе рассматривается как следствие действия сил, заключающихся в особенностях прошлого опыта супругов, главным образом в их прежних личностных связях. Речь идет о вертикальном подходе, при котором причины сегодняшних затруднений и проблем рассматриваются с учетом истории жизни обоих супругов. Остановимся на некоторых основных концепциях в рамках динамического подхода.

1.1. Сознательное и неосознанное супружеское соглашение

Martin (1974), Sager (1976) уделяют основное внимание супружескому контакту, неоформленному индивидуальному договору, или соглашению, включающему надежды и обещания, которые приносит каждый из партнеров, вступающих в брак. Это соглашение имеет взаимный характер, поскольку содержит то, что каждый предполагает дать, и то, что намерен получить. Соглашение может быть: а) сознательным и вербализованным; б) сознательным и невербализованным; в) неосознанным. Оно может касаться всех аспектов семейной жизни, таких как успешное продвижение по службе, физическое здоровье, секс, проведение свободного времени, деньги, дети, связи с приятелями и др. Отдельные элементы индивидуальных соглашений определяются потребностями и желаниями индивидуума. Последние могут быть здоровыми и реалистическими или невротическими и конфликтными. Здесь речь идет не о договоре в прямом смысле слова — просто партнеры ведут себя так, будто каждый из них подобный договор одобрил и подписал.

При уравновешенном супружестве такой договор соблюдается, однако в тех случаях, когда кто-либо из супругов готов или способен нарушить его и сменить своего партнера, возникает дисгармония. Подобные предпосылки к дисгармонии существуют и в семьях, где взаимные ожидания партнеров слишком различны.

Муж, например, может ожидать от жены послушания, проявлений заботы о нем, а также активности в половом отношении.

Жена в свою очередь ожидает от него романтической любви, помощи в ведении домашнего хозяйства и не очень частых половых сношений. Вследствие того что каждый из них ведет себя иначе, чем от него ожидают, возникают ощущение обмана и чувство беспокойства.

Martin и Sager считают, что суть супружеской терапии заключается в следующем: врач должен помочь супругам сначала отдельно сформулировать (осознанно и неосознанно) их настоящее супружеское соглашение, а затем прийти к компромиссу, выработать общее соглашение уже на сознательном уровне.

На первом этапе психотерапии каждого из супругов просят написать на листке бумаги, что он ожидает от своего партнера и какие свои потребности он хотел бы удовлетворить в семье. Каждый вначале делает это самостоятельно, свободно, без каких-либо схем и логической последовательности. Врач может рассказать им о различных ожиданиях и требованиях к супругу, которые часто возникают в совместной жизни.

На втором этапе врач помогает каждому из супругов более четко сформулировать его требования и ожидания и высказать те из них, которые плохо осознавались. Он должен учитывать то, что в данных формулировках встречаются и противоречия, поскольку каждый индивидум может иметь противоречивые желания, например стремиться к независимости и в то же время желать защиты и заботы о себе со стороны партнера. Затем врач помогает супругам логически выстроить свои пожелания таким образом, чтобы можно было составить новый совместный список, в котором их однотипные пожелания разместились бы рядом.

На третьем этапе психотерапии ведется работа над выявленными противоречиями. Выясняются фундаментальные причины нереалистических ожиданий, а также возможности компромиссов. Определяются те ожидания или требования, от которых каждый из партнеров мог бы отказаться без особого для себя ущерба, и, наоборот, те неиспользованные до настоящего времени пожелания партнера, которые можно попытаться выполнить.

1.2. Проекция неудовлетворенных в детстве желаний

Dicks (1967), Willi (1975) подчеркивают, что при нарушении супружеских отношений у одного или обоих супругов проявляются скрытые потребности, которые в детстве не были удовлетворены их родителями. В подобных случаях индивидум часто выбирает себе такого партнера, который помог бы ему вернуться к своим не до конца разрешенным конфликтам. В невротических семьях супруги ведут себя так, чтобы восстано-

вить свои инфантильные ситуации; они повторяются и продолжают оставаться нерешенными.

Таким образом, настоящая конфликтная ситуация представляет собой повторение прошлого конфликта. На партнера возлагаются надежды, оставшиеся неисполненными, такие как детское желание иметь идеального отца или идеальную мать. В таких случаях целесообразно показать супругам эту параллель и обратить их внимание на схожесть прежнего поведения и сегодняшней ситуации в семье.

Dicks рассматривает отношения взаимной проективной идентификации как совместную игру и тайный, понятный партнерам договор. Willi понимает это как скрытую, совместно инсценированную игру. Партнеры экспериментируют на себе, пытаясь взаимно отреагировать и решить свои невротические проблемы, что позволяет им получить временное успокоение, однако одновременно иницируются защитные механизмы. Образуется порочный круг, в котором каждый из них рационализирует собственное невротическое поведение через нарушенное поведение другого. Таким образом, это невротический способ решения супружеского конфликта, который используется обоими партнерами, что является неосознанной игрой, протекающей из актуализированного прошлого конфликта, не разрешенного в детстве.

Willi различает 4 другие ситуации, развитие которых приводит к их фиксации. Воспользуемся психоаналитической терминологией. Нарцисстическое поведение приводит к нарушению границ между партнерами, они оба стремятся быть «одним телом и одной душой». Оральная ситуация означает поляризацию в отношении заботы: один из них позволяет о себе заботиться, другой проявляет свою заботу. В анальной ситуации один партнер подчиняет себе другого. Генитальная ситуация представляет противопоставление «мужественности» супруга податливости, женственности и слабости супруги. Роли в данных ситуациях очень ригидны: каждый из супругов сознательно или неосознанно играет определенную, назначенную ему роль. Даже если бы каждый из них имел желание иного типа, противоположное его поведению, он отказался бы признаться в этом, проецируя его на своего партнера. Не желая выразить свое желание как собственное, он приписывает его партнеру (проективная идентификация). Лечение заключается прежде всего в том, чтобы вскрыть эти неосознанные связи, сделать поведение супругов более гибким, менее детерминированным прошлым, более приспособленным к реальностям сегодняшнего дня.

1.3. Модели родительской семьи

Многие авторы на основании практического опыта показали наличие в супружестве неосознанной тенденции к повторению модели семьи своих родителей, что может оказывать значительное влияние на отношения между супругами независимо от того, одинаковы ли обе модели или различны. Некоторые

авторы считают главной моделью родительскую семью. другие — семью близких родственников.

Родительская модель. Согласно Budy (1977), индивидуум обучается своей супружеской роли на основе идентификации себя с родителем того же пола. В эту схему включается, дополняя ее, и роль родителя другого пола. Формы родительских отношений становятся для индивидуума эталоном. В супружестве оба партнера пытаются приспособить свои отношения к своим внутренним схемам. Нередко под влиянием влюбленности индивидуум проявляет уступчивость, частично отказываясь от своей программы ради партнера из желания приспособиться к нему, что вызывает внутренние противоречия. Но через некоторое время схема поведения вновь дает о себе знать и у индивидуума наблюдается тенденция к возврату на запрограммированный путь. Партнер, очевидно, идет тем же путем; таким образом, создается основание для конфликта. Осознание этого дает ключ к выбору партнера для стабильного супружества на основе характерологического подобия партнера с родителем противоположного пола. Роли же своего пола индивидуум научился у родителя того же пола, но он перенял в целом и программу поведения родителей в супружестве. Такая запрограммированная система отношений может гармонически реализоваться только с партнером, который своей внутренней программой напоминает родителя противоположного пола. Наследование личностных свойств определяет и сходство супружеских отношений, которые также наследуются, ввиду чего часто повторяется не только выбор партнера, но и многие ошибки и проблемы родителей.

Šipová (1977) обосновывает гипотезу о влиянии родительской модели результатами наблюдения нескольких тысяч супружеских пар с использованием теста Лери (межличностные связи). Супруги выполняли тестовое задание, позволяющее определить такие качества, как доминирование — подчиненность, враждебность — лояльность с учетом самооценки каждого и оценки партнера, собственных представлений и идеалов и таковых партнера, а также оценки своего отца и матери. Результаты исследования можно обобщить следующим образом (см. ниже).

1. Ребенок учится у родителя того же пола мужской (или женской) роли, которая в дальнейшем сохраняется. Безоговорочное принятие этой роли является выгодным и удобным, тогда как отказ от нее лишает его уверенности в себе и способствует возникновению неврозов.

2. Образ родителя противоположного пола оказывает существенное влияние на выбор партнера по супружеству. Если роль родителя противоположного пола в семье положительна, выбор подобного ему брачного партнера создает предпосылки

к супружеской гармонии. Если же родитель противоположного пола играет в семье недостойную роль и ребенок не может ее принять, то партнер с подобными характеристиками становится источником негативных реакций. В этом случае, став взрослым, он ищет себе партнера с другими характеристиками. Однако такой выбор является источником внутреннего конфликта; даже если человек делает рациональный и, по его мнению, правильный выбор, он все же чувствует, что с некоторыми особенностями партнера он не может примириться. В таком случае он склонен относиться к партнеру так, как если бы он соответствовал сложившемуся образу.

3. Модель родительской семьи определяет в главных чертах модель семьи, которую создают впоследствии их дети. Например, у ребенка из патриархальной семьи будет проявляться тенденция к установлению в своей семье патриархальных отношений, т. е. к реализации усвоенной модели. Такое стремление к повторению модели отношений своих родителей сохраняется даже тогда, когда излишне выраженные тенденции травмировали его в детстве.

В браке партнеров из семей, представляющих явно противоположные модели, постоянно происходит борьба за власть (или отмечается их ошибочное поведение). Вероятность гармонического союза тем выше, чем ближе модели семей, из которых происходят супруги. Врач-психотерапевт может подвести пациента к принятию той роли, которая предназначалась ему родителями того же пола, а супружескую пару — к компромиссной модели союза, в настоящей степени приближающейся к модели отношений их родителей.

Указанные выше положения представляют собой несколько односторонний и жестко детерминированный подход. Он отражает скорее статические основы, но включает и отдельные факторы, оказывающие определенное влияние на формирование супружеских связей. В каждом конкретном случае следует принимать во внимание следующее: а) влияние модели семьи брата или сестры; б) внешние влияния (вне семьи), например, со стороны коллектива сверстников, школы или влияние отношений и взглядов, преобладающих в данное время в обществе; в) врожденные характерологические особенности каждого из супругов. Можно предположить, что указанные факторы иногда действуют параллельно, они корректируют влияние родительской модели, подсказывая альтернативные решения при становлении супружеских связей.

Модель брата или сестры

Томп (1976) на основании своих обширных исследований влияния семейной констелляции (около 3000 семей) утверждает, что для стабильного супружества решающее значение имеет то, в какой мере в нем повторяется положение, которое каждый из супругов занимал среди своих братьев и сестер.

Различают способность к идентификации и комплементарности. Индивидуум легче всего идентифицирует себя с тем, кто происходит из однотипной семейной констелляции (например, старший брат из одной семьи может идентифицировать себя со старшим братом из другой семьи). Напротив, взаимодействие и сотрудничество легче всего достигаются в общении с индивидуумом, занимавшим комплементирующее положение. Например, старший брат, у которого была младшая сестра, может создать исключительно устойчивый союз с женой, также имевшей старшего брата. При комплементарных ролях партнеры могут создать стабильную модель на основе сотрудничества. Каждый из них в родительской семье уже находился в подобной констелляции, что облегчает им кооперацию. Аналогично этому младший брат, у которого была старшая сестра, ожидает, что жена будет заботиться о нем, оберегать его, ухаживать за ним. Жена, имевшая в родительской семье младшего брата, будет и к мужу проявлять подобное отношение, сохраняя прежнее поведение; союз будет стабильным и гармоничным.

Согласно Томан, происходит перенос связей, существовавших в родительской семье между братьями и сестрами, на своего партнера в супружестве. Данная связь тем прочнее и продолжительнее, чем больше отношения обоих партнеров напоминают их положение в семьях родителей. Это правило называют «теорией дубликатов» (по Томан).

Роль, которую играл каждый из супругов в родительской семье, может охарактеризоваться его положением (порядок, пол) среди братьев и сестер. Следовательно, с этой точки зрения супружеские связи могут быть комплементарными, частично комплементарными и некомплементарными. В последнем случае могут возникать конфликты на почве главенства в семье.

Комплементарный брак — это такой союз, в котором каждый из супругов занимает то же положение, какое он имел по отношению к братьям или сестрам в родительской семье. Муж, например, был старшим братом двух сестер; следовательно, он научился обращаться с девочками, чувствует себя ответственным за них, оберегает их и помогает им. Если его жена имела старшего брата (или братьев), то она легко приспосабливается к мужу, принимает его защиту, ответственность за нее, поддается его влиянию. Роли обоих супругов дополняют друг друга. Подобным комплементарным браком является брак мужчины, который в родительской семье имел старшую сестру (или сестер), с женой, имевшей младшего брата (или братьев). В этом случае следует ожидать, что жена возьмет на себя все заботы и руководство семьей.

Томпсн полагает, что индивидуум тогда удовлетворен в супружестве, когда он занимает то положение, в котором он находился по отношению к своим братьям или сестрам в семье родителей. Однако это предположение верно только в том случае, если он был доволен своим положением в родительской семье, если оно не служило источником неудовлетворенности, напряжения и конфликтов. В противном случае в супружестве у него также возникнут неудовлетворенность и враждебность. Если, например, у мужа была старшая сестра, которая всегда поучала его, высмеивала, обижала, навязывала ему свое мнение, волю и т. д., то легко предположить, что в браке с женой, имевшей младшего брата, подобные недружелюбные и сопернические отношения, берущие свое начало в детстве, повторятся.

Частично комплементарные отношения устанавливаются в том случае, когда один или оба партнера в родительской семье имели несколько типов связей со своими братьями и сестрами, из которых по крайней мере одна совпадает с таковой у партнера.

В некомплементарном браке разногласия и противоречия могут возникать на почве главенства в семье, первенства. Примером таких разногласий (на почве главенства и пола) может служить супружеский союз, в котором муж был старшим среди братьев в родительской семье, а жена имела только младших сестер. Оба супруга будут претендовать на главенствующую роль; у каждого из них были только братья или только сестры, и они не привыкли жить со сверстником противоположного пола.

Аналогичная ситуация складывается, когда мужчина, имевший только старших братьев, женится на девушке, которая была самой младшей среди сестер. Оба супруга предпочитают быть зависимыми, не стремятся к главенству, не хотят брать на себя ответственность за другого. Вместе с тем они не умеют обращаться со сверстником противоположного пола.

Лица, не привыкшие в родительской семье к контактам со сверстниками, скорее будут искать в партнере черты отца (или матери). Наилучший прогноз для таких лиц имеет брак с партнером, имевшим младшего брата или сестру (например, муж, бывший единственным ребенком, и жена, имевшая младшего брата). Наихудший прогноз имеют браки, в которых каждый из супругов был единственным ребенком в семье.

Томпсн различает идентичность и комплементарность ролей супругов в родительской семье. В первом случае речь идет об идентификации отношений, во втором — о взаимодействии. Партнеры, которые занимали одинаковое положение среди братьев и сестер в родительской семье, легче узнают друг друга и быстрее достигают взаимопонимания. Например, младший брат среди сестер или младшая сестра среди братьев хорошо знает, что значит быть самым младшим по сравнению с другими детьми. Муж и жена, которые были самыми старшими в

сёмье своих родителей, хорошо знают, что такое уход за младшими и ответственность за них. Они легко понимают друг друга, могут подменить один другого при необходимости, но плохо сотрудничают. Партнеры с идентичным типом только тогда сохраняют полное согласие в браке, когда они работают в разных областях, обеспечивают друг другу определенную свободу в личной жизни, имеют разные компании друзей и параллельно воспитывают детей (например, сыновей воспитывает отец, а дочерей — мать) либо поручают их воспитание кому-то другому.

Взаимодействие (комплементарность) означает, что каждый из партнеров хочет делать то, чего другой выполнять не хочет. Один из них планирует — другой осуществляет эти планы. Один хочет ходить на работу — другой предпочитает остаться дома. Партнеры взаимно дополняют друг друга.

1.4. Комбинация типов личности

Значительное место в рамках современного динамического подхода в супружеской терапии занимает классификация типов личности с точки зрения реакций супругов в браке и определения таких комбинаций, которые приводят к семейным проблемам.

Sager (1976) предложил следующую классификацию поведения в браке (см. ниже).

1. Партнер, ориентированный на равноправие: ожидает равных прав и равных обязанностей.

2. Романтический партнер: ожидает душевного согласия, хочет создать крепкие узы любви, важное значение для него имеют сентиментальные символы. Чувствует себя обманутым, когда партнер отказывается играть с ним в эти романтические игры.

3. «Родительский» партнер: с удовольствием заботиться о другом, воспитывает его, тогда как этот другой занимает «детскую» позицию.

4. «Детский» партнер: привносит в супружество некоторую спонтанность, непосредственность и радость, но одновременно приобретает власть над другим своим «детским» способом на метакомплементарном уровне, т. е. путем проявления слабости и беспомощности.

5. Рациональный партнер: следит за проявлением эмоций, точно соблюдает права и обязанности. Ответствен, трезв в оценках. Хорошо приспосабливается к жизни, несмотря на то, что партнер не ведет себя таким же образом. Может ошибаться относительно чувств своего партнера.

6. Товарищеский партнер: хочет быть сотоварищем и ищет для себя такого же спутника, с которым мог бы разделить по-

вседневные заботы, прожить жизнь. Не претендует на романтическую любовь и принимает как неизбежное обычные тяготы семейной жизни.

7. Независимый партнер: сохраняет в браке определенную дистанцию по отношению к своему партнеру. Стремится избежать излишней интимности в отношениях и хочет, чтобы партнер относился с уважением к этим его требованиям.

Некоторые партнерские комбинации вполне конгруэнтны (например, независимый с независимым или с рациональным), другие комплементарны («родительский» с «детским»), третьи конфликтны (например, романтический с независимым).

Другие, близкие по динамической ориентации классификации связей партнеров в браке можно найти в работах Mittelman [Christ, 1976], Gehrke, Мохом (1969), Martin (1976) и др. (см. ниже).

Жена, страстно мечтающая о любви, и эмоционально холодный муж. В соответствии с Martin (1978), в типичном случае приходится лечить жену по поводу неврозов и депрессии. Жена подчеркивает, что способна на глубокие чувства, и приводит примеры, свидетельствующие о неспособности ее мужа на такую любовь. Обычно она разговорчива, нередко обладает вкусом, художественными наклонностями, может быть даже одаренной и привлекательной. Муж в таком браке обычно интеллигентен, образован, обладает чувством ответственности, успешно продвигается по службе и пользуется уважением в обществе. Он неприхотлив в быту. По терминологии автора, у такого партнера «обедненное проявление инстинктов». У него преобладает примитивная защита своего «я»; его эго и суперэго доминируют в ущерб либидо; он имеет фиксированную, ригидную структуру психики.

Bergman и Lief (1975), описывая такие пары, используют главным образом психопатологические термины, говорят об истеричке-жене и обсессантном муже. Муж сдержанный, в меру зависимый, имеет трудности в проявлении чувств, пунктуальный, аккуратный и молчаливый, «всегда поступает правильно». Обычно такой муж выбирает себе жену, которая является олицетворением женственности; она очаровательна, ведет себя пассивно, склонна драматизировать события. Вначале она приносит мужу массу волнений, так как вызывает в нем чувства, которые он никогда не испытывал. Это его воодушевляет, и он высоко ценит свою жену. Забота о ней дает ему чувство собственной значимости. Жена в свою очередь выбирает хорошего семьянина, способного обеспечить стабильность положения и ощущение безопасности. Когда же после романтического периода ухаживания наступают серые будни и появляются различные трудности семейной жизни, муж начинает воспринимать излишне эмоциональное поведение и эмоциональный способ мышления своей жены как неприемлемые. Жена начинает подчеркивать свои требования и делать критические замечания в адрес мужа, от которых он отстраняется. Их брак переходит из разряда брака «доброго родителя» и «доброго дитя» в разряд брака «холодного родителя» и «несносного ребенка».

Муж, который видит в своей жене мать. Как правило, такие мужья нуждаются в помощи психотерапевта, когда в супружеской жизни наступает кризис и возникают невротические нарушения. Обычно такой муж имеет любовницу, на которой хотел бы жениться, но обстоятельства препятствуют выполнению его планов. Некоторые мужья этого типа были отвергнуты любовницами и пожелали вернуться в семью, однако негодование и озлобленность жены заставили их обратиться к врачу. В подобных случаях жены обычно бывают похожими на мать в отношении надежности, последовательности и терпения. Они бывают рады своему мужу и согласны продолжать с ним жить. Любовницы в таких случаях столь же часто, как и жены, способны на это; они реагируют на партнера как на особу, требующую от них определенного внимания и заботы. Часто они бывают более чувствительными, чем жены, в плане эмоциональных проявлений, но в супружестве ведут себя так же, как бывшие жены. Как правило, мужья также бывают хорошими любовниками, пока связь имеет романтическую окраску. Они обычно женятся в очень молодом возрасте, еще до того как заканчивают учебу и начинают зарабатывать; женятся по любви. Жена работает и помогает мужу продвигаться по службе, а позднее начинает больше времени отдавать воспитанию детей. Муж между тем обретает финансовую независимость и начинает приглядывать себе другую женщину, которая была бы моложе, привлекательнее, свободнее и проявляла бы заботу о нем.

Bergman, Lief (1975) описывают такую комбинацию, как «пассивно-зависимый муж и доминирующая жена». Мужа вначале привлекает самостоятельность жены, он хочет воспользоваться ее силой. Он страдает от недостатка «пробиваемости». Сомнения по поводу своей мужественности разрешаются выбором такой жены, которая способна взять на себя его заботы. Обычно он выбирает женщину, испытывающую затруднения в реализации своей женской роли и плохо себя чувствующую в зависимом положении; она же выбирает себе такого мужа, которого можно подчинить себе. Если доходит до конфликта, то реакцией мужа на подавляющее влияние жены являются «пассивно-агрессивное» поведение и депрессия. У жены ее неспособность подчинить себе мужа и возникающая вследствие этого фрустрация (поскольку не удовлетворяется ее потребность в доминировании) вызывают у нее враждебность и раздражительность.

Центральной проблемой в супружестве является проблема главенства, превалярования.

Браки с двусторонней зависимостью. Согласно Martin (1976), это супружество пассивно-зависимого мужа с пассивно-зависимой женой. Речь идет о союзе, в котором «оба не умеют плавать и топят друг друга, толкая под воду». Bergman, Lief (1975) характеризуют такой брак как союз, где оба зависимы и незрелы. Оба супруга мечтают о любви, и каж-

дый из них думает, что в супружестве он дает больше, нежели получает. У обоих доходит до приступов бешенства, оба ведут себя, как дети. Никто из них не догадывается проявить достаточный интерес к проблемам другого.

Паранойяльные супружеские отношения. Супруги могут быть паранойяльно настроены по отношению друг к другу, например чрезмерно ревновать друг друга или иметь такие проявления по отношению к окружающим. Вершан и Lief различают два типа таких браков, в которых супруги проявляют подозрительность друг к другу.

1. Муж с паранойяльными проявлениями и жена со склонностью к депрессии. Муж ревнивый, подозрительный, враждебно настроенный и злобный, потерявший мужское достоинство. У жены невысокое мнение о себе (низкая самооценка), она легко позволяет обвинить себя, считает, что не найдет себе никого лучше. Может воспринимать мужа как повторение отца, который ее не признавал или отказался от нее.

2. Муж склонен к депрессии, а жена — к паранойяльному поведению. Ревнивая жена выбирает мужа, склонного к депрессии. Подозрительность жены служит мужу оправданием в том, что он не должен стремиться к контактам с окружающими, с внешним миром, который представляется ему угрожающим.

Приведенная выше классификация является результатом изучения типичных случаев, наблюдаемых в клинике. Динамический подход в супружеской терапии способствует более глубокому проникновению в проблемы отношений партнеров и служит основой для выработки специальных мероприятий и подходов в каждом конкретном случае конфликтных отношений.

2. БИХЕВИОРИСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Бихевиористический подход не претендует на выявление глубоких причин супружеской дисгармонии, но направлен прежде всего на изменение поведения партнеров, используя при этом методы обусловливания и научения. Такой подход обеспечивает следующее:

а) управление взаимным положительным поведением супругов;

б) получение необходимых социальных знаний и навыков, особенно в области общения и совместного решения возникающих проблем;

в) выработку и реализацию супружеского соглашения о взаимном изменении своего поведения.

На супружеское поведение, как и на поведение вообще, согласно теории бихевиоризма, оказывают влияние, с одной

стороны, стимулы или ситуации, которые предшествовали браку, и с другой — стимулы (результаты и последствия), появившиеся после него. Предшествующие (антицедентные) стимулы могут провоцировать определенное поведение или подавлять его. Если жена встречает мужа поцелуем и хорошим ужином при свечах в сопровождении приятной музыки, повышающей настроение, муж воспринимает это как сигнал к сексуальному сближению. Если же она встречает его упреками или претензиями, то это действует как антистимул, т. е. как сигнал против такого сближения. Стимулы, появляющиеся после брака (следствия), оказывают свое влияние на частоту, повторяемость подобного поведения. Они могут выступать как положительное подкрепление (вознаграждение, например похвала, подчеркивание чего-либо приятного), как отрицательное подкрепление (прекращение неприемлемого поведения, например упреков, брани, угроз, враждебного молчания), как наказание (упреки, враждебность, игнорирование приветливости) или как угасание (отказ от положительных подкреплений, отсутствие интереса, предоставление самому себе и др.).

При дифференцированном подкреплении определенные поступки и реакции поощряются, другие игнорируются. При сукцессивной аппроксимации последовательно подкрепляется лишь то поведение, которое в большей степени приближается к желаемому; дифференцированное поощрение продолжается до тех пор, пока желаемое поведение окончательно не сформируется. При выработке новых форм поведения более эффективно позитивное подкрепление (награды) по сравнению с негативным подкреплением или наказанием. Вначале необходимые стимулы применяются постоянно, позднее переходят на «перебегающую схему», т. е. иногда те или иные реакции поощряются, а иногда нет.

К авторам, внесшим наибольший вклад в развитие бихевиористического метода в супружеской терапии, на работы которых опирается практика, можно отнести Weiss, Hops, Patterson (1973), Gottman и соавт. (1976), Thomas (1977), Jacobson, Margolinova (1979), Stuart (1980), Liberman и соавт. (1980), Hahlweg, Schindler, Revenstorf (1982).

2.1. Взаимноположительное поведение

Создание условий для взаимноположительного поведения служит предпосылкой к возникновению у супругов намерений к сотрудничеству, правильному отношению к лечению, а также служит основанием для появления желаемых изменений в поведении и их закрепления в дальнейшем и, наконец, является одним из принципов бихевиористического подхода в супружеской терапии.

Исследования в этом направлении также показали, что супружеская удовлетворенность в значительной степени связана

с «поощрительным» поведением партнеров по отношению друг к другу.

Birnler, Weiss, Vincent (1975) провели сравнительное изучение дисгармоничных и гармоничных супружеских пар с учетом соотношения положительных (поощряющих) и отрицательных (наказывающих) форм поведения. Как и в лабораторных условиях при совместном решении задач и непосредственном наблюдении за поведением супругов, так и на основании их сообщений о поведении дома в дисгармоничных супружеских парах по сравнению с гармоничными отмечалось в среднем значительно меньшее число положительных (поощряющих) поведенческих актов и более высокое число отрицательных (наказывающих). Причем в дисгармоничных парах и муж, и жена демонстрировали положительное поведение по отношению к посторонним лицам противоположного пола гораздо чаще, чем по отношению к своему партнеру по браку.

Gottman и соавт. (1976) отмечают, что спокойные и конфликтные супружеские пары сталкиваются с одностипными проблемами. Характер проблем также был приблизительно одинаков; так, коэффициент корреляции между данными группами составил 0,94. Различия между спокойными и конфликтными парами заключаются главным образом в том, что у последних наблюдается значительно меньше реакций, которые можно считать положительными. Для спокойных супружеских пар характерны взаимноположительное поведение в ситуациях, требующих решения каких-либо проблем.

Gottman (1979) при тщательном сравнительном анализе 14 спокойных и 14 конфликтных супружеских пар с помощью метода кодирования взаимодействия супругов показал, что у спокойных супружеских пар индекс согласия выше. У спокойных и конфликтных пар появлялось «чтение мыслей», т. е. сопереживание того, о чем партнер думает или что чувствует в настоящий момент. В спокойных парах оно представляло собой именно сопереживание с попыткой убедиться в том, что партнер действительно испытывает те или иные чувства, тогда как в конфликтных парах это принимало характер предвзвзтого, категорично негативного отношения или отрицательной мотивации (например: «ты ненавидишь мою мать», «не касайся того, как мы живем»). И если при решении супругами проблем не было выявлено различий на начальной стадии (аргументация), то на стадии «переговоров» в спокойных парах чаще наблюдалось согласие.

При бихевиористическом подходе с самого начала преследуется цель подвести супругов к тому, чтобы поведение каждого радовало другого и укрепляло его уверенность в прочности их брака. На начальной стадии лечения такой подход усиливает мотивацию к последовательному совместному решению возрастающих по сложности задач. Такое поведение можно назвать приятным, доставляющим удовольствие. Некоторые авторы рекомендуют сохранять его на протяжении всей недели (без перерыва), другие советуют выделить отдельные дни, например дни любви, дни заботы или просто дни приятного поведения. Делать приятное своему партнеру надо не в обмен на его хорошее поведение, а просто так — «даром». Речь идет о

похвалах, проявлениях нежности, подарках, предложениях пойти на прогулку, в театр, в гости, поужинать в кафе. Для того чтобы подобная активность последовательно развивалась, необходимо планировать свое поведение так, чтобы партнер был рад участвовать в этих совместных мероприятиях. Здесь может помочь и врач, составив список пожеланий супругов, исполнение которых доставило бы им особое удовольствие. Одновременно нужно научить супругов правильному проявлению своей радости.

Принцип положительного подкрепления применяется на более поздних стадиях лечения супружеских пар и при достижении желаемого поведения, которое было предметом переговоров и супружеского договора. «Приятность» используется как непосредственная награда за выполнение условий принятого уговора.

Каждый из супругов в принципе может избирательно игнорировать формы поведения, которые он хочет исключить, и поддерживать те формы, которые он желает закрепить. Вначале положительные стимулы следует использовать во всех случаях, позднее положительное подкрепление начинает применяться избирательно.

Необходимо, чтобы стимул был для партнера действительно положительным. Сравним два близких выражения: «Я очень рада, что ты сегодня позаботился о детях» и «Я очень рада, что ты сегодня, к моему удивлению, позаботился о детях». Первый вариант воспринимается как похвала. Во втором выражении добавление слов «к моему удивлению» смазывает эффект поощрения, поскольку оно теперь включает скрытый упрек в том, что партнер заботится о детях не столь уж часто.

Необходимо стремиться переориентировать поведение партнеров с отрицательных сторон к положительным. Например, Liberman и соавт. (1980) с этой целью рекомендуют каждому из супругов: «Попробуйте „поймать“ партнера, когда он делает или говорит что-нибудь хорошее». Пациенты должны каждый день записывать в дневник или специальный формуляр такие случаи. Свои записи супруги показывают друг другу; врач контролирует, комментирует их и подсказывает дальнейшую линию поведения. Таким образом, партнеры взаимно «сенсibiliзируются» к положительному поведению и одновременно усиливают свое внимание друг к другу. По мере роста числа зарегистрированных «приятных случаев» улучшается атмосфера сотрудничества, взаимопонимания и покоя в семье.

2.2. Навыки и умения

Бихевиористический подход в супружеской терапии предполагает, что супруги в конфликтных семьях недостаточно владеют основными социальными навыками и умениями; прежде

всего они не умеют правильно общаться, взаимодействовать и эффективно разрешать возникающие проблемы. Для этого существует целый ряд упражнений, направленных на систематическую выработку такого навыка.

Навык коммуникации. Он включает в себя следующее: а) умение выслушать партнера и хорошо понять то, что следует из его высказываний; б) умение ясно и неагрессивно выразить свое одобрение или порицание, а также собственные требования. Во время тренинга врач обращает внимание партнеров на неадекватные формы общения (например, взаимная критика, неправильные обобщения, неконкретность замечаний) и стремится их исключить, а также поощряет позитивные элементы коммуникации. Используется метод сукцессивной аппроксимации, т. е. селективно подкрепляются те проявления у каждого партнера, которые позволяют постепенно приблизиться к желаемому идеалу. Если супруги не умеют до конца выслушать друг друга, врач предлагает прежде всего повторить или кратко обобщить услышанное и убедиться (с помощью подтверждения партнера) в правильности своего заключения. Затем корректируются формы поведения каждого из них. Критические замечания исправляются, сглаживаются: они не должны быть оценочными, т. е. не должны содержать в себе характеристики личностных качеств или мотивации партнера («ты эгоист», «ты все делаешь мне назло»), но включать высказывания, касающиеся главным образом конкретных наблюдений относительно поведения партнера («ты говоришь обо мне в ироническом тоне в присутствии моих друзей») или же относительно собственных чувств критикующего («а это мне не нравится», «мне очень обидно», «меня это злит»). Такого рода коммуникация отличается от бездумной болтовни или простого общения, в ней выражаются определенная напряженность, неудовлетворенность, требования или проблемы.

Навык решения проблем. Тренинг включает несколько этапов. На первом этапе каждый из партнеров излагает и объясняет свою позицию, с тем чтобы проблема ясно определилась и могла быть четко сформулирована. Собственные требования следует высказать предельно конкретно, чтобы о них в дальнейшем можно было говорить по существу. Партнер, к которому они обращены, должен внимательно выслушать другого, не перебивая его. На втором этапе партнеры предлагают различные варианты решения проблемы, причем желательно делать это методом «мозговой атаки». Ни один вариант априорно не исключается и не полемизируется, все предложения регистрируются. На третьем этапе обсуждаются приемлемые альтернативы, составляются возможные комбинации различных используемых предложений. При возникновении несогласия между партнерами им предлагается оценить свои

возможности, взглянув на проблему с такой точки зрения: «что хотелось бы иметь в идеале» и «что могло бы удовлетворить». Сотрудничество продолжается до достижения согласия или компромисса. Методику, освоенную на терапевтических сеансах, партнеры затем применяют и дома для разрешения возникающих у них проблем. На такие «советы» следует выделять по 15—30 мин 1—2 раза в неделю.

2.3. Супружеский договор об изменении поведения

Лишь после обучения указанным выше навыкам можно приступить к формированию договора по наиболее важным или существующим длительное время проблемам, решение которых требует от партнеров принципиальных или устойчивых изменений в поведении. Например, муж упрекает жену за беспорядок в доме или за частые визиты к соседке, а жена в претензии к мужу за недостаточную помощь по дому и поздние возвращения домой или у супругов разные точки зрения на ведение домашнего хозяйства и распределение семейного бюджета.

Договоренность должна быть взаимной, каждый партнер должен обязать себя к определенным изменениям в поведении. Требования обоих партнеров записываются на листе бумаги (например, на левой половине листа — требования мужа, на правой — жены). Требования формулируются таким образом, чтобы их выполнение можно было объективно контролировать. Специфические формулировки могут быть, например, такими: «муж по пути с работы домой не будет заходить в пивную» и «каждую субботу будет приводить в порядок комнаты». В договор не следует вносить неясные и в поведенческом смысле неконкретные формулировки (например, «он не будет давать мне понять, что я глупая» или «пусть будет мне рад»).

После обсуждения «спецификаций» пожеланий и требований партнеры приступают к формулированию своих обязанностей или обязательств так, чтобы было достигнуто равновесие между «даваемым и получаемым». Обязательства, которые должны войти в договор, повторно записываются на отдельный лист бумаги, разделенный на две половины, как и в первый раз. Для того чтобы договор был хорошо обзорим, целесообразно сгруппировать обязательства каждого партнера в 3 или 4 блока. Заключенный договор по мере его выполнения может, естественно, модифицироваться и дополняться с обоюдного согласия партнеров.

В отношении вознаграждения за выполнение обязательств договор может предусматривать один из трех видов его реализации: а) выполнение обязательств одним из партнеров служит наградой другому за выполнение им своих обязательств;

б) за выполнение каждого обязательства немедленно следует отдельное вознаграждение; в) не предусматривается непосредственного вознаграждения.

Договор со взаимосвязанными обязательствами. В этом договоре называемом договором «то-то за то-то» [Lederer, Jackson, 1972], каждый из партнеров соглашается внести определенные изменения в свое поведение при том условии, что и другой изменит свое поведение в желаемом направлении. Таким образом, желаемое поведение одного из партнеров одновременно служит дополнительным позитивным стимулом к изменению поведения другого; так, например, выполнение первого пункта обязательств мужем награждается выполнением соответствующего пункта женой и наоборот (муж вечером вымоет посуду — жена приготовит ужин к половине седьмого). Преимуществом такого подхода является простота и логичность соглашения. Невыполнение договора становится невыгодным: ведь если один из супругов обманет, то другой перестает чувствовать себя ответственным за выполнение связанного с этим собственного обязательства.

Договор с независимыми обязательствами и специальными поощрениями. Речь идет, собственно, о двух параллельных соглашениях, об обязательствах мужа и обязательствах жены, которые не являются взаимосвязанными. За выполнение каждого обязательства предусматривается особая награда (если муж вечером вымоет посуду, жена в качестве поощрения его приласкает; жена приготовит к половине седьмого ужин — муж за ужином расскажет что-нибудь интересное). Такое соглашение обозначается как «добровольный договор» [Weiss et al., 1973], хотя, по нашему мнению, это название является несколько натянутым. Соглашение продолжает работать и в том случае, когда один из партнеров не выполняет своих обязательств, но ведь обязательство выполняется не по доброй воле, а за обусловленную заранее награду. Такое название скорее соответствует другой форме договора, приведенной ниже, при которой не предусматриваются поощрения. Преимущество данной формы соглашения заключается в независимости выполнения обязательств одного партнера от поведения другого, а ее недостатком является необходимость придумывать по каждому случаю специальные поощрения, которые, кроме того, при частой повторяемости могут утратить свое стимулирующее воздействие (например, поощрительная ласка перестает быть желанной, а повторение рассказа за столом «за вовремя приготовленный ужин» может стать скучным).

Договор без непосредственного поощрения. При данной форме соглашения каждый обязуется выполнять условия договора «даром» независимо от их выполнения партнером и без расчета на награду, рассматривая свои действия как добро-

вольный вклад в умиротворенность в семье. Наградой служит лишь удовлетворенность партнера альтруистическим поведением. Более отдаленной наградой является улучшение супружеских отношений (т. е. достижение конечной цели терапии). Положительным подкреплением правильных действий может служить одобрительная оценка врача при периодическом его посещении. Этот подход рекомендуют Jacobson, Margolinová (1979), Stuart (1980), которые называют его «голистическим», хотя его следовало бы скорее обозначать как «альтруистический». Он несколько выпадает из рамок бихевиористической теории, но с практической точки зрения он представляется нам наиболее эффективным.

При сравнении супружеских договоров при бихевиористическом подходе с таковыми при динамическом подходе к психотерапии («осознанные и неосознанные соглашения») можно отметить следующие основные различия:

а) при динамическом подходе в психотерапии супружеский договор включает и чувства партнеров, удовлетворение осознанных потребностей и обусловленных ими ожиданий (здесь оперируют такими понятиями, как уважение, любовь, заботливость, сознательность), между тем как бихевиористический подход ориентирован на сугубо внешнее поведение (уборка, чистка ковров пылесосом, разговоры, своевременный приход домой, совместное проведение свободного времени и т. д.);

б) при динамическом подходе в психотерапии сам процесс формирования соглашения способствует углублению познания себя и своего партнера, включая историю развития личности, а также координации ожиданий и определенных потребностей партнеров, тогда как при бихевиористическом подходе быстро разработанное соглашение служит прежде всего для выработки навыков взаимодействия супругов с целью достижения изменений в их поведении.

При бихевиористическом подходе программа действий как таковая весьма конкретна, ясна и эффективна, но вместе с тем несколько механистична, утилитарна и проста для столь сложных связей, какими являются супружеские отношения. По-видимому, она не может быть вполне достаточной, поскольку в нее нельзя уложить всю дальнейшую супружескую жизнь, запланировать целенаправленное изменение поведения с помощью точно рассчитанных обменов между партнерами желаемыми поступками; кроме того, она приемлема далеко не для всех пациентов. Однако даваемые в ней рекомендации могут быть использованы по крайней мере как средство для смягчения или устранения критических ситуаций, когда ссылки на любовь, альтруизм и высшие ценности, как правило, не оказывают своего действия.

3. ГУМАНИТАРНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

В основе гуманитарно-психологического подхода лежит задача достижения изменений в представлениях о супружеских связях как в отношении достаточной открытости супругов, их

самовыражения и аутентичности, так и в отношении толерантности партнеров друг к другу, уважения индивидуальности каждого и независимого развития личности.

Гуманитарно-психологический подход развился в противовес как динамическому подходу, который излишне ориентирован на влияние прошлого жизненного опыта, так и бихевиористическому подходу, который слишком манипулятивен.

3.1. Открытое общение

При гуманитарно-психологическом подходе в супружеской терапии на первом месте стоит необходимость прямого, искреннего и открытого общения, которое является неотъемлемой частью аутентичного самовыражения каждого из супругов.

Satirová (1972) описывает 4 типа ригидного, неаутентичного поведения в общении, которое она рассматривает как вредное и требующее коррекции в процессе психотерапии.

1. Карательное общение: преобладают напоминания, критика, отказы, обвинения и выговоры.

2. Подчиненное общение: преобладают выражение согласия, смирение, извинения и оправдания, стремление к сохранению спокойствия любой ценой.

3. Холодное общение: рациональное, сухое, деловое, корректное и однообразное общение, в котором отсутствуют эмоциональные проявления (напоминает общение со считающим устройством).

4. Беспредметное (неконкретное) общение: не касается того, о чем говорят другие, внимание отвлекается от первоначального предмета разговора, что делает невозможным решение проблемы.

Задачей психотерапии является прежде всего поддержание открытости в коммуникации партнеров. Общение должно быть дифференцировано в соответствии с внешними стимулами и внутренним состоянием индивидуума. В нем должно быть установлено равновесие между вербальным объемом и оформлением, невербальными проявлениями и внутренними побуждениями.

3.2. Реакция на агрессивные проявления

Открытое самовыражение включает в себя и проявления агрессивности по отношению к партнеру, что почти всегда наблюдается между супругами. Вместо подавления и утаивания таких настроений и чувств необходимо дать им выход, что, однако, не должно приводить к обострению конфликта. Существует ряд определенных правил, в частности правило «честного боя» [Bach, Wyder, 1969; Kratochvíl, 1973]; исполь-

зуются и различные формы физической разрядки, например обмен ударами дубинками из пенопласта [Bach, Bernhardtová, 1971]; это позволяет снять психическое напряжение. Партнеры осознают факт наличия агрессивных чувств и причину их возникновения. Такая эмоциональная конфронтация может быть использована для конструктивного решения ряда проблем и способствовать взаимному сближению.

Гуманитарно-психологический подход отрицает модель так называемого приятного человека, который всегда улыбается, спокоен, никогда не злится. Bach, Goldberg (1974) рассматривают подобное поведение как непрямо агрессивное манипулирование партнером; например, «добрая» мать, которая делает все для всех в семье, ничего не требуя взамен, всегда имеет в запасе что-нибудь хорошее для другого, сдерживается и не покупает ничего для себя, в то же время является тираном, вызывающим у остальных чувство постоянной вины. Поведение «приятного» человека, по мнению авторов, неявно враждебно и имеет черты скрытой подлости, а также самоуничтожения, ибо такой постоянно «милый» человек, во-первых, создает атмосферу, в которой отсутствуют обратные связи, поскольку остальные вынуждены избегать открытости, не позволяют себе высказать ему то, что думают; во-вторых, он не способствует развитию других членов семьи, так как его обходительность исключает необходимую критику, и, в-третьих, сам часто расплачивается за подавление своих агрессивных чувств возникновением психосоматической симптоматики.

3.3. Сочувствие, сердечность и искренность

Одной из основных форм гуманитарного подхода в супружеской терапии является подход Роджерса [Kratochvil, 1976], суть которого в том, что врач относится к супругам не директивно и стимулирует их к вербализации их собственных чувств. Такие беседы способствуют улучшению взаимопонимания; врач проявляет уважение к каждому из партнеров независимо от поведенческих реакций, а также выражает свои собственные чувства и отношение без осуждения или обиды другого. Сочувствие, сердечность и искренность при подходе Роджерса являются не только основой отношения терапевта к пациенту, но и программой лечения. Супруги должны научиться выслушивать друг друга, не выражая при этом оценки или осуждения, постараться понять другого, войти в его переживания, принять его как независимую личность и поддержать его попытки открыто и искренне выразить и обосновать свои чувства [Rapaport, 1976]. С этой целью проводятся как индивидуальные беседы, так и групповые занятия. Guerney и соавт. (1970) разработали аналогичную методику для лечения мате-

рей и детей с поведенческими нарушениями, которая направлена на то, чтобы научить мать выслушивать с сочувствием своего ребенка. Исследования, проведенные Quick, Jacob (1973), подтвердили значение указанных выше факторов. Степень сочувствия, сердечности и искренности, определявшаяся с помощью теста Баррета и Леннарда, была существенно выше в гармоничных семьях.

Rogers (1972), написавший популярную книгу о супружестве, подчеркивал в ней следующие положительные характеристики супружеского союза, которые могут служить ориентирами в супружеской терапии:

1) преданность — супруги должны стремиться к сотрудничеству в браке, что взаимно обогащает их жизнь;

2) общение — супруги должны уметь выразить свои чувства и требования без взаимных обвинений; даже негативные высказывания следует облекать в такую форму, которая не препятствовала бы решению проблем;

3) гибкость отношений — супруги должны жить вместе согласно собственному выбору и своим чувствам и не позволять направлять себя в соответствии с желаниями, правилами и ролями, которые навязываются им окружением;

4) самостоятельность — каждый из супругов должен быть самим собой («найти себя и оставаться самим собой»). Семья должна стать основой совместного и индивидуального развития каждого из них.

Otto (1969) сделал подобное заключение: супружество есть процесс развития обоих супругов. Семью укрепляет совместное переживание радости. Автор рекомендует вводить в быт игровые элементы и практику «групповых встреч», что позволяет развивать непосредственность и способствует осмыслению переживаний.

3.4. Открытый брак

O'Neil, O'Neil (1973) сформировали принципы гуманитарно-психологического подхода к браку и составили программу супружеской терапии для изменения стиля супружеской жизни в направлении так называемого открытого брака. В таком браке каждый из супругов может оставаться самим собой и развивать свои способности и таланты. Супруги не стремятся к манипулированию поведением друг друга, к подчинению себе партнера, проявлению своей власти над ним.

Авторы считают нереалистичным и неверным представление о том, что супруги должны быть «одним телом и одной душой». Они также не согласны с тем, что супруги должны все делать сообща, отказываться от своей индивидуальности, при-

способливаться, жертвовать собой и своими интересами. Брак, по их мнению, должен быть основан на взаимном влечении и доверии, и каждый должен иметь в нем достаточно места, чтобы сохранить свою самостоятельность, индивидуальность.

К принципам открытого брака авторы относят следующие положения:

1. Строить жизнь на основе настоящего и исходя из реалистических желаний; иметь собственный стиль жизни, не только планировать будущее, думать о старости, но и не отказываться от радостей в настоящем.

2. Относиться с уважением к личной жизни партнера; не навязывать ему своего мнения и вкусов и не обижаться на него, если он не жаждет постоянно делать для вас что-то приятное.

3. Открытое общение: не ждать, что партнер угадает ваши мысли и интуитивно почувствует ваши переживания, а открыто сказать ему о них; научиться делиться с ним как отрицательными, так и положительными чувствами, не давая квалификационных оценок другого, по принципу: «скажи, что видишь и чувствуешь, но без критики».

4. Подвижность роли: не придерживаться слепо ролей, традиционно считающихся мужскими или женскими, а пробовать сменить роли.

5. Открытое партнерство: принимать как само собой разумеющееся право каждого на собственные интересы и увлечения, которые партнер может не разделять, а также на свой круг друзей, в том числе и противоположного пола; снести забор, который вызывает чувство, что по другую его сторону «трава зеленее».

6. Равноправие: принять как само собой разумеющееся, что в супружестве не должно быть подчиненности, но справедливое разделение ответственности и благ.

7. Аутентичность: предоставить другому возможность жить согласно его представлениям, а не стремиться их переделать против его воли. Знать себе цену и не позволять другому попираť свое достоинство, принижать себя.

8. Доверие: по мнению авторов, представление о том, что «возможности человека в любви определенно ограничены» и если он дарит ее одному, то у него ничего не остается для другого, не верно. Не надо ревновать партнера, ограничивая его отношения с другими. «Статическое» доверие, вытекающее из концепции закрытого брака (например, «я верю, что она будет мне верна»), необходимо дополнить «динамическим доверием», предполагающим уважение к внесемейным интересам (например, «я верю ей, даже если бы она была мне неверна»). Последовательная реализация принципов открытого брака должна рождать чувство, которое можно выразить следующим обра-

зом: «мне доставляет радость видеть тебя счастливой» (т. е. «я счастлив, если счастлива ты»).

Данный подход связан с концепцией А. Маслоу о «самоактуализации» и с представлением С. Роджерса о врожденной доброте человека. В нем проявляется больше уважения к личности, чем к существующим нормам; их представление о человеке можно считать несколько идеалистическим, а представление о браке — в определенной мере романтическим.

4. СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Системный подход является современным научным подходом, который широко применяется в различных областях науки и техники. В области супружеской терапии можно различать подход, связанный с общей теорией систем, и специальный системный подход, берущий свое начало в рамках семейной терапии.

4.1. Общий системный подход

Сторонники системного подхода обычно ссылаются на общую теорию систем, разработанную L. von Bertalanffy (1968) как универсальный математико-методологический подход к решению технических, биологических и психосоциальных проблем. Однако в большинстве случаев речь идет о применении лишь некоторых моделей этой теории, отчасти связанных с кибернетикой. В данной теории особое внимание обращается на вопросы целостности и организации систем, динамического взаимодействия подсистем, взаимодействия системы с окружающей средой, гомеостаза и эффекта обратных связей. Эти принципы противопоставляются линейно-каузальному подходу, при котором действие представляется только как детерминированная последовательность причин и следствий. Системный подход включает понятие «циркулярной каузальности», согласно которому следствия также оказывают свое влияние на первоначальную причину.

Применение системного подхода в практике супружеской терапии означает, что в сферу внимания исследователя попадает взаимообусловленность поведения партнеров по браку или всех членов семьи. Изучается влияние поведения одного партнера на другого или на остальных членов семьи (в семьях, имеющих детей или представителей трех поколений), а также влияние их реакций на поведение члена семьи, вызвавшего эти реакции. Следует заметить, что такое изучение последствий поведения всех членов семьи характерно не только для системного подхода, но и для бихевиористического подхода, когда применение принципа поощрений и наказаний за изме-

нения в поведении направлено на фиксацию или устранение определенных форм поведения, на регулирование частоты их проявления в будущем. Однако при системном подходе особое внимание уделяется равновесию системы, или ее гомеостазу, т. е. способности системы поддерживать необходимое равновесие при внешних воздействиях. Система может содержать и дефективные (патологические) элементы. Определенные симптомы или проблемы, которые способствуют возникновению супружеской неудовлетворенности и дисгармонии в семье и должны быть устранены в процессе супружеской терапии, одновременно могут выполнять функции, стабилизирующие семью, поэтому их устранение без учета влияния на равновесие системы может привести к нежелательным результатам — либо к их рецидивам в ближайшем будущем, либо (вследствие выхода системы из состояния равновесия) к появлению других симптомов или проблем.

Например, жена жалуется, что муж мало бывает дома и не участвует в воспитании детей. Он или на службе, или «халтурит» после работы, или развлекается с друзьями, поэтому она чувствует себя одинокой и заброшенной. Муж подтверждает, что все это правда. Врач намеревается изменить поведение мужа, беседует с ним и добивается положительного результата. Муж перестает ходить на «халтуру» и к друзьям. Свободное время посвящает различным домашним делам и детям, активно участвует в их воспитании. Такое изменение поведения мужа может способствовать позитивным изменениям в системе в целом. Супруги начинают сотрудничать, больше сближаются. Однако такое изменение может вызвать и осложнения. Жена, например, уже привыкла к определенному порядку в доме, и вмешательство мужа вызывает у нее раздражение, которое вначале явно не выражается. Одновременно дает о себе знать и отсутствие приработка мужа. Становясь раздражительной, жена начинает критиковать мужа, браниться, выяснять отношения. Муж возвращается к «халтуре» и друзьям, и все становится так, как было прежде. В доме мир и покой, но жена вновь чувствует себя одинокой. Возможна и такая ситуация: под влиянием психотерапии муж проводит дома больше времени, во все «сует нос», надоедая жене своей болтовней, что вызывает у нее невротические реакции или депрессию. Или в семье появляются проблемы с воспитанием детей, которые стлачивают супругов; однако это объединение происходит за счет возникновения неприятностей у детей.

Врач всегда должен учитывать возможность таких циклически взаимосвязанных реакций при проведении супружеской терапии. При выявлении патологического равновесия в системе он может попытаться установить новое, «здоровое» равновесие, но одновременно с достижением позитивных изменений у одного индивидуума он должен стремиться к такому урегулированию системы, чтобы данные изменения не нарушили ее целостности.

В приведенном примере врач не может удовлетвориться полученным результатом, поскольку с изменением поведения мужа у жены возникают новые проблемы; он должен одновре-

менно помочь жене, чтобы последствия достигнутых изменений (большее присутствие мужа дома) одинаково положительно сказались бы на обоих супругах (и семье в целом).

4.2. Семейный системный подход

Специальный системный подход в семейной терапии, с одной стороны, связан с общей теорией систем, с другой — независимо от нее. Данный подход ориентирован преимущественно на семьи, состоящие из представителей нескольких поколений. Супружеская пара рассматривается как отдельная подсистема, поэтому в супружеской терапии семейный системный подход применяется реже. Несмотря на это, Paolino, McGrady (1978), редакторы коллективной монографии по вопросам супружества и супружеской терапии, включили в нее системный подход как третий по значимости после динамического и бихевиористического. Steinglass (1978) в рамках системного подхода объединил три основных направления, которые по своей теоретической концепции и практическому лечебному подходу значительно отличаются друг от друга: а) структуральная теория семьи по Минухину; б) теория семейных систем по Боуэну; в) современные концепции школы Пало-Альто.

Структуральная теория семьи по Минухину выделяет три вектора супружеской пары как подсистемы семьи: организационные характеристики (состав семьи, взаимоотношения супружеской пары с остальными членами семьи и др.); формирование структуры взаимодействия во времени как проявление внутреннего развития системы, реакции системы на стресс. В пределах нормальной семьи супружеская пара должна иметь четко выраженные границы функционирования как подсистема, отличная от подсистемы родителей и подсистемы детей. Структуру взаимодействия Минухин понимает как совокупность отношений индивидуумов, включающая и каждого из партнеров, и остальных членов семьи. Для того чтобы изменить взаимодействие, необходимо изменить всю организацию системы, а не только поведение одного ее члена.

Теория семейных систем по Боуэну ставит во главу угла дифференциацию «я» в противовес смазыванию, слиянию личности. Дифференциация касается как интрапсихических процессов, так и связей индивидуума с семьей его родителей. В интрапсихической области дифференциация происходит в интеллектуальной и эмоциональной сферах, которые не должны сливаться в недифференцированный психический процесс. В области взаимодействия с внешней средой дифференциация должна привести к отделению индивидуума от семьи родителей, чтобы он мог адекватно функционировать в семье, созданной им самим. Конфликты в семье возникают преимуще-

ственно в тех случаях, когда оба супруга малодифференцированы. Лечение должно быть направлено главным образом на то, чтобы помочь супругам достигнуть желаемого уровня дифференциации в области интеллектуальных и эмоциональных процессов.

Современные концепции школы Пало-Альто [изложение классических принципов этой школы, касающихся проблем общения, приведено в работах Воš (1974) и Kratochvíl (1976)] обращают внимание на преодоление трудностей в общении и возможные способы решения таких проблем; предлагается следующее: а) их решение на другом уровне; б) реинтерпретация; в) использование парадокса [Watzlawik, Weakland, Fisch, 1974].

Решение на другом уровне имеет особое значение при образовании порочного круга взаимодействия. Например, ребенок плачет всякий раз, когда мать оставляет его в яслях, и чувствительной матери всегда приходится очень долго его успокаивать. Вместо безуспешного решения этой проблемы на уровне между матерью и ребенком можно предложить, чтобы ребенка в ясли отводил отец, который не обращает внимания на его плач, ребенок, таким образом, перестает плакать.

Реинтерпретация, или преднамеренное изменение значения, хорошо иллюстрируется эпизодом из книги М. Твена. Бен насмехается над Томом, потому что тот «должен красить забор», тогда как он, Бен, «может пойти купаться». Том путем интерпретирования своей деятельности как «отличной забавы» склоняет Бена к тому, что он, забыв о купании, принимается умолять Тома позволить ему тоже «помазать забор».

Аналогично этому жена может попробовать реинтерпретировать склонность своего мужа к проявлению ярости как «пробивную способность» или «мужественность», точно так же «полупустой» стакан можно представить как «наполовину полный», т. е. важны не столько сами вещи как таковые, сколько их восприятие, наше мнение о них.

Примером парадокса, используемого в целях психотерапии, может служить ситуация, когда врач вместо ожидаемых советов относительно изменения поведения спрашивает пациента: «А зачем нужно что-то менять?» — и перечисляет выгоды, которые приносит ему его «симптоматика». Тем самым врач озадачивает его, делая невозможными привычные защитные реакции и принуждая его решить проблему, рассмотрев ее под иным углом зрения.

Watzlawik (1977) предлагает заменить в процессе лечения логическую и рациональную аргументацию коммуникативными формами, реализующимися функцией правого (недоминантного) полушария мозга, т. е. образной коммуникацией, поэтическими, неожиданными, многозначными, метафориче-

скими образами, скрывающими основное смысловое содержание и слабо связанными с конкретной действительностью, которые не анализируются пациентом, но в общем понятны ему. Автор рекомендует использовать аналогии, двусмысленности, афоризмы, парадоксы, подчеркивать различные детали, замещающие целое. Для блокирования критически осмысленной деятельности, которая обеспечивается доминантным слушанием, предлагается применять методику так называемого интеллектуального замешательства: врач целенаправленно приводит своего пациента в замешательство путем использования сложных, невразумительных, псевдологических толкований его поступков либо, наоборот, долго и подробно объясняет ему совершенно банальные вещи, не связанные с основной темой беседы. Однако в общий поток банальных и невразумительных высказываний он незаметно, ненавязчиво включает короткое существенное сообщение, которое «ясно выделяется из мглы замешательства» и неосознанно фиксируется пациентом. Это действует подобно внушению.

Sluzki (1978) при рассмотрении основных принципов работы психотерапевта с супружеской парой подчеркивает необходимость поддержания открытого общения партнеров между собой (каждый должен говорить за себя, выражать собственные чувства или требования и уметь выслушать другого, не претендовать на «ясновидение», (т. е. не пытаться подумывать за партнера) и одновременно (так же как Watzlawik) рекомендует врачу не быть слишком открытым и проницаемым для своих пациентов, чтобы иметь возможность до известной степени запутать и озадачить их (см. ниже).

1. Если пациент А жалуется на какой-либо симптом, то врач должен положительно отозваться на его проявления, ссылаясь при этом на мнение пациента Б.

2. Если пациент А отмечает снижение интенсивности проявлений данного симптома, то врач должен высказаться достаточно неопределенно по этому поводу, усомниться или даже преувеличить его тяжесть.

3. Если у пациента А интенсивность проявления затруднений меняется на протяжении дня или недели, то врач должен порекомендовать ему не говорить об этом Б или, наоборот, в периоды облегчения сказать Б, что ему стало хуже (с целью симуляции трудностей).

4. Если супруги сообщают о выполнении определенного задания или о достижении определенного успеха, врач должен изобразить удивление и сделать прогноз относительно того, что это не будет продолжаться долго и в ближайшее время все вернется в прежнее состояние.

Как отмечают Weakland и соавт. (1974), «предписанные признаки» и побуждение к симптоматическому или иному не-

желательному поведению используются с той целью, чтобы такое поведение попало под контроль пациента. Haley (1976) видит смысл парадоксальных указаний в том, что в данных условиях пациент стремится изменить свое поведение. «Изначительно» наперекор врачу.

Таким образом, особенностью этого подхода является следующее: для достижения конкретных результатов врач часто выступает не с рациональной и аутентичной позиции и нередко рекомендует или предписывает пациентам нечто обратное тому, чего они должны достигнуть. Более того, он озадачивает или манипулирует на скрытом уровне, играет с ними в определенную игру, не объясняя ее правил. В некоторых случаях это может быть весьма действенным, особенно если врач опытный и пользуется доверием пациентов, однако иногда может возникнуть впечатление, что врач не понимает пациентов, сам не знает, чего хочет, и говорит довольно путанно.

5. РАЦИОНАЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ ПОДХОД

Сторонники этой концепции видят в супружеских проблемах и конфликтах проявления неразумного отношения к жизни и в браке, последствия незнания закономерностей супружеского союза, основанного на нереалистических представлениях, значаемых некоторыми авторами как «супружеские и семейные мифы». Данный подход предполагает восстановление рационального начала, трезвую оценку вещей и практическое решение возникающих проблем, снижение романтического ла, информирование партнеров о закономерностях рас семейных и супружеских отношений. Рациональный подход диаметрально противоположен роджерсовскому подходу в психотодике «стальных мифа», которые работают в плоскости чувств, отказываясь от рациональных построений как от бесплодных «интеллектуальных игр». Рациональный подход в психотерапии ориентирован на логическое мышление, а не на эмоциональные ми. Врач помогает пациенту выявить иррациональные формы мышления, которые наряду с иррациональным отношением к партнеру способствуют нарушению супружеских связей. Сначала он беседует с пациентами, наблюдая за ними, а затем дает конкретные указания и рекомендации по изменению поведения, и дает им рациональные задания. Рациональные формы мышления, требующие коррекции, исследователи (Ellis, 1969; Arnsperg, 1969; Arnsperg, 1969) считали как мифы. К ним относятся: вечной любви — партнер должен любить меня всегда, когда я худая, веду себя глупо, когда я волнебной силе любви — любовь сама по себе де-

дает возможным разрешение всех проблем; самое главное — любить друг друга, а остальное уладится;

3) миф о внешней детерминации эмоций — эмоции мне дают другие люди. «приласкай меня», «сделай меня счастливой», а я за свои эмоции не в ответе;

4) миф об абсолютности понятий — некоторые «совершенно катастрофичны», другие «великолепны», третьи «полностью аморальны» и т. п.;

5) миф «око за око, зуб за зуб» — насколько мне партнер сделал плохо, настолько же ему следует отплатить;

6) миф о «злой судьбе» — почему это должно было случиться именно со мной, я такого не заслужила.

Проблемами сотворения семейных мифов в ЧФР занимался Пла́ва (1978). Он приводит также мифы о взаимном резонансе супругов, о постоянном супружеском счастье, о вине и наказании (в каждом случае надо найти виновника), мифы о том, что супруги обо всем говорят открыто, что жертвуют всем ради детей. Он предлагает разделить семейные мифы на гестиянские (Гестия — богиня домашнего очага в древнегреческой мифологии), ориентированные (по меньшей мере внешне) на сплочение семьи и мифы дисгестиянские, разъединяющие семью.

Рациональный подход к устранению алогичных, иррациональных, романтических или кататимных форм мышления заключается в замене их практическим решением актуальных проблем, возникающих в семье. Проблемы необходимо быстро идентифицировать, и пациент должен получить от врача четкие указания и рекомендации по их решению. Этому подходу близок метод Plzák, который можно определить как воспитательный.

Plzák (1973, 1975, 1978) выделяет рациональную организацию пяти главных областей (или сфер) совместной жизни супругов, к которым относятся ведение домашнего хозяйства и распределение семейного бюджета, заботы о детях и их воспитание, проведение свободного времени, сексуальная жизнь и общение супругов.

В условиях обострения конфликтных ситуаций наиболее целесообразной является «схема управления совместной жизнью». Супруги получают от психотерапевта однозначные и авторитарные указания относительно определения прав и обязанностей каждого из них во всех перечисленных выше областях, с тем чтобы в семье быстро восстановился порядок и брак сохранился. Например, в области ведения домашнего хозяйства — жена должна заботиться о доме и об использовании средств, запланированных на ведение хозяйства. Жена распределяет обязанности среди детей, тогда как муж заботится о развитии их интересов. Что касается проведения свобод-

ного времени, здесь каждый имеет право на один свободный день в неделю, который он может посвятить собственным увлечениям и интересам. Частота половых сношений должна определяться тем партнером, который испытывает в них меньшую потребность, причем запрещается требовать от партнера проявлений любовных чувств (они имеют спонтанный характер и не могут быть запланированы). В области общения категорически запрещаются такие асимметричные формы коммуникации, как напоминания, выговоры, резкая критика, поучения (на это не имеет права ни один из супругов), а также общение, основанное на брани, себялюбии и вспышках гнева, поскольку оно не ведет к необходимому решению проблем.

Plzák акцентирует внимание на понятии «эмоциональной зависимости в браке». Повышенную зависимость в браке он рассматривает как фактор, существенно усложняющий семейные отношения, будь то односторонняя зависимость (такой брак называют «обреченным на крах») или двусторонняя (такой брак называют «бедственным»). Главной задачей психотерапии является помощь в построении открытых форм совместной жизни.

Для вступающих в брак и супружеских пар Plzák живо и остроумно изложил принципы семейной жизни в ряде популярных брошюр: «К любви готов» (1979), «К браку готов» (1980) и «К непогоде готов» (1981).

6. ЦЕННОСТНЫЙ ПОДХОД В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

При этом подходе предусматривается устранение противоречий в семье путем ориентации ее на высшие ценности, а не на обычные эгоистические потребности, цели и требования каждого из супругов. Данный подход можно было бы назвать моралистическим, если бы это слово не успело бы уже приобрести pejоративный оттенок. Ценностный подход достаточно популярен и описывается не только в современной матримонической литературе, но он встречается скорее в философско-антропологических обзорах [Fromm, 1969], нежели в клинически ориентированных работах. Он основывается на постулатах и понятиях о том, каким должно быть супружество с точки зрения идеала индивидуальной и общественной зрелости. Люди должны искать верный жизненный путь, стараться правильно поступать и любить друг друга, любовь означает и понимание другого, и бескорыстную заботу о нем. Сотрудничество, помощь другому, самопожертвование имеют большую ценность, нежели эгоистическое стремление к собственной выгоде.

Речь идет не только о философско-этических постулатах. Некоторые понятия, используемые в ценностном подходе, опираются на данные исследований в области экспериментальной

психологии, которые показывают, что кооперативная стратегия при достижении определенных целей является более действенной, чем состязательная стратегия, а также на эмпирическо-психологические данные о стадиях созревания личности. По мере ее созревания эгоистические побуждения уступают место развивающимся общественным побуждениям.

Křivohlavý (1979) выделяет 4 стадии созревания в соответствии с классификацией McClelland. На первой стадии индивидуум принимает все, что ему требуется, от внешних социальных источников. Целью всего, что с ним происходит, является он сам. На второй стадии самонаправленность развития сохраняется, но индивидуум становится более самостоятельным. Эта стадия характеризуется стремлением к относительной независимости от других. Сила индивидуума заключается в нем самом, он «становится на собственные ноги». На третьей стадии появляется новая цель; индивидуум обнаруживает, что вокруг него есть люди. Однако восприятие их находится лишь в одной плоскости, он сравнивает себя с другими людьми с точки зрения возможной борьбы и победы. На четвертой стадии индивидуум начинает понимать, что соперничеством нельзя всего решить, что существует и сотрудничество. Он убеждается в том, что силы можно черпать не только в себе самом, но также из внешних источников. Эта стадия характеризуется радикальным изменением подхода к другому человеку. «Я или ты» уступает место связи «я и ты», т. е. «мы» как единица более высокого ряда.

Люди, находящиеся на разных стадиях созревания, имеют различные представления о целях своего развития и, следовательно, шкале ценностей. Ценности, имеющие значение для человека, достигшего четвертой стадии развития, могут быть совершенно незначимыми или даже смешными для человека, находящегося на более низкой стадии зрелости.

Призыв к зрелости и высшим ценностям служит краеугольным камнем данного подхода. При этом врач и сам должен отвечать представлениям о зрелом, выдержанном, альтруистически ориентированном человеке, своим поведением способствовать формированию у супругов высоких идеалов, понятий о том, что существует нечто более высокое, чем их конфликты, чтобы при взаимной ответственности, любви и стремлении к совершенству они могли преодолеть свои мелкие разногласия и противоречия.

С точки зрения совершенства, человеческого существования или вечности, войны и мира даже важные противоречия супругов предстают действительно ничтожными, и лучшим выходом из создавшейся ситуации являются примирение, согласие; супруги должны заботиться друг о друге, черпать счастье в самих себе, подать друг другу руки.

С точки зрения техники в данном подходе нет ничего специфического. Речь идет скорее об общей атмосфере в семье, о системе взглядов на жизнь, формировании определенного мировоззрения, взглядов, но не в смысле познания глубинных

причин, как при динамическом подходе в психотерапии, а в плане отстраненного от житейского взгляда на супружество сверху, как бы с высоты птичьего полета.

Оба приведенные выше подхода противопоставлялись друг другу на одной из конференций по проблемам семейной психотерапии в Праге в выступлениях Кривоглавого и Плзака. С точки зрения ценностного подхода рационально-воспитательный подход может не помочь циничным и незрелым людям, они останутся на низком уровне зрелости, сохранят свой эгоцентризм, соперничество и не будут стремиться к совершенству. С другой стороны, ценностный подход также не лишен недостатков, поскольку зиждется на иллюзиях, романтическом представлении о браке, не учит супругов «смотреть правде в глаза», не ставит реально достижимых целей; он формулирует идеалы, которые для большинства современных супружеских пар с развернутым конфликтом взаимодействия остаются воздушными замками и красивыми словами, не способными существенно повлиять на дисгармонию их отношений.

7. ПОДХОД СОВЕТСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В СССР сохраняется исходный термин «семейная терапия», который используется как для обозначения супружеской терапии (работа с конфликтующими супругами), так и для обозначения истинно семейной терапии (работа со всеми членами семьи, особенно в области отношения к детям, или с проблемами, возникающими при наличии в семье душевнобольных). Обоим этим направлениям уделяется серьезное внимание в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева. В отделении психопрофилактики проводится большая работа прежде всего с конфликтными супружескими парами, в которых один или оба партнера являются невротиками, а также с семьями, где в результате тяжелых конфликтных ситуаций у супругов развиваются депрессия или иные реактивные состояния. Другое отделение занимается вопросами семейной терапии при шизофрении, алкоголизме, а также в семьях с трудными детьми и подростками [Мягер, Зачепиский, 1978].

Мягер, Мишина (1976) определяют семейную психотерапию как особую форму психотерапии, направленной на изменение межличностных связей; ее цель — устранение эмоциональных нарушений в семье. При работе с семьей, в которой есть невротик, целью психотерапии является достижение восстановления семейных связей, а также коррекция невротических моделей общения. Целью психотерапии может быть и профилактика: подавление или ослабление семейных конфликтов и, следовательно, предотвращение развития невротических или психотических нарушений. Конфликт возникает в тех случаях, когда обе стороны стремятся овладеть одним и тем же объектом, занять одно и то же место или исключительное положение, играть несовместимые роли, достичь несовместимых целей или

использовать для их достижения взаимоисключающие средства. Сущность семейных конфликтов при неврозах имеет субъективный характер. Они возникают чаще всего не при реально существующих несовместимых целях, интересах или средствах, а из чувства неприязни к другому, при непонимании своего партнера. В качестве решающей причины возникновения конфликта может выступать изменение жизненных стереотипов семьи, вынуждающих приспособляться к новым семейным ролям (например, к роли мужа, отца, деда).

В начале курса супружеской или семейной терапии каждый член семьи имеет возможность изложить свой взгляд на проблемы, возникшие в семье. Врач объясняет, что он будет выступать в роли наблюдателя и комментатора, но отнюдь не судьи. Он побуждает пациентов к общению, взаимодействию, в процессе которого выясняет патогенез конфликта и способы общения между членами семьи, оценивает защитные реакции с точки зрения поиска возможных причин эмоциональных проблем и нарушений вне сферы взаимоотношений в семье. При этом используется так называемая стереоскопическая техника, когда каждого супруга ведет «его» врач, который при беседе «с глазу на глаз» защищает позицию «своего» пациента. Врач должен продемонстрировать супружеской паре правильные способы решения при наличии противоположных интересов, показать возможности сотрудничества при решении семейных проблем на основе доверия и взаимопонимания, что позволяет свободно обсудить свои чувства. Собеседование психотерапевта с супругами происходит 1 раз в неделю в течение 2—3 мес. Применяется также метод групповой психотерапии, когда врач работает одновременно с несколькими супружескими парами или семьями. Помимо дискуссий, при проведении таких бесед рекомендуется «проигрывать» определенные ситуации, используя методики психодрамы или пантомимы.

Основой дисгармонии в семье являются незрелость отношений взаимозависимости [Мишина, 1976], отношения с невротическими компонентами, касающимися стремления супругов захватить главенство в семье, связанными с соперничеством, и др. Процесс супружеской или семейной терапии включает постепенный переход от дискуссии по тем или иным явлениям, наблюдающимся в семье, к пониманию причин этих явлений. Анализируются неадекватные взаимные требования и выполнение семейных ролей. Последующим этапом становятся реконструкция нарушенной системы связей и, наконец, формирование новых основ и моделей реагирования [Мишина, 1975].

Мишина (1978) провела исследование в процессе супружеской терапии, включавшее 60 пар, в которых по меньшей мере один из супругов страдал неврозом; при этом учитывались их общественная деятельность, разнонаправленные потребности,

мотивы и оценки. Она изучала их интрапсихические и межличностные конфликты, их «защитные механизмы». На основании полученных данных она описала три основных типа нарушенных (невротических) супружеских связей — состязательный, псевдокооперативный и изоляционный.

Тип, обозначенный как состязательный, характеризуется отсутствием согласия в отношении норм поведения в семье, что проявляется открытыми стычками. Споры возникают на почве потребности в заботе или стремления проявить заботу, в вопросах главенствования в семье и эмоционального восприятия.

Псевдокооперация предполагает согласие с нормами как эмоционального, так и практического взаимодействия. Конфликты, исходящие из внутрисемейных проблем, не выходят наружу. Актуальные конфликтные ситуации представляют собой события, прямо не связанные с жизнью семьи, например проблемы самореализации супругов в профессиональной и социальной сфере. В соответствии с понятиями системного подхода возникающие проблемы вызывают напряжение у каждого из супругов и, следовательно, вторично в супружеской паре как таковой. Так, например, невротическая потребность в расширении контактов и признании окружающих у одного из партнеров сталкивается с потребностью в глубоком эмоционально-индивидуальном контакте с другим партнером или, наоборот, с его ориентацией на чисто материальные цели. Решение заключается в выборе целей, которые могли бы в какой-то мере удовлетворить обоих партнеров или принести достаточный успех при их реализации отдельно каждым из партнеров.

Изоляция представляет собой такой тип отношений, когда один или оба партнера эмоционально отдаляются друг от друга и от супружества остается лишь внешняя его оболочка. Конфликтная ситуация возникает в том случае, если эмоционально изолированный партнер неспособен позаботиться о себе самостоятельно или его не принимает тот круг людей, в который он стремится.

Тысячная (1977, 1978) совместно с сотрудниками Ленинградского института проанализировала данные, полученные в психотерапевтическом кабинете при психоневрологической клинике города Шахты. Семейные конфликты представляют 78% ситуаций, приводящих к возникновению неврозов. Супружеская дисгармония изучалась на 3 уровнях: описательном, патогенетическом и функциональном. С функциональной точки зрения автор классифицирует супружеские отношения на состязательные со взаимной невротической комплементарностью, отношения с эмоциональной взаимной изоляцией и, наконец, с неограниченным превалированием одного супруга и подчинением другого. Конфликты часто имели субъективный характер, без реальных противоречий между целями и результатами. Лечение проводилось как отдельно с супружеской парой, так и в группе, включающей одновременно несколько супружеских пар. В обсуждении использовались биографические данные пациентов, проводились тематические дискуссии и беседы, направленные на развитие навыков общения. Тысячная (1979) использовала также наш положительный опыт конструктивных ссор.

Теоретической основой советского подхода в супружеской терапии служат прежде всего принципы патогенетической психотерапии, хорошо разработанной Мясищевым и ориентированной на анализ связей личностных свойств и их индивидуального выражения, что является главным психотерапевтическим принципом ленинградской школы [Заченицкий, 1973; Kratochvil, 1976]. Оригинальность подхода заключается в том, что, как это принято в советской психиатрии [Волков, 1976], семья рассматривается в качестве саморазвивающейся системы, достигающей своих целей путем проб и ошибок. Задачей супружеской и семейной терапии является коррекция нарушенных стереотипов поведения в рамках этой системы [Мягер, 1979].

8. СИНТЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В супружеской терапии, как и в общей психотерапии, отмечаются синтетические и интегративные тенденции. Врач, ориентирующийся на синтетический подход, стремится получить знания о различных концепциях и методах, но не становится приверженцем какого-либо из них, оставаясь как бы над ними и сохраняя «взгляд со стороны». Он учитывает аргументы за и против, синтезирует свой подход, постоянно обогащая его новыми элементами на основе современных знаний, выбирает наиболее индивидуальное решение в каждом конкретном случае.

Мы называем такой подход в общей психотерапии синтетическим и дифференцированным [Bouchal, Kratochvil, 1966; Kratochvil, 1976]. Аналогично этому в супружеской терапии наблюдается тенденция к использованию комбинаций различных интерпретативных подходов и методов с учетом признаков, этиопатогенеза супружеских конфликтов, личностных качеств пациентов и особенностей их супружеских связей, а также свойств личности самого врача. Во внимание принимаются прошлое и настоящее, взаимоотношения индивидуума и системы, реальное и идеалистическое, общие закономерности и индивидуальные черты.

8.1. Прошлое и настоящее

На возникновение супружеского разлада могут влиять как прошлое каждого из супругов, так и их настоящие отношения. Врач может направить свое внимание на анализ требований и ожиданий, вытекающих из констелляции отношений в семьях родителей супругов, и подвести партнеров к пониманию и овладению теми факторами, которые до настоящего момента действовали лишь стихийно. Врач может ориентироваться на настоящие отношения супругов, составив представление о них

как по сообщениям самих партнеров, так и на основании собственного прямого наблюдения. Он может помочь супругам выяснить, что в их общении, взаимодействии не в порядке, и подвести их к такому поведению, которое будет способствовать достижению согласия.

8.2. Взаимоотношения индивидуума и системы

Супружеский разлад может быть обусловлен поведением индивидуума с «антидомашними» настраиваниями (несовместимыми с браком) или возникновением патологического гомеостаза в супружеской или семейной системе. Это действительно как при серьезных конфликтах, так и при отдельных реакциях, вызывающих неудовлетворенность.

Уход и отстранение от семьи одного из супругов могут быть вызваны тем, что в силу своего характера или на основании прошлого опыта он испытывает страх перед интимными отношениями и старается избежать тесных связей. Такое поведение сохраняется и тогда, когда его партнер ведет себя по отношению к нему в целом доброжелательно и располагающе. Подобный уход, однако, может быть и результатом «циркулярного взаимодействия». Например, жена хочет больше сблизиться с мужем, много рассказывает ему о различных событиях и своих чувствах, желая в ответ услышать его рассказ, узнать о его взглядах и переживаниях. Он же иногда не настроен на это, ему хочется побыть одному, почитать или чем-то заняться, он уклоняется от беседы, отмалчивается. Жене это беспокоит, она настаивает, чтобы он доверился ей и рассказал, что с ним происходит. Муж отвечает, что ничего не случилось. Жена продолжает настаивать, усиливая требование, в результате чего стремление мужа к уходу углубляется.

Задачей врача в первом случае является скорее обучение интравертированного и неуверенного партнера открытому общению и «переламыванию» себя либо ведение другого партнера к адаптации к подобному «закрытому» поведению супруга. Во втором случае необходимо разорвать порочный круг в общении: объяснить супругам природу взаимной потенциации реакций отчуждения и добиться одновременного изменения характера взаимодействия с обеих сторон.

8.3. Реальность и идеалы

Супружеская терапия может дать положительные результаты при раскрытии и критике супружеских «мифов», нереалистических надежд, приводя партнеров к прагматическому компромиссному соглашению, определяющему, в чем и за что один другому должен и какие шаги необходимо сделать. Следует ориентировать супружескую пару на общественные идеалы, альтруистическое поведение и реализацию высших ценностей: понимание супружества как «общественно ценной ячейки», как связи, дающей возможность обоюдного развития, обеспечивающей взаимопонимание, терпимость и взаимную поддержку, где любовь оказывается столь же действенной, как волевой

акт. Хорошо подготовленный врач может склонить доверяющего ему пациента к принятию указанных выше ценностей и побудить его к преодолению существующих трудностей путем убеждения, с помощью личного обаяния и примера.

Любовь как чувство, безусловно, не поддается планированию: она имеет характер спонтанного явления, которого невозможно добиться принуждением. Однако надо стремиться делать другому добро (это считают одним из главных компонентов любви), что при условии свободного выбора и достаточной настойчивости может принести свои плоды.

8.4. Общее и частное

Некоторые положения и принципы имеют общий характер и могут использоваться во всех случаях: например, супружескому согласию способствуют отсутствие взаимных обвинений и создание атмосферы взаимопомощи. Однако всякие общие знания имеют условный характер и приносят пользу при определенных обстоятельствах или при определенных типах личности или связей. Важное значение имеют также особенности развития супружеских отношений. Все это приводит нас к необходимости дифференцированного использования существующих подходов и различному формулированию частных целей лечения.

Например, при симметричном типе брака целесообразно прибегать к приему супружеского «совета», во время которого супруги спорят, выдвигают свои аргументы и учатся достигать компромисса, тогда как в матриархальных или патриархальных семьях, опирающихся на аналогичные модели родительских семей, более разумным является использование синтетической модели воздействия. В период прочной, устойчивой романтической любви может быть целесообразным поддержание и подкрепление открытых проявлений любви как мотивационного фактора взаимного приспособления супругов. В критический период, по-видимому, наиболее рационально обеспечение постоянного действия инструментальных (поведенческих) составляющих совместной жизни без любовных эмоциональных проявлений.

Применяется также принцип альтернативных путей; это означает, что использование различных подходов, иногда даже совершенно противоречивых, может разными путями привести к конечной цели, желаемому результату.

Улучшения семейных отношений можно достигнуть следующим путем: научить супругов открыто высказывать не слишком приятные чувства, возникающие в процессе совместной жизни, или, наоборот, научить их не говорить на неприятные темы; объяснить им взаимозависимость и полностью раскрыть характер их ожиданий и требований друг к другу или же перестать обращать внимание на какую бы то ни было зависимость и полностью переключиться на решение актуальных проблем поведения каждого из них; при индивидуальных посещениях позволить каждому из супругов говорить все, что он хочет, и терпеливо выслушать его или при совместном приеме партнеров энергично направлять беседу, указывая им, что они должны делать.

Квалифицированный подход отличается от дилетантского тем, что основывается на современных научных знаниях, гипотезах и теориях, благодаря чему подготовленный психотерапевт знает, что и зачем он делает.

Синтетический подход в супружеской терапии позволяет в типичных случаях идти от «вентиляции» актуальных проблем в семейных отношениях и связанного с ними «аффективного заряда» к точному формулированию проблем, сохраняя уважение к каждому из партнеров и объясняя, что каждый из них при взаимодействии делает неправильно. Таким образом, вырабатывается «межличностная» точка зрения. В дальнейшем такой подход может быть ориентирован на более глубокое познание личности партнеров, их отношений, надежд, потребностей и фиксированных стереотипов поведения, а также на объяснение того, что и чем в их жизни обусловлено (например, генетическая обусловленность). Затем следует планирование изменений, составление соглашения с конкретными пунктами и условиями, которые каждый из партнеров должен соблюдать. Соответствующее поведение с помощью врача осваивается, контролируется и закрепляется.

В зависимости от особенностей рассматриваемого случая может быть выбран или особо выделен какой-либо аспект синтетического подхода; следовательно, его применение обуславливается возможностями врача, а также возможностями и мотивацией супружеской пары в зависимости от времени, которым они располагают, частоты посещений врача, интервалов между посещениями и др. Врач сам выбирает методы и подходы, которые с его точки зрения будут наиболее эффективны в данном конкретном случае.

Общение представляет одну из важнейших сторон супружеской жизни, и речь здесь идет не о форме, в которую супруги облачают свои чувства, а скорее о возникающих проблемах и их разрешении.

Лечение может быть направлено на решение отдельных конкретных проблем, но во многих случаях оно заключается скорее в информировании супругов о том, каким образом следует строить общение и решать возникающие у данной пары проблемы независимо от того, с какой конкретно проблемой она обратилась к психотерапевту. При такой направленности лечения речь идет в первую очередь об ознакомлении партнеров с принципами общения и его нарушениями и об обучении стратегии эффективного решения такого рода проблем.

1. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ТРЕНИНГА

На первом этапе следует стремиться к получению информации о существующих у данной пары нарушениях в общении и оценить в целом уровень коммуникации между супругами. На втором этапе эта информация доводится до партнеров, выясняется и фиксируется их персональная оценка. На третьем этапе приступают к формированию конкретных заданий и инструкций относительно изменений в общении, после чего начинается непосредственное обучение правильной коммуникации. Оно проводится как в присутствии врача, так и без него, самостоятельно, дома, когда партнеры выполняют специальные домашние задания.

Первичная ориентация на проблемы общения действительно в тех случаях, когда пациент приходит с жалобами типа «мы никак ни о чем не можем договориться». Коммуникативный тренинг не показан, если речь идет о четко определившихся, постоянных проблемах, при которых супружеской паре требуются совершенно конкретные советы (например, когда муж хочет иметь половые сношения каждый день, а жена переносит их только 1 раз в неделю или если муж пристрастился к алкоголю и др.), а также о проблемах, которые невозможно обсудить открыто (например, о неверности одного из супругов).

Супружеская неверность относится к тем проблемам, которые в большинстве случаев открыто не обсуждаются. Если один из супругов обращается к врачу за советом, как ему следует поступать при невер-

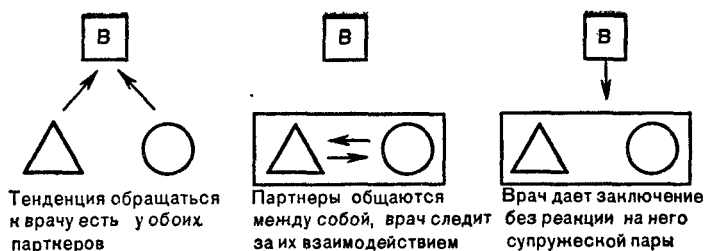


Рис. 1. Взаимодействие врача и супружеской пары при коммуникативном тренинге.

ности своего партнера или в случае собственной неверности, то более целесообразной является беседа врача с одним из партнеров, а не обсуждение этого вопроса с обоими супругами.

Взаимодействие врача и супружеской пары при коммуникативном тренинге (рис. 1) может быть ориентировано следующим образом (см. ниже).

1. Оба супруга обращаются к врачу со своими проблемами, каждый стремится завоевать его доверие и поддержку, узнать его мнение, хочет, чтобы он рассудил, кто из них прав и кто виноват. Врач включается в их взаимодействие как посредник, интерпретирует, объясняет претензии одного супруга другому таким образом, чтобы оба ясно поняли, что каждый из них хочет выразить, но вместе с тем чтобы это не было партнеру неприятно. Например, по методике Satir (1979) врач садится между супругами и поочередно поворачивается (всем телом) к каждому. Такой метод может быть наиболее эффективным на начальных этапах лечения и в тех случаях, когда общение крайне обострено или подавлено, или является односторонним.

2. Врач управляет ситуацией так, чтобы супруги достигли определенного уровня взаимодействия, дискутировали и тем самым продемонстрировали типичные для них способы общения и решения проблем. В некоторых случаях врач сам находит проблему (наилучшая форма: «скажите, что бы вам хотелось изменить»), а если партнеры обращаются к нему, поручает им задать те же вопросы друг другу, наблюдая при этом за их взаимодействием. Он стремится получить образчик коммуникации; обычно это занимает 10—15 мин. Он может предложить для обсуждения какую-либо другую спорную семейную тему и проследить, какие типичные формы коммуникации повторяются независимо от содержания проблемы. Он может использовать ряд различных приемов, усложняющих общение при конфронтации партнеров. Далее, получив достаточное представление о стереотипах общения при решении спорных проблем, врач обращает внимание супругов на формы их общения, уровень обратной связи при их взаимодействии.



Рис. 2. Отправление и прием информации.

вии. Особое внимание уделяется тому, какие сообщения делает каждый из супругов и как их воспринимает другой; затем он наблюдает за реакцией партнера на эти сообщения (рис. 2).

2. ВЕРБАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЙ И ПОДВЕРГАЮЩИЙСЯ ВЛИЯНИЮ ФАКТОР

Вербальное поведение при коммуникации может быть зависимой или независимой переменной и подвергаться различным влияниям или же со своей стороны может оказывать определенное влияние.

1. Вербальным поведением как объектом воздействия можно манипулировать при помощи вызываемых им следствий. Об этом свидетельствуют результаты экспериментов с вербальным подкреплением или, точнее, подкреплением вербальных актов. Если определенные вербальные акты отмечаются повышенным вниманием, интересом, похвалой или приятным поведением партнера, можно ожидать, что подобные акты будут повторяться достаточно часто. Если же их результатом является неодобрение или поведение, которое можно рассматривать как наказание, то, очевидно, такая тенденция скорее всего угаснет.

Если, например, жена вознаградит мужа за комплимент и выразит восхищение проявлением нежности или желаемым сексуальным поведением, то муж будет стараться чаще говорить комплименты. Если она остается равнодушной или относится к этому отрицательно, то вербальные (словесные) проявления постепенно угасают.

2. Вербальное поведение может выступать как действующий фактор, как поощрение или наказание. Важное значение имеет содержание выражения (служит ли оно признанием, похвалой, наградой либо отказом, критикой или упреком). Положительные вербальные реакции способствуют дальнейшему проявлению желаемого поведения, усиливают его, негативные вербальные реакции сдерживают такое поведение.

Муж сообщает жене по телефону, что он задерживается и придет позже. Жена тут же начинает ему выговаривать. В следующий раз муж, когда ему захочется задержаться, уже не будет звонить жене [Кпox, 1971].

Следует отметить, что, если положительные вербальные стимулы регулярно подкрепляют определенное поведение, влия-

ние отрицательных вербальных стимулов на снижение нежелательных проявлений не столь однозначно. Иногда вместо того чтобы вести к подавлению «наказуемого» поведения, они, напротив, стимулируют его, поскольку содержат определенный положительный элемент, либо в результате того, что вызывают негативный эффект.

Жена рассказывает мужу, занятому чтением газеты, об успехах детей в школе. Муж продолжает читать, не реагируя на ее сообщения. Она начинает сетовать на то, что в доме мало денег, что муж не позаботился починить протекающий кран и вынести мусор. Муж откладывает газету и резко одергивает жену, ибо он не желает слушать такие речи. «Надоевшие жалобы», хотя и служат «наказанием» ввиду своей критической направленности, имеют вместе с тем положительный эффект, поскольку жена все же привлекла внимание мужа.

Жена планирует покупку новой стиральной машины, муж реагирует своим обычным замечанием: «Я с этим не согласен». Отказ, однако, не приводит к прекращению дискуссии, наоборот, он вызывает негативный эффект и побуждает жену к продолжению разговора (или разговоров) на неприятные для мужа темы.

В ряде случаев действенным может быть не только наказание за нежелательное поведение, но и его намеренное неподкрепление, т. е. отсутствие внимания к подобному поведению. Такой подход должен быть тесно связан с положительным подкреплением противоположного поведения, т. е. желаемого.

Муж проявит повышенный интерес тогда, когда жена будет делать приятные ему вещи, и не станет реагировать, если она будет постоянно укорять его.

Анализ супружеского общения показывает, что, пока речь идет о положительных и отрицательных реакциях, существует определенная реципрокность отношений — положительные реакции одного имеют тенденцию вызывать положительные реакции у другого [Raush et al., 1974].

3. СООБЩЕНИЯ

Часто проблемой общения супругов является противоречие между тем, что хочет сообщить говорящий, и тем, что он действительно сообщает. Сообщение может быть неясным и вызывать различные толкования. Для того чтобы не доходило до нежелательных последствий, необходимо объяснить, в чем заключается ошибка, и научиться правильно оформлять свои сообщения. Значение этого фактора отмечалось рядом исследователей [Thomas, 1977; Satir, 1964; Lasswell, Lobsenz, 1976].

Открытость и аутентичность общения. Сообщающий говорит действительно то, что думает, не притворяясь и не утаивая своих истинных чувств.

Пример из практики открытого общения: жена попросила мужа дать ей яблоко, муж охотно выполнил ее просьбу: пошел на кухню, очистил яблоко, разрезал его на дольки и принес жене. Жена поблагодарила его, но одновременно призналась, что хотела бы неочищенное яблоко. Муж спокойно выслушал это сообщение и принес ей неочищенное яблоко.

Ясность в общении. Сообщающий представляет вместе с общением и ясное объяснение того, как следует его понимать, что заключается в подтексте данного сообщения.

Satir (1964) приводит в качестве примера такие выражения мужа: «это меня расстроило» и «дети досаждают мне». Если в подтексте первого сообщения содержится пожелание мужа, чтобы жена ему в чем-то помогла, поддержала его или утешила, а в подтексте второго — надо бы закрыть дверь детской, то почему бы не сказать об этом ясно, а не рассчитывать на то, что жена догадается?

Связь сообщения с действительностью. К часто наблюдаемым неподходящим с этой точки зрения формам общения относятся следующие (см. ниже).

Обобщения и преувеличения; например: «всегда поздно приходишь», «никогда не поможешь», «дома постоянно страшный беспорядок», «всегда забываешь, что я тебе говорю».

Недостаточная конкретность; например: «делаешь из себя петрушку», «ведешь себя невозможно».

Искажение действительности; например: «я задержался там только на 5 мин (на самом деле был там час)».

Приписывание определенного умысла; например: «ты делаешь это для того, чтобы надо мной посмеяться».

Связность общения. К ее нарушениям относятся следующие (см. ниже).

Уход от темы разговора; например: А: «Когда мы поедем отдыхать?». В: «В подвале прохудилась труба и капает вода».

Навязывание лишних, ненужных деталей и подробностей; например: А: «Что тебе сказал врач?». В: «Когда я шел к врачу, то встретил Франту...».

Нелогичные аффектированные ответы; например: муж требует от жены, чтобы она была строже с детьми, а жена отвечает: «Если тебе не нравится, как я их воспитываю, то с сегодняшнего дня я вообще не буду за ними смотреть».

Информация в общении. Ее может быть слишком мало, слишком много или в различных вариантах повторяется то же сообщение.

4. ПРИЕМ СООБЩЕНИЙ

Нарушения в общении могут происходить также при приеме сообщения и зависят от того, как принимающий услышал и понял его. Многие в том или ином выражении слышат лишь то,

что хотят в нем услышать и чего на самом деле в нем не было. Принимающий может фильтровать сообщения в зависимости от своих намерений, ожиданий, отношения и настроения. Особо многозначные или недостаточно ясные выражения побуждают партнера к «чтению мыслей» или к «ясновидению» [Lasswell, Lobsenz, 1976; Gottman et al., 1976].

Жена при уходе мужа спрашивает: «Когда придешь домой?». Она хочет это знать, чтобы успеть приготовить для него горячий ужин. Муж воспринимает ее вопрос как критику по поводу его поздних возвращений домой и реагирует раздраженно.

Жена при совместном просмотре телевизионной программы зевает и говорит: «Хватит с меня, пойду лягу». Она ожидает, что муж оставит телевизор и пойдет с ней. Муж понимает сообщение так, что жена устала и хочет спать, и продолжает смотреть передачу один. Оба супруга расстроены, каждый думает о другом неправильно.

Муж спрашивает жену: «У тебя новый джемпер?». Он сказал это в похвалу, жена, однако, усмотрела в его вопросе упрек в том, что она много денег тратит на одежду, и обиделась.

При коммуникативном тренинге супруги учатся правильно слушать и понимать сообщения партнера. При этом полезно применять метод «обратной связи». Прежде чем ответить, каждый кратко повторяет, что он услышал, вернее, как он понял сообщение. Сообщающий подтверждает правильность заключения или поправляет его. Принимающий сообщение может спросить: «Как ты думаешь?», и попросить подробные объяснения.

Принимающий должен уяснить, «не фильтрует» ли он поступающую информацию, которая не имеет ничего общего с поведением партнера. Возможно, например, партнер утомлен, пришел с работы раздраженным, жена может плохо себя чувствовать перед менструацией и т. п. Если это так, необходимо предупредить партнера о своем состоянии, чтобы он не связывал с собой возможные отрицательные эмоции.

При сообщении и его приеме, помимо содержания, важную роль играют сила голоса, тон, взгляд, выражение лица, поза, жестикация, прикосновение. Такие невербальные элементы коммуникации могут усиливать, ослаблять содержание сообщения или изменять его смысл. Принимающий учится правильно понимать и эти элементы коммуникации, передающий в свою очередь учится использовать их так, чтобы они способствовали ясности и приемлемости сообщения. Например, учится владеть своим голосом, регулировать его силу, чтобы у партнера не возникло впечатления, что «на него кричат», учится управлять своей мимикой, которая казалась партнеру ироничной. Кроме того, необходимо уметь доброжелательно смотреть партнеру в глаза, учиться правильно использовать объятия, поглаживания, прикосновения, которые приятны партнеру и вызывают у него чувство близости и понимания.

Врач должен обращать внимание на невербальные компоненты общения, стремиться исключить те из них, которые служат источником недоразумений или напряжения, и поощрять проявления, способствующие ясности, полноте и открытости общения.

5. ИСКЛЮЧЕНИЕ ВЗАИМНЫХ ОБВИНЕНИЙ

Одной из самых типичных и наиболее трудно устранимых форм общения в конфликтных семьях является стереотип взаимных обвинений. К мифам супружеской жизни относится представление о том, что если что-то не в порядке, то в этом повинен один из супругов, и, как правило, виновным бывает другой: «Это твоя ошибка» или «Если бы ты изменился, все было бы в порядке».

Уже на первых этапах нашей работы с конфликтными семьями невротиков такое отношение нас раздражало, и мы попробовали во время групповых занятий повлиять на него с помощью обсуждения и дискуссий, вызванных показом специально для этой цели подготовленного фильма «Кто в этом виноват?» [Plaňava, Kratochvíl, 1960; Kratochvíl, 1963].

Фильм содержит ряд отдельных сцен супружеской жизни; в первой части подмечены некоторые типичные ошибки мужей, во второй — типичные ошибки жен. При обсуждении фильма мужья часто защищали поведение мужей, а жены — поведение жен; те и другие обвиняли противоположный пол. Обсуждение позволило «захватить с полочным» участников просмотра, идентифицировать эту обвинительную тенденцию и предложить скорректировать ее. Однако стереотип оказался весьма устойчивым, информация, полученная из фильма, и последующая дискуссия были малодейственны. Парадоксально то, что и после обсуждения некоторые участники сожалели, «что фильм не видел их партнер, он бы мог кое-чему научиться».

При индивидуальной работе в консультации с партнерами, особенно в начале, каждый из них обвиняет отсутствующего. Во время работы с обоими партнерами при их конфронтации можно выявить типичные реакции взаимного обвинения. Каждый из них обращается к консультанту как к орбитру, от которого ожидают (раз уж он «действительно специалист»), что он его поддержит и даст совет против партнера.

Изменение такого стереотипа общения многие исследователи рассматривают как предпосылки к дальнейшей работе с супружеской парой.

Lasswell, Lobsenz (1978) начинают работу с супружеской парой с того, что стараются склонить ее к принятию концепции «супружество без виноватого» (как была раньше принята концепция развода «без вердикта о вине»). Авторы подчеркивают, что существование разногласий между супругами по многим вопросам является правилом без исключений, по-

сколько каждый из супругов представляет отдельную личность со своими представлениями и желаниями. Поэтому вопрос «кто виноват?» следует заменить вопросом «что мы можем сделать для улучшения ситуации?».

Thomas (1977) предлагает при коммуникативном тренинге использовать электрическое сигнальное устройство в помощь супругам; как только в выражениях партнера появляются обвинительные нотки, ему подается особый сигнал — зажигается красный свет.

Plzák (1978) на начальных этапах тренинга строго запрещает подвергать партнера критике или упрекать его в чем-то (см. ниже).

1. Никто не имеет права упрекать своего партнера за ошибки и наказывать за них. Делать замечания имеет право только учитель ученику или родитель своему ребенку. Склонность к замечаниям характерна для асимметричных браков. В нашем обществе супружеские союзы представляют в основном симметричные отношения. К асимметричному и, стало быть, недопустимому поведению относят, кроме того, различные поправки, критиканство, поучения и менторство.

2. Никто не смеет упрекать в чем-либо другого, так как упреки порождают чувство несправедливости, приводят к объяснениям между партнерами, выяснению отношений, взаимным нападкам, но никогда — к решению проблем.

Вместо наказания или упреков супруги могут выяснить и лишь сообщить, что им нравится или не нравится, чему они рады и чем недовольны, что для них приемлемо или неприемлемо, что для них хорошо, а что плохо.

Lieberman и соавт. (1980) давал своим пациентам в начале курса такую инструкцию: «Поймай супруга на слове или поступке, когда он говорит или делает что-нибудь хорошее». Такие проявления положительного поведения желательно записывать. Это позволяет усилить положительные ощущения от общения и одновременно переориентировать партнеров с поиска ошибок и взаимного обвинения к поиску достоинств и взаимооценке.

Наш собственный опыт такого подхода показывает, что некоторые супруги, вопреки данной им однозначной инструкции, ежедневно записывают в дневник не положительные поступки партнера, а то, что было сделано супругом плохого. Подобные записи напоминают скорее дело по бракоразводному процессу. Переориентация внимания супругов с обвинений на объективную оценку много значит для последующей работы.

6. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ОБЩЕНИЕ И ПОДАВЛЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ЧУВСТВ

Как уже отмечалось при описании основных закономерностей подкрепления, поощрение относится к основным способам подкрепления, позволяющим добиться повторения такого поведе-

ийя партнера, которое считается желаемым. Как позитивные оцениваются заключения, вызывающие положительные эмоции у партнера; таким образом желаемое поведение подкрепляется.

Поощрением желаемого поведения можно достичь значительно большего эффекта, чем наказанием нежелательного поведения. Исходя из этого, разрабатывались принципы использования таких знаков поощрения, как проявление интереса, похвала или улыбка, и при нежелательном поведении. Данные принципы во многом напоминают классические рекомендации Carnegie (1939) по поводу того, как достичь успеха при общении. Применение такого подхода в тактике супружеской терапии было проанализировано в специальном исследовании, проведенном на базе супружеской консультации в Готтвальдове [Jakeš, Kratochvíl, 1977]. Результаты анализа приведены в конце этой главы (см. «Супружеская тактика»).

Потребность в положительном общении может достигнуть такой интенсивности, что вступит в противоречие с потребностью аутентичного общения. В действительности мы можем испытывать злость и желание выбрать своего партнера, однако тактика и знание принципов положительного подкрепления обязывают нас сдерживать свои чувства и попытаться найти в поведении партнера то, на что можно было бы реагировать спокойно. Вернемся к примеру, приведенному Кнох (1971), если муж позвонит жене и сообщит, что придет домой позже, а жена его выберит, то в следующий раз в подобной ситуации он уже ей не позвонит. Если жена хочет, чтобы муж при незапланированной задержке информировал ее об этом по телефону, она должна применить положительное подкрепление; например: «Спасибо тебе, хорошо, что предупредил». Вряд ли в данном случае жена испытывает радость от того, что муж ее предупредил, скорее она чувствует злость, ведь он вернется поздно. Однако такое поведение позволяет избежать проблем.

Приведенный пример показывает, что возможно совмещение положительного и аутентичного подкрепления; например: «Мне неприятно, что ты не придешь, я ждала тебя, но я довольна, что ты предупредил» (или если она не хочет «быть довольной», то во всяком случае может сказать: «Ценю, что ты позвонил»). Иногда, правда, весьма не просто «не наказывать» критикой, выговором, напominаниями или упреками поведение, которое нас совершенно однозначно озлобляет, и заставить себя похвалить и положительно оценить поведение, которое, как нам представляется, должно быть естественной обязанностью партнера.

Относительно предпочтения тактичности или аутентичности мнения современных исследователей расходятся. Некоторые из

них апеллируют к разуму и воле, а также к способности человека познать и использовать закономерности. Человек должен уметь владеть своими чувствами и управлять своим поведением. Используя подходящие стимулы, можно управлять поведением партнера так, чтобы оно было направлено к желаемой цели [Harper, 1969; Jacobson, 1977; Plizák, 1978]. Другие считают более целесообразным открытое проявление испытываемых чувств, как положительных, так и отрицательных [Satir, 1964; Bach, Bernhard, 1971; Rogers, 1972].

Bach, Goldberg (1974), например, отрицают идеал так называемого хорошего человека, который умеет владеть собой и не проявляет отрицательных чувств, так как не хочет задеть или обидеть другого; такой человек наносит вред себе (внутреннее напряжение без разрядки может дать соматические осложнения) и браку (скрытность может стать причиной отчуждения). Рабочая группа Янковского в Польше видит в неаутентичном общении (когда супруги внешне очень милы, а внутри агрессивны) один из шизогенных факторов, пагубно влияющих на детей; дети, которые постоянно видят внешнюю мягкость и скрытую злость, не знают, чему верить — тому, что слышат, или тому, что чувствуют. Подобная несовместимость мешает ребенку разобраться в противоречиях, правильно оценить ту или иную ситуацию. Это может привести к нарушению реалистического восприятия мира. Авторы отдают предпочтение аутентичному проявлению злости, в противном случае она может нарастать и спровоцирует конфликт. По крайней мере все становится ясным, однозначным, открытым и неискаженным.

Признаем ли мы необходимость как аутентичной, так и позитивной коммуникации — пока остается проблемой; как справиться с агрессивностью, напряженностью, неудовлетворенностью, подавленностью или злостью, когда от нас требуется положительная реакция? Эту проблему решить нелегко, особенно у индивидуумов, склонных к проявлению сильных отрицательных эмоций. Существует по меньшей мере пять различных способов, с помощью которых можно попытаться ее решить.

Перенос аффекта. Одним из распространенных способов реализации аффекта является перевод его в моторную форму, не затрагивающий супружеских связей. Для этой цели используются различные приемы, например пробежка или прогулка быстрым шагом, тренировка с боксерской грушей, участие в коллективных играх (футбол, волейбол и т. п.) или другие занятия спортом, при которых снимается внутреннее напряжение. Ценным способом использования эмоциональной активизации организма непосредственно в семье может быть проведение различных домашних работ, требующих физического напряжения (рубка дров, чистка ковров и дорожек, мытье окон, работы в огороде). В некоторых случаях можно прибегнуть и к таким безвредным деструктивным проявлениям, как разбиwanie заранее приготовленных старых тарелок или других предметов (не обязательно в присутствии партнера).

Снятие аффекта. Для этой цели прежде всего используется навык релаксации, достигаемой с помощью аутогенного тренинга. При возникновении напряжения для достижения состояния релаксации, не совместимого с аффектом, следует принять свободную позу и расслабиться, вызвать ощущение тяжести в конечностях, тепла и покоя; можно использовать нейтрализующие аффект формулы («я спокоен, мне хорошо» и т. д.).

Подавление аффекта. Подавление означает запрещение внешнего проявления своих чувств. С точки зрения динамической психотерапии подавление представляет собой наименее желательную форму, поскольку возникает опасность кумуляции, хотя на практике без этого трудно обойтись. Если человек последует совету сдерживать себя и не говорить или не делать того, что в данной ситуации с точки зрения логики было бы ошибочным, это может принести успокоение, чувство удовлетворения, что в определенной степени способно компенсировать подавленный отрицательный аффект.

Селективная аутентичность

Lasswell, Lobsenz (1976) рекомендуют подумать, прежде чем начать открыто высказывать своему партнеру критические замечания, задав себе такие вопросы: «Верно ли то, что я хочу сказать? Целесообразно ли это говорить? Подходящий ли для этого момент? Уместно ли это?». При селективной аутентичности (при контролируемой чистосердечности) мы не говорим неправды, т. е. того, о чем в настоящее время не думаем или чего не чувствуем. Мы сообщаем то, о чем действительно думаем, но отбираем мысли и сообщения с учетом реакции партнера, настоящей ситуации и перспективы дальнейшей совместной жизни с ним.

Сообщение об аффекте (или чувствах). Отрицательный аффект (или отрицательное чувство) по отношению к партнеру, его поведению часто проявляется в виде критики, упреков, выговоров, обидных, оскорбительных замечаний («ты эгоист, себялюбец, неспособный, глупый» и т. д.), предположений о злом умысле («ты делаешь это, чтобы унижить меня, делаешь все мне назло») или неприятных прозвищ из зоологического или другого лексикона. Вместо выражений, которые обижают партнера, тем самым автоматически ставя его в оппозицию, можно просто сказать, какие чувства вызывает у вас то или иное поведение партнера.

Например, явно агрессивное выражение «безумный водитель» можно трансформировать в более нейтральное, касающееся собственных чувств, «когда ты едешь так быстро, я испытываю страх». Аналогично вместо выражения «ты эгоист и неряха» можно сказать: «когда ты не помо-

гаешь мне в уборке, я злюсь»; «когда ты не убираешь за собой, меня это раздражает»; «когда ты излишне тратишься, мне досадно». Основная схема необходимого выражения негативных эмоций выглядит так: «когда ты делаешь X в ситуации Y, я чувствую Z» [Gottman et al., 1976]. В этой форме аутентичного проявления отрицательных эмоций партнер не обозначается как виновник, вопрос вины остается открытым: мой страх может быть в равной мере как следствием твоей неправильной езды, так и моей чрезмерной пугливости; моя зрелость может быть в равной мере как следствием твоей неряшливости, так и моей педантичности. Такая форма выражения оставляет возможность разумного соглашения.

Комбинация негативного и позитивного. Большие возможности дает комбинация отклика с выделением положительных моментов в поступках. Партнер по браку, выражая то, что ему не нравится или расстроило его, одновременно признает за другим хорошие качества и добрые намерения.

Жена, огорченная тем, что муж не пропылесосил ковры и не вынес мусор, а сидит и читает газету, склонна реагировать на это лишь упреками; например: «Ты не выполняешь своих обязанностей! Тебе наплевать, что я валюсь с ног от тяжелой работы». Риск конфликта снижает комбинация с признанием определенных достоинств партнера: «Ты отлично умеешь организовать совместные развлечения, достасшь билеты в театр, а дома тебе наплевать, если я валюсь с ног...». «На прошлой неделе ты все сделал без напоминаний, а сейчас свалил всю работу на меня и сидишь себе читаешь газету».

Выражения, в которых комбинируется негативное и позитивное, следуют правилу «плюс, но и минус», т. е. «это хорошо, но другое плохо». Однако более эффективной формой выражения, с нашей точки зрения, представляется иная последовательность: «минус, но и плюс», «это плохо, но другое хорошо», которая заканчивается положительным утверждением. Это еще больше снижает вероятность возникновения у партнера отрицательного аффекта и его реагирования защитой, противодействием или уклонением. При этом легче признать последующие ошибки и попытаться их исправить.

«Опять ты забыл забрать мальчика из школы, как мы договорились, и я должна была лететь туда сломя голову, но я довольна, что ты отвел его в школу утром». «Меня раздражает, что ты смотришь по телевизору всякую чепуху, однако мне нравится, как ты элегантно одета...».

Регулирование реакций согласно правилам. В семье можно сгладить реакции супругов на замечания, установив определенный ритуал реагирования, некую игру с предварительно оговоренными правилами. Супруги договариваются, что в определенное время или когда один из них выразит желание (условным сигналом) можно будет высказать все, что одному в другом не нравится или раздражает, но при этом будут соблюдаться определенные правила, позволяющие смягчить негативные последствия такого общения. Здесь имеются в виду преж-

де всего правила и способы окончания таких «конфронтаций» и правила хорошего тона во время общения. Опыт такого рода коммуникаций систематизирован в руководстве по ведению «честного боя в супружестве» [Bach, Wyden, 1969]. Предполагается, что оба партнера принимают этот способ реагирования, не будут отказываться выслушивать друг от друга в ходе «боя» открытую критику и не будут на нее обижаться. В нашем сокращенном и усовершенствованном варианте данной методики, названной «конструктивной ссорой» [Kratochvíl, 1973], правила которой приведены в конце этой главы, имеются две рекомендации по обеспечению аутентичных реакций на отрицательные эмоции и положительное подкрепление желаемого поведения в последовательных фазах конфронтации партнеров.

Что касается спонтанной манипуляции, тактики аутентичности, навыков самообладания и самопроявления, мы считаем, что проблему нужно решать дифференцированно с учетом того, какие именно трудности в отношениях возникают у одного или обоих супругов. Если проблема заключается в том, что у одного (или обоих) супругов отмечается бесконтрольность реакций на обвинения другого, неумение справиться с бесполезными, ни к чему не приводящими проявлениями аутентичных отрицательных эмоций, если он нападает и стремится оставить последнее слово за собой, ему необходимо прежде всего учиться самоконтролю и умению корректировать свои выражения таким образом, чтобы они не обижали партнера и были бы для него приемлемыми. Если же, наоборот, проблема состоит в том, что один или оба супруга не могут высказать то, что они действительно чувствуют, привыкли улаживать свои разногласия любой ценой, не умеют «разрядиться» и в отношениях между ними не хватает открытости и доверия, и близости (что необходимо, иначе нереализованное напряжение может привести к соматическим нарушениям), то им следует прежде всего учиться аутентичному самопроявлению.

7. ПРИЕМЛЕМОСТЬ РАЗЛИЧИЙ

Важным фактором в коммуникации является осознание того, что партнер все же другой, отличный от нас человек; он имеет право мыслить и чувствовать иначе, может по-иному относиться к событиям и ситуациям. Полезной и краткой формой, позволяющей установить, что чувствует партнер в той или иной ситуации или при определенном предложении, является договор о применении так называемой шкалы чувств (от 0 до 10 баллов) [Lasswell, Lobsenz, 1976]. Например, муж хочет приобрести билеты на танцевальный вечер, полагая, что сделает жене приятное. Жена, чтобы не обидеть его, соглашается, хотя вовсе не испытывает желания туда пойти. С помощью

данной шкалы можно быстро выяснить сходство или различие в отношении к чему-либо, например, спросив: «Насколько тебе хотелось бы туда пойти?». Если жена отвечает, допустим, «три», муж видит, что ей не очень хочется идти, но ее можно уговорить.

Каждый из партнеров должен учиться пониманию и уважению позиции другого, даже если он с ней не согласен. При этом можно использовать технику замены супружеской роли при работе с обоими партнерами (каждый из них должен говорить от лица своего партнера) или временной замены (например, как муж будет справляться с покупками, если на какое-то время заменит жену).

3. ПРОЦЕСС ОСВОЕНИЯ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

Частично процесс обучения правильному общению проходит в присутствии врача, однако основной тренинг супруги проводят самостоятельно дома (домашние задания), для чего они должны выделить определенное время. Исследователи называют это время по-разному: «час решений», «конструктивная ссора», «домашняя конференция» или просто «совет». Такие занятия обычно проводятся 1—2 раза в неделю по 10—20 мин. Врач при совместной консультации оценивает результаты тренинга, при возможности дает партнерам письменные указания относительно его продолжения. В дальнейшем супруги сообщают ему о том, насколько успешно проходят домашние занятия, врач внимательно слушает, поправляет, оценивает. Последовательно подкрепляются такие реакции, которые постепенно приближаются к желаемому поведению (последовательная аппроксимация).

В качестве примера коррективных замечаний врача и инструкций по проведению диалога между супругами Thomas (1977) приводит следующие формулировки: «До сих пор в вашем диалоге встречаются обвинения. Возникает типичная последовательность: Вы обвиняете партнера, партнер игнорирует замечания или реагирует контробвинениями. Это ни к чему не ведет. Попробуйте дискутировать без взаимных обвинений». «Жена часто повторяет свои жалобы». Сегодня вы говорите о своих проблемах конкретнее. Не употребляйте столь часто выражения, унижающие достоинство партнера.

Кроме обучения основам правильной коммуникации и решения проблем, психотерапевт, работая с супругами, может указать на некоторые особенности ошибочного поведения кого-либо из них, что потребует индивидуального расширения заданий в отдельных случаях.

Здесь уместно вспомнить два примера, которые уже приводились в другом контексте [Kratovich, 1978]: Марушка не догадалась похвалить и оценить мужа как сексуального партнера, а муж, для которого секс

играл важную роль в обеспечении чувства собственного достоинства, считал себя в супружестве недооцененным и отвергнутым. Во время психотерапевтических игровых занятий, когда роль ее мужа играл врач или другой пациент, Марушка с помощью пациенток, посещавших эти занятия, научилась правильно вести себя и попробовала применить полученные навыки дома. Выяснилось, что это оказало свое положительное влияние на сближение супругов; в дальнейшем их жизнь полностью наладилась.

Вера отчаянно воевала с мужем по каждому спорному вопросу, подчеркивая свое равноправие (одинаковое образование, зарплата и др.). Каждое предложение мужа встречала контрпредложением, воспринимала как вызов к бою, в котором победа должна быть за нею; она не умела похвалить мужа за инициативу и принять его предложение или непрямо, тактично настоять на своем. В ходе занятий с помощью других пациенток она научилась правильному поведению, хорошо освоила роль и попробовала применить новое на практике, однако пришла к убеждению, что данная роль не соответствует ее характеру, не отвечает особенностям ее натуры, и отказалась от такого поведения. Супруги развелись.

9. ТРЕНИРОВКА В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ

Специфической формой общения является решение в целом неоднозначных вопросов или проблем. И в этой области супругам можно дать некоторые рекомендации и провести тренинг [Thomas, 1977; Jacobson, 1977].

Желаемое поведение при решении проблем. Во время обсуждения, направленного на решение определенной проблемы, необходимо выявить положительные социальные моменты. Прежде всего следует четко определить проблему. Если в высказываниях содержится критика поведения другого партнера, то необходимо придать ей эмоционально нейтральную форму (например, вместо слов «ты ленив» сказать, что именно партнер не сделал и что хотелось бы, чтобы он сделал). Прежде чем сформулировать проблему, желательно сказать что-нибудь положительное относительно партнера, а в ходе ее обсуждения следует время от времени кратко, своими словами повторить сказанное партнером, чтобы дать ему понять, что его позиция ясна. Запрещается высказывать предположения о мотивации, поскольку в них партнеру часто приписывается злой умысел («хочет меня унижить»). Требуется лишь изложить поступки партнера, а не заменять изложение комментариями. После того как проблема будет сформулирована, следует внести предложения по конкретным изменениям, причем изменить что-то в своем поведении должны оба партнера, что позволит сохранить необходимое равновесие.

Если проблем много, следует сначала решить одну из них, чтобы не рассеивать внимание на остальные. Не стоит приводить многочисленные примеры из прошлого — разумнее выбрать из них те, которые ориентируют на будущее. При переходе к решению проблемы можно вначале прибегнуть к вы-

мыслам (с применением метода мозговой атаки), где каждый имеет право говорить все, что вздумается, даже бессмыслицу, по поводу возможного выхода из данной ситуации. Целесообразнее (если возможно) ориентация на повышение частоты нежелательного поведения; в первом случае можно использовать положительное подкрепление, в другом — неподкрепление, которое, однако, коррелирует с супружеской неудовлетворенностью. Лучше всего положительно подкреплять поведение, которое несовместимо с нежелательными проявлениями. Необходимо установить объективные критерии, позволяющие оценить осуществимость желаемого поведения.

Процесс принятия решения. Некоторые исследователи говорят о решении проблемы [Jacobson, 1977; Haley, 1976], другие — о принятии решения [Thomas, 1977]; в принципе, речь идет о двух сторонах одного и того же процесса. Супружеское принятие решения, согласно Thomas, отличается от простой коммуникации партнеров тем, что обычно возникает в проблемной ситуации, в которой партнеры взаимозависимы. Оно включает вербальные реакции, направленные на достижение принятия решения, которые служат средством, используемым для разрешения проблемной ситуации. (Коммуникация включает вербальное поведение в более широком объеме, что не позволяет выйти из проблемной ситуации и не имеет направленности на решение проблемы.)

Следует ориентировать партнеров на решение проблемы, а не на договоренность между ними и уговаривание друг друга. Мнение другого партнер должен принимать как равноценное собственному, даже если он с ним не согласен. Необходимо сотрудничество, а не конфронтация. Для принятия решения надо выделить определенное время, когда оба супруга спокойны и могут отнестись к нему с полным вниманием. Сначала требуется выяснить все возможные варианты решения, принимая каждое предложение без критики. Затем надо выбрать приемлемый вариант, взвесив аргументы за и против, и после такого рассмотрения всех доводов совместно прийти к определенному решению. Если это решение в чем-то ущемляет одного из партнеров, он должен получить некоторую компенсацию.

Формы работы врача. Основным принципом работы является установление обратной связи, т. е. предоставление супружеской паре информации о поведенческих аспектах их взаимодействия, общения. Обратная связь должна быть дескриптивной, а не интерпретативной, должна касаться скорее функций реагирования партнеров в данном контексте, нежели предположительного более глубокого смысла этих реакций [Jacobson, 1977].

Пример: «Хелена, именно тем, что ты не реагировала на замечания Иржи, ты наказала его за стремление открыто говорить с тобой. Это

не привело к хорошим результатам: по сравнению с его предыдущим поведением он стал меньше улыбаться, реже смотрит прямо в глаза...».

Обратная связь может быть только информативной или содержать, кроме того, оценку.

«Ваша критика содержала негативную оценку его личностных черт».

Обратная связь может последовать сразу в виде комментария той или иной реакции или представлять собой общее заключение, сообщение наблюдений психотерапевта за какое-то определенное время.

Обратная связь может касаться нежелательного и желательного поведения. Необходимо подкреплять желательное поведение при решении проблем, похвалить супружескую пару за положительные реакции (вполне достаточно одобрить словами «отлично», «хорошо» или просто улыбкой, кивком головы). Критике нежелательного поведения должна предшествовать похвала за положительные проявления.

Другой методикой является инструктаж. Психотерапевт инструктирует супругов относительно того, какие изменения они должны внести в свое поведение при решении проблем. При необходимости врач может сам взять на себя роль одного из супругов и продемонстрировать ему более целесообразное, правильное реагирование.

Важно, чтобы партнеры сами опробовали новые способы общения, манеру поведения; врач при этом может их поправить и поддержать; таким образом, их реакции постепенно улучшаются.

Предпосылкой к освоению необходимых навыков служит ориентация супругов на сотрудничество, которое возможно лишь после отказа от первоначального намерения установить вину («кто из них виноват»). Этому часто способствует предварительное положительное социальное подкрепление. Каждому партнеру предлагают сделать для другого что-нибудь хорошее «даром», а также отмечать его (другого) положительные проявления. Goldstein (1976) считает, что уже простая ежедневная регистрация положительного поведения партнера с последующим ознакомлением его с результатами повышает частоту такого поведения.

10. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИ ОСВОЕНИИ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ

Использование различных вспомогательных средств при обучении общению способствует более быстрому освоению основных навыков и эффективному контролю. К ним относятся, например, письменные инструкции, формуляры соглашений, гра-

фики прохождения цикла обучения, дневники и руководства с наглядными примерами.

Инструкции. Они представляют собой письменное изложение рекомендаций и указаний, которые врач устно дает пациенту при его посещении; иначе супруги могут забыть какие-либо из них или использовать частично. Как врач, выписывающий лекарство, указывает на рецепте, сколько, когда и как его принимать, так и психотерапевт в этой инструкции, используемой в супружеской терапии, указывает партнерам, как они должны поступать дома.

Во время бесед в супружеской консультации определяется тип реакций или поведения, которому следовало бы научить партнеров (или, напротив, отучить от него), четко формулируются конкретные предложения (одно или несколько), которые записывают на карточке, и вручаются пациенту в качестве домашнего задания. Аналогично формируются основные предложения для другого партнера.

Например, в качестве главного недостатка установлено, что каждый из партнеров повторяет свои жалобы и не слушает другого.

После проведения сеанса правильно построенного общения можно написать на карточке каждому из партнеров для тренировки следующее:

- 1) попробуй понять, что партнер говорит;
- 2) дай партнеру понять, что ты его слышишь и уважаешь его мнение, даже если ты с ним не согласен;
- 3) спроси: «Что мы можем сделать, чтобы это улучшить?»;
- 4) сделай в этом направлении свои позитивные предложения, т. е. то, что ты охотно сделал бы для улучшения положения.

Письменное соглашение. Если речь идет об изменениях поведения в направлении, желаемом для одного из партнеров, требуется прежде всего представить их в удобной для понимания и контроля форме. Нельзя, например, давать такие формулировки: «пусть он будет ко мне более внимателен», необходимо уточнить, что это значит (допустим, «каждый день должен выносить мусор, трижды в день мыть посуду»). Следует научить супругов четко определять свои требования и столь же ясно их формулировать.

При этом рекомендуется следующий подход: 1) от общих жалоб перейти к их спецификации; 2) далее от спецификации жалоб — к положительным предложениям; 3) затем от положительных предложений — к договору с перечнем обязанностей каждого из супругов.

Пособие по супружеской терапии содержит формуляры, в которые можно вписывать различные факты. Gottman и соавт. (1976) рекомендуют, например, специальный формуляр для перехода от жалоб к предложениям (табл. 1). Liberman и соавт. (1976) использовали формуляр, в котором на левой стороне размещаются персональные обязательства супругов, а на

Т а б л и ц а 1. Жалобы и предложения

Общие жалобы: эгоист, перестал быть нежным, делает замечания, не обращает на меня внимания, не развлекается вместе со мной, оставляет меня одну в обществе

Конкретные жалобы	Положительные предложения партнера
1. Нежен ко мне только тогда, когда тебя тянет на секс	Буду говорить тебе не менее одного комплимента в день Всегда буду предупреждать по крайней мере за 3 ч, если приглашу кого-нибудь домой
2. Редко говоришь мне комплименты	
3. Приглашаешь домой гостей на ужин, не спросив меня предварительно	
4. Высмеиваешь мое отношение к музыке	
5. Не помогаешь мне по дому	

Т а б л и ц а 2. Супружеский договор Енды и Марии

Причина спора	Муж	Жена
Домашнее хозяйство	Буду 2 раза в неделю приводить в порядок кухню и ванную, пылесосить	Пусть муж убирает, когда и как сам хочет, не буду им «командовать»
Воспитание детей	Буду каждый день не менее получаса играть с детьми, а в воскресенье ходить с ними на прогулку	Пусть муж ведет себя с детьми так, как ему нравится; не буду его при детях критиковать
Настроение	Если у жены плохое настроение, выслушаю ее и утешу	Если у мужа плохое настроение, буду оставлять его в покое по крайней мере на час
Свободное время	Предусмотреть 1 раз в 2 недели в выходные дни программу развлечений, приятную для жены (выставки, экскурсии, культурные развлечения)	Не буду ничего говорить, если муж 1 раз в 2 недели поедет навестить своего отца (один или вместе с детьми)

Таблица 3. Супружеский договор Вацлава и Кветы

Причина спора	Муж	Жена
Домашний бюджет	Буду ежемесячно вносить в семейный бюджет 800 крон, уплачивать налоги — 850 крон, делать сбережения в размере 700 крон, а также покупать бензин для автомобиля; оставлять на карманные расходы 500 крон	Буду самостоятельно вести семейный бюджет и вносить в него свою долю в размере 1200 крон; оставлять на карманные расходы 400 крон
Секс и душевный разговор	По возвращении домой не менее 10 мин разговаривать с женой; ежедневно говорить ей какой-то комплимент; не буду использовать грубых выражений; не буду принуждать жену к исполнению супружеских обязанностей	Создать в доме атмосферу нежности, половые отношения 3 раза в неделю (дни по собственному выбору); в сексе проявлять инициативу не реже 1 раза в неделю
Свободное время	По крайней мере 1 раз в месяц организовывать совместный отдых вне дома; обязанности по его организации выполнять поочередно	
Другие причины	Всегда убирать свои вещи на место Заниматься детьми и домашним хозяйством, когда жена задерживается на работе	При обсуждении возникающих проблем (1—2 раза в неделю по 10—20 мин) буду сотрудничать и использовать в споре логические доводы

правой — соответствующее каждому обстоятельству поощрение. Наиболее важные обязательства удобнее записать на отдельном листке, например, слева обязательства мужа, справа — жены. Эти обязательства требуют либо специальной награды, либо взаимного выполнения. В табл. 2 и 3 приведены примеры из нашей практики.

Schindler, Nahlweg, Revenstorf (1980) разработали формуляр, позволяющий ежедневно отмечать выполнение супругами условий договора (табл. 4).

График освоения навыков. Пациенты получают формуляры, в которых отмечают частоту желаемого (или нежелательного) поведения по отдельным дням. На основании полученных данных пациент или его партнер строит график освоения навыков решения проблем. На том же графике можно отме-

Таблица 4. Формуляр для супружеского договора
(контроль за выполнением)

Договор между Дата

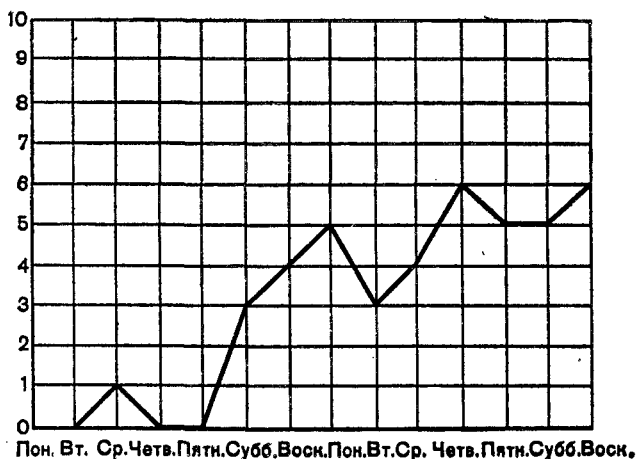
Мы оба хотим улучшить свои отношения и знаем, что при этом мы должны определенным образом изменять свое поведение. Мы пришли к общему соглашению и обязуемся выполнять условия договора:

Жена (муж)	Отметка о выполнении						
	Понед.	Вторн.	Среда	Четв.	Пятн.	Субб.	Воскр.

чать и планируемую частоту с целью определения расхождения с фактическим поведением или исходной (контрольной) частоты таких поступков до начала тренинга.

На рис. 3 представлен график частоты положительных поступков мужа, отмеченных женой; первые 5 дней — контрольный отрезок кривой до начала тренинга.

Дневники. Вместо графиков супруги могут использовать и дневниковые формы записей. Собственно, это могут быть ежедневные отметки о стремлении партнера достигнуть положи-



Дата (от-до):

Наблюдаемое поведение:

Наблюдатель:

Рис. 3. Освоение навыков решения проблем в ходе тренинга.

тельных изменений поведения. Например, пациент получает задание ежедневно отмечать, «что сегодня партнер сделал мне приятного» или «что из сделанного сегодня партнером мне понравилось». Записывающий, таким образом, тренируется в выявлении положительных аспектов поведения партнера. В супружеской консультации эти записи обсуждаются совместно с врачом, что служит дополнительным стимулом и способствует подкреплению желательного поведения партнера.

Руководство с примерами. Большую пользу могут принести изданные типографским способом листовки, в которых наглядно представлены основные принципы тренинга с инструктивными пояснениями. В качестве примера можно привести наше «Руководство по решению проблем», написанное в соответствии с концепциями Jacobson, Margolin (1979). В Брно используется подробнейшее руководство, подготовленное V. Caproni на основе учебника Hahlweg, Schindler, Revenstorf (1982).

11. РУКОВОДСТВО ПО РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ

Решение проблем является особой формой разговора. Разговор обычно содержит жалобы, которые один супруг предъявляет другому (или взаимно).

Например, жена жалуется, что при встрече с друзьями муж все время молчит, не поддерживает разговор. Муж, со своей стороны, жалуется, что жена говорит слишком много.

Действенный подход к решению проблем имеет два отдельных этапа: описание проблемы и решение проблемы. На первом этапе достигается определение проблемы, она должна быть предельно ясной для обеих сторон. Причем на этом этапе супругам не следует пытаться предлагать решение, что могло бы лишь усложнить определение проблемы. На втором этапе рассматриваются варианты ее решения, при этом следует ориентироваться на будущее, а не обращаться к прошлому.

Описание проблемы. Первое условие: при формулировании претензий необходимо связывать их с чем-либо положительным, что хорошо влияет на атмосферу разговора в целом.

Неправильно: «В последнее время ты совершенно не интересуешься тем, что я тебе говорю».

Правильно: «Часто я думаю, что приду домой и расскажу тебе о том, что было сегодня на работе. Мне очень приятно, когда ты меня слушаешь и я могу тебе немного пожаловаться. Однако в последнее время мне кажется, что ты не проявляешь интереса к тому, что я тебе говорю».

Неправильно: «Почему ты уделяешь так мало внимания нашему Юрику?».

Правильно: «Плохо, что ты по вечерам уделяешь так мало внимания нашему Юрику. Мне кажется, что у вас очень хороший контакт и тебе приятно с ним играть».

Второе условие: проблема должна быть сформулирована конкретно. Формулировка должна включать описание поведения, вызвавшего претензии, а не предположения о «злом умысле» или «нехороших качествах».

Неправильно: «Тебя совершенно не интересует, что я делаю» (умисел, «чтение мыслей»).

Правильно: «Ты почти никогда не спрашиваешь, что я сегодня делала в течение дня».

Неправильно: «Ты стараешься меня унижить» (злой умысел).

Правильно: «Ты критикуешь меня при наших друзьях за то, что я плохо вожу автомобиль».

Неправильно: «Ты твердолобый и несносный» (нехорошие качества).

Правильно: «Когда мы говорим о моих родственниках, ты не даешь мне договорить и упорно стоишь на своем».

Третье условие: в претензии могут быть выражены чувства, вызванные поведением партнера. Если это разумно, то можно рассказать и о своей доле участия в этой проблеме.

«Меня злит, что ты разбрасываешь свои вещи и не убираешь их на место. Для меня очень важен порядок в доме».

«Когда ты не помогаешь мне надеть пальто, а ухаживаешь за чужими женами, я чувствую себя брошенной, это мне больно».

«Когда ты почти каждый вечер смотришь телевизор, я чувствую себя обманутым; меня телевизионные программы не развлекают, после них я уже сонный и совсем не хочется заниматься любовью».

«Когда ты съедаешь все, что есть в холодильнике, и не оставляешь ничего другим, я злюсь на тебя».

Решение проблемы. При обсуждении решения проблемы необходимо следить, чтобы внимание не отвлекалось на другие проблемы.

Первое условие: оба супруга предлагают свои варианты решения проблемы, причем эти предложения не должны критиковаться.

Муж всегда спрашивает жену, что он может взять из холодильника.

Жена будет покупать больше продуктов про запас, муж на это должен добавить денег из предназначенных для его карманных расходов.

На холодильник навесили замок.

Когда мужу захочется чего-нибудь, что не планировалось купить, он должен сам пойти в магазин и купить...

Второе условие: из всех предложенных вариантов отбираются наиболее разумные и последовательно обсуждаются. Супруги задают себе вопросы «чего бы хотелось достигнуть в идеале» и «что могло бы удовлетворить». Необходимо попытаться найти компромиссное решение и достигнуть соглашения, приемлемого для обеих сторон. С этой целью можно по-разному комбинировать предложенные варианты.

Карел жалуется на жену, которая постоянно его критикует и отчитывает, «напоминает о том, что он должен сделать, и комментирует то,

чего он еще не сделал, хотя и обещал». Для него было бы идеально, если бы жена исключила такие выговоры из своего репертуара. Однако жена сочла это требование чрезмерным. Тогда муж согласился удовлетвориться и меньшими изменениями. Для выполнения домашних работ, которые он взял на себя, выделили определенное время. Жена согласилась с тем, что будет «комментировать» только в том случае, если муж не выполнит своего задания в установленный срок.

Третье условие: соглашение супругов должно быть четким, конкретным и контролируемым.

Неправильно: Иржи будет приходить домой вовремя.

Правильно: С понедельника до пятницы Иржи будет приходить домой не позже 5 ч. Если в какой-то день он не сможет прийти вовремя, то обязательно позвонит Хане не позже 4 ч и предупредит об этом.

Неправильно: Павла будет интересоваться работой Роберта.

Правильно: Павла будет по меньшей мере 10 мин слушать, если Роберт начнет ей говорить о своей работе, при этом не будет критиковать то, что он ей сообщил, и тем более обсуждать это с соседками.

Решение проблем осуществляется на так называемых семейных советах, которые проводятся 1—2 раза в неделю, продолжаются не более 20 мин и посвящаются только одной проблеме.

Schindler, Hahlweg, Revenstorf (1980) называют такие семейные советы «разговорами о конфликтах» и рекомендуют отмечать их характер и результаты в специальных формулярах (табл. 5).

12. СУПРУЖЕСКАЯ ТАКТИКА

Супружеской тактикой называют такую форму коммуникации с партнером, которая способствует подавлению возможных конфликтов, напряженности в отношениях, конфронтации и ссор, при этом используются позитивные формы поведения, предполагающие подавление агрессивных чувств или по крайней мере их проявлений. Она является формой сознательного управления поведением партнера, планируемым изменением его поведения в желаемом направлении. Супружеская тактика — это наиболее действенный способ достижения собственных целей. Она применима (в отличие от конструктивной ссоры) и в том случае, когда партнер клиента отказывается сотрудничать. Однако она требует от клиента умения овладеть (с учетом поставленной цели) проявлениями своих сиюминутных чувств.

Супружеская тактика основывается на общей тактике успешного контактирования с людьми, разработанной Д. Карнеги (1939); эти правила приведены, например, в популярных работах Tánská (1970), Adamová (1972), Toman (1974) и др.

Таблица 5. Протекание и последствия разговора о конфликтах

Тема:	Муж	Дата:	Жена
1. Что мне не нравится и что мне мешает (какие чувства я испытываю и какое поведение партнера их вызывает)			
2. Что мне хочется (что я требую или что хотелось бы, чтобы партнер в будущем сделал)			
3. Как можно было бы достигнуть желаемого (что для этого мог бы сделать партнер и что я)			
4. Какие могу взять обязательства (в интересах партнера и в соответствии со своими возможностями). Что сделаю в следующий раз:			

Мы изложили их в виде практического руководства для супругов, включающего 10 пунктов (см. ниже) [Jakeš, Kratochvíl, 1973]. В супружеской консультации в Готвальдове текст этого руководства выдавался партнерам на дом.

1. Интересоваться партнером. Если вы хотите иметь с партнером хорошие отношения, вы должны постараться лучше узнать его. Для этого необходимо прежде всего интересоваться им, его мнением, его увлечениями, познать не только его положительные качества, но и стараться понять его слабые стороны — словом, узнать и понять его. Тому, кто интересуется лишь собственными проблемами, будет тяжело контактировать с людьми.

2. Уметь слушать партнера. Умение внимательно слушать обеспечивает хороший контакт с людьми и часто бывает даже более ценным, чем умение говорить. Нельзя назвать тактичным, например, поведение жены, когда она обрушивает на мужа, только что пришедшего с работы, нескончаемый поток слов о последних соседских новостях, о том, что ей не удалось купить, чего ей не хватает в ее гардеробе, о непослушании детей, о недостатке денег и т. д. Мужу остается только молчать и сосредоточиться на своих мыслях. Тактично вести себя — это позволить сначала высказаться другому и внимательно

но его выслушать. Потом будет еще достаточно времени, чтобы рассказать ему о своих делах и проблемах.

3. Уметь говорить о том, что интересует партнера. Часто бывает недостаточно только внимания слушателя. Говорящий должен чувствовать, что его собеседник не только слушает, но и следит за его мыслью, понимает его. Поэтому необходимо заботиться о том, чтобы слушателя интересовало содержание беседы.

Жена интересуется огородом, муж же в огородных делах ничего не понимает. Жена вскопала несколько грядок перед домом, начала на них выращивать цветы и овощи, хотела бы посадить и несколько кустов крыжовника. Она с радостью рассказывает об этом, строит планы, с гордостью показывает мужу выращенные цветы и плоды. Если бы муж протудировал несколько книг по огородничеству и мог бы со знанием дела говорить на данную тему, это позволило бы легко ликвидировать угрозу супружеских споров.

4. Осторожней с критикой. Часто критика бумерангом возвращается туда, откуда она вышла. Если мы начинаем критиковать, можно не сомневаться: нам отплатят тем же. Когда жена говорит мужу, что он небрит и плохо выглядит, она может получить и такой ответ: «Сначала посмотри на себя, как ты выглядишь». Критика должна включать и позитивные элементы. Она не должна задевать достоинство партнера, но скорее «подталкивать» его к самокритике. Не следует делать критические замечания в форме нападок; критика не должна быть прямой; критикуя партнера, необходимо одновременно похвалить что-то положительное в нем.

5. Осторожней с приказами. Большинство людей не любят, когда им кто-то приказывает, напоминает об их обязанностях, особенно это касается супружеских отношений, брака, где партнеры чувствуют себя равными. Чтобы избежать спонтанного, естественного сопротивления приказам, следует облечь их в форму вопроса или просьбы о помощи.

Когда муж приходит с работы домой, а жена говорит ему, например, «Сбегай-ка за молоком!», — муж может отрицательно прореагировать на приказной подтекст предложения («приказывает мне что-то сделать»). Гораздо разумнее спросить: Не смог бы ты сходить за молоком?. Смысл остается тем же, но форма не провоцирует отпора. Когда муж протягивает пиджак со словами: «Пришей мне пуговицу», — у жены может появиться желание ответить: «Пришей ее сам!». Если бы муж сказал, допустим, «не могла бы ты мне пришить пуговицу — у тебя это лучше получается», — то, скорее всего, последовала бы более благоприятная реакция.

6. Понять свои ошибки. Если своевременно понять свои ошибки и исправить их, то ссоры или конфликта можно избежать. Когда мы добровольно берем на себя как ошибку то, что

в прямом смысле слова ошибкой не является, мы можем успешно овладеть конфликтной ситуацией.

Если жена, потеряв стокронную купюру, сообщает об этом мужу как о чем-то естественном, она вполне может ожидать от него такой реакции, как: «Ты, наверное, думаешь, что мы деньги воруем?». Однако если она сообщит ему эту новость с чувством вины, то может рассчитывать на утешение: «Это может случиться с каждым».

7. Что стоит за похвалой. Обычно мы ругаем то, что нам не нравится. Когда же нам что-либо нравится, мы чаще всего молчим. Если мужу по вкусу блюдо, приготовленное женой, он ест его молча. Когда же еда ему не нравится, он начинает высказывать претензии. С точки зрения супружеской тактики должно быть наоборот.

В разговоре целесообразно слегка идеализировать партнера, говорить о нем так, как если бы он уже стал таким, каким мы хотели бы его видеть.

Муж, который упрекает жену, что она «в постели, как бревно», подобными замечаниями не сделает из нее страстной женщины. Если же он будет проявлять радость и энтузиазм, когда она хоть немного ведет себя так, как ему хотелось бы, он скорее добьется желаемого поведения.

8. Войти в положение другого. На спорные вопросы каждый смотрит несколько под иным углом и видит их по-своему. В одном из психологических исследований приводится пример инсценированной ссоры между лектором и ассистентом, которую должны разобрать студенты. Анализ показал, что на выводы студентов большое влияние не оказало их непосредственное отношение к участникам инсценированной ссоры.

Например, муж опоздал к ужину, к которому жена давно ждет его. Он усталый, нервный, сосредоточен на своих мыслях, отодвигает недоеденный ужин. Обиженная жена уходит в другую комнату, между супругами нарастает напряжение. Жена думает, что муж невнимателен по отношению к ней. Она не знает, что на работе у него было много хлопот и дел, которые не выходят у него из головы, а он не догадывается, что жена хотела сделать ему приятный сюрприз в виде вкусного ужина в спокойной милой обстановке, полагая, что доставит ему удовольствие. Если человек попытается поставить себя на место другого, постарается понять ситуацию и переживания партнера, он будет более терпим к нему и найдет правильный выход из положения, что позволит избежать конфликтов.

9. Не ссориться. Деструктивная ссора не решает возникшей проблемы, а лишь усиливает напряженность и чувство несправедливости. Принцип «не ссориться» вовсе не предполагает полного молчания — тактически он означает «быть выше ссоры», участвовать в разговоре, но при этом не противоречить тому, что говорит партнер. Если мы начинаем возражать парт-

неру, повторяя «ты не прав», «это твоя вина» и т. п., мы как бы даем ему понять, что он глуп или плох, а мы сообразительнее и лучше: это никому не приятно. Тем самым мы лишь затрудняем принятие нашего мнения, даже если оно правильно.

Жена предложила мужу выбраться в воскресенье с детьми на рыбалку. Муж заметил, что там много комаров. Жена категорически заявила, что комаров там нет. Муж ответил «есть». А дальше уже начали ссориться. Тактическая ошибка была допущена уже в первом отрицании слов партнера, так как затем он уже из принципа стоял на своем. Ссору легко было предотвратить. Достаточно было просто не реагировать на «комаров» и отметить какие-либо преимущества поездки на реку или перевести разговор на другую тему, а со своим предложением подождать до более удобного момента.

10. Улыбаться. Приветливая улыбка диаметрально противоположна конфликту. В присутствии добродушно улыбающегося человека у других пропадает желание ругаться и ссориться, скорее возникает столь же доброжелательное отношение. Вспомните, как веселый и остроумный попутчик поднимает настроение утомленных дорогой путешественников. Настроение легко передается. Если вы будете улыбаться партнеру, то можете быть уверены, что и он ответит вам улыбкой.

К вопросу о супружеской тактике

Супружеская тактика целесообразна в следующих случаях: а) когда главная проблема супружеской пары заключается в негативизме, излишней критике, отчитываниях, неприемлемой коммуникации, нарушающей нормальную атмосферу в семье; б) когда существуют другие важные проблемы, которые, однако, в данной ситуации не совсем удобно (например, проблемы ревности и неверности) или невозможно (при отказе партнера сотрудничать) совместно обсудить и, следовательно, решить.

Следует отметить, что требование «быть выше конфликта» и сдерживать проявления отрицательных эмоций, которое включает в себя супружеская тактика, может означать для некоторых лиц необходимость чрезмерных усилий или даже возможность возникновения невротических реакций. Здесь уместно вспомнить одну метафору из области психосоматической медицины: «когда не плачут глаза, плачут внутренние органы». В таких случаях рекомендация применения супружеской тактики весьма проблематична. Однако подобное напряжение при использовании приемов супружеской тактики для предотвращения семейного конфликта наблюдается далеко не в каждом случае. Чувство удовлетворения от владения ситуацией и радость оттого, что с ней «все же удалось справиться», нередко успешно сменяют ненависть и злость. Понимание другого значительно уменьшает число поводов к проявлению агрессии. Приветливость и доброжелательность одного вызывают аналогичную ответную реакцию у другого, снимая напряжение. При всякой возможности следует отдавать предпочтение методам, облегчающим общение и позволяющим открыто обсуждать проблемы и способы их решения.

13. КОНСТРУКТИВНАЯ ССОРА

Термином «конструктивная ссора» мы обозначаем такую форму коммуникации, при которой в обусловленное время супруги открыто проявляют отрицательные эмоции, неудовлетворен-

ность и критику по отношению к партнеру (причем соблюдаются определенные правила), затем переходят к самокритике и положительной оценке партнера, а иногда и к компромиссному решению спорного вопроса. Это позволяет ослабить отрицательные аффекты и способствует сближению супружеской пары.

Конструктивная ссора является развитием метода, описанного Bach, Wyger (1969) под названием «честный бой». Первоначальный подход был нами существенно изменен в соответствии с условиями применения и дополнен «примиряющей концовкой» [Kratochvil, 1973, 1981].

Обучение участников конструктивной ссоре начинается с обычного совместного проведения дискуссии по некоторым спорным вопросам (с помощью оценочного формуляра). Затем, ознакомившись с правилами, супруги должны провести «ссору» снова (уже по правилам) на ту же тему или (по их выбору) по какой-либо другой спорной проблеме, актуальной для данной пары. На этот раз врач наблюдает, вносит соответствующие поправки и направляет ход дискуссии, например побуждает к более открытому и агрессивному выражению критики, отмечает нарушение правил «ссоры» и регулирует правильное ее окончание.

Супруги получают отпечатанные инструкции и соответствующие формуляры с тем, чтобы дома можно было продолжать тренировки и оценивать свои ссоры.

Принципы конструктивной ссоры. Ссора происходит по предварительной договоренности. Для этого необходимо выбрать удобное место и время. Не следует «ссориться» в присутствии детей или родственников, когда ожидаете гостей или собрались идти в театр

2. Ссора должна происходить прежде всего по поводу какого-либо критического события.

3. Начиная ссору должен предварительно четко уяснить себе, что ему требуется, чего он хочет с ее помощью добиться.

4. Целью ссоры является не поражение противника, а совместное решение проблемы.

5. Ссора предполагает соблюдение правил честной игры. Нарушением этих правил следует считать «удар ниже пояса» (аргументы не должны задевать самые болезненные места; например, нельзя высмеивать физические недостатки партнера, такие как заикание и др.), «удар кирпичом по голове», припоминание старых обид (кто и в чем согрешил в прошлом), выпады против лиц или атаку на предметы, которые дороги партнеру («твоя мать», «твои книги»), неопределенные обобщения («ты мне никогда не помогаешь») и ссылки на неприемлемые средства (угрозы развода из-за разбитой чашки).

Этапы ссоры. Некоторым людям бывает очень трудно начать ссору и проявить в ней свои чувства, другим легко ее начать, но весьма трудно закончить. Поэтому мы разделили ссору на 3 этапа, для каждого из которых установили несколько основных правил.

А. Начальный этап	Уведомление о желании начать ссору
В. Средний этап	1. Говори то, что думаешь 2. Реагируй и критикуй
С. Конечный этап	1. Признай свои ошибки 2. Найди в другом что-либо хорошее

Конечный этап ссоры сопровождается включением сигнала (красный свет), который предупреждает говорящего, что он исчерпал лимит времени и имеет еще несколько минут на то, чтобы удачно закончить свое выступление. Необходимо сделать шаг назад, протянуть руку для примирения и дать другому возможность достойного отступления. В нашей концовке ссоры используются некоторые элементы карнегиевской тактики. Каждый из партнеров должен поразмыслить над своими ошибками, постараться понять позицию другого, узнать, что другой не думал о нем плохо, а иногда попросить о примирении и попытаться исправиться. И наконец, он должен также (после критических замечаний среднего этапа) оценить партнера, похвалить его за что-либо, что заслуживает похвалы.

Оценка и профиль ссоры. Оценочный формуляр (табл. 6) предназначен для оценки стиля и результатов ссоры. Оценку стиля ссоры производят оба ее участника. За каждый раздел можно получить —1, 0 или +1 балл; таким образом, окончательный результат может находиться в диапазоне от —4 до +4 баллов. При оценке результатов ссоры проводится подсчет очков для каждого участника отдельно, профиль ссоры получают после занесения отметок разными цветами в выступающие колонки. Окончательный результат, получаемый суммированием баллов, может достигать значения от —8 до +8.

Эта методика, в течение ряда лет применявшаяся в психотерапевтическом отделении клиники в Кромержиже в работе с невротиками, а также использовавшаяся в некоторых супружеских консультациях в Чехословакии и Польше, безусловно, имеет свои ограничения и проблемы. Некоторое недоумение иногда вызывает уже одно только сочетание слов «конструктивная ссора». При моделированном тренинге конфронтация партнеров скорее походит на разговор с критическими замечаниями, высказыванием отличных точек зрения и стремлением к решению

Таблица 6. Оценка ссоры

Стиль ссоры		+	-
1. Конкретность	В ссоре по какому-либо вопросу атака или защита направлена на определенные и конкретные поступки в настоящее время		Разговор неконкретный, поведение можно назвать типичным; говорят о прежних поступках или вещах, не имеющих отношения к решаемой проблеме
2. Включение	Оба партнера активно включаются в конфронтацию, «бьют и получают сдачу»		Один из участников не включается в ссору, уклоняется от нее, обижается и раньше времени ее заканчивает
3. Общение	Ясные и открытые сообщения, каждый говорит за себя, обдумывает свои слова; другой его понимает и отвечает		Излишне частое повторение своего, плохо слушает другого, скрытые намеки и неясности, урывается за высказываниями и словами других лиц
4. «Честная игра»	Не используются удары «ниже пояса», принимается во внимание, что может вынести партнер		Аргументы не относятся к предмету ссоры, но больно бьют партнера по его слабым местам
Результаты ссоры		+	-
1. Информация	Что-либо узнал или понял, научился чему-то новому		Не узнал ничего, о чем не слышал бы раньше
2. Реакция	Уменьшилась напряженность, высказывались жалобы, претензии, дан выход эмоциям, снизилось раздражение		Разговор не привел к уменьшению напряженности, она осталась или даже повысилась
3. Сближение	Ссора привела к взаимопониманию и сближению, партнеры чувствуют, что зависят от каждого из них, и правильно себя оценивают		Партнеры еще больше отделились друг от друга, не понимают друг друга или чувствуют какую-то несправедливость
4. Улучшение	Ссора привела к решению проблемы, выходу из конфликтной ситуации, к пониманию, взаимным уступкам; обдумано и обсуждено дальнейшее поведение		Решение не найдено, партнер не старался улучшить ситуацию или не поддерживал такое стремление у другого, не идет на уступки и не желает в себе что-либо изменить

Оценки:

Стиль

Результаты

Муж

Жена

Итог

возникших проблем. Такой разговор, вероятно, правильное было бы назвать «обсуждением претензий» или «конструктивным спором». Достигнуть «по команде» включения эмоций и аффективного реагирования может быть нелегко. Если же, наоборот, действительно возникает спонтанная ссора с выраженным эмоциональным зарядом, то ее бывает трудно через определенное время остановить и перейти к конструктивному завершению, которое некоторым пациентам представляется насильственным.

Применение данной методики предполагает наличие желания у обоих супругов воспользоваться правилами «игры». Если же эти правила усваивает и соблюдает только один из партнеров, а другой ими пренебрегает, то они становятся бесполезными. Обучение следует проводить в несколько сеансов непосредственно в консультации, но с мотивационно готовыми пациентами.

Данная методика показана особенно в тех случаях, когда реакции одного или обоих партнеров можно считать адекватными и вполне приемлемыми. И наконец, даже если конструктивная ссора проходит без аффективной компоненты, ее влияние на супругов также можно рассматривать как положительное.

В настоящей главе рассматриваются не общие вопросы конструктивного решения проблем, обсуждавшихся в предыдущих главах, а решение отдельных конкретных проблем, с которыми мы наиболее часто сталкиваемся в конфликтных супружеских парах. Эти проблемы могут быть обусловлены личностными качествами супругов, особенностями их брака, динамикой развития супружеских отношений, а также рядом внутренних и внешних факторов, влияющих на брак (рис. 4).

1 ЛИЧНОСТНЫЕ КАЧЕСТВА СУПРУГОВ

Источник трудностей в семейной жизни может заключаться прежде всего в особенностях личности одного или обоих супругов. Речь может идти о чертах, которые вначале соответствовали норме, но не были вполне адекватными личностным качествам партнера, или партнер не находит правильного подхода к ним, не в состоянии справиться с определенными особенностями своей психики. Кроме того, речь может идти о патологических свойствах личности, которые уже сами по себе представляют проблему в межличностных связях, а тем более в супружеских отношениях.

1.1. Нормальные свойства личности

При изучении личности супругов особого внимания заслуживают свойства, обусловленные темпераментом, такие полярные черты, как экстравертность — интровертность, рационализм — романтизм, доминантность — подчиненность, враждебность — дружелюбие, ригидность — гибкость, вспыльчивость — спокойствие, стабильность — лабильность, оптимизм — пессимизм, активность — пассивность, беспечность — ответственность, а также способность к социальной адаптации, психическая уравновешенность и самообладание.

Существующие в настоящее время психологические методы с психометрическим тестированием, к сожалению, не дают однозначного ответа на вопрос о влиянии схожести (гомогении) или противоположности и взаимного дополнения (комплементарности) определенных особенностей темперамента на гармонию и успешность супружества [Máchová, 1974]. Можно обоснованно предположить, что в некоторых случаях полярности положительное влияние оказывает гомогения (например, в случае экстравертности — интровертности), в других — комп-

лементарность (доминантность — подчиненность), а в ряде случаев более выгодным для обоих партнеров является только одно из полярных свойств (беспечность — ответственность, педантичность). Обычно весьма популярными оказываются рекомендации, касающиеся совместимости личностных качеств, хотя они опираются скорее на клинический опыт, нежели на убедительные научные данные.

Об особенностях характера супругов свидетельствует их отношение к работе, окружающим людям, собственности, к самим себе и родственникам. Важными являются и основные моральные принципы, интересы, кругозор, стиль жизни, психосоциальная зрелость и шкала ценностей. Проблемы могут создавать и некоторые привычки, например курение одного из партнеров.

В супружеской терапии могут использоваться и классические понятия типологии Гиппократов.

Холерик характеризуется повышенной возбудимостью. Он бывает активным, самоуверенным, властным, стремится диктовать, навязывать свое мнение; он оберегает свои права, во всем ищет справедливость, правду. Он легко раздражается, повышает голос, срывается. Такой человек излучает энергию, обладает силой и решимостью. Это человек действия, хотя его поступки во многом опрометчивы. Для самовыражения ему необходимо общество, окружение. Часто он некритически оценивает ситуацию, излишне упорно настаивает на своем. Вспыльчивость и властность, склонность к подавлению легко приводят к спорам и конфликтам. Он бывает признан, но не любим.

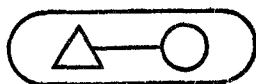
Партнеру необходимо объяснить, что холерику нецелесообразно перечить, когда он возбужден. Возражения лишь усилят его возбуждение и повысят невосприимчивость к разумным доводам. В такие моменты лучше не оспаривать его мнение, а подождать, пока его волнение уляжется и он успокоится.

Флегматик реагирует на все замедленно, не сразу. Он

1. Личностные качества супругов



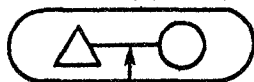
2. Супружеская связь



3. Динамика развития брака



4. Влияние внутренних факторов



5. Влияние внешних факторов

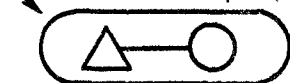


Рис. 4. Психологические факторы супружеской дисгармонии.

спокоен, менее подвижен, его трудно разволновать. Такой человек не раздражается при неудачах или поражениях, не делает ничего лишнего, выполняет все неторопливо. Он не испытывает «великих страстей» и не имеет больших притязаний; это трезвый реалист, несколько ленивый, его мало привлекают высокие идеалы и вполне удовлетворяет посредственность. Он редко проявляет инициативу, работает не спеша; требуется много времени, чтобы его расшевелить, однако свою работу он выполняет настойчиво, основательно и хорошо. Он не интересуется общественной деятельностью, но, с другой стороны, поддерживает с большинством людей ровные, неконфликтные отношения.

В супружеские отношения флегматик вносит стабильность и покой. Иметь супруга-флегматика в принципе неплохо. Хотя его медлительность иногда раздражает более темпераментного партнера, последний постепенно свыкается с ней. Ведь если хочешь что-либо найти, надо быть терпеливым. Флегматику необходимо дать время, чтобы он смог все усвоить и переварить.

Меланхолик серьезен, даже грустен. Это нерешительный, колеблющийся человек, ему недостает смелости и импульса к действию. Его часто охватывают сомнения, он легко раним, суетлив, беспокоен, легко внушаем, неуверен в себе, нередко испытывает чувство собственной неполноценности; иногда он сложен, его трудно бывает понять, он замкнут, в обществе редко проявляет инициативу и чувствует себя неуверенно. Внешний мир часто ранит плохо защищенного меланхолика, поэтому у него развивается склонность к пессимизму. Однако меланхолик может иметь богатый внутренний мир, способен к глубоким, устойчивым чувствам. В браке ему нередко достается роль поработленного и обманутого; он выносит немалые страдания от агрессивного поведения своего партнера.

Жизнь с меланхоликом предъявляет партнеру серьезные требования. От него требуются самообладание и деликатность, особенно осторожное и тактичное поведение. Меланхолика надо основательно расшевелить, прежде чем он заговорит о своих чувствах; необходимо постараться войти в его положение, помочь ему преодолеть свой пессимизм и поддержать веру в собственные силы.

Сангвиник — живой, активный и веселый человек, у которого преобладают хорошее настроение, оптимизм и жизнерадостность. Часто он не склонен воспринимать окружающее слишком серьезно. Раздражение у него не продолжается долго, в жизни он скорее замечает светлые ее стороны, конфликты и обиды улаживает очень быстро. Легкомыслен, занимается одновременно слишком многими вещами вместо того, чтобы выполнить основательно хотя бы некоторые из них. Он любит общество и развлечения, легко знакомится с людьми и бывает

приятным компаньоном. Он умеет хорошо организовать различные развлечения, и людям приятно находиться в его обществе. Он склонен к непостоянству и поверхностным отношениям, бывает менее заботлив и менее ответствен, что может раздражать более серьезного партнера по браку.

С сангвиником легко жить, не требуется никакой особой тактики поведения. Однако, учитывая его беспечный образ жизни, надо стараться загружать его семейными заботами, но не забывать соблюдать при этом меру. Иначе в неприятных ситуациях он может попытаться ускользнуть и будет уходить из дома туда, где ему приятнее и спокойнее.

1.2. Патологические свойства личности

Некоторые свойства личности могут быть патологически преувеличены в основном за счет других черт. В зависимости от их интенсивности, а также трудностей, которые они вызывают у их носителя или его окружения, мы различаем акцентированные, аномальные и психопатические свойства. Подробное описание отдельных психопатических свойств личности можно найти во всех учебниках психиатрии и специальных монографиях [Hogvai, 1968; Keriński, 1977; Leonhard, 1976]. Значительное внимание уделил им Plzák (1973, 1975) при рассмотрении проблем супружеских отношений.

Здесь будут представлены краткие характеристики тех патологических типов личности, которые наиболее часто способствуют возникновению затруднений в супружеских отношениях. Одновременно мы остановимся на отношении к ним партнера по браку, при этом мы будем пользоваться точными и подробными описаниями Plzák (1973).

Астеническая и гиперсензитивная личность. Для такой личности характерны некоторые черты нормального меланхолического типа. Об астенической личности можно говорить в случае превалирования общей слабости, пассивности, несмелости и плохой приспособленности к жизни. О гиперсензитивной личности можно говорить тогда, когда преобладают ранимость, изнеженность и повышенная чувствительность к внешним раздражителям. Даже небольшие нагрузки вызывают у таких лиц невротические реакции, они плохо выдерживают нагрузки. Бесполезно пытаться воздействовать на них силой. Чаще всего они отвечают на это плачем, давая ясно понять, что они обижены и обмануты, показывая, как они несчастны.

Для партнера важно научиться распознавать, когда необходимо быть особенно внимательным и деликатным, утешить и поддержать (т. е. взять его заботы и проблемы на себя), а когда следует быть твердым и неуступчивым, чтобы

астеник не начал терроризировать семью своей астенией. Можно попытаться вовлечь астенического индивидуума в занятия групповой психотерапии и обучить навыкам аутотренинга и самовнушения. Здоровому партнеру необходимо время от времени отдохнуть от тех требований, которые предъявляет ему совместное проживание с астеником. То же можно сказать относительно гиперсензитивной личности.

Эксплозивная личность. Такая личность представляет ярко выраженный тип холерика. У таких лиц наблюдаются вспышки гнева, сопровождаемые грубыми оскорблениями, а нередко и физическим насилием. В состоянии озлобленности они бьют своего партнера. Причины, способные вызвать у них раздражение, несоизмеримы с интенсивностью проявлений. Скандалы возникают, как правило, по совершенно пустяковому поводу и не только дома, но и на работе, у знакомых, в магазине, в транспорте. Эксплозивная личность не в состоянии овладеть собой во время взрыва озлобления. После вспышки гнева в некоторых случаях такой человек сожалеет о своем поведении, оправдывается, старается загладить свою вину перед партнером различными уступками и подарками. Подобная аномалия чаще встречается у мужчин. Иногда она наблюдается у так называемой эпилептоидной личности, для которой характерно наличие органической симптоматики.

Совместное проживание со вспыльчивой особой ставит партнера по браку перед ситуацией повторяющейся кратковременной угрозы. Хроническая конфликтная ситуация возникает в том случае, когда здоровый партнер не видит в подобных вспышках проявления болезни и реагирует на них как на обычные приступы злобы, с которыми человек способен справиться.

Резонер. Это разочарованный, озлобленный, упрямый пессимист. Все ему не так, ничего ему не нравится, во всем он находит какой-нибудь изъян. Ничего ему не приносит радости, и он легко портит хорошее настроение окружающим. Резонер видит мир только в безрадостных тонах; по его мнению, никто не совершает хороших поступков, все вокруг делают лишь глупости. Он ругает и критикует других, проявляет нетерпимость и ведет себя так, как если бы все вокруг были подлецами или глупцами.

Брак с резонером может выдержать только тот партнер, который способен, не обращая внимания на его присутствие, реализовать себя в работе, в заботе о детях, контактах с друзьями и знакомыми, активном увлечении каким-либо интересным делом.

Педант. Это человек, отличающийся мелочной точностью, чрезмерной приверженностью к порядку. Проблемы в семье

возникают в связи с тем, что таких же качеств он требует от других. Педантичной жене постоянно кажется, что дома беспорядок, поэтому она непрерывно что-то чистит и моет, поправляет и проверяет. У мужа-педанта все вещи должны лежать на своих местах, он не выносит какого-либо вмешательства в свою тщательно продуманную систему. Педант может вызывать доверие и уважение, чувство уверенности, стабильности, но не восхищение, радость или любовь. В своих крайних проявлениях педант-психопат терроризирует членов семьи тем, что принуждает их следовать установленному им строгому порядку и расписанию. Это вызывает отпор, протест, напряженность в отношениях и ощущение несвободы.

Партнера можно попытаться подвести к тому, чтобы он оценил несомненные преимущества приверженности человека к порядку и пунктуальности. Педанту же мы даем ряд точно сформулированных заданий, позволяющих ему реализовать чрезмерную любовь к порядку самому, но не распространять свои требования на других.

Шизоидная личность. У таких лиц отмечается недостаточная способность выражать свои чувства, вплоть до крайней эмоциональной бедности, а также замкнутость, отсутствие адекватного контакта с окружающими, что часто связано с робостью, пугливостью и легкой ранимостью. Шизоид может вызывать у окружающих удивление своими странными взглядами, мнениями, поведением, неприспособленностью и даже отстраненностью от практической жизни, в значительной степени абстрактными или излишне усложненными рассуждениями и неясной речью. Наиболее активные шизоидные личности скорее провоцируют окружающих своей неконформностью, тогда как более пассивные обычно сторонятся общества, избегают людей ввиду повышенной ранимости.

Шизоиды, как правило, долго (если не всегда) остаются одиночками. Успешность брака в основном зависит от мотивации и способности партнера к приспособлению, от его умения сгладить проявления странности, непрактичности, угрюмости шизоидной личности.

Асоциальная анетическая личность. Такой тип личности характеризуется значительным снижением (вплоть до полного отсутствия) высоких чувств, главным образом сочувствия, сердечности, приветливости; при этом проявляются игнорирование осуждения окружающих, невнимание и явное неуважение к другим людям, часто допускается аморальное поведение. Один из вариантов такой личности представляют лодыри, прогульщики и уголовники-рецидивисты. К другому варианту относятся лица, которые свою лень, нежелание работать и отсутствие отзывчивости умело скрывают. Для

жен, принадлежащих к этому типу личности, характерны выраженная неопрятность, нечистоплотность, несоблюдение личной гигиены, неухоженность детей, для мужей — тунеядство, отсутствие заботы о семье; обычно они паразитируют на семье.

Психотерапевтическое лечение в подобных ситуациях можно в целом расценивать как пустую трату времени. Таких лиц необходимо изолировать от общества и семьи, поскольку наносимый ими тяжелый ущерб часто оказывается непоправимым.

Истерическая личность. Ее характеризуют повышенная эмоциональность, живое воображение, повышенная потребность во внимании окружающих, стремление к демонстрированию, драматизации, преувеличениям, эгоцентричность. Истеричные особы часто испытывают дискомфорт, связанный с существованием противоречий между их яркими романтическими представлениями и тусклой, банальной действительностью. Они либо уходят в мир фантазии, либо стараются вызвать вокруг себя некое волнение, привлечь к себе внимание. Они преувеличивают, выдумывают, играют, как на сцене театра. Иногда они теряют границу между фантазиями и реальностью. «Игра» в отдельных случаях может проходить на высоком уровне и вызывать интерес. Трудно определить, использует ли истерическая личность стенический способ, привлекает внимание хотя бы такими драматическими проявлениями слабости и зависимости или преувеличивает свои трудности. Чувства истерика весьма неустойчивы, он часто переходит из одной крайности в другую. Истеричные особы могут быть бесконечно воодушевленными и сразу же после этого «страшно несчастными». Тогда они нередко говорят о самоубийстве или пытаются покончить с собой. Такие попытки не бывают серьезными и имеют характер эмоционального «шантажа».

Часто отмечается, что истерическая психопатия представляет как бы крайнее выражение или карикатуру нормальной женственности. К умеренным истерическим проявлениям, наблюдаемым у женщин, в нашем обществе относятся довольно мягко. В глазах некоторых мужчин легкая истеричность даже придает красивым женщинам определенную привлекательность (правда, пока они не становятся их женами). В поведении мужчин-истериков отмечаются нехарактерные для мужчин черты — кокетливость, некоторая женоподобность. Иногда, наоборот, истерия у мужчин проявляется излишним подчеркиванием чисто мужских черт: чрезмерным преувеличением собственной силы, демонстрацией геройских выходов или представлением себя в роли неотразимого соблазнителя и сексуального гиганта.

Различают пассивные, астенические формы истерии, при которых преобладают такие свойства и проявления, как повышенная эмоциональность и бегство в болезнь или обостренное восприятие несправедливости, мысли о самоубийстве, а также продуктивные, стенические, активные формы, для которых характерны внешние, экстравертивные и агрессивные проявления.

В браке выраженные истерические личности, с одной стороны, «страшно неудовлетворены» или «ужасно несчастны», с другой — эмоционально подавляют и угнетают своего партнера. У истеричной женщины через некоторое время после вступления в брак возникает чувство, что она уже «недостаточно любима», и она постоянно жаждет доказательств любви.

Продуктивная истерическая психопатка повторяет в семье свои выступления и сцены, провоцирует бурные ссоры, сопровождаемые рыданиями, с драматическим примирением. Ее дальнейшие «поиски великой любви» проходят вне настоящего брака, обманувшего ее ожидания. Нередко такая женщина отказывается от половой жизни с мужем, ибо она «не может отдаваться человеку, к которому уже не испытывает чувства любви». Сильные эмоциональные переживания в новом браке рано или поздно теряют свою остроту (а новый партнер также рад «ускользнуть» из столь беспокойного, угрожающего брака); все повторяется, что делает такую женщину «вечной искательницей любви». Астенические, пассивные типы обычно не вступают в брак повторно, хотя в настоящем супружестве испытывают страдания, и свои романтические переживания реализуют в фантазиях.

Истерическую личность весьма трудно привести к пониманию и правильной оценке собственного поведения. Общение с врачом противоположного пола в ходе психотерапевтических сеансов может быстро вызвать проявления восхищения и влюбленности, различные намеки относительно того, что с врачом все было бы иначе, нежели с бесчувственным, скучным и неинтересным супругом. Если врач не поддерживает подобной игры, то пациентка считает себя обиженной в своих лучших чувствах и перестает сотрудничать на сеансах или переходит к агрессивным выпадам против него. С персоналом того же пола, как правило, соперничает. Наибольшую надежду на успех в коррекции поведения таких пациентов дает систематическая групповая психотерапия. Вначале пациентку просто включают в группу, где она может найти определенную поддержку, а затем постепенно получить от членов группы их оценку и мнение относительно ее истерического поведения.

Положительное значение может иметь работа с партне-

ром такой истерической особы, который нуждается в поддержке, чтобы перенести истерические излияния без потери своего душевного равновесия и здоровья. Ему следует объяснить, как он должен себя вести, чтобы избежать семейных сцен. Он должен понять, что истерическая особа просто требует внимания, понимания и определенной оценки. Если это требование реализуется неадекватным, драматизированным, истерическим способом, то следует оставить без внимания такое поведение, ибо в противном случае партнер будет его поощрять. С другой стороны, подобный разговор позволяет несколько успокоить партнера, что позволит ему уделять истерической особе больше внимания, лучше понять ее, по крайней мере тогда, когда ее поведение нормально и вполне адекватно.

От проявлений истерической личности (акцентированных, аномальных или психопатических) необходимо отличать следующее:

а) истерическую реакцию, которая является эмоциональным (или соматическим) проявлением действительно возникшей эмоционально напряженной ситуации;

б) истерический невроз, который представляет заболевание, имеющее свое начало, развитие и завершение. Истерический невроз в настоящее время наиболее часто проявляется различными соматическими симптомами, которые явно связаны с психотравматическими факторами и конфликтными ситуациями, а иногда имеют характер целенаправленного ухода от решения каких-либо жизненных проблем.

Ревнивая личность. Ревнивец живет в страхе, что его партнер ему неверен или, во всяком случае, может ему изменить. Эти мысли целиком овладевают им, и он все время подозревает своего партнера, следит за ним, требует доказательств верности. Доказательства не приносят ему успокоения, поскольку верность в принципе доказать довольно трудно. Начиная с провокационных вопросов и разговоров, ревнивец постепенно переходит к сыскным действиям.

Ревность может в различной степени влиять на реальную ситуацию, ее проявления имеют разную интенсивность и характер. Она может быть ситуационно обусловленной, характерной чертой личности или одним из проявлений психоза.

Ситуационно обусловленная ревность вызвана реальной опасностью измены партнера, конкретными проявлениями в его поведении, зародившимися подозрениями. Угрожаемый индивидуум стремится предпринять определенные меры для устранения этой опасности. Проявления ревности в таких случаях проходят с исчезновением угрожающей ситуации.

Когда ревность является личностной чертой, индивидуум характеризуется в первую очередь своей готовностью к ее проявлению. Ревность провоцируется совершенно невинными

поводами, трудно подавляется и время от времени вспыхивает вновь.

При некоторых психозах, особенно при паранойе, иногда возникает бред ревности. Это навязчивые представления об измене (или изменах) партнера, не имеющие никакой реальной основы и принимающие совершенно абсурдный характер (например, что партнер за спиной ревнивца подает тайные знаки, призывающие к любовным отношениям) или ведущие к причудливым действиям (например, ревнивец приклеивает волос к дверям спальни или отмечает положение туфель партнера, чтобы определить, не ходил ли он ночью тайком к своим пассиям). Бред ревности плохо поддается психотерапии, здесь требуется дополнительное лечение; она редко бывает эффективной при паранойе.

При ситуационной обусловленной ревности и в случае, когда ревность является специфической чертой личности (психопатическое состояние ревности), целесообразно подвести ревнивца к анализу собственной ревности и попытаться «оттренировать» его; тренировка заключается в привыкании к состоянию неуверенности, которая наблюдается в каждом браке. Подобный «противоревностный тренинг» оказывается наиболее действенным при его проведении в рамках групповой психотерапии или групповых «курсов для ревнивцев». Plzák разработал методику, рассчитанную на 10 таких сеансов, а также составил соответствующую инструкцию для ревнивцев «Отелло» (1972). Партнеру не следует реагировать на попытки ревнивца выслеживать и контролировать, он не должен допускать объяснений и оправданий. Он должен категорическим образом пресекать споры по поводу ревности и разговоры на темы, с ней связанные; ему следует перевести разговор на другой предмет или просто выйти. Если психопатический ревнивец неисправим и тиранит партнера, то выход один — своевременный развод.

Алкогольная зависимость. Речь идет о людях, у которых зависимость от алкоголя достигла такого уровня, при котором она уже представляет серьезную проблему с точки зрения общественных связей и ослабления душевного и физического здоровья. Проблема усугубляется тем, что алкоголик сам не может перестать пить или хотя бы разумно ограничить употребление алкоголя. Свое пристрастие к алкоголю он оправдывает самыми различными причинами [Skála, 1977].

Развитие алкогольной зависимости имеет 4 фазы: начальная, предупреждающая, решающая и конечная.

1. Начальная фаза. Человек обнаруживает, что алкоголь улучшает ему настроение, помогает избавиться от страхов и укрепляет веру в собственные силы. Вначале он прибегает к алкоголю именно с этой целью, но постепенно привыкает, перерывы между принятием алкоголя сокращаются. Он пьет быстро, особенно когда начинает, чтобы скорее достичь определенного уровня опьянения; не перепивает, пьет столько, сколько ему нужно.

2. Предупреждающая фаза. Пьющий стремится постоянно увеличивать дозу, и ему требуются все большие дозы для достижения желаемого настроения. Приемы алкоголя учащаются, а доводы к тому имеют все меньшее значение. Все чаще возникает состояние перепития.

3. Решающая фаза. Появляется зависимость от алкоголя. Пьющий уже неспособен себя контролировать, не может остановиться. Иногда он пьет и несколько дней подряд, часто перепивает. Он объявляет себе «окна» — трезвые дни, которые ему удается провести на фоне недельных запоев. Возникают проблемы с окружающими. Люди осуждают его, он же воспринимает это как несправедливость и дополнительный повод к выпивке. Часто решает или обещает, что перестанет пить или будет выпивать меньше, но ему не удается этого сделать.

4. Конечная фаза. При алкогольной зависимости индивидуум уже не может жить без алкоголя. Он уже с утра вынужден «пропустить стакачик», чтобы привести себя в рабочее состояние. Без алкоголя он чувствует себя плохо, раздражен, неспособен сосредоточиться, у него трясутся руки, болит голова. Небольшая доза алкоголя исправляет состояние. Толерантность к алкоголю снижается, он напивается гораздо быстрее, чем раньше, ничто его не останавливает. Все это приводит к распаду личности, полной потере трудоспособности, разрыву отношений в обществе и в семье.

Лицом, зависимым от алкоголя¹, считают индивидуума, находящегося в 3-й или 4-й фазе развития алкогольной зависимости и уже неспособного самостоятельно справиться с этой зависимостью и проблемами, которые она вызывает. Термином «пьяница» обозначаются лица, находящиеся в 1-й или 2-й фазе, употребляющие алкоголь для достижения желаемого уровня настроения и еще способные себя контролировать. «Употребляющий алкоголь» («потребитель») — человек, выпивающий время от времени, по случаю праздников или семейных торжеств; он никогда не напивается и вполне может обходиться без алкоголя. «Абстинент» из принципиальных соображений полностью отказывается от употребления алкогольных напитков.

Индивидуум, зависимый от алкоголя, уже не может стать «пьяницей» или «потребителем». Он уже неспособен пить в меру и контролировать свое состояние. Эту проблему позволяет решить только постоянная абстиненция, для чего требуется качественное противоалкогольное лечение. После лечения такой человек в отличие от «здоровых» людей уже никогда не должен употреблять ни капли алкоголя.

В отличие от мужа, зависимого от алкоголя, который предпочитает пить в обществе (ходит в гости к приятелям, имеющим те же намерения, в пивную или организует вы-

¹ В соответствии с 9-й редакцией Международной классификации заболеваний данный термин заменил употреблявшийся ранее термин «алкоголик». В семье может возникать аналогичная проблема с лицами, имеющими лекарственную зависимость (ранее обозначавшимися как токсикоманы). Конфликты могут возникать и на почве курения (при никотинизме), если один из супругов курит, а другой нет.

пивку дома или на работе), пьющая жена чаще всего пьет дома в одиночестве, тщательно это скрывая. Она стыдится своей зависимости, прячет бутылки с алкоголем в разные тайники. В трезвом состоянии она винится, плачет, обещает исправиться.

Лица с алкогольной зависимостью (как мужа, так и жены) часто объясняют свое пристрастие к алкоголю конфликтами в семье. В действительности причина оказывается, как правило, иной; конфликты способствуют усилению зависимости и сами часто возникают на ее почве. Но какой ни была причина, прежде чем начать курс супружеской терапии, необходимо провести антиалкогольное лечение. Бесполезно пытаться добиться равновесия в отношениях между супругами, пока не достигнута абстиненция. Если алкоголик не желает лечиться, партнер должен предъявить ему ультиматум, исключающий компромиссы: «Если ты не пойдешь лечиться, я вынужден буду развестись».

Необходимо различать проблемы, действительно связанные с алкогольной зависимостью, и супружеские конфликты, обусловленные повышенной реактивностью некоторых жен, «аллергически» чувствительных к пьяному поведению мужа или запаху алкоголя. Врач должен поговорить с обоими партнерами, стараясь получить объективную информацию. И если речь идет об алкоголизме, то не следует требовать от мужа полной абстиненции.

В завершение раздела, посвященного личностным свойствам супругов, рассмотрим главные вопросы в рамках работы с супружеской парой. Супруги отвечают на две основные группы вопросов.

1. Какие свойства моей личности вносят свою лепту в супружескую дисгармонию? В чем заключается мое участие в семейных конфликтах? Что я могу с этим сделать? Что я могу изменить в себе?

2. Как я могу наилучшим образом объединиться с партнером, таким, какой он есть? Как относиться к партнеру, который обладает данными свойствами личности?

Речь идет о принципах, которые можно использовать и при работе с одним из партнеров. Вопреки ожиданиям пациента, анализ его личностных свойств и таковых партнера направлен главным образом на достижение понимания того, что ему следует изменить у себя (и никогда у партнера) и как он должен приспособить свое поведение к поведению партнера (а не наоборот). Врач должен убедить пациента, что эти изменения находятся в его власти и их необходимо сделать, если он желает достичь супружеской гармонии.

Проиллюстрируем данный принцип на конкретных примерах. Жену, которая жалуется на ревнивого мужа, необходимо подвести к анализу

собственного поведения — не провоцирует ли она его ревность некоторыми своими поступками? Если ревнивость является чертой его характера, следует подвести жену к выводу относительно невозможности изменить эту черту характера. Необходимо научить ее правильному поведению с мужем, чтобы его патологические поведенческие черты принесли ей меньше страданий; например, сразу пресекать выслеживания и допросы мужа и не вступать с ним в споры на темы, касающиеся ревности.

С мужем, который жалуется на истерическое поведение жены, необходимо обсудить характерные признаки истерии, такие как потребность в повышенном внимании, склонность к драматизированию, снижение контроля за эмоциональными проявлениями и т. д. Он должен прийти к выводу, что нельзя требовать от жены, чтобы она была иной, невозможно переделать ее. Он сам может продумать, что ему следует делать, живя с такой женщиной, например не позволять втягивать себя в драматические сцены, которые устраивает жена, попытаться ее переубедить или уступить ее требованиям, если ей действительно не хватает его внимания. Можно посоветовать мужу проявлять к жене достаточно внимания и даже восхищения, если ее поведение этого заслуживает, и игнорировать ее поступки и претензии, когда она преувеличивает и явно «переигрывает».

Такая переориентация поведения пациента нередко представляет собой трудный и постепенный процесс. Нельзя сразу же начинать активную работу с таким пациентом, чтобы у него не создалось впечатления, что врач его не понимает, иначе он может прекратить сотрудничать. Прежде всего надо дать ему возможность высказаться и проявить понимание своих проблем. Только так можно подвести пациента к осознанию его собственного участия в создании проблемной или конфликтной ситуации и необходимости изменения своего поведения как единственному (в большинстве случаев) решению, позволяющему рассчитывать на успех.

Исключения составляют случаи алкогольной зависимости, острых психозов или уголовно наказуемого поведения партнера, когда наша помощь клиенту может выразиться, например, в направлении партнера на принудительное лечение или в содействии его административному преследованию и уголовному наказанию. Нельзя постоянно приспосабливаться к поведению некоторых тяжелых психопатов; в подобных случаях мы оказываем содействие клиенту в получении развода. Однако нельзя и принимать на веру заявления и версии клиента — необходимо обследовать его партнера и получить о нем объективные данные.

2. СУПРУЖЕСКИЙ СОЮЗ

При исследовании в рамках супружеской терапии брачного союза как источника возникновения проблем у той или иной пары необходимо прежде всего задуматься над тем, что вело супругов вместе и до настоящего момента поддерживает их брак. Мы исследуем, как реализуются первоначальные ожидания, какие факторы их определяют и на каких принципах строятся супружеские отношения в настоящее время.

2.1. Выбор партнера

Межличностная привлекательность поддерживается факторами, которые представляют для того или иного индивида особую ценность или вызывают у него определенные надежды на то, что социальный контакт с данным партнером будет благоприятным [Mikula, 1977].

Ряд теорий, объясняющих принципы выбора брачного партнера, к которым относятся, например, теория комплементарности Winchov, теория ценности моногамии Coonibs и теория фильтров Керкгоффа-Дэвиса, в какой-то мере отражается в комплексной теории Mursteina (1976). В соответствии с этой теорией при выборе действуют три фактора, три силы притяжения: побуждение, достоинства и роль. Эти силы действуют последовательно в трех фазах, их значение в каждой фазе меняется. То, что проходит через правый фильтр, проходит в следующую фазу.

В первой фазе (побуждение) существенную роль играют такие факторы, как внешняя привлекательность и манера поведения. Важное значение имеет и то, как данные характеристики оцениваются окружающими. Значение побуждения, таким образом, относительно в рамках конкретной ситуации.

Во второй фазе (достоинства) центр тяжести смещается главным образом в область сходства интересов, точек зрения, шкалы ценностей. Партнеры при встрече узнают друг друга, получают информацию об интересах, шкале ценностей каждого из них. Если здесь выявляются существенные расхождения и обнаруженные недостатки не компенсируются какими-либо достоинствами, партнеры расходятся, считая, что не подходят друг другу.

В третьей фазе прежде всего оценивается совместимость ролей. Партнеры устанавливают, смогут ли они занять в супружеском союзе взаимодополняющие роли, что позволит им удовлетворить свои потребности. При этом оцениваются как сходство характеров и наклонностей (например, экстравертированность или интравертированность, одинаковая потребность в половых контактах и др.), так и противоположность взаимодополняющих черт (например, потребность в доминировании и подчиненности, стремление одного заботиться о другом и др.).

Во всех фазах действует принцип «соизмеримости обмена». Равновесие достигается только в том случае, когда такой обмен с точки зрения партнеров является равноценным. Например, внешне не слишком привлекательный мужчина может сделать предложение более привлекательной девушке, давая ей взамен устойчивое материальное положение. Не-

красивая девушка может привлечь красивого мужчину своей заботливостью, сексуальной искушенностью, способностью им восхищаться или быть послушной.

2.2. Ожидания и супружеское соглашение

Источником проблем нередко служат неоправдавшиеся ожидания, которые могут быть отчасти осознанными и сформулированными, отчасти осознанными, но не обсужденными с партнером, а отчасти и неосознанными. В этом направлении можно использовать концепцию Sager (1976) и Martin (1976), в соответствии с которой сущность супружеской терапии заключается в исследовании супружеского соглашения (договора). Супруги должны уяснить себе, сформулировать и написать, что они ожидают друг от друга в браке. Под контролем врача определяются неясные и взаимоисключающие элементы в индивидуальных проектах соглашения, делаются попытки выработать совместное соглашение, приемлемое для обоих партнеров, в котором будут четко сформулированы права и обязанности каждого.

2.3. Детерминанты брака, взятые из родительской семьи

Для того чтобы помочь супругам, имеющим проблемы в браке, необходимо выяснить, на чем базируются некоторые из их ожиданий. С этой целью с ними рассматривается брак их родителей, братьев или сестер.

На основании концепции, которую можно было бы назвать концепцией дублирования родительских свойств [Buda, 1977; Šipová, 1978], индивидуум научается мужской или женской роли в значительной мере от своих родителей и имеет тенденцию неосознанно использовать в своей семье модель отношений родителей независимо от того, нравятся они ему или нет. Важным моментом является доминирование в семье (кто из родителей «командовал», а кто подчинялся). Для более точной оценки целесообразно использовать интерперсональный тест Лери. При тестировании следует дать оценку себе, своим родителям, партнеру, изложить свои требования и описать идеального партнера, рассчитать интегральные оценки и представить результаты в графической форме, как рекомендует Mellan (1966).

Šipová (1982), проведя тестирование (тест Лери) 239 благополучных супружеских пар, обнаружила наличие сходных характерологических моделей у обоих супругов — доминантного, авторитарного, самоуверенного, но при этом обходительного отца и ласковой матери, пользующейся в семье доверием и уважением. Муж идентифицирует себя со своим отцом, жена — со своей матерью (рис. 5). Жены оценивают своих мужей на осях доминирования и приветливости (так же, как своих

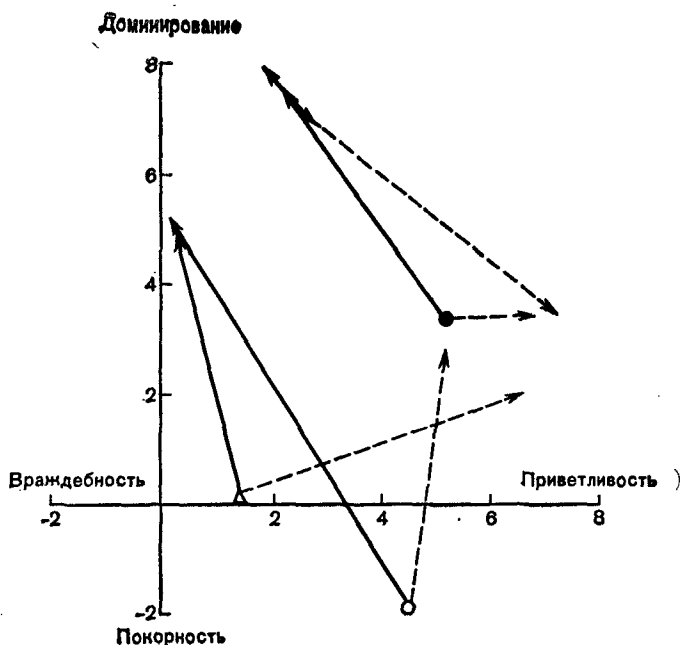


Рис. 5. Самооценка и оценка своих родителей по тесту Лери.

Непрерывная линия оканчивается на уровне среднего балла отца, прерывистая — матери. Темные треугольники — мужья из спокойных семей ($n=239$); темные кружки — жены из спокойных семей ($n=239$); светлые треугольники — мужья из конфликтных семей ($n=650$); светлые кружки — жены из конфликтных семей ($n=650$).

отцов), мужья оценивают жен так же, как матерей. Мужья оценивают себя в целом правильно; между самооценкой и оценкой партнера наблюдаются незначительные различия. Среди тех 650 супружеских пар, которые посещали консультацию, показали иные: между самооценкой и оценкой партнера отмечаются существенные различия (как правило, партнер считает другого более враждебным и доминантным, чем тот оценивает себя сам). Кроме того, партнеры заметно отличаются от своих родителей (не только от родителя другого пола, но и от родителя того же пола).

По мнению Šipová, врач должен был бы подвести пациента к принятию роли, предназначенной ему родителем того же пола, разумеется, с учетом желания партнеров и характера (стиля) их отношений. Супружескую пару, однако, целесообразно вести к компромиссной модели совместной жизни, которая оптимально приближается к модели отношений их родителей.

Сравнительные исследования Terman (1938) отношений в благополучных и конфликтных супружеских парах подтвердили, что на уравновешенность связей существенное влияние оказывают благоприятная модель брака родителей,

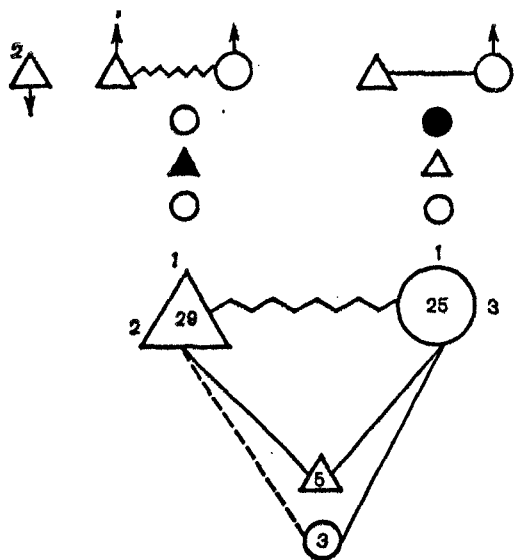


Рис. 6. Семейная карта (объяснения в тексте).

Характер супружеских отношений: сплошная линия — нормальные отношения, двоячная — тесные, пунктирная — свободные, зигзагообразная — конфликтные; стрелка, направленная вверх, — доминирование; стрелка, направленная вниз, — подчиненность, покорность.

хорошие отношения отца к матери, счастливое детство. Уравновешенные супруги были спокойными и в детстве, их редко наказывали, чаще ласкали, с ними более открыто говорили о вопросах секса.

Концепция дублирования свойств братьев и сестер Томп (1976), в соответствии с которой индивидуум стремится в новых социальных связях реализовать свои отношения к братьям и сестрам. Более устойчивые и удачные браки наблюдаются в тех случаях, когда отношения между партнерами строятся именно по такому принципу, естественно, с учетом половой принадлежности. В этом смысле супружеские отношения могут быть полностью комплементарными (муж имел младшую сестру, а жена — старшего брата) или частично комплементарными (оба имели старших братьев или сестер, из которых по меньшей мере один тождествен кому-либо из супругов). При некомплементарных браках отмечается связь с порядком ребенка в родительской семье (например, оба партнера были самыми старшими среди детей) либо с полом (один партнер или оба имели только братьев или только сестер, помимо братьев или сестер одного пола). Особое место занимают дети, не имевшие ни брата, ни сестры; у них в семье была только одна модель — родительский брак.

На основании такого рода данных можно графически, в виде семейной карты, представить факторы, влияющие на брак (рис. 6).

В средней части рисунка треугольником обозначен муж, справа от него кружком — жена, числа внутри — их возраст. Соединительная линия между ними показывает характер супружеских отношений в настоящее время. Ниже с помощью аналогичных геометрических символов изображены их дети, а соединительные линии характеризуют тип связей. В верхней части рисунка над каждым супругом обозначены их родители и характер связи между ними, причем стрелка, указывающая вверх, соответствует доминантности, а стрелка, указывающая вниз, — подчиненности. Под символами, обозначающими родителей, показаны их дети, положение каждого из супругов между ними отмечено темным треугольником или кружком. Над символами супругов указан порядковый номер брака каждого из них, а числа рядом — степень эмоциональной зависимости от партнера (в соответствии со шкалой Plzák, которая будет рассмотрена ниже).

На рис. 6 показан пример семейной карты: 29-летний муж и 25-летняя жена, оба в первом браке. Супруги имеют 2 детей, к которым относятся в целом положительно, хотя муж более холоден к девочке. Однако их брак является конфликтным. В семье родителей мужа доминирующее положение занимала мать; с его отцом, своим первым мужем, мать не ладила, имела конфликты на почве главенства в семье. Ее второй муж по натуре покорный.

У мужа есть сестры (старшая и младшая). В семье жены доминирующее положение занимала мать, сама же она была старшей среди детей.

Схема дает определенную информацию о возможности возникновения проблем в семье; ею можно руководствоваться при выборе направления терапевтических воздействий. Роль мужа недостаточно определилась в детстве. Предполагается, что он симпатизировал своему отцу, который оспаривал у матери главенствующее положение в семье. Однако в этой борьбе отец проиграл и вынужден был разойтись с матерью. Возможно, пациенту не нравилась слабохарактерность отца, подчинившегося матери. Мать он всегда воспринимал как женщину решительную, занимавшую доминирующее положение в семье. В родственной констелляции он имел старшую сестру, что соответствует той же «программе», но у него была и младшая сестра, над которой он мог «брать верх».

Роль жены, которая происходит из матриархальной семьи, где к тому же она была старшим ребенком, достаточно хорошо определилась в детстве, и ее трудно изменить. Поэтому согласие между супругами может быть достигнуто в том случае, если муж займет подчиненное положение по отношению к жене (т. е. то, что он видел в семье своей матери) и без протеста будет принимать распоряжения своей властолюбивой жены. Если же он попытается руководить и командовать, в семье неизбежно возникнут конфликты.

Приведенные выше рассуждения могут создать впечатление, что брак бывает конфликтным (с точки зрения доминирования) только тогда, когда оба супруга претендуют на главенствующую роль в семье, или спокойным, благодатным, кооперативно-асимметричным (патриархального или матриархального типа) только в том случае, если один из супругов охотно берет на себя руководство, а другой столь же охотно подчиняется. Однако это не совсем так. В настоя-

щее время преимущественной моделью является кооперативно-симметричный брак. В таком браке супруги взаимодействуют на основе равноправия, возникающие разногласия и проблемы решаются на уровне взаимных соглашений, путем компромиссов. Равновесие может быть достигнуто и путем четкого разделения сфер влияния. Дети, происходящие из таких семей, могут иметь тенденцию к использованию подобной модели отношений в своем браке. По-видимому, на формирование этой модели влияют не только примеры родительских отношений, но и преобладающее общественное положение супругов.

2.4. Профили брака

При описании теории динамической супружеской терапии уже упоминалось о семи профилях поведения в браке [Sager, 1976]. К комбинациям, которые могут повлечь за собой возникновение проблем в супружеской жизни, относятся следующие: когда оба партнера принадлежат к «родительскому» или «детскому» типу; один партнер «родительского» или «детского» типа, другой — независимого типа; один партнер романтического типа, другой — равноправного, рационального, независимого или «детского» типа. Брак партнеров романтического типа представляет собой напряженный и недостаточно стабильный союз, поскольку романтические отношения с течением времени постепенно тускнеют и оба партнера могут начать искать их в других связях, вне брака.

Martin (1976), Bergman, Lief (1976) обращают внимание на наличие патологических элементов в следующих комбинациях: а) жена принадлежит к романтически-истерическому типу и страдает от недостатка внимания и ласки, а муж холоден, имеет психастенический склад характера; б) муж ищет в жене мать, которая постоянно заботилась бы о нем; в) оба партнера зависимого типа; г) оба партнера (или один из них) с паранойяльной психикой.

Браки, в которых у одного из партнеров (чаще всего у жены) наблюдается выраженное истерическое поведение, обозначаются некоторыми авторами как истерические браки [Willi, 1976]. Партнеров истерических женщин можно, согласно Pláňava (1983), подразделить на истерифильных и истериформных.

Истерифильный муж — это такой тип партнера, который привлекает истерических женщин; в дальнейшем он сам останавливает свой выбор на одной из них. Обычно это спокойный, хорошо приспособившийся, молчаливый и не слишком эмоциональный человек. Plázák (1981) обозначает этот тип как СПВ — слабый, приличный и верный. Истеричка, как правило, уже пережившая мимолетную драматическую любовь с привле-

кательным и динамичным мужчиной, ищет уравновешенного и надежного человека. Его же привлекает в ней живость, эмоциональность, возможность обогатить, сделать ярче свою тусклую жизнь. После того как исчезает идеализация партнера, естественно, наступает глубокое взаимное разочарование. Муж перестает импонировать жене, она чувствует себя непонятой, эмоционально неудовлетворенной, в результате чего она старается спровоцировать скандал или нападает. Повышенная эмоциональность, драматизирование и столь нерасчетливое поведение жены утомляют мужа.

Истериформный муж ведет себя так, что вызывает и поддерживает истерию жены, которая исходно могла и не иметь выраженных истерических черт. У мужа отмечается склонность к мудрствованию в ситуациях, требующих решительных действий, обычно он остается равнодушным к попыткам жены вовлечь его в совместную деятельность, настроен иронично или враждебно, пока агрессивное или истерическое поведение жены не вынуждает его к кооперативному поведению. Такой муж может иметь также черты педанта и шизоидные наклонения с выраженной чувственной холодностью. В некоторых ситуациях он напоминает истерифильного мужа. Однако важно то, что жена может рассчитывать на исполнение своих желаний или требований и добиться от мужа сотрудничества только в том случае, если устроит ему истерику. Таким образом, подобное поведение подкрепляется и фиксируется.

Хорошо известна классификация брака на симметричный, комплементарный и метакомплементарный, предложенная Haley (1963). В симметричном браке оба супруга имеют равные права, никто из них не подчинен другому. Проблемы решаются путем соглашения, обмена (то-то и то-то) или путем компромисса. В комплементарном браке один распоряжается, дает приказания, другой подчиняется, ожидает совета или инструкции. В метакомплементарном браке ведущего положения достигает партнер, который реализует собственные цели путем подчеркивания своей слабости, неопытности, неумелости и бессилия, манипулируя таким образом своим партнером.

Классификация, предложенная Satir (1972), включает типичные модели коммуникативного отношения к нарушению верности. К их типичным представителям относятся следующие: а) обвинитель, которого в символике автора можно представить как «статую с указующим перстом»; б) примиренец («статуя грешника с опущенной головой»); в) холодный рационалист или горячий «арифмометр» («выпрямленная фигура с поднятой головой»); г) нарушитель и «отвлекаватель», который игнорирует вечные темы и проблемы и всегда заводит пустой разговор только о текущих событиях, о сиюминутном, часто в забавной или даже в смешной, клоунской форме.

Wile (1981) приводит 3 типа партнерских связей, которые он отчетливо выделяет, используя критерии оценки реакции на конфликты (см. ниже).

1. Взаимное уклонение. Оба партнера уклоняются от активного обсуждения, отмалчиваются, отворачи-

ваются, чувствуют несправедливость, но не высказывают друг другу своего беспокойства и обиды.

2. Взаимное обвинение. Партнеры открыто проявляют свое раздражение, беспокойство, неудовлетворенность, подчеркивая свои требования, что нередко ведет к деструктивным ссорам.

3. Требование и уклонение. Один из партнеров активно реагирует на обстоятельства и стремится сблизиться с другим, выдвигает требования, аргументируя их, или предъявляет жалобы, другой — отстраняется, отмалчивается, уклоняется от сближения. Преследование, натиск и уклонение взаимно потенцируются: чем больше один уклоняется, тем сильнее другой стремится к нему приблизиться и наоборот.

Т. М. Митина (1978) также выделяет 3 типа нарушений супружеских отношений, из которых первые два почти идентичны предложенным Wile:

- 1) изоляция — партнеры испытывают эмоциональную отчужденность;
- 2) соперничество — доходит до открытых пререканий и споров;
- 3) псевдокооперация — один из партнеров, например, выражает согласие с чем-либо, хотя внутренне не согласен (это выглядит сотрудничеством и соглашением).

Plzák (1973) ввел в практику понятие «эмоциональной зависимости партнеров от брака». Для каждого партнера она оценивается по пятибалльной шкале. В зависимости от величины различий между партнерами брак может быть оценен как асимметричный или симметричный, а при учете степени зависимости — как благоприятный, обреченный на провал или бедственный. Зависимость для каждого партнера определяется теми последствиями, которые повлечет за собой развод; учитываются не только сексуальная и экономическая стороны, но и возможность нахождения другого, более подходящего партнера. Одним из существенных элементов в формировании такой зависимости в соответствии с концепцией автора является привлекательность партнера. У женщины — это красота, очарование, типично женское поведение, томность, нежность, у мужчины — ум, обаяние, остроумие, общительность, мужественность, общественное признание и лишь отчасти красота. При оценке 3 балла зависимость считается значительной. Проблемы возникают в том случае, если у одного или обоих партнеров зависимость излишне высока — 4 или 5 баллов. Если чрезмерная зависимость наблюдается только у одного партнера, то в соответствии с предлагаемой классификацией брак относят к категории «обреченного на провал», а при двусторонней зависимости — к категории «бедственного».

Излишне зависимый партнер, как правило, стремится по-

лучить от другого доказательства любви, вызвать ревность, провоцирует споры и ссоры, втягивает в конфликт детей. Нередко он страдает невротическими нарушениями, припадками, часто плачет, угрожает самоубийством и становится для своего менее зависимого партнера все более отталкивающим, наконец, вызывает у него желание уйти из семьи. Излишне зависимого партнера следует на какое-то время изолировать от семьи и лечить отдельно. Ему запрещаются разговоры о семье и любые действия, в которых проявляется его высокая зависимость от брака. Согласно данным Plzák высокая эмоциональная зависимость может со временем исчезнуть, например при полном исчерпании эмоциональных ресурсов или в том случае, если его партнер утратит для него свою ценность, какую-то часть своих достоинств. Однако асимметричный, обреченный на провал брак можно путем правильной и своевременной коррекции обратить в симметричный. Зависимому партнеру полезно узнать преимущества независимого состояния и сделать все, что в его силах, чтобы независимый партнер не ушел из семьи. Мы сформулировали бы данную тактику следующим образом: излишне зависимый партнер должен признать фактически свою зависимость и действовать в соответствии с этим. Он должен сделать желательным для своего независимого партнера продолжение брака с помощью различных положительных подкреплений. Наш опыт показывает, что систематическая групповая психотерапия в большинстве случаев может снизить такую зависимость, главным образом путем поддержания у пациента чувства собственного достоинства и подкрепления своей значимости в различных сферах деятельности вне семьи.

Эмоциональную независимость и зависимость от брака в том смысле, который придает им Plzák, следует отличать от доминирования и подчиненности или независимости и зависимости как свойств личности, которые выявляются с помощью теста Лери. Понятия сходны, но их сущность совершенно различна. Доминантная, авторитарная и обычно независимая личность может одинаково хорошо жить в состоянии полной независимости и быть глубоко зависимой от конкретной эмоциональной связи. В браке, сохраняющем его эмоциональную независимость, такой индивидуум будет разумно руководить партнером, заботиться о нем или энергично отказываться от неприемлемого. В браке, от которого он зависим, он будет использовать силу с целью принудить партнера к проявлению желаемой им зависимости и верности. Аналогично этому, подчиненная, поддающаяся влиянию и обычно зависимая личность в браке, от которого она эмоционально независима, может охотно подчиняться, выполнять предъявляемые требования и отказаться от какого бы то ни было руководства, но в браке, от которого она зависима, будет совершенно иная картина — просьбы, слезы, требования или угрозы самоубийства с целью удержать партнера.

Выше были приведены полезные сведения о детерминантах и типах супружеских отношений, позволяющие нам

глубже понять сущность брака и увидеть его с разных сторон. На основании анализа отношений в рамках супружеской терапии мы подводим супругов к ответу на следующие вопросы.

1. На чем основан их брак? Каковы их взаимные ожидания, модели и стереотипы, взятые из прошлого опыта, и каким является в настоящее время профиль их брака?

2. Что и как можно изменить в их браке, ожиданиях, требованиях, в договоренности? К чему и как нужно приспособиться?

2.5. Любовь

В современных работах о проблемах супружеских отношений и супружеской терапии мы почти не встречаемся с понятием «любовь». То, что оно обозначает в художественной литературе (табл. 7, 8 и 9), иногда фигурирует под другими названиями.

Таблица 7. Любовь в мировой поэзии

Любовь к тебе — то ты сама,
И рай, и ад, и день, и ночь,
Огонь и пепла легкий дым,
Угаснет, унесется прочь.
Любовь к тебе — оленя бег,
Вода, текущая с перстов,
Ты — озеро, но жажду мне не утолить,
Умру от жажды у воды, у озера без берегов.
Моя любовь к тебе — родник,
Струя, кипящая со дна,
Как белка, что в лесу играет,
В прыжок смертельный вплетена.
Сгореть и вновь спасенным быть,
Терять тебя, едва найдя,
Заснуть бояться, чтоб во сне
Не быть мгновенье без тебя.
Сраженным быть одним лишь словом,
Случайно сказанным тобой,
Сто раз испытывать сомненья,
Что значит жест произвольный твой.
Мое страданье постоянно,
Я так хочу тебя любить,
Не может сердце успокоиться,
Трепещет вновь, мне не забыть.
Любовь — вселенная без края,
Ничем ее не охватить,
Где меру взять ее измерить,
Отмерить — значит не любить.
Нет, не имею права на разлуку,
Чтоб по разлуке затужить,
Ведь я твой трон, я жезл в руку,
Любовь к тебе всегда со мною будет жить.

(Луи Арагон)

Таблица 8. Любовь в современной чешской поэзии

Чем для тебя является любовь?
Вечерний фейерверк и праздник,
Шумливой карусели бег,
Полет и головы круженье?
Потом любовь, как феникс опаленный,
Падет на потускневший мир,
Твой мир, который для тебя столь близок.
А для меня любовь — убежище от бурь,
Плащ от дождя и непогоды,
Хранящий тайнства природы.
А для меня любовь, как хлеб и соль,
Бокал с водою ключевой,
В который щедрою рукою ты бросила
Кристалл желанья,
Напиток, что меня чудесно
Пред буднями хранит.

(Ярмила Урбанова,
«Любовь через 10 лет»)

Таблица 9. Любовь в прозаических произведениях

Наблюдал за ней в магазине. Она стояла перед зеркалом, маленькая, сильная, некрасивая. Новое пальто спускалось ей до лодыжек, из рукавов торчали только кончики пальцев. Она выглядела неуверенной и очень ранимой.

«Тебе идет», — повторил уже несколько раз старичок, обходя ее кругом. Он осторожно поправил складку, снял невидимую пушинку с плеча. «Немного его подшить, — советовал он, — и будет очень хорошо...».

Зеркало привлекло высокую интересную блондинку. Она прикидывала на себя костюмы различных цветов, крутилась и наклонялась в разные стороны из-за спин тех двоих.

«Ох, — прошипела сквозь зубы продавщица, нетерпеливо поднимая глаза к потолку, пока эти двое еще стояли у зеркала.

«Я так не могу, я такая маленькая», — произнесла виновато старушка и повернула раскрасневшееся личико к продавщице, потом посмотрела на мужа. Она хотела быть в его глазах немного лучше. Старичок отдал завернуть старое пальто. «Холодно», — заметил он, расплачиваясь.

Я совершенно забыл, зачем пришел в магазин. Пошел за ними, влекомый какой-то неясной силой. Старичок, держа жену за кончики пальцев, высовывавшиеся из длинного рукава, вел ее по улице. Я шел за ними довольно долго, незаметно, но упорно, не говоря ни слова.

(Езеф Зеленка, «Любовь»)

В исследовании Fanta (1972) показано, что наиболее часто встречающимся у пациентов семейных консультаций фактором семейных неурядиц является «чувственный разлад супругов», позднее сформулированный как «чувственное отчуждение», что в какой-то мере соответствует утрате взаимной любви. Prokores, Dytrych, Schüller (1973) рекомендуют различать среди факторов, способствующих разводу, такие

как «нарушение связей в эмоциональной сфере» и «различия во взаимных проявлениях нежности и чувств», которые наблюдались в выборке 1000 разводящихся пар в 1977—1978 гг. у 46 % мужей и 56 % жен.

Потребность в постоянных доказательствах любви сохраняется у жен практически на протяжении всей семейной жизни. Жена жаждет проявлений чувств и нежности, нуждается в постоянном проявлении внимания и интереса к ней, что может восприниматься мужем как сущие пустяки (цветы, приглашение в театр, помощь по дому, забота о детях). Мужчинам следует знать об этом, поскольку они часто ограничиваются чисто материальными заботами, забывая о духовных ценностях, что делает их жен не вполне счастливыми.

Между тем Ж. Прокопец и соавт. рекомендуют мужьям, как это видно из приведенного выше отрывка, исполнять пожелания жен. Другие авторы считают подобные духовные запросы в длительном браке «неадаптивными требованиями», рудиментами романтической фазы супружества и рекомендуют избавиться от них как от проявлений начальной фазы разрыва и эмоционального закабаления партнера. Plzák (1973) предупреждает, что супружеская терапия должна быть направлена на улучшение эмоциональных связей партнеров. По-видимому, это вряд ли возможно. Действительной целью помощи может быть убеждение партнера в том, что уровень и интенсивность эмоциональных переживаний не являются факторами, влияющими на развод. Требования проявлений чувств, спонтанных по своей сути, чреваты определенным риском возникновения отвращения.

Rávek (1974) говорит о «глубине чувственной связи» как об одном из столпов брака, однако в настоящее время это понятие требует дополнительного обсуждения и уточнения.

Некоторые психологи попытались более точно сформулировать понятие «любовь», разработать классификацию и научный подход к исследованию этого явления.

Любовь — действительно исключительно важное положительное чувство. Rubin (1970) говорит о любви как об «определенном отношении одного индивидуума к другому, которое включает в себя и мысли, и поступки». Характеристики этого отношения входят в разработанный автором тест; каждая характеристика оценивается по девятибалльной шкале. Тест предусматривает три основных аспекта любви: потребность в принятии любви и зависимость; склонность к оказанию помощи, проявление заботы; ориентация на исключительность и поглощенность чувством.

Потребность в принятии любви и зависимость иллюстрируют, например, такие заявления партнеров: «Если бы я никогда уже не мог быть вместе с X, я чувствовал бы себя ужасно», «Мне было бы очень тяжело без Y».

Желание помочь: «Если бы Х чувствовал себя плохо, то моим первым желанием было бы помочь ему вернуть хорошее настроение», «Я сделал бы все для Y».

Исключительность и поглощенность: «Я отношусь к Х, как к самому себе», «Чувствую, что могу доверить Y все».

Maslow (1968) различает любовь, отражающую альтруистическое отношение к партнеру, заключающееся в бескорыстной помощи ему, радости его успехам, и любовь, при которой в первую очередь речь идет об удовлетворении собственных потребностей.

Fromm (1966) рассматривает любовь как умение, чувство и волевой акт: «любви надо учиться, постепенно овладевать ее теорией и практикой». Зрелая любовь является одной из наиболее важных человеческих эмоций, означая единение при индивидуальных поступках. Любовь — это активная сила, характеризующаяся заботой о другом человеке, открытостью, уважением и пониманием любимого человека. «Эротическая любовь, для того чтобы быть действительно любовью, должна основываться на следующей предпосылке: надо любить, исходя из своей сущности, и переживать, исходя из сущности другого». Любовь прежде всего должна быть волевым актом. Любовь — не только чувство, это и решение, и суд, и обет.

Как отмечается в разных исследованиях, упоминаемых Shore (1975), признаками любви служат восхищение достоинствами партнера и пренебрежение его ошибками и недостатками, естественное единство в дарении и отдаче, желание дать любимому существу больше, чем другим, взаимная эмоциональная зависимость, стремление к духовной и телесной близости, открытости, сильное желание слиться с любимым существом в единое целое, терпимость по отношению друг к другу, нежность, терпеливость, ласковость и всепрощение.

Согласно Liberman и соавт. (1980), которые рассматривали любовь с точки зрения бихевиористического подхода, любовь складывается из обмена приятными для человека словами и действиями, обмена, продолжающегося достаточно длительный период времени. Супружество может быть успешным, если оба партнера принимают решения, способствующие тому, что каждый из них чувствует себя любимым и ценным.

То, что мы находим о любви в специальной литературе по супружеской терапии, не может не беспокоить. Тем не менее подтверждается, что супруги могут с полным правом спрашивать про любовь и вопрос: «Ты ее любишь?» или «Ты его любишь?», нельзя рассматривать как проявление наивности врача. Врачу, несмотря на то что он работает в об-

ласти конфликта и нарушения взаимодействия и взаимоотношений партнеров, следует обращать внимание на наличие любви у своих пациентов (не наступил ли момент, когда любовь ушла из семьи, ушла ли она действительно, не скрыта ли она в мелочах повседневной жизни) [Mellap, 1978] и поддержать ее, если она еще сохранилась, пусть даже в скрытом виде. Для того чтобы здесь не возникало каких-либо недоразумений, необходимо различать следующее (см. ниже).

1. Влюбленность, которая переживается очень интенсивно, но обычно проходит в фазе брака. Необходимо активно ее поддерживать (насколько это возможно), хотя она и пройдет впоследствии, что вполне закономерно.

2. Любовь в относительно продолжительном браке, которая приносит другому добро, дает радость, связанную с благополучием и успехами партнера, а также обеспечивает удовлетворение собственных потребностей в понимании и безопасности.

3. Внешние проявления любви — слова, прикосновения, ласка, внимание и другие действия и поступки, которые крайне желательны, если один партнер хочет принести радость другому, укрепить его чувство удовлетворения.

4. Вынужденные проявления любви в принципе малоцелесообразны и представляют собой «вымученные доказательства любви», проявления того, что должно быть самопроизвольным. Это напоминает некую игру с двойным дном («хочу, чтобы ты прямо говорил мне о любви, но не потому, что этого хочу я, а потому, что этого хочешь ты»), которую следует прекратить.

3. РАЗВИТИЕ СУПРУЖЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ

Проблема заключается в том, что супружеская связь не может оставаться одинаковой, она постоянно развивается и меняется. Вполне естественно, что в отношениях супругов время от времени могут возникать некоторые непредвиденные изменения, однако, кроме того, существуют определенные, закономерные изменения, типичные для развития брака во времени. Если мы сравним периоды ухаживания и молодённости с последующими периодами, то увидим типичный переход от романтической любви к реалистическому пониманию брака. Часто дело доходит до конфронтации идеалистических представлений о браке и партнере с реальными мелочами повседневного быта. Наиболее часто муж замолкает, так как ему просто не о чем больше говорить. После рождения детей появляются новые радости и заботы, которые касаются главным образом жены. Особые стадии разви-

тия супружеских отношений соответствуют периодам воспитания детей, их отделения от родителей и возможного ухода из дома, а также климактерическому периоду, периоду паники по поводу «закрытых дверей» и инволюции чувств.

3.1. Стадии развития супружеских отношений

Социологи выделяют следующие стадии развития: 1) супружество до рождения детей; 2) супружество с маленькими детьми; 3) супружество с повзрослевшими детьми, которые нередко оставляют родительскую семью; 4) супружество после того, как дети отделились от родителей [Adamski, 1982].

Каждый период характеризуется своими задачами, с которыми супруги должны справиться, и типичными проблемами, требующими своего разрешения. Трудности возникают при переходе от одной стадии к другой, когда супруги не могут сразу перестроиться и сохраняют прежние принципы и поведение, характерное для предыдущей стадии. Необходимо помочь супругам быстрее приспособиться к условиям, задачам и потребностям нового этапа развития их брака [Plaňava, 1983].

При дифференцированном подходе к супружеской терапии в зависимости от стадии супружества можно также использовать периодизацию, предложенную на специальной конференции Академии и не раз обсуждавшуюся в печати [Bertníková, 1975, 1978, 1982]: молодое супружество, супружество среднего возраста и супружество зрелых лет. Это деление следовало бы расширить, добавив и супружество пожилого возраста. При данной классификации отсутствует однозначная временная шкала, поэтому возникает некоторая путаница: одни исследователи опираются на продолжительность совместной жизни супругов, другие — на возраст партнеров. Периоды же супружеской жизни, однако, имеют характерную для них психологическую атмосферу и типичные проблемы.

1. Молодое супружество, в соответствии с мнением Fanta (1982), — это супружество, продолжающееся менее 5 лет; согласно большинству исследователей, данный период составляет 10 лет. Возраст супругов от 18 до 30 лет. В этот период супруги привыкают друг к другу, покупают мебель и предметы обихода, часто вначале не имеют собственной квартиры и живут с родителями одного из них. Со временем появляется квартира, которая постепенно обставляется, строится собственное домашнее хозяйство. Супруги ожидают детей; с рождением детей возникает ряд особенностей, связанных с уходом и заботой о них. В профессиональной об-

лети молодые супруги только приобретают какую-либо квалификацию, постепенно они достигают определенного положения, адаптируются к новой семейной обстановке. Жена некоторое время находится в декретном отпуске. Совместная жизнь требует немалых затрат, часто превышающих заработки молодых, поэтому их материально поддерживают родители.

Особую проблему представляют ранние браки (один или оба супруга моложе 18 лет). Определенный риск таких браков обусловлен недостаточной психосоциальной зрелостью партнеров, плохой продуманностью столь серьезного шага, низким уровнем профессиональной квалификации, проблемами с жильем и заботами о детях [Nerudová, 1982].

Супружество среднего возраста, по классификации Fanta, охватывает период в 6—14 лет, а согласно другим исследователям, — 10—25 лет от момента заключения брака [Bartošova, Wypnyczuk, 1982]. Возраст супругов от 30 до 45—50 лет. В этом возрасте люди экономически активны, занимают стабильное общественное положение и избавлены от необходимости приобретения квартиры, мебели и т. п. В доме уже нет маленьких детей, дети школьники или студенты, которые постепенно становятся все более самостоятельными. Жена, помимо обязанностей по дому, может значительно больше времени отдавать профессиональной деятельности.

3. Супружеством зрелого возраста (по той же классификации) назван период, наступающий после 15 лет совместной жизни или после 25 лет (по другим источникам). Партнеры в возрасте 45—60 лет; этот возраст Příhoda (1973) называл переходным между зрелостью и старостью. В данный возрастной период снижается скорость психических процессов, уменьшается способность освоения нового, падает уровень оригинального, творческого и гибкого мышления, однако это хорошо компенсируется большим объемом накопленной информации и жизненным опытом. В начале этого этапа супружества обычно проходит климактерический период, который часто сопровождается у женщин повышенной напряженностью и лабильностью психических процессов. К концу этапа с выходом супругов на пенсию изменяется стереотип их жизни. Дети уходят и создают собственные семьи. Супруги привыкают к тому, что они опять, как и в начале совместной жизни, остаются одни, или привыкают жить с семьями своих детей и воспитывать внуков.

4. Супружество пожилого возраста характеризуется проявлениями старости у обоих супругов. Снижается производительность труда и увеличивается число проблем, связанных со здоровьем. Брак, как правило, стабилен. Супруги нуждаются в помощи и боятся потерять друг друга. Отношения

между ними такие, какими они сложились в течение долгой совместной жизни. В это время уже тяжело что-либо менять. На данном этапе супружеские отношения становятся предметом супружеской терапии лишь в исключительных случаях, и если это случается, то объясняется инволюционными или сенильными проявлениями патологических черт личности, эгоцентризмом и недостатком понимания потребностей партнера. При сужении социальных контактов в некоторых случаях усиливается давление на взрослых детей, особенно при их совместном проживании, что также может служить причиной возникновения конфликтов. Конфликты между стариками могут возникать как отражение их конфликта с «молодыми» или на основе различного отношения к ним. Общение с внуками обычно обогащает жизнь стариков.

3.2. Второй брак

В связи с высокой частотой разводов при супружеской терапии нередко приходится сталкиваться с партнерами, для одного из которых (или обоих) настоящий брак является вторым. При этом возникают специфические проблемы, которые пока плохо разработаны в специальной литературе. Наиболее часто наблюдаются два типа повторных браков: 1) женитьба разведенного мужчины среднего или пожилого возраста на более молодой, свободной и бездетной женщине; 2) женитьба разведенного мужчины, дети которого остались с матерью, на разведенной женщине с ребенком или несколькими детьми. Особые проблемы могут возникать при повторных браках вдовцов или вдов.

1. Брак разведенного мужчины со свободной и значительно молодой женщиной. Любовная связь этих партнеров когда-то явилась основной причиной распада прежней семьи. Переживания в первоначально внебрачной связи настолько отличаются от привычной семейной жизни, полной обязанностей, что у мужчины вновь появляются энтузиазм и энергия. Он покидает семью, чтобы начать новую жизнь. Молодой женщине импонируют опытность мужчины, его знания и общественное положение, его уверенность в поступках, она восхищается им и одновременно находит в нем отцовские черты. Несколько другим представляется случай, когда давно разведенный мужчина ищет свободную женщину для создания новой семьи.

Отношения между ними вначале часто формируются на комбинации «родительского» и «детского» партнера, которые (согласно рассмотренным уже профилям брака) вполне совместимы. Дальнейшее развитие брака зависит от того, сохраняется ли данный тип отношений или же после неко-

торого периода времени, в течение которого молодая женщина развивается и созревает социально, она оставляет роль «детского» партнера и начинает проводить свою автономную линию, претендовать на главенство в семье. В результате она перестает с уважением относиться к поступкам своего более старшего мужа, которые раньше ей импонировали, и начинает с повышенной критичностью оценивать его привычки и меньшую гибкость в поведении. Не исключено, однако, что мужчина в начальный период второго брака сумеет хорошо приспособиться к повышенной гибкости поведения и сохранит ее в дальнейшем.

Определенные проблемы могут быть связаны с необходимостью материальной поддержки детей от первого брака, что снижает уровень жизни новой семьи, встречами мужа со своими детьми от первого брака, а также с некоторым неблагополучием в сексуальной сфере. Если разница в возрасте супругов значительна, возможно и временное уменьшение половой активности, которая постепенно возвращается к прежнему уровню; снижение сексуальной производительности и интенсивности часто не удовлетворяет сексуально реактивную молодую жену.

2. Второй брак с разведенной женщиной, имеющей детей. В большинстве случаев разведенными бывают оба партнера, причем разница в возрасте обычно невелика. Оба были неудовлетворены в первом браке и в новый вступают с надеждой, что на этот раз супружеская жизнь будет лучше. Они уже имеют поучительный опыт, но, с другой стороны, стали менее гибкими, медленнее меняют свои привычки. Жена приводит с собой ребенка (или нескольких детей) от первого брака, ее новый муж становится отчимом. Дети от первого брака оказывают отрицательное влияние на согласие в новой семье. У приемного отца возникают проблемы в общении с ними, с их дисциплинированием, что ему сделать значительно труднее, чем родному отцу. Он может восприниматься детьми как незванный гость, отнимающий у них часть материнской любви. Они могут протестовать против любых его попыток сблизиться. Жена может чувствовать себя особенно уязвленной, когда муж критикует поведение «ее» детей. Кроме того, необходимо уважать права родного отца, что повышает неуверенность приемного (в какой мере он может претендовать на роль действительного отца в семье). Иногда приемный отец снимает с себя ответственность за детей, теряет авторитет, чувствует себя отстраненным от семьи. Проблемы воспитания «ее детей» он оставляет жене, а когда она делает это, по его мнению, неправильно, критикует ее или подавляет свои порывы, протест, что приводит к возникновению напря-

женности, появлению отрицательных эмоций. Напряженность иногда ослабевает или снимается с рождением собственного ребенка, но в ряде случаев она может усилиться, когда возникают проблемы в отношениях между «ее» и «их» детьми.

Преимущества второго брака по сравнению с первым заключаются в том, что партнеры уже не рассчитывают на «вечную», романтическую любовь и подходят к супружеству более рационально. Помня о той горечи, с которой нередко оканчивается первый брак, партнеры испытывают благодарность за все хорошее, что им представляет второй брак, и они стараются сохранить его, активнее его оберегают. Если же дисгармония в семейных отношениях возникает вновь, партнеры более подготовлены, мотивированы к супружеской терапии и сотрудничеству в ее рамках.

Интересным вопросом, требующим дальнейших подробных исследований, является следующий вопрос: как часто и при каких условиях второй брак бывает лучше, таким же или хуже, чем первый. У невротиков, лиц с патологическими чертами характера или с выраженным фрустрационным комплексом (еще с детских лет) во втором (и других) браке наблюдается тот же неудачный выбор партнера, отмечаются те же ошибки, которые привели к распаду первого брака.

Жена, которая развелась с мужем по причине его пристрастия к алкоголю, вновь выходит замуж за алкоголика. Муж, разведясь с женой-истеричкой, опять женится на истеричке. Муж (или жена) переносит типичное для него (или для нее) неадаптивное поведение из первого брака во второй, и отношения, которые привели к дисгармонии в первой семье, повторяются. Муж постоянно раздражает вторую жену (как и первую) невниманием, отсутствием интереса к домашним делам, задержками в пивной, придирчивостью, деспотичностью, вспыльчивостью или ревностью. Жена же своей истеричностью, постоянными замечаниями, причитаниями или театральными жалобами может (как и в первом браке) вызвать у мужа нежелание приходить домой. Кроме того, партнеры, как правило, игнорируют собственную роль в возникновении конфликта, целиком сваливая вину на другого, как это было в прежнем браке. Исправление сложившейся ситуации требует применения систематической групповой психотерапии.

Нормальные, адаптивные личности, по-видимому, чаще делают правильные выводы из предыдущей неудачи, выбирают для второго брака более адекватного партнера или ведут себя более разумно и тактично.

Мужчина, имевший в первом браке излишне эмоциональную жену, постоянно требовавшую проявлений внимания к себе, доказательств любви и восхищения ею, для второго брака выбирает скромную, тихую женщину. Мужчина, имевший в первом браке слишком заботливую жену, от чрезмерной опеки которой он чувствовал себя несмышленым ребенком, во второй раз выбирает женщину, с которой у него устанавливаются симметричные товарищеские отношения, или даже несамостоятельную женщину, рассчитывающую на его защиту и заботу, что позво-

лит ему поддерживать в себе ощущение зрелости и чувство ответственности. Женщина, бывшая замужем за алкоголиком, желает найти для второго брака спокойного и непьющего человека, к которому она проявит исключительную приветливость и терпимость, если только он будет дорожить семьей, домом.

В этих случаях к ситуациям, требующим вмешательства супружеской терапии, относятся уже не те, что встречались в первом браке, а новые, связанные с особенностями поведения данного партнера.

Иногда во втором браке возникает проблема, связанная с отличием в поведении нового партнера (в сравнении с предыдущим). Чувства и мотивация могут быть амбивалентны. Вот, например, что сказала одна из наших пациенток: «Мой второй муж — хороший человек, тихий и нежный, такой, какого я хотела. Первый ее муж был грубым и деспотичным, но это был мужик».

В браке вдовца со вдовой, у которых первый брак был спокойным и вполне благополучным, иногда возникают подрывающие супружество тенденции сравнения второго партнера с первым. Живой партнер никак не может помешать идеализации умершего. Воспоминания и нетактичные ссылки на пример умершего мужа могут вызвать напряжение и неудовлетворенность. Подобные ситуации чаще встречаются в семьях, где мать приводит с собой детей от первого брака. В анамнезе наших пациентов-невротиков иногда проскальзывают воспоминания о травмирующих психику поступках мачехи (или отчима). В супружеских консультациях с такими проблемами сталкиваются редко.

3.3. Кризисные ситуации в браке

Plzák (1973) описал два критических периода в развитии супружеских отношений (рис. 7); наши клинические данные подтверждают его заключение.

Первый критический период наступает между 3-м и 7-м годом супружеской жизни и продолжается в благоприятном случае около 1 года. Его возникновению способствуют уже известные факторы: исчезновение романтических настроений, активное неприятие контраста в поведении партнера в период влюбленности и в повседневном семейном быту, рост числа ситуаций, в которых супруги обнаруживают разные взгляды на вещи и не могут прийти к согласию, учащение проявлений отрицательных эмоций, возрастание напряженности в отношениях между партнерами вследствие частых столкновений. Кризисная ситуация может возникнуть и без влияния каких-либо внешних факторов, обуславливающих бытовое и экономическое положение супружеской пары, без вмешательства родителей, измены или каких-то патологи-

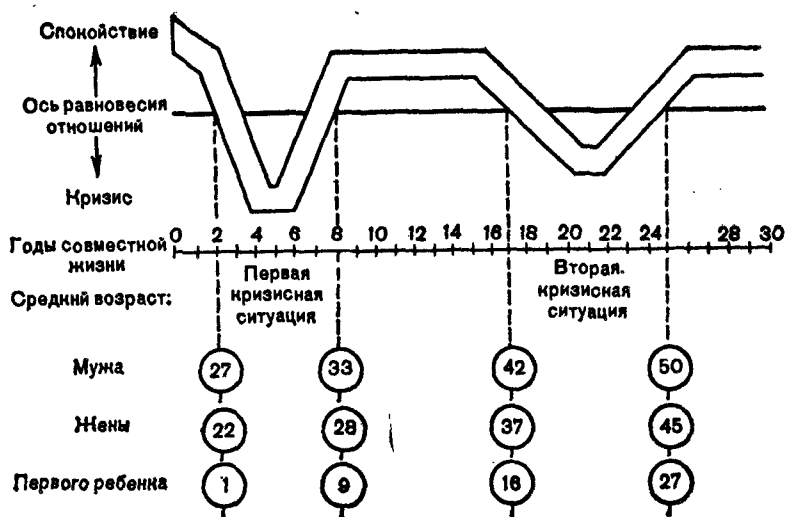


Рис. 7. Развитие кризисов в семейных отношениях (по данным Pizák).

ческих черт личности у одного из супругов. Безусловно, присутствие указанных факторов ускоряет создание кризисной ситуации и усугубляет ее.

В кризисной ситуации нарастает чувство неудовлетворенности, обнаруживаются расхождения во взглядах, возникают молчаливый протест, ссоры, ощущение обманутости и упреки. Pizák рекомендует в таких случаях ограничить разговоры, касающиеся супружеских отношений, временно прекратить половые сношения, избегать проявлений романтической любви и совместного обсуждения практических проблем (например, воспитание детей). Лучше ориентировать беседу на профессиональные интересы партнера, вести открытую жизнь, когда каждый из супругов не отказывается от своих интересов и связей (имеет свой круг друзей и т. п.), чем требовать от партнера общительности.

Второй кризисный период наступает примерно между 17-м и 25-м годом совместной жизни. Этот кризис менее глубок, чем первый, он может продолжаться 1 год или несколько лет. Его возникновение часто совпадает с приближением периода инволюции, с повышением эмоциональной неустойчивости, страхами, появлением различных соматических жалоб, возникновением чувства одиночества, связанного с уходом детей, усиливающейся эмоциональной зависимостью жены, ее переживаниями по поводу быстрого старения, а также возможного стремления мужа сексуально проявить себя на стороне, «пока не поздно».

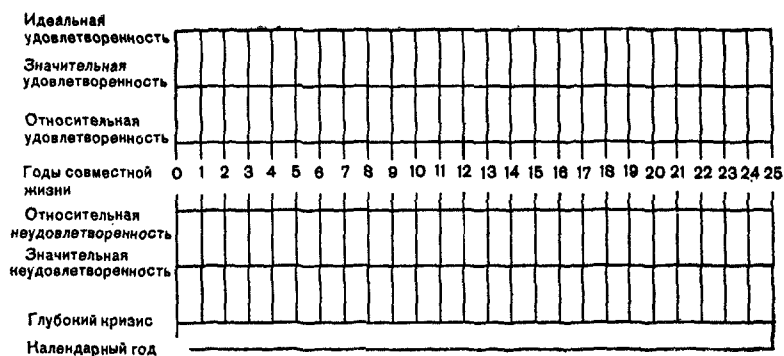


Рис. 8. Форма регистрации степени удовлетворенности браком в динамике. На определенном уровне удовлетворенности браком и в соответствии с длительностью совместной жизни проставляются точки, которые затем соединяют кривой, что позволяет увидеть в динамике изменения степени удовлетворенности и периоды наступления кризисов. В графе «календарный год» отмечаются год заключения брака, даты каких-либо знаменательных событий и год заполнения формы.

В данной кризисной ситуации Plzák рекомендует запрограммированное отвлечение супругов от проблем старения и приобщение их к различным коллективным развлечениям, для чего потребуется какое-либо внешнее вмешательство, поскольку сами они, как правило, уже не могут проявить инициативу. Удобной формой такого отвлечения является групповой туризм, дополняемый краткими визитами к друзьям и посещением культурных центров. Если все же дело доходит до измен, не следует излишне драматизировать события, лучше немного подождать, пока у партнера пройдет повышенный интерес к внебрачным связям (чем чаще всего и заканчивается).

Для регистрации приведенных выше критических периодов была разработана карта (формуляр); в ней по горизонтальной оси отмечается количество совместно прожитых лет, а по вертикали — степень удовлетворенности супружескими отношениями (рис. 8). Такая карта заполнялась различными людьми, здоровыми и невротиками.

Из 300 невротиков (110 мужчин и 190 женщин), проживших в браке не менее 7 лет, у 12 % первый супружеский кризис отмечался в период от 3 до 7 лет совместной жизни. В 31 % остальных случаев показатель степени удовлетворенности браком упал к нулевой отметке, отклонение в направлении неудовлетворенности отмечено в 43 % случаев. У 16 % пациентов глубокий супружеский кризис наступил в период между 8-м и 12-м годом совместной жизни. Относительно спокойный период наблюдался между 13-м и 16-м годом совместной жизни, когда глубокий супружеский кризис возник только у 8 % пар.

У 82 лиц из 300 продолжительность брака составляла не менее 17 лет. У тех, кого мы смогли проследить, кривая степени удовлетворенности браком снижается, доходя до второго супружеского кризиса в диапазоне 17—25 лет совместной жизни. Снижение до уровня глубокого

кризиса наблюдалось у 17 % супружеских пар. У 22 % пар снижение достигает нулевой отметки. У 40 % от общего числа супружеских пар ни в первый, ни во второй критический период показатель степени удовлетворенности браком не опускался ниже нулевой отметки. У тех пар, которые продолжили совместную жизнь, отклонение при первом супружеском кризисе было значительно меньше средних показателей в группе.

Приведенные данные не свидетельствуют о неизбежности критической ситуации, но подтверждают существование предрасположенности к ее возникновению и появлению неудовлетворенности браком в критические периоды, отмеченные Plzák, в большей степени в первый период и в меньшей степени — во второй. Центр тяжести первого супружеского кризиса смещается от 3-го до 6-го года совместной жизни; он может продлиться до 9 лет. К кризису могут привести и другие факторы, различные внешние влияния. Некоторые супружеские пары отмечают постепенное снижение удовлетворенности браком, другие более четко указывают период возникновения предкризисных ситуаций, иные констатируют длительный период удовлетворенности браком без выраженного его снижения. Приведенные данные, полученные нами у невротиков, ориентировочны; их следовало бы сравнить с результатами, полученными у здоровых людей.

На основании результатов анализа динамики супружеских отношений можно подвести некоторые итоги. Прежде всего необходимо подвести супругов к выводу, что проблемы и кризисные ситуации в супружеской жизни имеют определенные закономерности, лежащие в основах супружеских отношений, и не следует искать вину за создавшуюся ситуацию лишь в поведении кого-либо из партнеров. Эти закономерности надо знать и учитывать, корректируя в соответствии с ними свое поведение. В критической ситуации прежде всего необходимо проявить терпение, избегать опрометчивых поступков и решений.

Объясняя эти положения, необходимо дать пациенту (или обоим супругам) описанный выше формуляр, на котором они должны построить кривую, отражающую степень удовлетворенности или неудовлетворенности своими супружескими отношениями. Если полученная кривая имеет хотя бы некоторое сходство с типичной кривой Plzák, следует убедить супругов в том, что в их случае речь идет не о чьей-то индивидуальной вине, а о проявлении общей закономерности. Одновременно с этим на классической кривой Plzák можно продемонстрировать пациентам оптимистические тенденции в развитии брака и привести их к убеждению, что им необходимо немного подождать, проявить терпение и их отношения, как на классической кривой, начнут налаживаться.

4. ВНУТРЕННИЕ ПРОБЛЕМЫ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ

В данном разделе мы остановимся на конкретных проблемах и конфликтах, касающихся взаимоотношений супругов, связанных только с ними двоими и их детьми и не подвержен-

ных влиянию каких-либо третьих лиц. Эти отношения рассматриваются различными исследователями по-разному. С нашей точки зрения, целесообразно придерживаться классификации, предложенной Plzák (1973, 1978)¹ и использованной также Fanta (1975). Согласно этой классификации, к области внутренних супружеских отношений относятся такие проблемы, как ведение домашнего хозяйства, препровождение свободного времени, воспитание детей и половые отношения.

4.1. Домашнее хозяйство

Спорные вопросы касаются в первую очередь экономических основ или бюджета семьи, разделения обязанностей в домашнем хозяйстве. В рамках супружеской терапии мы можем помочь супругам в рациональном распределении семейного бюджета (деньги на питание, квартиру, одежду, хозяйственные нужды, а также на детей, совместные развлечения, на карманные расходы каждого партнера и т. д.) и в его планировании, учитывающем все поступления в семейную кассу и расходы. Мы рекомендуем обычно следующую систему: а) создание общей кассы, из которой производятся семейные платежи, причем устанавливается персональная ответственность каждого из супругов за отдельные статьи семейного бюджета и определяются лимиты расходов; б) наличие карманных денег, которыми каждый распоряжается по своему усмотрению; они не подлежат контролю партнера.

Иногда в связи с изменением цен, исчезновением некоторых прежних расходов и появлением новых бывает необходимо пересмотреть бюджет. Расходами на домашнее хозяйство в большинстве случаев ведает жена (без обязательных записей каждой покупки). Мы не очень одобряем такую систему, когда один вынужден просить деньги у другого на любую покупку и каждый свой расход как-то оправдывать.

На проблему распределения домашних обязанностей имеются различные точки зрения не только у конфликтующих супругов, но и у профессионалов. Так, в 1978—1979 гг. на страницах журналов «Млада фронта» и «Власта» разгорелась очень эмоциональная дискуссия на эту тему. В рамках супружеской терапии необходимо прежде всего установить основные индивидуальные пожелания супругов по распределению домашних работ и помочь им договориться; при этом

¹ В монографии, опубликованной в 1973 г., автор рассматривает в качестве 5-го фактора общения как обширную область супружеской дисгармонии, которая обычно составляет отдельный раздел. Аналогичный подход и оценки можно найти и в последних работах Plzák (1978, 1981).

можно пользоваться следующими рекомендациями (см. ниже).

1. Если жена работает и нет домработницы, которая занималась бы хозяйством, то домашние работы необходимо распределить между супругами следующим образом:

а) разделить работы на определенные участки, за которые отвечает каждый из супругов, при этом целесообразно учитывать умение и способности каждого (например, один делает покупки, другой готовит обед или моет посуду, или убирает квартиру, стирает, заботится о детях и т. д.) или без такого учета (допустим, жена занимается кухней, муж — ванной и спальней; или муж отвечает за ужин, а жена — за обеды в выходные дни);

б) составить расписание с поочередным участием в работах обоих супругов (например, один день посуду моет муж, другой — жена; или одну неделю ужины готовит жена, на следующей неделе — муж).

2. Если жена не работает и в семье не более 2 детей, то речь идет о помощи мужа, а не о разделении обязанностей. Супруги договариваются, в чем конкретно будет заключаться помощь мужа, и он принимает это как свою обязанность. Следует подчеркнуть, что добровольная, без напоминаний и просьб помощь мужа в домашнем хозяйстве является одним из факторов, которые способствуют созданию благоприятной атмосферы и гармонии в семье.

4.2. Свободное время

Жалобы в этой области обычно касаются того, что один партнер не уделяет другому достаточно внимания: «нет у него времени, постоянно отсутствует, то он на работе, то встречается с приятелями или занимается своими увлечениями». Но возможны и совершенно противоположные жалобы: «совсем не оставляет в покое, не дает в свободное время немного отдохнуть, а вечно тянет куда-то развлекаться». В этом случае задачей супружеской терапии является достижение договоренности между супругами относительно времени, которое они будут проводить вместе, и личном свободном времени.

В большинстве случаев требуется подвести партнеров к пониманию и принятию принципа открытого сосуществования без принуждения другого к совместному проведению свободного времени. Свободное время следует разделить следующим образом (см. ниже).

1. Время, которое должен иметь в своем распоряжении каждый из партнеров, на которое другой не должен посягать.

2. Время, которое партнеры проводят вместе или недалеко друг от друга, но каждый занимается лично его интересующим делом, в котором другой участия не принимает.

Некоторым супругам необходимо просто директивно указать, что с точки зрения гигиены их психического здоровья в настоящем и будущем каждый из них должен иметь какое-нибудь увлечение, «хобби», обеспечивающее активный отдых и приносящее удовлетворение. Можно лишь сожалеть, если в семье такой вид отдыха не развивается в связи с иной направленностью интересов. Конечно, следует обсудить, как распорядиться свободным временем, учитывая вместе с тем и финансовые возможности, чтобы реализовать подобные увлечения, не ущемляя интересы друг друга.

3. Время, проводимое супругами вместе, точнее, совместное времяпрепровождение — экскурсии, игры, работа в саду, огороде, посещение культурных центров или просто ни к чему не обязывающие беседы типа «посидеть и поболтать». В таких беседах речь идет о новостях у соседей, о событиях в мире, о работе, успехах и приятных делах, о детях и др.

В этой связи интересно заключение Plzák (1981) относительно того, что спокойный разговор между супругами не может продолжаться более часа или двух часов, поскольку за это время в центральной нервной системе «эйфоригены» истощаются. Затем настроение ухудшается, один из супругов высказывает какое-нибудь критическое замечание и беседа приобретает неприятный оттенок. Поэтому целесообразно не слишком затягивать беседу. Хотя гипотеза об «эйфоригенах» не совсем обоснована, она оправдывает себя в отношении некоторых супружеских пар, ввиду чего ее можно использовать чисто прагматически с целью предупреждения возникновения нежелательных моментов в разговоре.

4. Время, которое супруги проводят вместе в обществе других людей, например друзей. Присутствие близких друзей может помочь обоим супругам разговориться. В таком разговоре каждый из них может узнать о другом нечто такое, чего он никогда не узнал бы из беседы наедине.

5. Время, отведенное для совместного решения различных проблем в виде «совета», «домашней конференции» или «конструктивной ссоры». Такое решение проблем не является развлечением, скорее это суровая необходимость; согласно рекомендациям, используемым при бихевиористическом подходе, оно должно занимать примерно 10 мин (максимум полчаса) 1—2 раза в неделю.

O'Neil, O'Neil (1973) подчеркивают, что иногда у кого-либо из супругов возникает острое желание побыть одному — «ради бога оставь меня одного». Целесообразно сигнализировать о таком желании каким-нибудь невербальным способом, например (по предварительной договоренности) путем облачения в какую-то специальную домашнюю рубашку или куртку. Хорошо также, чтобы каждый имел в квартире свой

уголок, где он мог бы отдохнуть от общения и где его никто не побеспокоил. Неоднократно подчеркивалась и другая сторона проблемы [Кпox, 1917]: супруги по меньшей мере часть свободного времени проводят вместе, поэтому они должны разумно использовать его, чтобы это было полезно и приятно обоим. Для большинства городских жителей это могут быть совместные поездки в лес, на реку, туристические походы, отдых на даче в выходные дни, визиты к друзьям и др. Не менее серьезно следует относиться к предложениям (обычно исходящим от жен) «посидеть и поболтать», принимая их как вполне рациональные и не считая их неким «эмоциональным налогом» или проявлением излишней зависимости.

Если партнерам не удастся прийти к единому мнению относительно совместных развлечений в свободное время, можно часть этого времени посвятить развлечениям во вкусе жены, а другую часть — в соответствии с пожеланиями мужа, ему самому захотелось участвовать в выбранном мероприятии [Кпox, 1917].

Особую проблему совместного проведения свободного времени представляют случаи, когда различные серьезные внешние факторы существенно ограничивают возможности одного из партнеров. К ним принадлежат сверхурочные работы, приработок, вечернее обучение или строительство собственного дома. Вечерние занятия, подработка и строительство дома (если супруги не строят вместе) иногда вызывают значительную напряженность в отношениях, несмотря на предварительную договоренность супругов по этому вопросу. Поскольку речь идет о деле, которое обязательно должно быть закончено, коль скоро оно начато, то целесообразно приободрить супругов с учетом будущих перспектив, в некоторых случаях можно прибегнуть к внушению и аутогенному тренингу с использованием аутосуггестивными формулами.

Свободное время лучше делить следующим образом: а) ежедневное свободное время, б) выходные дни, в) отпускное время. Такое деление обеспечивает дальнейшие возможности формулирования пожеланий, условий и договоров.

4.3. Воспитание детей

Существенную часть внутрисемейной жизни у большинства супружеских пар занимают забота о детях, их воспитание, общение с ними. Очень серьезные проблемы могут возникать в тех семьях, где нет детей по причине бесплодия или заболевания одного из супругов, или тогда, когда имеются значительные разногласия по поводу воспитания детей, а также

при наличии патологии у детей или при воспитании неродных детей.

Бездетные семьи. Проблемы обычно не возникает, если партнеры до заключения брака знали о бесплодии или болезни одного из них, не позволяющей им иметь собственных детей, или если они заключили брак не с целью иметь детей, а по каким-то другим соображениям. Часто стрессовые ситуации, неблагоприятно отражающиеся на супружеских отношениях, возникают у партнеров, которые терпят неудачи при попытках иметь собственных детей, когда они заблаговременно планируют беременность, иногда откладывая ее на продолжительное время.

Длительный период медицинского обследования, лечения, подбор сроков и техники полового акта, обеспечивающих оптимальные условия зачатия, неоднократные попытки оплодотворения жены семенем мужа или донора и безуспешные попытки взять подходящего ребенка на воспитание способствуют развитию хронической напряженности в отношениях между супругами, что нередко отрицательно влияет на качество половой жизни, вызывает мысли об ошибочности настоящего брака, ощущение вины или даже депрессию с боязнью осуждения чувственных супружеских отношений.

При безуспешном лечении бесплодия надо постараться помочь супружеской паре взять ребенка (или нескольких детей) на воспитание, хотя это обычно занимает немало времени и весьма затруднительно. При этом необходимо убедиться в том, что желание взять на воспитание ребенка является первичным, а не обусловлено в значительной мере мнением окружающих, которые отрицательно относятся к бездетным семьям. В процессе работы с бездетными супружескими парами можно попытаться как-то адаптировать их к ситуации невозможности иметь своих детей и направить их помыслы на другие интересы и общественно полезные занятия, повышение профессионального мастерства и т. д.

В тех случаях, когда фертильный партнер испытывает очень сильное желание иметь собственного ребенка, что представляет определенную угрозу существованию бездетной семьи, возможно, более целесообразно в рамках супружеской терапии порекомендовать супружеской паре спокойный (с обоюдного согласия) развод с последующей психотерапевтической помощью оставленному партнеру, чтобы он смог легче пережить ситуацию (напрасные надежды, неосуществившиеся планы) и избежать депрессии. Если же и он не может отказаться от сильного желания иметь детей, то, вероятно, наиболее рациональным и перспективным решением этой проблемы является вступление в брак с разведенным или вдовым партнером, имеющим детей.

Разногласия по поводу воспитания детей. Часто мы сталкиваемся с жалобами, что партнер не заботится о детях, не играет с ними, не принимает участия в их воспитании. Споры возникают на почве различных представлений супругов о дисциплине и способах воспитания, когда один из них упрекает другого в чрезмерной строгости, жестокости, грубости, рукоприкладстве или, наоборот, в безразличии, поощрении непослушания или культивировании изнеженности. Различия проявляются и в оценке поступков детей, один из родителей разрешает то, что другой запрещает (опасные виды спорта, езда на мотоцикле и т. п.). В тех случаях, когда родители занимают позицию, которая с точки зрения современного уровня знаний может привести к невротизации детей или оказать на них деморализующее влияние, обязанностью врача являются решительные рекомендации и авторитарные указания. Что касается проблем, которые с педагогической точки зрения могут рассматриваться по-разному, здесь следует выяснить мнения и пожелания супругов и решить их путем компромисса. Если в рамках супружеской терапии мы занимаемся проблемой воспитания детей, рассматривая его как возможный источник семейных конфликтов, то часто это касается практически одного аспекта; мы выясняем, имеют ли супруги единый подход в воспитании или придерживаются различных, иногда прямо противоположных мнений относительно того, что следует разрешать или запрещать детям. Существование различных мнений возможно и даже целесообразно, но только в том случае, если супруги приходят к какой-то практической договоренности, после чего действуют в одном направлении.

Отец, например, не желает отпустить сына в кино, поскольку тот получил в школе плохие отметки, мать же встает на защиту сына и уговаривает отца разрешить ему пойти: «Все его товарищи идут в кино». «Сегодня он все выучил». Дети видят различия во взглядах родителей; это нормально, если в конце концов кто-то из них говорит «пойдешь» (или «не пойдешь») и другой ему не возражает. Плохая с точки зрения воспитания ситуация возникает в том случае, когда отец запрещает, а мать разрешает (или наоборот) и ребенку приходится делать выбор.

В традиционно-патриархальной семье решающее слово всегда принадлежало отцу. Мать иногда с ним договаривалась о смягчении жестких приказов или наказаний, помогала ребенку обойти некоторые запреты, давала обещания, что при некоторых поступках «не скажет отцу» или, наоборот, «скажет отцу, и тот его накажет». В большинстве современных семей решающее слово в вопросах, касающихся воспитания детей, имеет мать, отец же остается в стороне. В некоторых семьях главный авторитет в вопросах воспитания отсутствует и при различных взглядах родителей на кон-

кретные проблемы воспитания они не успевают договориться и выработать единое направление действий. В симметричных или демократических семьях существует строгое распределение авторитета по областям определенной компетенции, в которых каждый из супругов имеет решающее слово.

В компетенцию матери, например, могут входить вопросы питания и одежды ребенка, его домашние и школьные обязанности, в компетенцию отца — активный отдых ребенка, развитие его интересов и увлечений, развлечения в свободное время.

Мать решительно требует, чтобы ребенок доедал все, что есть в тарелке, отец же предлагает не приказывать — «пусть лучше он проголодается». Отец разрешает поехать сыну в горы с друзьями, а мать опасается, что он там простудится.

Разделение сфер компетенции — это прежде всего результат договоренности супружеской пары с учетом их действительной компетенции в той или иной области. Врач может выступать здесь как эксперт по вопросам выработки такой договоренности. Необходимо подвести супругов к определению (и четкому формулированию) сфер влияния, помочь в становлении авторитета каждого в данной области. Это позволяет утвердить правило, что отданное распоряжение не должно обсуждаться. Конфронтация различных взглядов и мнений может быть предметом «семейных советов», происходящих, разумеется, в отсутствие детей.

Дети с патологическими отклонениями. До сих пор мы рассматривали вопросы, касающиеся различных влияний на гармонию супружеских отношений, согласия или несогласия в методах и целях воспитания детей. Однако ребенок может и сам воздействовать на своих родителей путем определенного поведения, поступков, которые не являются следствием их воспитательных мероприятий. Они могут быть результатом врожденной патологии или болезни. Патологическое поведение детей, не поддающееся обычным воспитательным мерам, может отрицательно влиять на душевное спокойствие и уравновешенность родителей.

Здесь речь идет о беспокойных, импульсивных детях с легкими мозговыми дисфункциями, умственно отсталых или имеющих соматические дефекты, инвалидах или хронически больных. Беспокойные дети часто «передают» свое беспокойство родителям. Родители становятся раздражительными и переносят свое раздражение на супружеские отношения. Это особенно затрагивает мужа, вследствие чего он старается меньше оставаться дома.

Подобная безысходная ситуация складывается в семье с детьми-инвалидами, олигофренами или безнадежно боль-

ными (например, с детьми, страдающими лейкозом). В таких случаях муж старается реже бывать дома, избегает общения с ребенком, тогда как жена сильно привязывается к больному ребенку, часто в ущерб остальным детям и супругу. Помощь таким супругам является важнейшей задачей психотерапевта; к сожалению, она еще недостаточно разработана. В некоторых случаях могут быть полезными экзистенциальный анализ Франка и логотерапия [Kratochvil, 1976].

Особая ситуация складывается в семье, воспитывающей неуправляемого ребенка с антисоциальными наклонностями, который систематически прогуливает занятия в школе, убегает из дома, лжет, крадет. Максимальные трудности с таким ребенком возникают в пубертатном и подростковом возрасте, когда он становится членом хулиганской группы, напивается, экспериментирует с лекарствами и препаратами бытовой химии, совершает правонарушения. Plzák (1973, 1981) называет такого подростка «конфликтогенератором». Он становится предметом споров родителей относительно того, кто виновен в подобном поведении, какой метод воспитания предпочтителен в данном случае. В действительности все подходы оказываются малорезультативными. Супругам пойдет на пользу, если они сумеют хотя бы немного отключиться от воспитательной проблематики, частично покорившись судьбе (в смысле биологического детерминизма), а также используя утешительную аутогенную формулу «мы сделали все, что могли». Другую возможность могла бы предоставить квалифицированная семейная терапия, если бы она распространила свое влияние в этой области.

Выше приводились примеры неуправляемого или нарушенного поведения детей, обусловленного в первую очередь их болезнью или врожденной патологией, следствием чего стал конфликт между родителями. Однако не следует забывать, что подобное поведение детей часто бывает и результатом родительских конфликтов. Дети с поведенческими нарушениями могут быть не только «конфликтогенераторами», но и «конфликтотводами», за что расплачиваются собственным здоровьем. Конфликтная семья требует терапевтического вмешательства не только ради помощи родителям, но и ради спасения детей. Полезно тесное сотрудничество семейной консультации с педагогико-психологической. Показана также семейная терапия.

Приемные дети. Особые проблемы могут возникать в семьях, где дети являются приемными для одного из родителей. Обычно неродным бывает отец, который часто просто не знает, как ему следует вести себя по отношению к приемным детям. Мы уже упоминали об этом в связи с повторными браками. Иногда ребенок не принимает отчима, относится к нему враждебно, особенно если сохраняется тесная эмоциональная связь с родным отцом. Отчим не решается

наказывать ребенка, поскольку опасается конфликта с женой, которая стала бы защищать своего ребенка. Таким образом, отчиму остается лишь возможность хвалить ребенка, не корректируя его нежелательное поведение и обращая на это внимание матери, которая должна «навести порядок». В процессе лечения такие мужья жалуются, что жена распускает своих детей. Кроме того, отчим должен подавлять свои агрессивные чувства, которые могут произвольно переноситься на другие области супружеской жизни. Было бы лучше, если бы отчим действовал так же, как родной отец, и чувствовал себя ответственным за воспитание ребенка. При работе с отдельными супружескими парами необходимо оценить достаточность констелляции, касающейся отношений и контактов ребенка с родным отцом. Эта проблематика представляется адекватной для групповой психотерапии, проводимой со специально подобранными супружескими парами [Mowatt, 1972].

4.4. Половая жизнь

Источником разногласий и конфликтов при ненарушенном половом акте и нормальной половой функции у обоих партнеров бывают частота половых сношений, а также их место, время, форма и вариации. Имеют место различия в интенсивности желания, возбудимости и способности к оргазму, возможностях, касающихся продолжительности полового акта, его подготовки и финала, а также разное отношение к частоте половых сношений.

Частота половых сношений. Нередко источником несогласия в семье служит отношение супругов к частоте половых сношений. Так, в молодых семьях наблюдается ситуация, когда муж требует более частых половых сношений, допустим, ежедневных, тогда как жена хотела бы иметь их не чаще 1 раза в неделю. Здесь нет никакой патологии, оба желания вполне нормальны, однако эти различия могут стать источником напряженности в супружеских отношениях.

Прежде всего необходимо подвести обоих супругов к пониманию того, что не следует расценивать желание партнера как эгоизм или стремление сделать назло. Партнер с более низким уровнем полового влечения, удовлетворяя все желания своего сожителя, рискует попасть в ситуацию, когда частое принуждение себя к половому сношению приводит к утрате естественного желания и отсутствию удовлетворения от полового акта; при этом нежелание или даже сопротивление может нарастать. Это прежде всего должен понять партнер с более высоким уровнем полового влечения. Отсю-

да следует вывод, который делают многие исследователи: половой акт должен осуществляться только в том случае, когда оба партнера имеют на это желание, а частота половых сношений должна определяться партнером с более низким уровнем полового влечения.

С другой стороны, такая ситуация может вызвать перенапряжение у партнера с высоким уровнем желания. Если супруги спят в одной постели и партнер испытывает сильное половое влечение, перевозбуждается, если доходит, наконец, до взаимной нежности, которую менее возбудимый партнер часто с удовлетворением принимает и желает¹, и на этом все кончается, то бывает довольно трудно сразу остановиться и при этом сохранить хорошее настроение. Неудовлетворенное половое желание нередко трансформируется в агрессивные чувства по отношению к партнеру. Возбужденный супруг никогда не докажет, что он взял и просто так «лег и заснул».

Подобная ситуация иногда приводит мужа к онанизму (что можно одобрить, однако, как ни странно, некоторые из жен в связи с этим начинают нападать на мужа, обвиняя его в безнравственности, разврате, сексуальном отклонении) или к изменам со всеми вытекающими отсюда последствиями, опасными для брака. Вместо какого-либо однозначного решения данной проблемы желателен более гибкий подход, обеспечивающий возможности компромисса. В этих целях можно воспользоваться графиком динамики полового желания у женщин, предложенным Barczewski (1977).

Автор высказал предположение, что у жен, озабоченных вышеуказанной сексуальной проблематикой, речь идет о характерном типе сексуальной реактивности, при котором способность женщины реагировать на сексуальные стимулы возбуждением и оргазмом постепенно нарастает в течение нескольких дней. Пока необходимый уровень не будет достигнут, желание полового акта будет понижено, и хотя оргазм возможен, в этих условиях добиться его будет весьма нелегко. Продолжительность «фазы желания» различна у разных женщин, но стабильна индивидуально (например, 3 дня, 14 дней или больше). Оргазм сбрасывает накопившуюся напряженность, и начинается новый цикл постепенного нарастания желания.

На рис. 9 (кривая N) показан нормальный рост сексуального напряжения у женщины от нулевого значения до крити-

¹ «Но без полового акта», как подчеркивают некоторые романтически настроенные и менее сексуально возбудимые жены, которые хотят нежности, но только как проявления чистой любви» без каких-либо требований близости со стороны мужа.

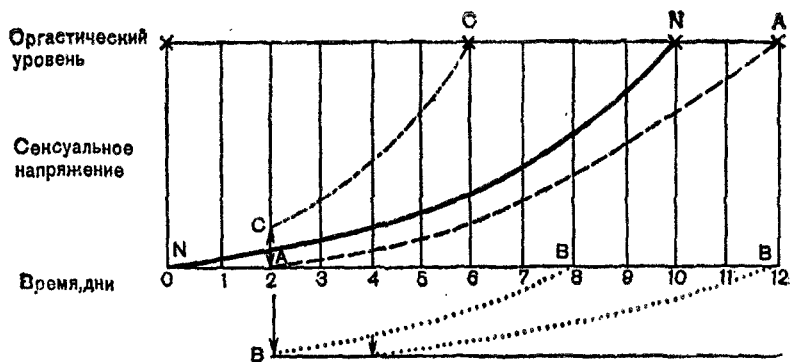


Рис. 9. Цикл оргастической готовности женщины (по Barczewski). Половой акт с оргазмом обозначен крестиком.

ческого уровня в течение 10 дней. Если по желанию партнера половой акт произойдет раньше, чем будет достигнут «оргастический уровень» (например, через 2 дня, как показано на рис. 9), то возможны 3 варианта, которые представлены кривыми А, В и С.

Вариант А: жена займет позицию «может быть повезет», приложит мало усилий и, хотя оргазма не было, возвратится на нулевой уровень желания; цикл начнется заново. Таким образом, период, когда она может легко достигнуть оргазма, продлевается на определенное число дней.

Вариант В: жена и муж стремятся к тому, чтобы жена достигла оргазма, она прикладывает к этому значительные усилия. Если же это не удастся, уровень оргастической готовности жены резко снижается за нулевую отметку. Каждая дальнейшая преждевременная попытка снижает уровень готовности еще больше, что исключает возможность достигнуть оргазма без продолжительной паузы.

Вариант С: жена и муж знают, что в связи с недостаточной оргастической готовностью жены она еще не способна достичь оргазма. Однако она согласна удовлетворить мужа и пренебречь оргазмом, которого она не ожидает и сейчас не требует. В этом случае процесс нарастания желания не нарушается, наоборот, он даже несколько ускоряется, и уровень оргастической готовности достигается быстрее.

Данный тип сексуальной реактивности женщины, описанный Barczewski, в практике обозначают как «заряжающийся». Он чем-то напоминает конденсатор фотовспышки, для которого также требуется определенное время на подзарядку. Помимо этого типа сексуальной реактивности, как показывает наш опыт, существуют другие типы, которые можно определить как кумулятивный, непрерывный и прерывистый.

Кумулятивный тип представляет собой прямую противоположность «заряжающемуся» типу; женщина достигает оргазма, и ее желание при этом не снижается, а, наоборот, нарастает. Такая женщина, как правило, мультиоргастична, она испытывает оргазм несколько раз в течение одного полового акта. Повторные оргазмы могут быть даже интенсивнее, чем первый. Иногда полное удовлетворение наступает только после целой серии оргазмов (на что женщина «заряжающегося» типа вообще не способна). Затем наступает продолжительный период, когда сексуальное желание или интерес спонтанно, без определенных сексуальных стимулов, не возникают.

Непрерывный тип сексуальной готовности характеризуется тем, что при определенных условиях и сексуальных стимулах женщина может возбуждаться и достигнуть оргазма практически в любое время. К этому типу можно отнести женщин, которые в целом обладают низким уровнем полового желания и обычно не стремятся к половому сношению; однако если они соглашаются на половой акт, то возбуждаются и достигают оргазма.

Прерывистый тип характеризуется сексуальной реактивностью, которая существенно меняется без какой-либо закономерности. По-видимому, существует большое число факторов (характер отношения к партнеру, эмоциональный настрой, фаза менструального цикла, общее самочувствие и др.), способствующих иногда адекватному настроению женщины и ее сексуальной реактивности, тогда как в других случаях ее желание и способность к оргазму минимальны.

Концепция Barczewski о «накапливании зарядов» полового желания является спорной и необоснованной с физиологической точки зрения. Однако мы в своей клинической практике встречали женщин, которые аналогично описывали изменения своей сексуальной реактивности. Хотя научная значимость приведенной выше концепции сомнительна, график оргастической готовности женщины может сослужить хорошую службу в качестве дидактического материала, позволяющего убедить супружескую пару в том, что жена способна удовлетворить своего мужа, имеющего большую потребность в половых сношениях, и в этот период, когда она сама не может достичь необходимого уровня полового возбуждения и оргазма. Муж должен расценивать такой поступок как проявление доброты и заботы о его здоровье. Когда же жена будет готова к достижению оргазма, он возникает во время полового сношения самопроизвольно, без дополнительных (чаще всего бесполезных) усилий.

В отдельных случаях необходимо оценить, соответствует ли жена в действительности высшим супружеским требованиям в половом отношении или по крайней мере может ли она удовлетворить мужа и не по сексуальным мотивам, а потому, что она ему рада, хорошо себя чувствует с ним, что он к ней добр, или потому, что он заботится о доме и детях. Конечно, необходимо учитывать возможность возникновения полового отвращения, особенно в случаях нарушения отношений и эмоциональных связей.

Реже (но с этим приходится сталкиваться в практической работе) наблюдается противоположная ситуация, когда жена

Жалуется, что интерес мужа к половым сношениям гораздо ниже, чем ей хотелось бы. Здесь речь идет о том, возможно ли в период пониженного желания у мужа вызвать с помощью телесных прикосновений достаточную сексуальную реакцию и добиться удовлетворительного полового сношения или при пониженном желании наблюдается еще и пониженная способность к эрекции (некоторые женщины вполне удовлетворяются и внекоитальными формами раздражения половых органов). Если инициатива жены не противоречит намерениям мужа, ее можно поощрить, поддержать и порекомендовать продолжать в том же духе. Если же относительно завышенные сексуальные требования жены неприятны мужу, то необходимо избегать интимных ситуаций, поскольку при этом возникает опасность нарушения потенции мужа. Следует искать пути выравнивания желаний жены и биологических возможностей мужа.

Способы. Каждый из супругов может иметь свой, сугубо индивидуальный «сценарий» сексуальной активности или способ осуществления полового акта, наиболее удовлетворяющий его. Сценарий может включать различные формы собственного поведения и поведения партнера при предварительных ласках и во время полового акта. Спорные проблемы возникают обычно при рассогласовании ожидаемых и реально проявляемых нежности и решительности, инициативы и обороны, а также клиторного и вагинального типа реактивности женщины, отношения к орально-генитальным контактам и влияния привычных и новых форм полового акта.

Нежность и решительность, инициатива и оборона. Некоторые женщины предпочитают иметь с нежным мужем постепенно развивающиеся, деликатные ненавязчивые предварительные ласки, тогда как собственно половой акт может совершаться как бы между делом, другие — предпочитают натиск, когда муж приступает к половому акту «помужички», решительно и энергично. В том и другом случае мужчины имеют различные «сексуальные сценарии»: в первом случае проведение шаловливо-ласковое, во втором — агрессивно-добывательское. Инициатива жены может быть для мужа желанной. Многие мужчины на приеме у врача жалуются на пассивность жены, отсутствие у нее сексуальной инициативы, другие же, наоборот, стараются подавить излишнюю страстность жены, предпочитая более пассивное поведение или даже наигранное сопротивление.

Васильченко (1977) приводит такой пример: муж, привыкший в первом браке к нежному, ласковому поведению при половом сношении, после смерти жены вступил в брак с разведенной женщиной, привыкшей к быстрому, энергичному и решительному половому поведению первого мужа. Ласковость и деликатность второго мужа она высмеивала,

считала детским, немужским. Мы наблюдали противоположный случай, когда у мужа с детства зафиксировалась сексуальная игра — он догоняет девочку в лесу, и он хотел бы пережить нечто подобное с женой. Жена, которой для полового возбуждения требовались длительные нежные ласки, не могла возбудиться при сценарии «сопротивления и убеждения».

Клиторный и вагинальный тип возбудимости. Женщине с преимущественно клиторной возбудимостью для достаточного возбуждения и оргазма требуется, чтобы во время полового акта было длительное и регулярное раздражение клитора. Такая женщина может иметь трудности с достижением оргазма при обычной сексуальной позиции, когда раздражение клитора бывает недостаточным. Эта проблема может быть решена при изменении позиции, например в положении на спине с напряженными, сведенными ногами или в позе «наездника», при которых клитор ритмически раздражается лобком либо рукой мужа. Иногда для достижения женщиной оргазма имеет смысл провести до полового сношения или после него мануальную стимуляцию области клитора, а для того чтобы эти прикосновения были приятнее, лучше если женщина сама будет водить руку мужа.

При вагинальном типе сексуальной реактивности для полного удовлетворения женщины необходимы ритмические движения полового члена во влагалище, лучше с глубоким проникновением. Некоторые женщины могут иметь оба вида оргазма, которые субъективно различают, поэтому в большинстве случаев целесообразна комбинированная стимуляция чувствительных областей. В исключительных случаях оба вида стимуляции взаимно интерферируют, и оргазм достигается быстрее в той или иной форме.

Орогенитальный контакт может стать предметом спора между супругами, например, если эта форма желанна мужу и отвергается женой. Сразу скажем, что не стоит настаивать на формах полового сношения, которые по каким-либо соображениям неприемлемы для партнера, чтобы не вызвать у него отвращения. Однако можно следовать принципу последовательной аппроксимации, в соответствии с которым желаемые формы поведения постепенно, шаг за шагом приближаются к полной акцептации. При клиторном типе возбудимости куннилингус может быть вполне приемлемой формой вызова оргазма.

Итерации и новации сексуального сценария, касающиеся отношений мужа и жены, относятся к области привычных и новых аспектов полового сношения. Итерационный тип реагирует наилучшим образом в условиях стабильности, регулярности, тишины и безопасности, как все привычно, известно, хорошо опробовано. Отклонение от привычных действий или

ситуаций способствует возникновению различных нарушений. Этот тип получает удовлетворение при привычном способе супружеского полового сношения. При случайных внебрачных связях он иногда терпит неудачи, чувствует себя хорошо только тогда, когда может воссоздать привычный стереотип поведения. Инновационный тип стремится к более частой смене действий или ситуаций. Половая активность, протекающая стереотипно, перестает быть для него привлекательной и возбуждающей. Изменения могут касаться переживания предстоящего полового сношения, места и времени, новых элементов в предварительных ласках, одежде, а также техники полового акта и позиции. Иногда возбуждающим стимулом бывает ощущение опасности. Для этого типа очень притягательны внебрачные связи, возможна склонность к промискуитету. Именно это часто определяет более высокий уровень интенсивности и сексуальных переживаний в рамках новых половых связей.

Типологические характеристики переживаний и поведения в сексуальной психологии, естественно, аналогичны таковым в общей психологии. Здесь можно встретить четко оформленные типы и смешанные или переходные формы. Типы иногда могут быть очень ригидны, в других случаях возможна значительная гибкость.

Продолжительность полового акта. К частым жалобам относятся жалобы женщин, которым для сексуального удовлетворения требуется большая продолжительность полового акта, чем это может обеспечить муж; причем речь не идет о каких-либо нарушениях у партнеров. По данным Васильченко (1977), у мужчины продолжительность фрикционных движений до эякуляции составляет приблизительно 2—3 мин, тогда как у женщины, согласно данным Fisher (1973), продолжительность полового акта, необходимая для достижения оргазма, примерно 8 мин. Если у супружеской пары отмечается такая диспропорция, приводящая к неудовлетворенности жены, ее можно изменить путем продолжения полового акта, например с помощью прерывания акта с одновременной мануальной стимуляцией области клитора, неполным введением полового члена во влагалище; молодым мужчинам можно рекомендовать повторные половые акты или достижение более быстрой реакции у жены, например, с помощью увеличения продолжительности предкоитальных ласк, параллельной стимуляции области клитора или активных движений жены в положении «наездника» при двигательной пассивности партнера.

Главная и часто наиболее простая рекомендация (преимущественно для малоопытных супругов) — увеличить продолжительность предкоитальных ласк с поглаживанием открытых эрогенных зон, пока посте-

пенно не раскроется и не увлажнится вход во влагалище и не будет достигнут высокий уровень возбуждения. Однако не следует забывать, что при таком подходе в некоторых случаях может образоваться порочный круг. Молодые и сексуально возбудимые мужчины могут сильно перевозбудиться, что повлечет за собой резкое сокращение продолжительности полового акта. У мужчин среднего возраста продолжительные предкоитальные ласки могут привести к снижению эрекции полового члена, вначале вполне доброкачественной, и когда жена достигает необходимого уровня готовности, муж оказывается неготовым к половому акту. Поэтому часто муж стремится скорее начать половое сношение в соответствии со своим прямолинейным сценарием. Однако ослабленную эрекцию можно восстановить мануальным раздражением полового члена, избавив мужчину тем самым от неудовлетворенности, и привести к половому сношению если не с первой, то со второй «волны» эрекции.

Временные диспропорции у быстро возбуждающихся мужчин и медленно реагирующих женщин усугубляются, если супружеская пара пользуется в противозачаточных целях приемом прерванного полового акта. Такой супружеской паре необходимо помочь в решении вопроса о выборе противозачаточных средств, что позволит избежать сокращения продолжительности полового акта вследствие его прерывания до эякуляции. Использование презерватива может увеличить его продолжительность, но при этом снижается острота восприятия.

Следует подчеркнуть, что для удовлетворительного протекания полового сношения (у многих партнеров, особенно у женщин) имеют значение не только способ и продолжительность полового акта, но и «душевное согласие». Для этого не требуется слишком многого, достаточно лишь ласкового обращения с партнером незадолго до полового сношения.

Неудовлетворенность супругов может также зависеть от поведения после полового сношения. Чаще жалуются жены, что муж сразу же после эякуляции утрачивает всякий интерес к дальнейшим контактам и засыпает. Они расценивают это как проявление эгоизма. В таких случаях следует обратить внимание женщины на то, что подобная реакция у большинства мужчин может быть чисто физиологической. Муж в свою очередь должен постараться побороть усталость, учитывая, что после оргазма жена часто бывает возбуждена и требует продолжения ласк или разговора. Однако есть женщины, для которых дальнейший телесный контакт после оргазма уже не столь желателен, и они охотно уходят из объятий мужа.

Противозачаточные средства. Не только отсутствие желанной беременности, но и нежелание беременности или боязнь ее может вызвать в семье напряженность или конфликты и отрицательно повлиять на половую жизнь. Прерывание беременности может быть связано с целым рядом проблем медицинского, психологического, морального или религиозного характера. Это особенно характерно для тех супружеских пар, где оба супруга по-разному относятся к прерыванию полового сношения с целью предохранения от беременности и

испытывают в связи с этим чувство вины или несправедливости. Иногда переживания и эмоции, отрицательно влияющие на супружеские отношения, тщательно скрываются или подавляются, ввиду чего врачу требуется приложить немало усилий для их выявления, чтобы затем помочь супругам их преодолеть. Некоторые же супружеские пары, напротив, считают прерывание полового акта делом обычным и частным. Здесь врач супружеской консультации мог бы использовать рекомендации, разработанные органами здравоохранения, и помочь партнерам понять отрицательные стороны прерванного полового сношения, информируя их о других методах контрацепции и формируя положительное отношение к ним. Это особенно касается недостаточно информированных и легкомысленных супружеских пар.

К обычным противозачаточным средствам относятся прерывание полового сношения, использование презервативов и неблагоприятных для зачатия дней (достоверность их определения основывается на регулярном измерении базальной температуры тела), влагалищные шарики (менее надежно), различные колпачки и контрацептивные пасты (не слишком популярный метод ввиду сложности манипуляций при их введении), гормональные пилюли, внутриматочные спирали и другие контрацептивы. Последние два метода достаточно эффективны, однако их длительное применение чревато некоторыми осложнениями, возможны также медицинские противопоказания.

За более подробной информацией можно обратиться к «Практическому руководству для врачей» (1971), где детально рассматриваются преимущества и недостатки каждого из методов контрацепции, приведены противопоказания и в качестве показателя их надежности указана частота случаев беременности при применении тех или иных контрацептивов.

В тех случаях, когда супруги хорошо информированы и ответственно относятся к выбору противозачаточных средств, возникновение разногласий между ними возможно в связи с различными предпочтениями определенных контрацептивов или методов предохранения. Например, муж отдает предпочтение гормональным или внутриматочным противозачаточным средствам, поскольку они не оказывают никакого влияния на его ощущения при половом сношении, тогда как жена отказывается их использовать по тем или иным соображениям — из предубеждения, нежелания часто посещать гинеколога, боязни риска, осложнений или затруднений. Иногда же против применения этих противозачаточных средств возражает ревнивый муж, опасаясь, что они могут облегчить жене измену. Таким образом, супруги ограничиваются использованием презервативов и неблагоприятных для зачатия дней.

Последний метод не нарушает течения полового акта, однако его нельзя назвать особенно надежным. Необходимость регулярного измерения базальной температуры обычно воспринимается без большого энтузиазма.

Прерывание полового сношения с целью предохранения в некоторых случаях может удовлетворять мужа, чаще оно снижает удовольствие от полового акта у мужа или жены (или обоих). Как уже отмечалось, применение этого способа весьма проблематично для мужчин, имеющих склонность к быстрой и плохо контролируемой эякуляции. В такой ситуации у жены мало шансов получить удовлетворение от сношения, особенно при замедленной реактивности, и, кроме того, она рискует забеременеть.

Презерватив является доступным противозачаточным средством, к которому легко привыкнуть, он достаточно надежен и не мешает половому акту. Однако презерватив может не устраивать мужчин с локально сниженной возбудимостью, нарушениями эрекции, а также стареющих мужчин. В первом случае презерватив мешает при половом сношении, так как при фрикциях снижает чувствительность прикосновения головки полового члена к стенкам влагалища. В остальных случаях затруднения могут возникать уже при его надевании, прерывающем сексуальную стимуляцию, что может отражаться на качестве эрекции.

Некоторые упомянутые выше трудности, ослабляющие удовлетворение или сексуальную потенцию мужчины (а иногда и удовлетворение у женщины), могут способствовать пересмотру отношения женщины к применению женских противозачаточных средств. В таких случаях в семейной консультации женщину направляют к квалифицированному специалисту, который проинформирует ее, ответит на все вопросы, касающиеся использования женских противозачаточных средств, поможет подобрать адекватные контрацептивы.

Возрастные изменения. По мере продолжения совместной жизни в половой активности супругов происходят определенные изменения, связанные с возрастом. Иногда супруги плохо информированы о возрастных изменениях или не могут к ним приспособиться, страдают от напрасных страхов или неправильно оценивают поведение партнера.

В зрелом возрасте у мужчин постепенно снижаются интенсивность и настоятельность полового инстинкта, затрудняется эрекция, ослабевает уверенность в наступлении адекватной эрекции и своевременной эякуляции, увеличивается рефрактерный период после эякуляции.

Психические стимулы вначале легко и быстро вызывают эрекцию. Для ее самопроизвольного наступления мужу достаточно посмотреть на жену, обнять или погладить ее. Когда эти стимулы перестают быть

достаточно действенными, у мужа могут появиться опасения относительно импотенции, а у жены — различные подозрения в существовании у мужа внебрачных связей, утрате интереса к ней или ослаблении любви. Однако здесь речь идет не о начинающейся импотенции, а о качественном изменении возбудимости, для компенсации которой теперь необходимо повысить сексуальную стимуляцию, например продлить раздражение полового члена, чего раньше не требовалось. Вначале это ведет к увеличению его вялости, но при длительном раздражении эрекция восстанавливается. Замедление наступления эякуляции играет скорее положительную роль в половой жизни супругов, позволяя продлить половой акт. Следует учитывать и то, что частые половые сношения могут привести к полному отсутствию эякуляции и существенно увеличить время, необходимое для возникновения повторной эрекции.

У женщин с возрастом интерес к половой жизни может иногда повышаться. Неискушенная прежде женщина приобретает опыт половой жизни, умеет достигать оргазма; перестав обращать внимание на ряд «запретов», которые раньше казались ей важными, она хочет получать удовлетворение от полового акта. В предклимактерический период при повышении раздражительности и склонности к депрессивным реакциям мужа в некоторых случаях начинает требовать от мужа более частых проявлений его заинтересованности, доказательств того, что она еще не потеряла для него своей привлекательности. У других женщин в этот период наблюдается снижение уровня сексуальной реактивности и с возрастом уменьшается потребность в половых сношениях.

Задача врача в подобных случаях — повлиять на позицию женщины так, чтобы она поняла затруднения мужа и необходимость дополнительной стимуляции полового члена для достижения удовлетворительного полового сношения. Пожилым супругам надо помочь преодолеть мифические представления о том, что половой акт является наиболее важной составной частью сексуальной активности и что полового удовлетворения можно достичь только с помощью полового акта. Необходимо подчеркнуть, что в этом возрасте половое возбуждение и удовлетворение можно получить иным путем, с помощью неконтактных форм стимуляции, без полового акта. Пока существует интерес, супругам рекомендуется не избегать половой активности, поскольку длительная абстиненция может способствовать неуклонному снижению сексуальности у пожилых людей. Подробные рекомендации по адаптации супругов к возрастным изменениям сексуальности даны в предисловии к монографии «Проблематика супружества в зрелом возрасте» [Kratochvíl, 1982]. Влиянием возраста на сексуальность успешно занимался Pondělíček (1981).

Таким образом, можно сделать обобщающее заключение относительно терапевтической тактики при решении проблем половых отношений: супруги с помощью врача должны сначала каждый отдельно, а затем вместе определить и уяснить себе, каковы их предпочтения, потребности и ожидания, что их стимулирует и что угнетает, после чего выбрать оптимальную форму действий, которая устраивала бы их обоих.

Разумеется, такое открытое обсуждение с супружеской парой ее сексуальных проблем может проводить только врач, который чувствует себя при этом совершенно раскованно, держится свободно и не испытывает затруднений при необходимости ясно и вразумительно объяснить те или иные детали сексуального поведения супругов. В качестве дополнительной информации он может порекомендовать партнерам соответствующую научно-популярную литературу, например следующие книги: Schnabl «Интимная жизнь мужчины и женщины», Šířová, Mellan «Молодые супружеские пары», Pondělíčková «Супружеская сексуальность» и др.

Описанные выше сексуальные проблемы касаются здоровых супругов, не имеющих каких-либо половых нарушений. Проблемам половых расстройств, которые могут быть как следствием, так и причиной супружеских конфликтов (например, нарушение эрективной потенции, преждевременная эякуляция, фригидность и аноргазмия), рассматриваются в первой части книги.

5. ВЛИЯНИЕ ВНЕШНИХ ФАКТОРОВ

К этому последнему кругу проблем, которые приходится решать в рамках супружеской терапии, относятся влияния родителей и близких родственников, друзей, знакомых и соседей, а также внебрачных связей (измен).

5.1. Влияние родителей и близких родственников

Отношения супругов с родителями представляют множество различных и иногда трудно решаемых проблем. Это зависит от возраста родителей, от того, с кем связаны проблемы — с родителями мужа или жены; важно и то, живы ли оба родителя или только один из них, проживают ли они вместе с супругами или отдельно. Прежде всего необходимо помочь супругам понять особенности отношения стареющих родителей к взрослым детям, причем речь здесь идет не о какой-то «вине», а лишь об обычных психологических явлениях.

Родители в течение многих лет привыкли заботиться о своих детях, опекать их, это касалось не только их прав, но и обязанностей. С точки зрения типологии отношений [Haley, 1963] они находились в комплементарных отношениях со своими детьми. Данный тип отношений совсем не просто быстро перевести в разряд полностью симметричных отношений со взрослыми детьми, даже если родители стараются это сделать. С годами определенный тип отношений фиксируется, связи становятся более ригидными, их значительно труднее изменить. Другая ситуация возникает, когда родители еще больше стареют, перестают работать, круг их интересов и контактов резко сужается, они становятся эмоционально зави-

симыми от своих детей. Они стараются удержать связь со своими взрослыми детьми, напоминая им о том, сколько они за свою жизнь сделали хорошего для детей, и вызывая в них чувство вины или, наоборот, захваливая и задаривая их; они пытаются угодить, конкурируя в заботе о своем ребенке с его партнером, чтобы больше привлечь на свою сторону, покрепче привязать его к себе. В этом случае супругам необходимо разобраться во всем и постараться понять поведение родителей. Свое отношение к родителям они должны строить по принципу симметричных связей, а свои решения реализовать на основе договоренности между собой, и ни в коем случае — на основе индивидуальной договоренности с родителями кого-либо из них.

Стоит также упомянуть ситуацию, когда супруги живут в квартире, принадлежащей родителям, принимают от них материальную помощь и другие услуги; в данном случае они должны учитывать принцип обмена (что-то за что-то). Они не могут не считаться с родителями, безоглядно делать все, что захочется, они должны соблюдать правила общежития, уважать позицию и взгляды родителей, компенсировав в какой-то мере услуги и заботу удовлетворением некоторых их потребностей. Рассмотрим несколько обычных альтернатив, касающихся совместного или раздельного проживания супругов с родителями.

Совместное проживание супругов с родителями жены. В этом случае муж часто чувствует, что не может устроить совместную жизнь по-своему, не может в семье ничего решать, поскольку жена, выступая против него, имеет поддержку в лице своих родителей. Постоянно кто-то как бы стоит над ним. В случае ссоры или конфликта жена всегда может укрыться у родителей. Если супруги живут с овдовевшей или разведенной матерью жены, то нередко возникает ситуация, когда теща, уже не имеющая опоры в собственной семье, стремится расположить зятя к себе как единственного мужчину в доме. Жене это, как правило, не беспокоит, и взаимные отношения всех троих развиваются в положительном направлении. Однако и такая сравнительно благоприятная комбинация может стать источником напряженности в отношениях, если и теща, и муж имеют тенденцию к доминированию.

Сарроні и соавт. (1977) описали вариант нарушения отношений, который называли «большая мать рода». Мать жены занимает в семье доминирующее положение, берет на себя функции управления семьей, связанные с организацией домашнего хозяйства, воспитания детей и решением наиболее важных вопросов. Чаще всего она занимала такое же положение в собственной семье. Супруга обычно несамостоятельна и во всем полагается на мать. Супруг в такой семье практически лишен своей мужской роли. Принятие решений в семье проходит по такому

стереотипу: распоряжается мать, жена беспрекословно подчиняется, муж выражает несогласие. Затем следует наказание мужа женской половиной семьи. Если муж не претендует на мужскую роль или отказывается от нее, в семье устанавливается относительный покой до тех пор, пока эту роль выполняет мать. Когда же мать уходит из семьи, жена чаще всего оказывается неспособной к доминирующей роли и семья начинает ощущать отсутствие главы дома. Жена винит в этом мужа (в консультации обычно сообщает, что «он совсем не интересуется семьей»). В процессе психотерапии следует поддержать мужа, помочь ему вернуть себе мужскую роль и интерес к семье. Если доминирующая мать продолжает жить в семье, то можно попробовать в процессе индивидуальной или групповой терапии повлиять на жену, подтолкнув ее к большей самостоятельности и вступлению в коалицию с мужем.

Совместное проживание супругов с родителями мужа.

В этих условиях жена, как правило, весьма негативно относится к вмешательству свекрови в домашние дела и необходимости приспособливаться к ее стилю жизни; кроме того, ей приходится конкурировать с родителями мужа за своего супруга. Положение значительно ухудшается, если свекровь одинока или имеет с сыном прочные эмоциональные связи. Plzák (1973) считает такую комбинацию наиболее опасной.

Мать мужа использует различные маневры для усиления разногласий в молодой семье. Конфликт обостряется, если сын вступает в коалицию с матерью, но проблем становится не меньше и в том случае, когда сын вступает в открытую коалицию с женой, не препятствуя, однако, матери вмешиваться в их отношения. Иногда приходится слышать наивное предположение, что жена могла бы поладить в такой ситуации, если бы у нее было достаточно «доброй воли». Попытки мужа примирить жену и мать обычно бывают безуспешными. Из лучших побуждений он защищает жену перед матерью и мать перед женой, чем лишь еще больше восстанавливает против себя обеих женщин. С целью сохранения брака и установления нормальных отношений необходимо решить вопрос о разделении домашнего хозяйства. Если это невозможно (мать присматривает за внуками или ей просто некуда уйти), Plzák рекомендует «разделиться» в рамках квартиры — каждый имеет свою территорию и не вступает на чужую без приглашения. Самая сложная проблема в данной ситуации — общая для всех кухня; здесь наилучшим решением является составление графика ее поочередного использования.

Иногда в рамках супружеской терапии возникает необходимость побеседовать со свекровью, выяснить ее заслуги, эмоциональные потребности и др.; врачу, конечно, следует проявить понимание ее проблем, но вместе с тем он должен твердо и директивно довести до нее принятое решение.

Сарроні и соавт. (1977) описали патологический вариант, названный ими «обезьянья мать», который с терапевтической точки зрения

почти безнадежен. Он отражает глубокие и фиксированные связи между матерью и сыном, сформировавшиеся в прошлом в патологической обстановке родительской семьи. Ее отношения с мужем были конфликтными, он либо часто изменял ей, либо был алкоголиком. Все свое внимание мать направляла на сына, она завоевывала его расположение различными услугами, нередко противоречащими его моральным устоям. К его партнерше относилась как добрая свекровь, пока та оставалась привлекательной игрушкой для ее сына. Когда же сын в своей семье стал повторять патологическую модель поведения своего отца, мать поддержала его. Мать любой ценой хочет жить вместе с сыном, быть ближе к нему. Распад его семьи ее не беспокоит, она охотно «просвещает» его относительно отрицательных качеств жены.

Проблемы посещения родителей, живущих отдельно. Здесь споры возникают в основном на той почве, что один из супругов не желает навещать родителей своего партнера, протестует против их посещений или же возражает против индивидуальных посещений партнером своих родителей. Он ревниво относится к связи партнера с родителями, опасается, что родители настроят партнера против него, считает часы, которые партнер проводит у родителей («муж ходит помогать своим родителям, «посидеть и поболтать» со своей матерью вместо того, чтобы поболтать со мной»).

Естественно, большинство супружеских пар стремятся обзавестись собственной квартирой и не зависеть от родителей, насколько это возможно, что особенно важно в начале семейной жизни. Лучше если молодожены устраивают свою жизнь сами, без вмешательства третьих лиц, постепенно привыкают друг с другом, вырабатывают собственный стиль совместной жизни. Если они сумеют создать такую самостоятельную ячейку, научатся собственными силами решать все проблемы и конфликты, то при последующей совместной жизни с родителями они уже выступают как самостоятельная семья, занимающая по отношению к родителям симметричную позицию, но не комплементарную.

Кнох (1971) подчеркивает, что семейные проблемы усложняются в тех случаях, когда один из супругов отдает предпочтение родителям перед партнером. Мы в своей работе с супругами стремимся подвести их к тому, чтобы они однозначно отдавали предпочтение своей семье, но вместе с тем не порывали связей с родителями. Если один из супругов не хочет поддерживать дружеские отношения с родителями своего партнера, то не следует на этом настаивать, доводя дело до конфликта.

В таких случаях можно договориться об определенной взаимоприемлемой частоте встреч. Нельзя требовать, чтобы партнер не разговаривал со своими родителями. Когда один из супругов навещает своих родителей, другой может заниматься каким-то любимым делом.

В тех случаях, когда родители не жалуют зятя (или сноху), постоянно критикуют его, сыну или дочери надо отказаться от подобных разговоров или навещать своих родителей только при условии, что те не будут отзываться о партнере плохо.

Следует упомянуть еще о готовности родителей давать советы и вмешиваться в жизнь своих детей, которым подобное вмешательство представляется весьма нежелательным. Правда, есть и такие мужья (или жены), поведение которых сильно зависит от мнения своих родителей и которые постоянно ходят к родителям за советом к великому неудовольствию партнера. В подобных случаях вместо малорезультативных упреков партнеру следует поощрять самостоятельные решения, принятые без участия родителей.

При получении от родителей различных подарков, денег или другой помощи следует, оценив ситуацию, понять, действительно речь идет о подарке как таковом или об «обмене», предполагающем право вмешиваться в решения, принимаемые супругами. Коли это именно такой «обмен», то супруги должны договориться между собой, согласны ли они с ним или лучше отказаться от помощи родителей.

Мы рассматривали отношения супругов с родителями главным образом прагматически, с точки зрения удовлетворенности и согласия в младшем супружеском союзе; однако попробуем взглянуть на эту проблему и с другой стороны. Работая в консультации с супругами и сталкиваясь с ситуацией, когда их разногласия связаны с отношениями к родителям, мы часто склонны винить именно родителей и советуем супругам принимать самостоятельные решения, которые могли бы сделать их максимально независимыми, а также, если возможно, отделиться от родителей. При этом недостаточно учитываются интересы старших, которые, будучи практически изолированными от общества, широких контактов или страдая различными заболеваниями, заслуживают того, чтобы их сыновья или дочери, а также их партнеры с пониманием и сочувствием отнеслись к их положению, обеспечили необходимую поддержку и помощь. В этой области необходимо подходить к проблеме дифференцированно. Здесь не должно быть схематического подхода, когда врач, используя свой авторитет, пытается рационализировать или санкционировать такое поведение молодой пары, которое по своей сущности есть не что иное, как проявление эгоизма и безответственности. Тут уж не имеет смысла говорить о признательности и уважении к старшим, речь идет об элементарном проявлении внимания к ним.

Smolka (1982) правильно отмечает, что совместная жизнь с родителями при определенном уровне отношений имеет много положительных моментов. Это сокращение финансовых расходов и возможность помощи во время болезни родителей или помощь с их стороны в воспитании детей.

Дети, которые вырастают в благополучной, гармоничной семье, состоящей из представителей нескольких поколений, могут лучше других налаживать социальные контакты, эмоционально окрашенные отношения, легче усваивают требуемые нормы поведения, что в дальнейшем, когда они станут взрослыми, отразится на их отношении к своим родителям.

5.2. Друзья, знакомые и соседи

Проблему первостепенной важности для конфликтных супружеских пар представляют отношения с друзьями, знакомыми и соседями. Мы чаще всего сталкиваемся с ситуацией, когда один из супругов не выносит приятелей другого и наоборот. При обсуждении этого вопроса необходимо выяснить, есть ли у партнера близкий друг или необходимое время для встреч с ним или же он попусту тратит время, которое мог бы провести дома с пользой для семьи. Если речь идет о действительно негативном отношении к друзьям партнера, то, по рекомендациям авторов, ориентированных на бихевиористический подход [Кпох, 1971], следует компенсировать развлечения партнера каким-нибудь приятным времяпрепровождением; например: когда супруг проводит время с приятелем, жена идет прогуляться и посмотреть на витрины магазинов. Другой вариант решения данной проблемы — постараться сделать так, чтобы мужу больше хотелось проводить время с женой, нежели с приятелями.

В некоторых случаях можно попытаться вовлечь партнера в круг своих друзей, допустим, пригласить их к себе домой в надежде, что и партнер примет участие в разговоре или развлечениях. Особенно полезно завязать дружеские отношения с супружеской парой того же возраста. Однако если подобное вовлечение партнера после неоднократных попыток не удастся, не стоит принуждать его; в таком случае лучше каждому оставаться со своими друзьями.

В некоторых случаях партнеру бывает действительно трудно включиться в новый круг друзей ввиду значительного различия интересов. Например, если супруг, инженер, встречается со своими приятелями той же профессии и обсуждает с ними проекты каких-то приборов, вряд ли это может заинтересовать его жену, медицинскую сестру.

Супругам следует объяснить, что каждый из них не должен осмеивать или относиться с пренебрежением к друзьям своего партнера, ибо партнер часто воспринимает выпады против своих друзей как личную обиду.

Жалобы нередко касаются совместного проведения свободного времени с друзьями, когда супруг (или супруга) критикует своего партнера в присутствии других людей, критикует его, ища поддержки у приятелей, затевает ссору или рассказывает присутствующим о каких-либо подробностях семейной жизни, которые партнер считает интимными. Это необходимо прекратить. Иногда жена жалуется, что в присутствии друзей муж бывает веселым и общительным, когда же они остаются одни, он замолкает. В данном случае можно порекомендовать принять эту ситуацию как естественную и

даже попробовать воспользоваться ею: если жена хочет больше узнать о муже, она должна постараться обеспечить ему «публику».

Иногда бывает, что при встречах с разными приятелями супруг повторяется, снова рассказывает новым людям «ту старую историю», которую партнер уже неоднократно слышал. Здесь лучше проявить терпение и дать ему возможность рассказать историю еще раз, чем омрачить ему радость.

5.3. Внебрачные контакты и связи

Внебрачные контакты и связи, традиционно обозначаемые понятием «измена», представляют наиболее типичную проблематику в супружеской терапии. Их влияние на супружеские отношения в значительной мере определяется тем, на какой стадии развития брака произошла измена, идет ли речь о преимущественно сексуальной или эмоциональной связи, о случайном контакте, промискуитете или о продолжительной связи с одной особой. Всякий вид измены чреват для супругов возникновением острой или хронической эмоциональной реакции обманутого партнера, если измена раскроется. Продолжительная внебрачная связь, кроме того, угрожает браку возможным возникновением эмоциональной зависимости неверного партнера от нового партнера.

Plzák (1973) различает случайные внебрачные контакты и внебрачные связи. Muldworf (1973) отмечает существование между ними еще одного вида измены «сексуального приключения».

Случайный внебрачный контакт [Muldworf, 1973] — это действительно единичный случай, мало связанный с конкретным лицом. Случайный контакт может быть следствием сексуальной нужды, обусловленной вынужденной половой абстиненцией (разлука или болезнь одного из супругов), проявлением потребности доказать себе свою сексуальную дееспособность или спровоцированным результатом реализации случайной возможности. Он не является следствием чувственных отношений и не ведет к ним; это чисто сексуальный факт. В этих рамках можно выделить следующие крайние варианты: а) единичный внебрачный контакт, имевший место совершенно случайно при стечении определенных обстоятельств; б) частые внебрачные контакты у индивидуума промискуитетного типа, который легко меняет половых партнеров, не имея с ними эротической связи.

Эротико-сексуальные приключения, согласно Muldworf, представляют собой внебрачные сексуальные эпизоды, в которых особую роль играет сексуальная искушенность с элементами открывания нового и стремлением к разнообразию.

Помимо полового желания, они непременно включают эротическую привлекательность партнера. Существенную роль при этом играет нежность. Такие контакты строятся на взаимном предоставлении тонких переживаний, в которых, помимо всего прочего, важно открытие нового человека. У мужчины речь идет прежде всего об открытии тела партнерши, у женщины — скорее об открытии реакции своего тела на нового партнера. Эти эротико-сексуальные приключения бывают краткими, необязательными и оставляют после себя воспоминания о некоем отдельном эпизоде и собственном удовольствии. Они не представляют опасности для супружеского союза (к которому сохраняется уважение) каждого из партнеров, скорее они являются его преходящим дополнением.

Внебрачные половые контакты, единичные или повторяющиеся, и эротико-сексуальные приключения иногда обозначают как «ситуационные кратковременные измены» [Sedláček, 1980]. От них следует отличать продолжительную измену, обозначаемую как «внебрачная связь».

Внебрачная связь характеризуется большой продолжительностью и возникновением эмоциональной связи. Для нее, как и для супружеских отношений, характерны определенные стадии развития. Большое значение имеют личностные качества и эмоциональность обоих партнеров. Эта связь может иметь характер длительных, преимущественно половых отношений либо прежде всего любовных отношений. «Приспосабливаясь» к законному браку, такая связь неизбежно ведет к разного рода проблемам так называемой двойной жизни.

Измену определяют как специфические случайности и ситуации, так и особенности личности партнеров.

Muldworf (1973) рассматривает несколько типов личности, имеющих склонность к внебрачным связям. У мужчины это следующие типы (см. ниже).

1. Донжуан: незрелая личность, которая прежде всего хочет нравиться и от измен испытывает нарцисстическое удовлетворение.

2. Распутник, или «ловец женщин»: речь идет о мужчинах промискуитетного типа, его внебрачная половая активность вытекает или из потребности в переменах, разнообразии, или из представлений, что мужественность доказывается большим числом сексуальных побед.

3. Вечно неудовлетворенный: постоянно ищет любви, но ни с одной женщиной не имеет постоянных эмоциональных связей.

У женщин это следующие типы (см. ниже).

1. Соблазнительница: хочет любить и иметь поклонников, для чего использует и секс, однако ее действительное стремление к половым связям, как правило, невелико.

2. Любительница приключений: ищет кратковременных сексуальных приключений с возможно меньшим вовлечением чувств, причем дома это хорошая жена и мать. Любит своего мужа, но сексуально не находит с ним общего языка. Партнера по приключению активно выбирает сама; ищет сексуальных переживаний, которых ей не хватает в семейной жизни.

3. Беззащитная: неспособна к отказу и по той причине, что половая страсть мужчины сразу же вызывает в ней ответное чувство. Имеет низкий порог половой возбудимости, сама не проявляет инициативы, удовлетворение находит, покорно отдавая себя во власть партнера; не может оказать сопротивление, так как «он сильнее».

4. Неудовлетворенная: не может найти удовлетворения ни в чем, ни в муже, ни в работе, ни в друзьях. Сомневается в правильности выбора партнера, даже когда имеет с ним достаточно длительные связи. Легко влюбляется в другого, которого обычно переоценивает. В любовных связях часто испытывает чувство вины и быстро становится неспособной.

Imielinski (1977) отметил, что тенденция к измене определяется не только половым инстинктом, но и обычным стремлением человека к поиску новых переживаний. Такая тенденция наблюдается в различных областях человеческой деятельности, например, в туризме (постоянный поиск новых туристских маршрутов, приносящих новые знания и вызывающих новые впечатления и эмоции). В сексуальной области это проявляется поиском новых партнеров. Стремление к переменам может быть различным. Согласно Имелинскому, оно положительно коррелирует с общей жизненной энергией человека. Читатель уже мог убедиться в зависимости этой тенденции от особенностей личности и связанного с ними «сексуального сценария». Значение имеют и такие свойства личности, как способность завязывать контакты, смелость и способность к самоотдаче. Нерешительность, пассивность и страх затрудняют измену. Сохранение верности с этой точки зрения зависит не столько от способности контролировать проявление полового инстинкта, сколько от избирательного контроля за стремлением к переменам и новым впечатлениям в эротико-сексуальной области. Мотивом такого контроля может быть любовь или чувство долга. В период влюбленности у супругов автоматически проявляется стремление к сохранению стабильности и верности. Позднее же должно усиливаться действие психических тормозов: осознание долга и ответственности, сознательное стремление предотвратить конфликтные ситуации, угрожающие браку.

Carponi, Novák (1979) описали 6 типов реакций во внебрачных связях, с которыми они столкнулись в рамках работы в семейной консультации (см. ниже).

1. Азартный игрок. Здесь речь идет о человеке, увлечением которого является «добывание» особ противоположного пола. С увеличением числа «побед» повышается ощущение собственной значимости, ценности. Завязывает кратковременные знакомства, не задумываясь о возможных последствиях. Однако в большинстве случаев со своим партнером по браку связан эмоционально. В таких семьях часто наблюдается цикл: измена — обнаружение — покаяние — прощение — измена. Инициатором обращения в консультацию в некоторых случаях является обманутый партнер «игрока», в других — сами «игроки», когда им начинает угрожать развод. К этой категории относятся и фригидные, исте-

ричные женщины, «вечные искательницы оргазма», считающие виновником их бед «неспособного» мужа, а позднее — столь же неспособных любовников.

2. Искатель счастья. Эта модель чаще встречается у женщин. Здесь речь идет о незрелой, несамостоятельной личности. Семья для нее служит экономическим обеспечением. Свои домашние обязанности выполняет лишь «постольку поскольку». В мужа выбирает серьезного партнера и требует от него полной отдачи сил для блага и обеспечения семьи. Уровень ее сексуальной реактивности скорее ниже среднего, секс она использует как средство поощрения или наказания. Обычно проявляет достаточную заботу о семье в начале совместной жизни и в тот период, пока дети еще малы. Когда же дети подрастают и не нуждаются больше в постоянной заботе, она начинает скучать и требует от мужа, чтобы он обеспечил ей «наполненную жизнь». Муж, как правило, не понимает, что от него хотят. В этой фазе жена реализует внебрачные связи, причем о распаде семьи речь не идет до тех пор, пока не подворачивается возможность приобрести более высокий уровень материального обеспечения или более высокий социальный статус. Измену признает и обвиняет в ней мужа. Любовник часто ускользает от брака. Такое окончание романа преподносится как принесение себя в жертву семье и детям. В консультацию чаще обращается обманутый партнер. Если с нашей помощью ему удастся уменьшить свою зависимость в семье, то жена нередко начинает опасаться, что он ее может бросить, и ее внебрачная связь кончается быстрее.

3. Уведенный и неотпущенный. Здесь речь идет о случайной измене. Муж не хочет уходить из своей семьи и вместе с тем не намерен поддерживать внебрачную связь. Он позволил себе «что-то лишнее», но хочет от этой связи избавиться. Если ему удастся сделать это без скандала, то его поведение в семье под влиянием угрызений совести может даже улучшиться. Однако часто в игру включается любовница. То, что муж принимал за минометный эпизод, считал случайностью, может иногда оказаться рафинированной ловушкой любовницы, которая ищет постоянного партнера. Она сама старается сделать так, чтобы жена узнала об измене, в надежде, что он будет принадлежать ей целиком. Когда жена узнает про измену, муж испытывает облегчение; он старается создать коалицию с женой против любовницы.

4. Начиателем новой жизни. Здесь речь идет о создании нового брачного союза, инициатор ищет нового, «лучшего» партнера. Это бывает в случаях, когда неудовлетворяющий супругов брак продолжает сохраняться ради детей; между тем дети уже становятся независимыми. Или это может быть синдромом «заезженной лошади», когда занимавший прочное социальное положение 50-летний мужчина оставляет свою постаревшую жену и женится на значительно более молодой, чтобы еще «взять кое-что от жизни». К детям он хочет сохранить хорошее отношение, на первый брак смотрит как на «изживший себя рабочий союз». Если дело идет к разводу, он не особенно охотно сотрудничает с врачом. Если же он сотрудничает, что скорее лишь для того, чтобы получить в консультации подтверждение, что «он старался сохранить семью, но из этого ничего не вышло».

5. Домохозяйка. В основе этих измен лежит усталость от брака, построенного на стереотипных отношениях и имеющего деградирующий уровень коммуникации. Внебрачные связи в таких случаях являются приятной сменой домашней рутины. В консультацию обращаются обманутые партнеры, рассчитывая получить совет, как проще и быстрее «захватить» мужа с любовницей. На рекомендации и советы относительно сохранения семьи не обращают внимания, а неверному партнеру устраивают дома «ад». Такие женщины позорят мужа на работе, оскорбляют его перед детьми, родственниками и знакомыми. В конце концов дело доходит до развода.

6. **Солидный игрок.** В большинстве случаев речь идет об эмоционально и психосоциально зрелом индивидууме, которого не удовлетворяют (по разным причинам) супружеские сексуальные отношения. Причиной может быть биологическая склонность к промискуитету или недостаточный интерес партнера к половым сношениям, который не отвечает его потребностям. Он имеет внебрачные связи, однако по отношению к партнеру по браку и к своей семье ведет себя весьма серьезно и ответственно. Его измены обычно хорошо законспирированы, и он в них не признается. Солидный игрок выбирает внебрачного партнера с аналогичной мотивацией, желая, чтобы «солидная игра» была двусторонней. Во внебрачной связи ни один из партнеров не опускается до излишней эмоциональной зависимости от этого союза, оба рассматривают его лишь как дополнение, как «дополнительное удовольствие». Внебрачная связь не создает им проблем в семейной жизни, в выполнении супружеских и родительских функций. Хотя сексуальность и является для них определенной целью, они во всем соблюдают меру, чтобы не навредить особе, с которой находятся в интимных отношениях. Если удастся удерживать внебрачные связи в определенных рамках, то возникновение конфликтной ситуации возможно лишь тогда, когда в результате какой-то «несчастной случайности» скрываемая связь обнаруживается.

Большое внимание супружеской неверности уделял Plzák (1973), который, кроме классификации и психопатологического анализа, разработал дифференцированные рекомендации по каждому типу проблем, связанных с супружеской изменой.

Для контроля за реакциями на раскрытую супружескую измену с целью предотвращения ее перерастания в хронический конфликт рекомендуется: 1) предупреждать попытки выяснения подробностей измены; вопросы, касающиеся неверности, обсуждать только в присутствии врача и не допускать повторения споров дома; 2) стараться предупредить тенденции к прекращению половых сношений; 3) не нарушать сложившийся общий порядок совместной жизни, т. е., например, не устанавливать строгий контроль за партнером и не вводить замкнутый стиль жизни.

Естественно, что в интересах всего общества желательно не доводить семейные конфликты до развода из-за случайной внебрачной связи. Обманутому партнеру необходимо помочь преодолеть чувство несправедливости.

Если не удастся погасить возникшие острые реакции и они перерастают в затяжной конфликт с продолжающимися протестами, непримиримым и враждебным отношением обманутого партнера, можно попытаться формально сохранить семью без восстановления половых контактов между супругами и с предоставлением партнеру максимальной свободы в проведении свободного времени. Обманутому партнеру можно предложить курс групповой психотерапии.

Plzák (1973) разработал детальную классификацию с целью определения и оценки опасности для брака внебрачных

связей. В нее входит понятие эмоциональной зависимости от брака, причем сравнивается зависимость каждого из супругов от их брака с зависимостью обоих участников внебрачной связи от этого брака; в результате получается несколько вариантов и по каждому из них даются отдельные, конкретные рекомендации.

Вообще говоря, обманутый партнер имеет возможность реагировать на измену либо агрессивно, либо оборонительно. При агрессивной реакции обманутый партнер прерывает всякие отношения, прекращает совместное ведение хозяйства и предупреждает, что подаст на развод, если партнер немедленно не порвет внебрачную связь. Это может себе позволить партнер, мало зависимый от брака. Агрессивный подход вынуждает «изменника» принять решение; если у него сохраняется еще значительная связь с семьей и детьми, то такая постановка вопроса может привести к прекращению внебрачных отношений и возврату в семью.

При оборонительной реакции обманутый партнер прекращает супружеские отношения только частично. Он ограничивает эмоциональные проявления, а также проявления любви и расположения, но продолжает совместное ведение хозяйства и половые отношения. Партнеру предъявляются долговременный ультиматум; он должен порвать внебрачную связь в течение определенного срока (1 год). Прекращаются разговоры о внебрачном партнере и игнорируется любая информация о нем.

Если в некоторых случаях доходит до чрезмерной эмоциональной зависимости, то Plzák рекомендует даже госпитализировать того партнера, который глубже завяз в ней: либо «изменника», если у него наблюдается чрезмерная (катастрофическая) зависимость от внебрачного партнера, либо «обманутого», если у него отмечается чрезмерная зависимость от неверного партнера по браку.

При групповой психотерапии мы стремимся усилить у госпитализированного обманутого партнера уверенность в себе, исходящую из других источников и не опирающуюся на его неверного партнера. Мы стараемся поддерживать и развивать, особенно у обманутых жен, забытые ими способности и умения, ориентируем их на необходимость заботиться о своей внешности, здоровье, профессиональной деятельности, контактах с друзьями и участии в различных общественных мероприятиях, что могло бы в достаточной мере компенсировать женщине потерю. На этом уровне новое сближение с мужем удастся гораздо легче и быстрее, чем на уровне катастрофической зависимости с требованием супружеской верности как повинности или долга.

Что касается конкретных областей совместной жизни, Plzák рекомендует партнерам поступать следующим образом (см. ниже).

1. В общении: прекратить разговоры об измене, взаимную оценку и эмоциональные проявления, поддерживать только формальное общение.

Само собой разумеется, что надежды на возвращение неверного партнера больше тогда, когда атмосфера в доме спокойная и приятная (и может конкурировать с атмосферой в доме любовницы или любовника, особенно после того, как пройдет первоначальное, некритическое восхищение и внебрачная связь вступит в стадию реалистических оценок), чем в тех случаях, когда в доме постоянная напряженность, слезы, бесконечные критические замечания и упреки, которые гонят неверного партнера из дома.

2. В половой жизни: рекомендуется продолжать половые сношения, если неверный партнер проявляет к ним интерес.

3. В хозяйстве: четко договориться по вопросам планирования и распределения семейного бюджета.

4. В области препровождения свободного времени: установить открытые отношения, предоставить свободу, однако следует распределить между собой обязанности по ведению совместного домашнего хозяйства.

5. В отношении детей: оберегать их от конфликта, а также определить, кто и за что отвечает в деле их воспитания. Основным принципом является неприкосновенность детей, непозволительно втягивать их в решение проблем, касающихся внебрачных связей.

Проблемы, связанные с нарушением супружеской верности, в супружеской терапии и в семейных консультациях относятся к наиболее важным и требуют от работников этих учреждений ясной и определенной позиции в данных вопросах. Мораль в современном обществе претерпевает изменения, и различные исследователи, консультанты и врачи высказывают разные мнения по поводу супружеских измен, по-разному относятся к этой проблеме. Некоторые из них ломают старые мифы, считая измену естественным и для нашей действительности типичным явлением, которое следует принять как таковое и постараться приспособиться к нему.

О том, насколько распространена супружеская неверность и составляет ли она в действительности статистически значимую норму, мы, конечно, не можем иметь точного представления. Информация об универсальности этого явления исходит от супружеских консультаций, клиник и адвокатских контор, которые сталкиваются в основном с уже разрушенными семьями. В столь деликатной области практически невозможно получить достоверные данные, основанные на изучении репрезентативной нормальной популяции. Ссылки на распространенность измен с психотерапевтической точки зрения могут быть оправданы при купировании повышенных отрицательных реакций пациента на обнаружение измену партнера, но они весьма проблематичны там, где подобная информация может послужить подсказкой, моделью или нормой будущего поведения.

Скрываемая случайная супружеская измена, эротические приключения или хорошо законспирированные внебрачные связи, которые хорошо продуманы и спокойны (тип «солидных игроков», по Carropi и Novák, без чрезмерной или катастрофической зависимости, по Plzak), не должны никак повредить браку и в конечном итоге могут иногда даже способст-

вывать его «облегчению» и зрелости. Если подобное поведение соответствует системе ценностей обоих партнеров и не нарушает их супружеских и родительских функций, то они, как правило, не обращаются ни к психологии, ни к психиатрам, и в семейной консультации мы встречаемся с такими парами лишь в исключительных случаях. Однако сохранить в тайне внебрачную связь бывает иногда очень трудно, а раскрытие измены часто приводит к различным осложнениям. Кроме того, и в уравновешенной внебрачной связи может возникнуть с той или другой стороны эмоциональная зависимость, которая нередко представляет определенную угрозу семье. Опасность, которую в большинстве случаев несет в себе внебрачная связь, угрожая стабильности семьи и гармонии супружеских отношений, постоянно учитывают благоразумные консультанты, считающие целесообразным пропагандировать старые мифы о супружеской верности, подчеркивать положительные аспекты супружеской жизни [Sedláček, 1980].

5.4. Другие внешние факторы

К внешним факторам, которые могут оказать влияние на развитие супружеских отношений, следует отнести также работу, учебу, функциональные нагрузки и др. Мы уже касались некоторых из них в связи с обсуждением проблемы свободного времени.

Особые проблемы возникают в семьях, где оба супруга работают, ориентируясь на продвижение в профессиональной деятельности (так называемые двухкарьерные браки). В семье каждый из них выполняет роли партнера, хозяина и родителя, а на службе — работника и коллеги [Mozný, 1978]. Каждая роль требует затраты определенной энергии, причем общее количество энергии в системе, естественно, ограничено. Следовательно, если для какой-либо из этих ролей понадобится дополнительная энергия, то для другой ее уже не хватит. В наше время почти невозможно, чтобы и муж, и жена полноценно работали, целиком посвящая себя карьере, и при этом эффективно воспитывали более одного ребенка.

Многие девушки поступают учиться и выходят замуж, полагая, что смогут одновременно выполнять все необходимые роли, которые выполняло поколение бабушек, и к тому же еще продвигаться по службе. В действительности оказывается, что семья требует немало энергии, и возникают трудности с ее дальнейшим распределением, а точнее, с перераспределением.

Для того чтобы впоследствии избежать разочарования и чувства несправедливости, желательно своевременно выработать совместную стратегию поведения; допустим, карьеру будет делать только муж, а жена от своей карьеры откажется и станет главным образом заботиться о семье. Повышение мужа по службе будет рассматриваться как общий успех семьи, и жена не будет стремиться конкурировать с ним или считать, что принесла себя в жертву его карьере. Приблизи-

тельно у 10% супружеских пар складывается диаметрально противоположная ситуация: по взаимной договоренности супругов жена берет на себя выполнение внесемейных ролей, а муж осуществляет заботу о семье. Супруги могут договориться иначе: вначале один из них будет полностью отдавать себя профессиональной деятельности, продвигаясь по службе, а позднее — другой или оба супруга одновременно ориентируются на карьеру, откладывая осуществление своих родительских ролей или воспитывая только одного ребенка.

В случае «двухкарьерной семьи», имеющей одного ребенка, возникает проблема единственного ребенка. С педагогической точки зрения воспитание единственного ребенка не сулит каких-либо выгод, напротив, такой ребенок в своей дальнейшей жизни будет менее приспособлен, кроме того, в супружестве и в сфере общественных отношений он сталкивается с большим числом проблем, чем дети, выросшие в многодетных семьях. Решение иметь единственного ребенка нередко бывает связано с возникновением чувства вины родителей перед своим повзрослевшим ребенком.

При некоторых профессиях и не слишком трудоемкой работе можно позволить себе иметь несколько детей, иногда эта проблема решается с помощью бабушки, которая находится в хороших отношениях с обоими супругами и основные заботы о внуках и ведению домашнего хозяйства молодой семьи берет на свои плечи.

Одним из важнейших факторов, ведущих к возникновению проблем и конфликтов в семье, может быть болезнь одного из супругов. Речь идет главным образом о болезнях, которые его инвалидизируют, делают невозможными половые сношения, изменяют его внешность, лишая его привлекательности, резко сокращают общественные контакты или влияют на репродуктивную функцию (стерильность), представляют опасность для будущего потомства (генетические заболевания), затрудняют общение (слепота, глухота), изменяют психическое состояние (опухоли мозга, душевные болезни). Супружеская терапия направлена на то, чтобы помочь партнерам адаптироваться к возникшим трудностям и найти оптимальную форму дальнейшей совместной жизни.

Если подытожить задачи супружеской терапии при возникновении у партнеров конкретных проблем, обусловленных внутренними ситуациями и внешними влияниями, то можно однозначно сказать, что это прежде всего помощь в их решении. После предварительного точного формулирования тех или иных проблем и выяснения требований и пожеланий каждого из супругов мы подводим пациента к пониманию возможностей их решения. Решение достигается различными путями:

а) активно — пациент настаивает на своем, например заставляет партнера взять на себя часть домашних обязанностей, увеличить расходы на питание, обеспечить переезд от родителей и т. д.;

б) путем компромисса — сюда относятся обмен (что-то за что-то, если что-то получаю, то в чем-то уступаю), «удовлетворение наполовину» (первую половину отпуска в горах, вторую — на море) и так называемая механическая справедливость (например, «одно решение принимаешь ты, одно я или кидаем жребий»);

в) путем пассивной адаптации — один партнер отказывается от своих притязаний и приспосабливается к другому. Он должен взвесить и решить, задав себе вопрос: «Что для меня важнее — достигнуть исполнения своего требования или потерять семью?».

Рекомендуется как можно чаще использовать принцип положительного поощрения: всякий раз, когда партнер сделает что-либо, что устраивает другого, тот в ответ должен сделать для него что-нибудь приятное.

С точки зрения организации супружеская терапия предполагает последовательность посещений врача одним из супругов либо обоими (раздельно или вместе). Если к лечению привлечены оба супруга, то возможны различные формы организации их лечения — последовательная, параллельная, совместная, групповая и комбинированная.

1. Последовательная терапия: сначала проходит курс лечения один супруг, затем другой.

2. Параллельная терапия: оба супруга привлекаются к лечению одновременно, но изолированно друг от друга. Иногда они лечатся у одного врача, но, как правило, у разных врачей или даже в разных учреждениях. Лечение каждого может быть полностью независимым или иметь кооперативный характер — врачи могут координировать свои подходы и методы.

3. Совместная терапия: курс лечения оба супруга проходят вместе; речь идет о лечении супружеской пары.

4. Групповая терапия: супруги проходят курс лечения в группе, состоящей из нескольких супружеских пар.

5. Комбинированная терапия: используется определенная комбинация индивидуальных бесед, параллельного лечения и совместных посещений врача супружеской парой. Не исключается и участие одного или обоих супругов в групповых психотерапевтических сеансах.

При работе с супружеской парой (индивидуально или в группе) курс лечения может проводиться одним врачом или двумя. Один из врачей может глубже вникнуть в переживания одного из супругов или защищать его позицию, а другой — взять на себя заботу о другом супруге [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976] и, взаимодействуя друг с другом, могут представить модель решения спорных проблем.

1. РАБОТА С ОДНИМ ИЗ СУПРУГОВ

1.1. Аргументированный выбор

Психотерапия, ориентированная на супружеские отношения и на их нарушения, может быть ограничена систематической работой с одним из партнеров в следующих случаях: а) когда другой партнер категорически отказывается сотрудничать; б) когда основная проблема связана с поведением, переживаниями или позицией одного из них.

а. Партнер отказывается от сотрудничества. Партнер может не доверять супружеской консультации, обслуживающему медицинскому персоналу («психиатрии») или чувствовать общественное порицание при посещении та-

кого рода учреждений. Существует мнение, что до интимных подробностей жизни человека «никому нет дела» и в супружеских делах супруги должны разобраться сами, не вмешивая в них посторонних лиц. Люди могут опасаться, что в консультации их увидит кто-нибудь из сотрудников или знакомых и об этом узнают все. В некоторых случаях партнер не согласен с посещением консультации инициатором лечения, который ходит туда «тайком», в других же — партнер относится к лечению терпимо, но лишь до тех пор, пока его самого не начнут активно вовлекать. Отказ от сотрудничества может также возникать в тех случаях, когда партнер не намерен что-либо менять в супружеских отношениях. Сложившаяся ситуация его устраивает, и неудовлетворенность он рассматривает только как проблему отношений инициатора с консультацией. Свои потребности он может удовлетворять во внебрачных связях, о которых «не намерен никому рассказывать», либо уже принято решение расторгнуть брак, а потому он не заинтересован в сотрудничестве для его укрепления. При наличии подобных обстоятельств психотерапевт вынужден ограничиться работой с инициатором, но все же должен попытаться привлечь партнера хотя бы к одному информативному разговору, чтобы иметь возможность составить собственное представление о его взглядах, поведении, отношениях. Исключение составляют случаи, когда инициатор посещения консультации серьезно не воспринимает своего партнера или если у партнеров одинаковые представления о внебрачных связях, или когда внебрачная связь самого инициатора находится в такой стадии развития отношений, что ее целесообразно закончить без информирования об этом партнера.

б. Основная проблема связана с поведением одного из партнеров. Его поведение явно неадекватное, изначально нарушающее супружеское согласие (например, слишком ревнивое, эксплозивное, истерическое) или оно характеризуется излишней чувствительностью, неадаптивностью, нереалистичностью или астенодепрессивными проявлениями. Другого партнера мы используем как источник информации, время от времени сами предоставляем ему специфическую информацию и даем рекомендации, но систематически работаем только с «главным героем» разрушающегося брака.

Однако иногда возникает другая ситуация, когда целесообразно работать только с более «здоровым» из партнеров, поскольку с партнером-психопатом вряд ли можно быстро получить желаемые результаты. Здорового партнера можно научить, как лучше себя вести с психопатом и как ликвидировать критические ситуации с помощью правильно выбранной тактики.

1.2. Используемые методы

В лечебной практике применяются методы, которые хорошо известны в индивидуальной и групповой психотерапии; речь идет о рациональной, эмпатической, сравнительной, навыковой психотерапии, аутогенном тренинге (иногда гипнозе) и различных формах групповой терапии.

Рациональная психотерапия основана на разъяснении пациенту причин и сущности актуальных для него супружеских проблем с воздействием, направленным на изменение неадекватного поведения или на пересмотр своих позиций, нереалистических представлений и требований, приводящих к неудовлетворенности. Могут быть также использованы сравнительные примеры трудных жизненных ситуаций, инструкции, рекомендации, а также разбор конкретных ситуаций. Врач предлагает оптимальные формы решения проблем, используя с этой целью специальный информативный материал и логические доводы.

Эмпатическая психотерапия позволяет пациенту освободиться от накопившихся эмоций, особенно чувства безысходности, гнева, злости и агрессивности. Оно дает ему возможность пожаловаться на свои трудности, свободно рассказать о своей неудовлетворенности в спокойной и располагающей обстановке, в атмосфере доверия, гарантирующей полную безопасность, сохранение тайны, а также получение помощи. При повторных беседах и снятии напряженности пациент в ходе разговора может сам начать оценивать свою ситуацию и занять более адаптивную позицию (с повышением чувства собственного достоинства или усилением самокритичности) с соответствующей ориентацией в оценке (что более, а что менее важно) и с большим пониманием партнера (как он переживает возникшие трудности).

Врач входит в положение пациента и помогает ему открыто высказать и точнее сформулировать его противоречивые позиции и чувства.

Сравнительная психотерапия позволяет подвести пациента к пониманию того, как возникают его супружеские проблемы, в какой степени он повинен в их возникновении, почему различные неприятные ситуации повторяются и что он мог бы сделать для их предотвращения. Врач может вместе с пациентом глубже разобраться, на основе каких прошлых переживаний, моделей или неудовлетворенных потребностей возникают стереотипы его поведения. Подробный рассказ пациента о сложившихся в детстве отношениях, их развитии в подростковом возрасте, о прошлых знакомствах и эмоционально значимых жизненных успехах может дать ключ к пониманию тех проблем и переживаний, которые появились у пациента

в настоящее время. Врач поощряет подобные воспоминания, выдвигает гипотезы о возможной зависимости пациента.

Навыковая психотерапия направлена на обучение пациента новым умениям, необходимым для успешного контроля за своим поведением при возникновении супружеских проблем, или на отучение его от неблагоприятных форм поведения, нарушающих согласие в семье. Здесь речь может идти о навыках аутогенного тренинга, т. е. о приобретении способности уверенно и спокойно говорить, конструктивно настаивать на своих требованиях, не унижая при этом партнера. Пациенты с астеническими чертами обучаются уверенному и независимому поведению, другие — упражняются в управлении своей мимикой, жестами, например оптимистичному, спокойному взгляду, который у самого пациента и его партнера будет вызывать положительные эмоции. Некоторым пациентам необходимо научиться владеть собой, сдерживать вспышки гнева, регулировать склонность к драматизированию или обвинениям и упрекам. Пациент может овладеть супружеской тактикой, описанной выше. Для регулирования внутренних переживаний можно использовать систему десенсибилизации при «аллергических» реакциях пациента на некоторые отрицательно действующие на него формы поведения партнера или «стоп-технику», которая позволяет по мысленному приказу «стоп» прервать нежелательный ход мыслей и представлений и затем переключиться на что-либо более приятное. Врач руководит освоением навыков, ставит определенные задачи и контролирует их выполнение.

Аутогенный тренинг позволяет овладеть искусством произвольной организации физического и душевного покоя, помочь пациенту снять напряжение, разумно регулировать и смягчать беспокойные ситуации в семье и свое психическое состояние, связанное с отношением к партнеру. Полезными могут оказаться уже простые формулы аутотренинга (тихо, тепло, дышится легко и спокойно, сердце бьется ровно, теплота разливается по телу, лоб холодный и др.). В случае необходимости их можно дополнить специальными индивидуальными формулами, которые аутосуггестивно улучшают отношение и намерения, такими как «супружеская ревность мне совершенно безразлична», «меня вовсе не интересуют супружеские измены, главное, чтобы в семье был покой», «я сумею овладеть собой», «дома тихо и приятно», «я приветлив и ласков», «все задуманное доведу до конца», «я самостоятельный и независимый», «я всегда внимательно слушаю партнера», «я стараюсь войти в положение партнера и сочувствую ему», «сначала выслушай, потом говори». Основные навыки целесообразно осваивать в группе пациентов.

Гипноз у легко внушаемых пациентов может усилить или

ускорить действие аутосуггестивных формул, которые и используются с целью первичного самовнушения. Иногда к гипнозу прибегают для достижения такой цели, как отказ от эмоционально насыщенных переживаний, отрицательно влияющих на супружеские отношения. Терапевтическое внушение может звучать, например, так: «Прошедшие события выпадают из памяти, они теряются где-то вдали, они были когда-то очень давно. На вас перестают влиять события сегодняшнего дня, вы опять способны воспринимать положительные стороны ваших отношений, радоваться приятным переживаниям...».

Групповая психотерапия предоставляет возможность действенного, наглядного сравнения неадаптивных форм межличностных отношений и активного влияния установок, а также тренировки новых умений. Во время занятий заметно проявляются поддержка членов группы, имеющих подобные проблемы, и конфронтация собственных проблем и опыта других. Обратная связь с товарищами по несчастью подкрепляет сравнение. Свое поведение в семье и взаимоотношения с партнером каждый может «проиграть» в психологических сценах, где участники групповых занятий играют роли его домашних. Прием обмена ролями помогает лучше понять партнера и дать более объективную самооценку, увидев себя в «психодраматическом зеркале». С помощью членов группы пациент может на игровых моделях (в сценах) проверить и отрепетировать различные формы поведения и оценить его результаты. Группа может оказать моральную поддержку пациенту, укрепить в нем чувство собственного достоинства, необходимое для выхода из катастрофической зависимости от партнера. Помимо этого, группа может помочь в поисках форм адаптации пациента к семейной ситуации, которые, возможно, и не дадут ему удовлетворения, но позволят сохранить семью ради детей.

Лечебные группы организованы при некоторых психиатрических отделениях, ведущих амбулаторный прием. Эти группы, ориентированные на лечение неврозов, занимаются и проблемами супружеской терапии. Подобные группы могут быть организованы и при семейных консультациях. Полезный опыт в данной области имеет семейная консультация в Оломоуце [Mrázková, 1979].

Нет четкой границы между материалом, представленным в этой главе, и тем, что можно назвать чисто индивидуальной психотерапией или групповой психотерапией. До тех пор пока работа с одним из супругов опосредует наше влияние на супружеские отношения и согласие в семье, можно считать, что этот подход является составной частью супружеской терапии в широком смысле. Если же все мероприятия ориентированы

на психическое здоровье одинокого пациента, то вряд ли можно считать корректным употребление понятия «супружеская терапия».

К супружеской терапии в узком смысле относится работа с обоими супругами одновременно.

2. ПРИЕМ СУПРУЖЕСКИХ ПАР

Супружеские пары обычно посещают консультацию 1 раз в неделю, иногда в течение одного месяца, но, как правило, в течение нескольких месяцев. Общее количество посещений составляет 5—15.

2.1. Построение приема

Содержание приема зависит от специализации врача и характера проблем супружеской пары. На первых приемах необходимо составить представление о взаимоотношениях супругов, выяснить их проблемы и спланировать подход к лечению. Более подробно эти вопросы были описаны в предыдущих главах. Здесь будут представлены возможные этапы лечения при синтетическом подходе с использованием некоторых соображений и примеров, почерпнутых из практики [Ables, Brandsma, 1978; Willi, 1982].

Вначале можно предоставить супругам самим выбрать то, о чем они хотели бы говорить.

Врач может начать прием, например, словами: «Вы оба мне говорили, что имеете в совместной жизни определенные проблемы. Видимо, будет лучше начать с того, что вы попытаете рассказать один другому, в чем каждый из вас видит эти проблемы».

Когда супруги начинают говорить, врач следит за диалогом и при необходимости вмешивается, направляя его, чтобы общение проходило как можно свободнее и без неприятных замечаний.

Врач: «Было бы лучше, если бы Вы говорили ей, какие ее поступки заставляют Вас переживать, а не то, какая она есть».

Врач должен стремиться к тому, чтобы каждый из супругов четко определил свою позицию, он задает дополнительные вопросы и резюмирует сказанное ими.

Врач: «Пани Новакова, я понимаю это так, что Вы видите главную проблему в безответственности мужа в расходовании денег, а также то, что он редко с Вами разговаривает. Пан Новак, Вы в этом не видите вообще никакой проблемы, по Вашему мнению, проблема скорее в том, что жена упрекает Вас за такие вещи и поэтому жалуется на нее».

Врач с самого начала лечения отмечает и оценивает, что говорит муж (версия мужа) и что говорит жена (версия жены). Он принимает обе версии как одинаково достоверные и субъективно правдивые и обучает супругов формулировать свою позицию для объяснения дальнейших проблем, например:

Жена: «Моя версия такова — муж мало бывает дома, и я обычно остаюсь одна с детьми».

Муж: «Моя версия такова — я бываю дома достаточно, а жена хочет, чтобы я возвращался домой сразу же после работы и отказался от своих увлечений».

Это позволяет уменьшить напряженность и тенденции к обвинению партнера и оправдыванию себя. Предполагается, что есть два субъективных взгляда на вещи, которые могут быть одинаково правомочными.

Врач принимает версии каждого из партнеров и стремится лучше разобраться в них, глубже проникнуть в суть проблемы, предоставляет возможность мотивировать их, выявляет зависимости. Вместе с тем он обучает партнеров лучше понимать не только свою позицию, но и точку зрения партнера.

После отклонения требования каждого из супругов признать его версию единственно верной в ущерб версии другого врач приступает к выяснению следующего: 1) что между супругами происходит; 2) какое объяснение следует этому дать; 3) что необходимо сделать.

В процессе лечения врач помогает супругам выработать стиль переговоров.

Врач: «Попробуйте вместо обвинений и отчитываний, которые нас ни к чему не приведут, договориться конкретно, например, так: «Я охотно сделаю то-то, если ты в свою очередь сделаешь то-то».

В рамках беседы врач направляет супругов так, чтобы они лучше научились понимать свою позицию и выражать свои чувства без взаимных обвинений, которые приводят к конфронтации.

Врач: «Скажите жене, как вы чувствуете себя дома».

Муж: «Чувствую себя ужасно, как будто мне нечем дышать, дома я совершенно не могу жить по-своему, как мне хотелось бы. Ты от меня хочешь...».

Врач: «Подождите минутку. Не говорите ей, что она делает или что хочет. Сначала Вы попросите жену о помощи, потом станете ее обвинять. Закончится тем, что вы поругаетесь, выплеснете свою неудовлетворенность, злость и разочарование. Но она Вас не будет слушать, если дело дойдет до выражений «ты делаешь то и это плохо» или «ты вообще плохая жена», или «ты хочешь меня оскорбить». Попробуйте высказать какое-нибудь пожелание, вместо того чтобы обвинять... Повторите, как вы себя чувствуете и что Вам необходимо...».

Значение лечебной работы заключается в достижении того уровня, когда супруги смогут перебороть свое нежелание как-то измениться. Когнитивные переговоры дают осечку в тех случаях, когда имеются глубокие внутренние конфликты, поэтому целесообразно совсем отказаться от решения проблем по принципу «здесь и сегодня» и задуматься над тем, «что затем последует».

Жена вскрывает письма мужа, считая, что как жена имеет на это право. Муж воспринимает это как нарушение тайны переписки. Каждый из супругов высказывает свою озабоченность по поводу поведения другого, но не могут договориться. Беседа выявила, мать мужа раньше постоянно за ним следила, поэтому он очень остро воспринимает любое посягательство на его права. Жена в детстве не пользовалась особой любовью в своей семье, с нею не слишком считались; она тяжело это переживала. Такое исторически обоснованное объяснение помогло супругам лучше понять друг друга и пойти на взаимные уступки без требований какой-либо компенсации за это.

Упорядочение процесса общения супругов является промежуточной задачей. В начале лечения каждый партнер обычно имеет множество жалоб на другого, что не позволяет им договориться. Поэтому врач должен следить за ходом беседы и постепенно направлять диалог в русло обсуждений спорных моментов и жалоб. Необходимо также выяснить, действительно ли партнер желает помощи или ему нужно только пожаловаться.

Например, муж жалуется, как он переутомляется на работе. Жена думает, что хочет ему помочь, и «помогает», одновременно упрекая его в том, что он сам виноват, сам взвалил на себя такие обязанности и т. д. Муж хоть и жалуется на свою работу, на самом деле не желает от нее отказываться, хочет активно работать. Ему необходимо только разгрузиться от напряжения и усталости. Советы ему не требуются, все это он уже знает, и они его только раздражают. Ему нужно, чтобы кто-нибудь, кто ему симпатичен, выслушал и понял его. Он рад был бы услышать положительную оценку своей деятельности, похвалу его способностям.

После наступления некоторого улучшения в отношениях врач должен подвести супругов к следующему этапу — признанию того, что они испытывают радость от наступивших перемен. Вначале этому может способствовать то, что происходящие изменения положительно описываются самими партнерами. Врач учитывает, каким образом супруги воспринимают похвалу.

Жена: «На этой неделе муж был очень добр ко мне».

Муж: «Не думаю, что я вел себя иначе, чем всегда».

Врач: «По-видимому, Вы могли бы принять от жены похвалу. Она оценила то, что следовало бы оценить (обращается к жене). А что, собственно, заключается в словах «был добр»?

Врач должен помочь супругам отказаться от вредной практики «чтения мыслей».

Жена: «Гонза думает, что я предельно глупа...».

Врач: «Мы не можем знать, что думает другой, пока его об этом не спросили. Попробуйте его спросить...».

Муж: «Мы с женой не любим гостей, нам хорошо и вдвоем».

Врач: «Было бы лучше, если бы каждый говорил сам за себя. Скажите лучше — я не люблю гостей...».

Одновременно с регулированием общения в супружеской терапии проводится работа по изменению неправильных позиций. Осмысливаются понятия, пораженные существующими мифами: что отношения супругов навсегда останутся такими, какими они были в период влюбленности; что любящий человек интуитивно чувствует, что другому нужно; что супруги должны испытывать постоянный взаимный интерес и проводить вместе все свободное время.

Одним из существенных изменений позиций является знание степени собственной власти над партнером по браку. Мы не можем изменить партнера по своему желанию, поэтому в основном должны научиться жить с таким партнером, каков он есть.

В процессе психотерапии уточняется, что можно и чего нельзя ожидать от данного брака, а супружеский договор формируется сознательно, причем он должен быть приемлемым и выполнимым для обоих супругов. Проблемы решаются последовательно одна за другой в зависимости от их значимости для данной супружеской пары и с учетом стадии развития брака. При этом можно пользоваться рекомендациями, подробно изложенными в главе III.

2.2. Индивидуальные посещения врача

Некоторые врачи принципиально отказываются от индивидуальной беседы с одним из партнеров и настаивают на том, чтобы на приеме всегда присутствовали оба супруга; все, что слышит врач, должен слышать и другой партнер. Тем самым утверждается принцип открытого общения между супругами и исключаются возможность коалиции врача с одним из них и частные пожелания относительно доверия заявлениям, сделанным в индивидуальном порядке.

Однако при совместных посещениях врача некоторые супруги не говорят о важных для них вещах и чувствах. Они опасаются, что их слова могут вызвать нежелательную реакцию партнера, что отразится на их дальнейшей совместной жизни.

Жена «потеряла эмоциональную связь» с мужем и не уверена, стоит ли теперь сохранять брак. Однако она еще не решила, что делать дальше и хотела бы это обсудить. В данном случае имеет смысл, чтобы

при таком разговоре присутствовал муж. Возможна ли ситуация сохранения брака «ради детей».

Жена имеет хорошо законспирированную внебрачную связь, и она не хочет ее потерять, поскольку она приносит ей удовлетворение и компенсирует некоторые фрустрации в супружеских отношениях. Она сама считает эту связь временной и не желает, чтобы она привела к распаду семьи. Имеет ли смысл продолжать работу с супружеской парой до тех пор, пока внебрачная связь не раскроется, или лучше предоставить возможность жене индивидуально обсудить свои проблемы, а при совместных посещениях врача не касаться данного вопроса?

Некоторые пациенты заявляют, что хотели бы слышать «всю правду», знать, что «действительно о них думает партнер и как к ним относится». Они утверждают, что «лучше горькая правда, чем приятная ложь», но обычно, едва услышав что-нибудь неприятное в свой адрес, чувствуют себя обманутыми, неправильно оцененными или несчастными и в отместку начинают говорить неприятные вещи партнеру. Они говорят, что хотели бы услышать критику, на самом же деле ожидают похвалу и чувствуют себя обманутыми, когда слышат то, что, как они заявляли, хотели бы услышать. Встречаются редкие случаи, когда партнер действительно считает аутентичность и правдивость основными принципами общения и не хочет верить «красивым словам» и отредактированным заключениям. Например, можно указать пациенту в индивидуальной беседе, «что» и «как» на данном этапе сделать, чему можно верить, а чему нет.

Некоторые заявления способны оказать действительно необратимое влияние на брак. Примером может служить заявление жены, что она мужа никогда не любила и вышла за него замуж «назло» своей «действительной любви». Иногда бывает трудно понять, что действительно является правдой, а что сказано в эмоциональном запале.

Учитывая указанные выше моменты, следует очень внимательно относиться к тому, что, когда и как открыто обсуждать при доверительной беседе с супружеской парой, пришедшей на прием. Иногда бывает весьма полезно, если в семье возникает атмосфера доверия, когда открыто проявляются любые отрицательные эмоции, высказываются критические замечания, возможно, и крайне неприятные, что в конечном итоге направлено на сохранение брака. Одним из регламентированных подходов в такой ситуации является, например, методика конструктивной ссоры, описанная выше. Однако во многих семьях применить ее нельзя. Поэтому с точки зрения сохранения семьи в ряде случаев лучше, чем пациент обсуждает с врачом свои проблемы с глазу на глаз, без присутствия своего партнера. В подобных случаях мы придерживаемся такого правила: «Если Вы чем-то недовольны, скажите об этом нам, если же Вы довольны, скажите это партнеру».

3. ГРУППОВАЯ СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Обычно в групповой супружеской терапии участвуют 5—7 супружеских пар [Ohlsen, 1977, 1979; Corey, Corey, 1977]. При этом используются принципы и методы обычной групповой психотерапии. Подходы, методы и действующие факторы были описаны нами в отдельной монографии [Kratochvil, 1978].

Принципы данного подхода такие же, как при работе с отдельной супружеской парой, однако здесь важным моментом является возможность обучения на живом примере, на модели отношений других. Методика значительно обогащается, поскольку в таких условиях можно разыгрывать ситуации, задавая определенные роли пациентам. При этом можно не только рассказать о ситуации, но и непосредственно продемонстрировать альтернативные модели поведения; например, другой мужчина покажет мужу, как бы он себя повел в конкретной ситуации. Просмотрев несколько возможных вариантов, жена также может выбрать устраивающую ее альтернативу, которую потом муж может несколько раз проиграть. Можно также изменить роли и попытаться выявить скрытые мотивы неудовлетворительного поведения.

Групповая супружеская терапия позволяет лучше освоить различные виды общения, например научиться тактично высказывать не слишком приятные вещи своему партнеру. Кроме того, она дает возможность правильно оценить результаты конструктивной ссоры: каждая пара может испытать это на себе и получить оценку со стороны других. Можно совместно учиться кооперативным соглашениям, а также услышать от других (таких же пациентов) их мнение по поводу решения конкретных проблем.

3.1. Формы работы с супружеской парой в группе

Мы хорошо знакомы с тремя формами групповой психотерапии в работе с супружескими парами: в семейной консультации, в рамках групп при дневных стационарах для невротиков и в рамках однодневного отделения для невротиков в терапевтических клиниках.

1. Групповая психотерапия в семейной консультации была освоена прежде всего в консультациях г. Брно [Carroni, Gbelcová, 1977]. Преобладали группы, состоящие из 4—6 супружеских пар (одно посещение в неделю в течение 2—3 мес). Перед началом работы со всей группой проводилось несколько сеансов раздельной работы с входящими в нее мужчинами и женщинами (две подгруппы). Нахождение контакта и развязывание свободной дискуссии значительно легче проходили в гомогенных подгруппах, но было довольно трудно прео-

долеть некоторую заторможенность при слиянии их в одну группу. В критических замечаниях Рлавова и соавт. (1979) обращают внимание на риск усиления защитных реакций в группах, где присутствуют оба супруга. Динамически ориентированная работа группы супружеских пар предполагает атмосферу коммуникационной безопасности, преодоления привычных ограничений, аутостилизации и устоявшихся мнений. Всего этого не удастся увидеть в группах супружеских пар, поскольку супруги и в группе продолжают сохранять свою оборонительную позицию. С типичным «раскрытием» пациента мы сталкиваемся только тогда, когда его партнер начинает оправдываться, хотя обычно пациент хочет попасть в группы лишь для того, чтобы эта информация не выплыла. Часто отмечают и неблагоприятные последствия занятий в группе, когда партнеры приходят вместе домой. Контактимически выработанные выводы после сеанса групповой терапии могут стать источником эскалации семейного конфликта. Поэтому многие исследователи считают, что наиболее целесообразно при проведении сеансов групповой супружеской терапии ориентироваться не столько на динамическую групповую психотерапию, сколько на инструктивный разбор вопросов, касающихся жизни супругов (ведение домашнего хозяйства, проведение свободного времени, воспитание детей и др.).

Поэтому привлечение методов динамической психотерапии, обычных при работе с группой, достаточно спорно в тех случаях, когда группы состоят из супружеских пар. Более популярными становятся бихевиористические методы супружеской терапии, ориентированные на выработку навыка положительного общения и умения решать проблемы.

Liberman и соавт. (1980) рекомендуют работать с группой, состоящей из 3—5 супружеских пар, подбирая пары приблизительно одного возраста и с одинаковым образовательным уровнем. Предпочтение отдается замкнутым (а не открытым) группам. Цикл лечения включает 10—12 сеансов (по 1 сеансу в неделю, продолжительность сеанса 2 ч). Работа ведется двумя врачами. Группа помогает придумывать модели и ситуации, которые могут использовать супруги; отдельные пары сравнивают свое поведение. В группе проигрываются и комментируются различные формы общения и способы решения проблем, вырабатываются и сравниваются супружеские соглашения и контролируется их выполнение.

Nahlweg, Schnidler, Revenstorf (1982) использовали жесткие организационные рамки: сеанс продолжается 2,5—3 ч, лечебный цикл состоит из 10—15 сеансов. Во время сеансов супружеские пары учатся четко формулировать свои переживания, выделять основные пожелания и конкретизировать свои требования относительно изменений в поведении партнера.

В качестве базы для проведения подобных сеансов можно использовать материал, представленный в соответствующем разделе главы II.

В семейной консультации города Соколова была создана замкнутая группа из 6 супружеских пар, собиравшихся 1 раз в неделю на 3 ч в течение полугода. Группу вели два врача — муж и жена. Регулярным недельным сеансам предшествовал 3-дневный совместный выезд на природу, в котором участвовали члены группы со своими детьми, а также врачи со своими близкими. Совместное проведение выходных дней ускоряет завязывание контактов в группе и дает большое количество предварительного материала, позволяет наблюдать типичные отношения между супругами и изучать адаптационные реакции на возникающие новые связи с остальными членами группы при длительном общении. В практической работе используются методы и теоретические основы гуманитарно-психологического и системного подходов. В отличие от методов, применяемых в Брно, в Соколово имеется также ценный опыт работы с использованием динамически ориентированного подхода, интерпретации патогенных факторов, действовавших в прошлом. Опыт показывает, что для создания необходимой атмосферы, обеспечивающей возможность групповой работы и с материалом интимного характера, требуется по меньшей мере 3 мес. В процессе групповой терапии проводились и индивидуальные консультации, а также использовались элементы рационального и бихевиористического подхода.

В Пражской консультации проводили работу с открытой группой, в составе которой супружеские пары посещали обычно 12—15 сеансов. Как правило, основу сеанса составляла групповая дискуссия по проблемам какой-либо супружеской пары. Обсуждение часто завершалось супружеским соглашением по обсуждаемой проблеме. Врачи использовали элементы психодрамы, социометрические методики и игры. Основной целью лечения является общение и кооперация, поэтому при формировании группы в нее отбирались главным образом супружеские пары с нарушениями общения. Консультация организует также группы, ориентированные на проблематику сексуальной дисгармонии.

2. Группы, отобранные в психотерапевтических отделениях дневного санатория для невротиков, описал Matoušek (1978). Невротики, посещающие дневные сеансы групповой психотерапии в смешанной открытой группе, могли приглашать своих партнеров в параллельную вечернюю группу, которая собиралась 1 раз в неделю. На занятия в группе приходили только те пациенты, к которым могли присоединиться их партнеры. В большинстве случаев речь идет о партнерах по браку, но это могут быть и родственники. Опыт показал, что групповые сеансы могут служить ценным источником информации для работы с пациентом в группе; имеется в виду не только информация, позволяющая найти пути познания партнера, но и сведения, полученные от него, и прежде всего в познании взаимодействия пациента с ним. На разбор патогенетической зависимости неврозов и проблем, касающихся связей с партнером, не хватает времени, однако практически положительным результатом таких сеансов может быть улучшение реальных форм общения. Курс лечения, как правило, начинается с предложе-

ния участникам рассказать о себе; совсем не обязательно начинать с супружеских проблем. Подобные групповые сеансы следует вести более директивно, чем обычные занятия в группах. Врач в этих группах должен давать более обширную информацию.

При дневном стационаре в вечернее время может заниматься семейная группа, которую после окончания курса лечения могут посещать 1 раз в неделю пациенты со своими близкими. Группа состоит, как правило, из 8—12 проходящих супружеских пар. Родственники подключаются к этой группе постепенно, по мере их привыкания к групповой работе.

3. В терапевтической общине для невротиков в Кромержиже пациентов госпитализируют на 6 нед. Каждый день проводятся сеансы групповой психотерапии в закрытых группах, куда привлекаются члены семей пациентов (в основном партнеры по браку) для участия в так называемом однодневном семейном марафоне, который продолжается, за исключением обеденного времени, 6 ч. На этом сеансе групповой терапии рассматриваются основные супружеские и семейные проблемы, собирается информация, которая используется в дальнейшей работе с группой пациентов. Одновременно и партнер пациента получает стимулы к урегулированию своих отношений.

Кроме того, совместный сеанс лечения, проходящий в течение дня, способствует более быстрому и открытому разбору семейных проблем; это облегчается тем, что один партнер уже имеет опыт работы в группе. Партнер, пришедший в группу впервые, может стесняться, вести себя настороженно, однако атмосфера в хорошо сработавшейся группе способствует быстрой адаптации новичка к новым условиям. Иногда, правда, бывает необходимо провести сначала разминку, во время которой быстро исчезает боязнь открытого проявления своих чувств и настроений. К известным и хорошо апробированным методам относятся тематические дискуссии с супружескими парами, записанный диалог, психогимнастика и модель «свидание». Некоторые методики работы с супружескими парами в группе более подробно описаны ниже.

3.2. Специальные групповые методики

Диалог супружеской пары. Из членов группы случайным образом формируется «супружеская пара», обычно из лиц, которые удаляются вместе погулять; они прогуливаются и беседуют или садятся друг против друга в стороне от остальных и определенное время ведут разговор на заданную тему, например: «какие у меня дома трудности», «что мне не нравится в моем партнере», «что мне нравится в партнере», «какой я», «что я ожидаю от занятий в группе», «какие изменения в

поведении партнера я хотел бы увидеть», «что я предполагаю изменить в своем поведении» и др. Темы и пары меняются. Возможна и другая форма проведения подобных бесед-диалогов: пары ходят по кругу и меняются партнерами (как во время танцев) через определенное время (10—15 мин); по знаку врача все садятся в круг и начинают говорить о том, что каждый из них узнал из этих бесед по вопросам, относящимся к семейной жизни. Темы обсуждения расширяются и углубляются.

Записанный диалог. Пары, которые часто гуляют вместе или рядом сидят, получают бумагу и карандаши. Им дается задание: «представьте себе, что Вы вернулись домой в час ночи. Жена Вас встречает словами "ты пришел очень рано"». Партнер записывает эти слова на листе бумаги и передает его «мужу», который в свою очередь пишет ответ и возвращает листок партнеру. В течение данного диалога партнеры не разговаривают. Через 5 мин партнеры меняются ролями, разыгрывая ситуацию позднего возвращения жены. В конце сеанса диалоги некоторых пар зачитываются в виде сценария. Группа оценивает уровень их общения. Данная методика, позволяющая большинству пациентов быстрее найти путь к решению собственных проблем, была разработана Malamud, Machover (1965).

Психогимнастика и «свидание». Более подробно с этой методикой можно ознакомиться в монографии Kratochvíl (1978), посвященной групповой терапии. Лучше всего оправдывает себя техника пантомимы, когда один из супругов играет роль обиженного, а другой без слов пытается с ним помириться. Затем супруги меняются ролями. Подобные сцены разыгрываются всеми парами наедине, потом выбранные пары повторяют их в группе. Тематика сцен обсуждается в группе, причем обсуждение касается в первую очередь общения и способа решения спорных проблем в конкретных супружеских парах, что позволяет сравнить индивидуальные предпочтения и действенность отдельных тактик.

Разбор проблем отдельных супружеских пар. Разбор проводится после разыгрывания сцен и их обсуждения или сразу же после их завершения. Партнеры садятся против остальных членов группы таким образом, чтобы все видели выражение их лиц и хорошо слышали их разговор. Партнеры должны изложить свою проблему. Как только разговор коснется определенной ситуации, врач просит их сразу же ее разыграть. Сцена режиссируется в соответствии с требованиями психодраматической методики и замечаниями других участников. Все члены группы обеспечивают обратную связь, сообщая ведущей паре, какие чувства у них вызывает их поведение, как они воспринимают их общение и видят их проблемы.

Corey, Corey (1977) использовали на воскресных групповых занятиях для супружеских пар, желающих улучшить свои отношения, некоторые методы, заслуживающие определенного внимания.

Внешний и внутренний круг. Мужчины образуют внутренний круг, женщины — внешний. Мужчины обсуждают между собой свои семейные проблемы; как если бы здесь не было их жен. Затем обсуждается то, что, по их мнению, сказали бы жены по поводу их брака. После этого мужчины и женщины меняются местами и процедура обмена мнениями повторяется.

Мужская и женская подгруппы. Мужчины и женщины разделяются на подгруппы, занятия с которыми проводит другой врач, что позволяет более открыто обсуждать некоторые вопросы.

Тематические дискуссии о браке родителей. В ходе обсуждения сравниваются собственные семьи и семьи родителей; отмечаются как сходство, так и различия между ними.

Сравнительная оценка супругов. Участники обсуждают следующие вопросы: что они считают наиболее важным в жизни, что считают успехом, как они относятся к работе, к деньгам, сексу и др.

Обратная связь. Обратная связь является обычным методическим приемом, используемым в лечебной практике. В качестве специального методического приема данная методика применяется в конце сеанса или цикла лечения, когда все члены группы уже хорошо знают друг друга. Все участники последовательно оценивают каждую супружескую пару, отмечая, в чем они видят ее слабости и преимущества.

Мы полагаем, что приведенные выше формы групповой терапии весьма целесообразны для решения проблем супружеских отношений. Важной предпосылкой их эффективного использования является высокий профессиональный уровень лечащего врача; он должен сопереживать своим пациентам независимо от того, участвует ли он в групповых сеансах или проводит лечение в стационаре.

4. ПОВЕДЕНИЕ И ПОЗИЦИЯ ВРАЧА

В поведении врачей, занимающихся супружеской терапией, и консультантов в семейных консультациях есть важные моменты, из которых в первую очередь необходимо отметить следующее: директивность — недирективность, осторожность — доверие, а также отношение к логическим доводам и эмоциям.

4.1. Директивный и недирективный подходы

Примитивные директивные советы, опирающиеся на собственную шкалу ценностей и предрассудки, обычно дают не слишком искушенные консультанты и врачи. Опыт врачей и консультантов должен быть направлен, помимо всего прочего, на доказательства бесполезности преждевременных заверений и рекомендаций и предполагает стремление к постепенному и как можно более точному выяснению основных вопросов вместе с пациентами. С другой стороны, мы сталкиваемся с тем, что консультанты не очень охотно рассматривают вопросы,

предлагаемые самими пациентами, и стараются заменить их своими вопросами; кроме того, они обычно не решаются слегка манипулировать пациентом.

Мы участвовали в различных семинарах и совещаниях, проходивших и в нашей стране, и в Польше. Их участники разыгрывали типичные ситуации, возникающие в практической деятельности семейных консультаций. Например, пациентка (или пациент) приходит в консультацию с такой конкретной проблемой: как относиться к неверному партнеру. Консультант, сориентировавшись в ситуации, просит прежде всего рассказать все, что возможно. Затем, когда пациентка уже ждет от него ответа, он продолжает ее расспрашивать. Не знает, что посоветовать? Не хочет этого делать? Уходит от ответственности? Когда же пациентка снова, теперь уже прямо, спрашивает совета, врач реагирует на это вопросом: «А что бы Вы, пани Новакова, сделали в первую очередь?».

Это и есть недирективный подход, который точно соответствует инструкциям для врача, представляющего роджеровскую школу [сравните Kratochvíl, 1976]. При возможности длительной работы с пациентом целесообразно следующее: в серии сеансов пациент должен постепенно уяснить свои мотивы, связи, «дозреть» для принятия самостоятельных решений. Другие пациенты при данном подходе успокаиваются, ведут себя более уравновешенно и после окончания лечения. В действительности такие пациенты и не нуждаются ни в совете, ни в руководстве. Им необходимо было лишь довериться, пожаловаться, высказать свои тревоги, чтобы кто-нибудь их внимательно выслушал; они обращаются к врачу, ища поддержки и одобрения.

Однако в других случаях пациент может на самом деле нуждаться в совете. Если он его не получает, то уходит неудовлетворенным и больше не обращается к врачу. В подобных случаях консультанту целесообразно не только проявить свою способность и умение с сочувствием выслушать пациента, но и разобраться в ситуации и занять позицию эксперта—показать пациенту, какие альтернативные решения существуют в данной ситуации, вместе с ним оценить их, выбрать наиболее адекватные, благоприятные для него.

Так, например, при работе с пациенткой, пришедшей посоветоваться относительно того, как ей наладить жизнь с неверным супругом, можно рассмотреть следующие альтернативы:

- 1) игнорировать измену супруга, делать вид, что Вы ничего не знаете, переждать, пока у мужа это не пройдет;
- 2) ничего не говорить, но обратить внимание на супруга, отслеживать его и постараться поймать с поличным;
- 3) намекнуть, что об этом кое-что известно, дать понять, что не слишком в это верите, и Вы были бы очень огорчены, если бы это оказалось правдой;
- 4) выразите свои чувства в разговоре с супругом, обсудите спорные вопросы, скажите, как это на него действовало;

5) устроить скандал, разыграть сцену, собрать ему чемодан, прогнать из дома;

6) компенсировать измену путем своей тайной измены;

7) намекнуть, что у самой кое-кто есть, постараться вызвать у супруга ревность;

8) использовать супружескую тактику, бороться за супруга, делать для него такие вещи, которые ему приятны, стать для мужа более желанной, чем соперница.

Основная схема, характерная для данного подхода, такова: «если Вы сделаете А, то, наверняка, будете иметь следствие Х; если сделаете В, то следствием будет Y».

Как уже говорилось, есть альтернативы, выгодные пациенту, предпочитаемые им и неприемлемые, от которых он, как правило, отказывается. Приемлемость или неприемлемость альтернатив не является абсолютной. Это зависит от свойств личности, способов реагирования обоих партнеров и ситуации. Нельзя советовать жене, чтобы она «выставила партнера за дверь», если на основании ее личностных характеристик ясно, что она сразу же после этого пойдет к нему с просьбой вернуться домой. Аналогично этому нельзя рекомендовать наступательный маневр, если на основании личностных качеств супруга мы видим, что при данных обстоятельствах он и в самом деле возьмет чемодан, уйдет и не вернется (причем жена желает сохранить семью).

Диаметрально противоположным роджеровскому подходу является авторитарный, дискредитивный подход, при котором консультант берет на себя ответственность за пациента и дает прямые, однозначные инструкции по поводу того, что должен делать пациент в данной ситуации. С таким подходом на профессиональном уровне мы встречаемся у некоторых опытных врачей, имеющих тщательно продуманные концепции стратегий и тактик для большинства типичных ситуаций. Характерным примером этого подхода является детально разработанная схема Plzák (1973) с такой формулой: «в ухудшении супружеских отношений виноват только тот из супругов, который не выполняет инструкций врачей».

В крайних случаях врач не имеет возможности ждать, пока пациент сам все расскажет. Подобно тому как хирург иногда не располагает временем, чтобы выслушать предположения больного относительно причин его болезни, так и психотерапевт, работающий с супругами, с помощью своего точного метода обследования может поставить matrimoniopatologический диагноз.

4.2. Осторожность и доверие

Опыт работы в консультации показывает, что следует относиться с осторожностью к словам пациента о том, какие проблемы являются главными и какие версии правдивыми. Проблема, предложенная пациентом, может существенно отли-

чатся от проблемы, действительно наиболее важной для данной супружеской пары. Она может также оказаться сознательным маневром или «мыльным пузырем», за которым скрывается нечто совсем иное. Версии, которые «приносит» пациент, могут быть значительно искаженными. Поэтому осторожный врач выжидает, наблюдает, стремится проникнуть в глубь проблемы и найти независимую информацию. Пациент часто приходит не «с чистой душой и сердцем на ладони», но с определенным умыслом [Plaňava, 1982]. Он может намереваться, например, втянуть врача в коалицию против своего партнера, получить какую-то выгоду, перетянуть на свою сторону детей и т. д. Его информация сознательно искажена и свою историю семейных отношений он представляет под углом зрения сегодняшних потребностей.

Муж, который имеет любовницу и хочет развестись, считает свой брак неудачным и неудовлетворительным с самого начала.

Жена, желающая сохранить семью, считает свой брак идеальным до того момента, пока в него не вмешивается другая женщина.

В этих случаях пациент играет с врачом, используя различные маневры, преследуя скрытую цель, о которой никто не должен знать. При динамическом подходе врач следит за тем, что пациент говорит, делает, переживает, за неосознаваемыми мотивами, вытекающими из его различных впечатлений, неудовлетворенных потребностей и внутренних конфликтов, которые необходимо «открыть». При системном подходе врач учитывает то, что супруги через свою просьбу о помощи хотели бы прежде всего сохранить существующее положение вещей и свое патологическое поведение, обуславливающее гомеостаз супружеской или семейной системы. Поэтому понятно, что они будут в оппозиции к врачу, будут скрыто сопротивляться его усилиям изменить существующую ситуацию и саботировать эти усилия. Врач должен своими действиями «прорвать» их оборону и патологическое равновесие заменить «здоровым».

Принципиально иным является доверительный подход. Врач рассматривает пациента как своего союзника и партнера [Wile, 1981] и верит его добрым намерениям, считает проблему, о которой говорит пациент, действительно реальной и требующей помощи, принимает версии каждого из партнеров как субъективно правдивые. При таком подходе врач не ориентируется на «открытие» истины, манипуляции и обратные связи и не играет с пациентами в разные «игры», он исходно кооперативен, аутентичен, сочувствует пациенту. Он сам в процессе лечения открыто разъясняет пациенту свои чувства, соображения, мысли, планы и сомнения.

4.3. Логические доводы и эмоции

Примером типично рационального подхода является концепция Плзака. Эта концепция предполагает отказ от дискуссии по поводу чувств, от советов, касающихся их проявления, от ссылок на любовь. Проявления чувств рассматриваются как спонтанные реакции личности, которые нельзя вызывать по принуждению. В конфликтных ситуациях супругам рекомендуют деловое общение и переход от романтических представлений к практическим задачам.

Врачи, придерживающиеся этой концепции, рассматривают иногда проявления выраженной эмоциональности как симптомы истерии, а требования от партнера проявлений любви, интереса, внимания и нежности как определенные эмоциональные перегрузки, которые необходимо корригировать разумом.

Celmer (1979), руководитель семейной консультации в Варшаве и в течение многих лет ведущий методист польских семейных консультаций, наоборот, видит в различных супружеских спорах (по поводу денег, воспитания детей, проведения свободного времени и дисгармонии в сексуальной области) только внешние проявления, в основе которых лежат опасения — достаточно ли человека любят и достаточно ли его уважают. Стержень конфликта чаще всего заключается в недостаточности эмоционального удовлетворения человека, которому не хватает проявления чувств и приятия со стороны партнера. В результате возникает внутренний конфликт двух мотивов: страха перед потерей объекта любви и желания любви и полного приятия. Этот глубокий конфликт выносится на поверхность взаимоотношений и реализуется в различных обвинениях партнера. Наилучшим выходом из такой ситуации, по мнению автора, было бы открытое проявление страха; однако это означало бы признание собственной слабости и нужды в поддержке, что привело бы к дальнейшему снижению самооценки. Поэтому способ общения между супругами становится менее открытым. В таких случаях помощь могла бы оказать супружеская терапия.

Подобную ориентацию имели семинары для семейных и супружеских психотерапевтов, которые проводила известный американский врач Satir во время своего пребывания в Чехословакии в 1979 г. Каждый из супругов должен изменить свою маску холодного логика, обвинителя или усмирителя и «вытянуть» из себя на свет божий свое внутреннее чувствительное «я», заявляющее «я хочу быть любимым». Партнер же реагировал бы на это нежным объятием, теплотой и лаской. Основным в данной проблеме, как считает Satir, является возрождение способности к эмоциональным проявлениям близости, доверия и любви и преодоление широко распространенного ин-

теллектуального стиля поведения, выпестованного рационалистической культурой.

В этом смысле врач не выступает ни в роли уважаемого эксперта или научного авторитета, ни в роли недирективного, безличного следователя. Он входит в супружеский союз со своей живой эмоциональностью — радуется и огорчается. Он прикасается к ним, обнимает их, берет супругов за руки и соединяет их, демонстрирует им своим поведением, как надо радоваться жизни и проявлять эту радость.

До настоящего времени нам не удалось добиться полной победы разума над супружескими мифами и предрассудками, несмотря на отказ от наивного лозунга «главное — любовь, остальное приложится» и тщательную разработку рационалистических принципов организации совместной жизни и общения; не удалось полностью игнорировать понятие «любовь» и в научных основах супружеской терапии. Более того, любовь снова возвращается к нам как реальная человеческая потребность и способность, как один из основополагающих принципов, с помощью которого возможно установление взаимопонимания между партнерами не только на этапе ранней влюбленности, но и в период семейных кризисов.

5. ПСИХОТЕРАПИЯ РАЗВОДА

В некоторых случаях не только невозможно, но и нецелесообразно сохранять брак как союз, который постоянно приносил бы удовлетворение обоим партнерам. Один из супругов или оба приняли решение развестись или же развод является объективно желательным, поскольку их брак не выполняет своих функций. Однако это не значит, что участие врача в дальнейшем не потребуется. Развод — это стрессовая ситуация, угрожающая душевному равновесию одного или обоих партнеров и особенно детей. Поэтому часто в последний период совместной жизни и сразу после развода для адаптации к новым условиям жизни бывает необходима квалифицированная помощь врача-специалиста. Такая помощь может оказываться как в обычных семейных консультациях, так и в специальных консультациях по разводу.

Развод в представлении многих специалистов [Brown, 1980; Kaslow, 1981; Haynes, 1981] является не событием, а процессом, который начинается тогда, когда супруги рассматривают развод как реальную возможность, и заканчивается тогда, когда доходит до установления самостоятельного (индивидуального для каждого) стиля жизни. Развод в юридическом смысле представляет собой в этом отношении лишь часть более широкого процесса. Этот процесс состоит из двух основных стадий: стадии решения и стадии реструктуризации (переустройства). Первая стадия заканчивается принятием решения о разводе. Вторая стадия складывается из пяти отдельных

процессов, протекающих по большей части параллельно. К ним относятся эмоциональный, правовой, экономический, родительский и общественный аспекты развода. Заканчивается процесс достижением независимости от бывшего супруга и бывшей семьи. Важным является и достижение должного уровня сотрудничества бывших супругов в вопросах воспитания детей, которые живут с одним из них.

В настоящее время имеется целый ряд классификаций стадий и процессов развода. Интересна, например, классификация Froiland, Hozman (1977), использующая параллели со стадиями Kübler-Ross. К ним относятся: 1) отвержение, 2) гнев, 3) посредничество, 4) депрессия, 5) акцептация.

В СССР Золасек (1981) подобным образом рассматривал специфическую травму при разводе, до которой доходит при асимметричной ситуации у того из партнеров, который стремится избежать развода и, следовательно, является оставляемым партнером. Автор выделяет четыре следующие стадии (см. ниже).

1. Стадия протеста: травмированная особа повышает свою активность, чтобы избежать развода. Однако при этом часто действует хаотически и нецеленаправленно, тем самым ухудшая свое положение.

2. Стадия отчаяния: обороняющаяся сторона чувствует, что ситуацией уже не владеет и впадает в депрессию, иногда доходит до самообвинений.

3. Стадия отрицания: обороняющаяся сторона ожесточается и приходит к выводу, что не стоит сохранять брак с таким неподходящим человеком.

4. Стадия примирения с ситуацией: обороняющаяся сторона уже избавляется от чувства несправедливости и видит ситуацию более реалистично.

В тех случаях, когда ситуация симметрична, т. е. оба партнера с разводом согласны и рассматривают его как положительное решение, указанные стадии, естественно, отсутствуют.

С практической точки зрения нам представляется более целесообразным разделить на периоды, в которых супругам может потребоваться консультационная и терапевтическая помощь: предразводный период; период развода; послеразводный период.

3.1. Предразводный период

Основной целью рекомендаций или психотерапевтических мероприятий в данный период является достижение продуманного, ответственного решения независимо от того, стремятся ли супруги сохранить дисгармоничный брак или нет. В этот период еще можно предупредить подачу заявления на развод или взять его назад, если оно уже подано. При работе с супругами может быть целесообразным выяснение отношения супругов к разводу как таковому, а также мотивации их решения развестись. Следует учитывать возможность временного кризиса в этот период и его преодоления, перспективы удовлетворения потребностей обоих супругов и достижения позитивных изме-

нений в отношениях и функциях семьи с точки зрения заботы о детях и последствий, которые может вызвать развод для обоих супругов и особенно для детей.

Супруги могут жить в атмосфере, в которой преобладают настроения к разводу. В прошлые времена действовали такие противоразводные факторы, как отрицательное отношение общества к разводу и предосудительное отношение к разведенным лицам. В настоящее время, особенно в крупных городах, отношение к разводу изменяется, двигаясь в противоположную сторону, и общественное мнение часто даже поддерживает тенденцию к разводу.

Gjuric (1983) отмечает, что общественное мнение рождает мифы о разводе, поддерживающие поведение, способствующее разводу. Здесь речь идет об утверждениях, которые выдаются за общезвестные истины, несмотря на то, что они не соответствуют действительности. К таким мифам относятся следующие утверждения:

- второй брак лучше, чем первый;
- если брак не удался, то только развод может поправить положение;

- для ребенка развод не является чем-то исключительным, поскольку вокруг него много других детей из неполных семей;

- лучше развестись, чем сохранить семью, в которой дети будут свидетелями постоянных конфликтов между родителями;

- после окончания периода развода все станет на свои места к для детей;

- если новый партнер меня любит, он будет рад и моим детям.

Если один из партнеров находится под влиянием этих мифов, то задача рациональной психотерапии — помочь ему отказаться от них, устранить их влияние на принимаемые решения.

Об анализе потребностей супругов, их возможностей, изменений поведения и адаптации мы уже достаточно говорили в предыдущих главах. Однако при разводе необходимо учитывать и проблему несовершеннолетних детей, влияние подобной ситуации на их дальнейшее развитие. Полезная информация по данной проблеме содержится в работе Trnka «Дети и разводы» (1974).

Автор провел сравнительное исследование, охватывающее 118 детей из неполных (разведенных) семей и 118 тщательно отобранных детей из благополучных семей. Результаты исследования подтверждают, что дети из разведенных семей в среднем хуже адаптируются к новым условиям, чем дети из нормальных семей. Важными факторами снижения адаптивности являются интенсивность и продолжительность разногласий, ссор и конфликтов между родителями, свидетелями которых был ребенок, и особенно настраивание ребенка одним из родителей против другого. Подобное настраивание прямо или косвенно влияет на ребенка и направлено в первую очередь на то, чтобы унижить в его глазах достоинство одного из родителей. На рис. 10 наглядно показано влияние озлобленности против одного из родителей на снижение адаптивности ребенка из неполной семьи. Адаптивность ребенка снижается пропорционально продолжительности периода, в течение которого он живет в такой разрушающейся семье. Worse всего были адаптированы дети, оставшиеся с родителями после развода при их совместном проживании

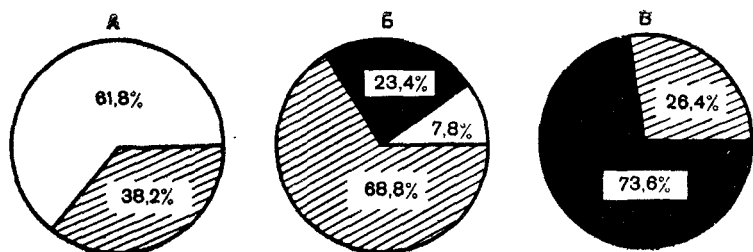


Рис. 10. Озлобленность против одного из родителей и адаптивность детей, родители которых разошлись (по данным Тгнка; $n=200$).

А — неозлобленные дети. Б — умеренно озлобленные, В — сильно озлобленные. Светлый сектор — хорошая адаптивность, заштрихованный — удовлетворительная, темный — плохая.

в разделенной квартире. Наиболее действенным фактором, позволяющим снизить влияние неблагоприятных условий, является сильная эмоциональная связь между ребенком и некоторыми членами семьи, которая служит ребенку крепкой опорой.

Результаты многих исследований показывают явное отрицательное влияние развода, но не дают однозначного ответа на вопрос: что лучше для развития ребенка — развод или дальнейшая жизнь в семье с родителями, находящимися в постоянном и глубоком конфликте. Результаты, полученные Тгнка (1974), как и результаты Hetherington и соавт. (1977), свидетельствуют о том, что постоянные конфликтные отношения в семье оказывают на развитие детей более отрицательное влияние, чем спокойная, стабильная жизнь с одним из родителей, с которым у ребенка имеется положительная эмоциональная связь. С другой стороны, некоторые исследователи подчеркивают, что потеря отца как личности, представляющей для сына модель идентификации мужской роли, а для дочери модель комплементарности, неблагоприятно проявляется в некоторых адаптационных затруднениях в подростковом возрасте и позднее (в собственном браке и в психосексуальном развитии), ввиду чего конфликтная, но полная семья может быть лучшим вариантом, нежели семья только с одним родителем. Решение этого весьма спорного вопроса, помимо всего прочего, зависит от интенсивности и продолжительности семейного конфликта, от степени и характера патологии личности одного из родителей, а также упоминавшейся выше настроенности ребенка против одного из родителей.

5.2. Период развода

Это период, когда супруги уже приняли решение о разводе. Врач помогает разводящимся супругам сдерживать свои эмоции, направляя их к совместному решению конкретных проблем, связанных с разводом, что является наиболее целесообраз-

разным для обеих сторон, и учитывая прежде всего интересы и проблемы детей.

Эмоциональное состояние супругов характеризуется чувствами гнева и печали, страха, вины, злости, желанием возмездия. Им можно противопоставить стремление примириться с утратой, чувство собственной ответственности, развитие самостоятельности и формирование новых целей. Врач должен добиться того, чтобы с разводом согласились оба супруга. Если решение о разводе было принято односторонне, то партнер считает его инициатора виновным и вновь возникает чувство утраты, пренебрежения, бессильной ярости или беспомощности. Предметом споров и раздоров могут стать вопросы имущественного раздела или заботы о детях, поэтому одной из функций врача является объединение и решение эмоциональных проблем, так чтобы они не влияли на рациональное решение вопросов о разделе имущества.

К юридическим вопросам относятся раздел имущества и квартиры, выплата алиментов, определение детей к одному из родителей и заключение соглашения о встречах с ними бывшего супруга. Большинство вопросов лучше решать на основе взаимной договоренности, например вопрос о посещении детей или разделе имущества. Врач систематически подводит супругов к осознанию того, что все их поступки должны быть направлены на облегчение ребенку перехода в новые условия жизни, чтобы он смог сохранить эмоциональную связь и уважение к обоим родителям, не потерял чувства безопасности и постепенно преодолел свою растерянность.

5.3. Послеразводный период

Целью терапии в этот период является стабилизация положения и достижение обоими супругами самостоятельности в новых условиях жизни. Необходимо овладеть новой ситуацией, возникшей при разрыве супружеских отношений, и предотвратить возможные невротические и депрессивные реакции, имеющие тенденцию к фиксации в этих условиях.

Dytrych, Prokopec, Schüller (1983) изучили 150 семей через 1 год, 3 года и 6 лет после развода; в рамках этого исследования были проведены клинко-психиатрическое обследование и психологическое тестирование матерей и детей с целью выяснения их адаптации к новым условиям жизни. Данные исследования показывают наличие отрицательного влияния последствий развода на степень адаптации матерей и детей. В послеразводный период 82 % женщин с невротическими признаками, возникновение которых связано с разводом, нуждаются в квалифицированной помощи.

Если у женщины непосредственно перед разводом нет прочной внебрачной связи с перспективой брака, то в зависимости

от возраста и наличия детей ее шансы найти партнера, более привлекательного, чем предыдущий, не слишком велики или вовсе отсутствуют. Для разведенного мужчины, несмотря на его обязанности по выплате алиментов, ситуация более благоприятна. Большинство разведенных мужчин не считают выгодным для себя быстрое заключение нового брака; по их мнению, новый брак не должен быть бегством от одиночества и ответственности, проявлением тенденции перенести потребность в зависимости с одного лица на другое. Решение о вступлении в новый брак должно опираться на автономное решение, а у невротиков, кроме того, на опыт прежних ошибочных выборов и неправильной стратегии в предыдущем браке; такие пациенты обычно склонны повторять ошибки первого брака.

К специфическим проблемам собственно послеразводного периода относится продолжение конфликтной ситуации между бывшими супругами. Этому особенно способствует совместное проживание после развода в одной квартире. Часто суд принимает решение о лишении бывших супругов права на совместное проживание, что обеспечивает отселение одного из супругов, однако его реализация зависит и от реальной возможности получить квартиру или разменять старое жилье. Многим это не удается, и совместное проживание разведенных супругов сильно усложняет ситуацию [Dytrych et al., 1981], что нередко требует психотерапевтического вмешательства.

Другой важный вопрос, возникающий в послеразводный период, — регулирование встреч детей с родителями, в большинстве случаев с отцами. При возникновении споров по этому поводу между родителями данная проблема может быть решена через суд. Типичным решением бывает рекомендация суда о предоставлении встреч ребенка с отцом 1 раз в 2 нед. Однако оптимальным является добровольное согласие родителей, без суда; по мнению Dytrych и соавт. (1981), такие встречи надо предоставлять во всех случаях, когда отец может встретиться с ребенком (по договоренности с матерью) или когда ребенок этого захочет. Таким образом действительно создается ситуация, близкая к условиям нормального функционирования семьи в отношении связи с детьми.

«Послеразводная терапия» отличается от супружеской терапии тем, что врач работает только с одним из бывших супругов, причем с более страдающим от последствий развода или с тем, который воспитывает детей. В этот период целесообразно применение групповых методов лечения в закрытой группе, состоящей из 8—10 пациентов. Продолжительность курса составляет 8—10 сеансов, которые проводятся не реже 1 раза в неделю. Задачей лечения в данный период является достижение нового, удовлетворяющего пациента самостоятельного образа жизни.

5.4. Заключительные замечания

До сих пор в практике супружеской консультации специалист занимался супругами только в том случае, если ими еще не было принято твердое решение о разводе. Если же заявление о разводе было уже подано, то консультации касались в основном юридических проблем. В настоящее время отмечается тенденция к расширению консультационной помощи и посреднических услуг, касающихся развода, достижению развода, который минимизировал бы ущерб душевному здоровью обоих супругов и их детей [Haynes, 1981].

Если супружеская пара находится в психотерапевтической группе, то процесс лечения продолжается чаще всего до развода и ведется в несколько ином направлении. Эти супружеские пары, а также пары, не включенные в такие группы, нуждаются в определенной терапевтической помощи. В отличие от адвоката, который в процессе развода отстаивает интересы своего клиента и не принимает во внимание интересы своего «противника», консультант в супружеской консультации стремится к тому, чтобы каждый из супругов вышел из разводного процесса с максимально возможными выгодами, при этом учитываются потребности каждого из них.

Sedláček (1981) также подчеркивает, что работа супружеской консультации не заканчивается принятием окончательного решения о разводе, особенно в асимметричной ситуации, когда один из супругов остается в одиночестве и переживает связанную с этим душевную травму. Ему необходима помощь для достижения душевного равновесия. На стадии протеста надо приглушить хаотические реакции, на стадии отчаяния — обеспечить моральную поддержку (в ряде случаев медикаментозную терапию или помощь в освоении метода аутогенного тренинга). Стадия отрицания свидетельствует о положительном развитии ситуации; последняя же стадия — равновесия — собственно и является целью терапии.

Dytrych, Prokopec, Schüller (1983) предлагают проведение послеразводного консультирования, или послеразводной терапии, которая обеспечивала бы возможность ликвидации последствий стресса, невротических реакций и проблем адаптации к новым условиям жизни. Послеразводная терапия должна помогать пациентам в достижении достаточной субъективной удовлетворенности, эмоционального равновесия в отношениях с бывшим партнером (нескончаемые споры, чувство несправедливости, стремление к мести), устранения возможности генерализации отрицательного опыта и, следовательно, в поддержании способности к заключению нового удовлетворительного брака.

Глава V. НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Обзор результатов научных исследований в области супружеской терапии за период 1950—1972 гг., сделанный Gurman (1973), показал, что в них в качестве главного критерия эффекта лечения использовалось общее обсуждение лечения с супружеской парой или с каждым супругом в отдельности, т. е. субъективное мнение самих пациентов. В редких исследованиях использовались оценки независимых наблюдателей-экспертов и количественные оценки ключевых симптомов. Стандартизированные психологические личностные тесты почти не применялись; кроме того, в них явно недоставало изучения уровня общения, факторов роли, требований супругов. Большинство исследований опиралось только на грубые качественные показатели супружеской удовлетворенности или супружеской совместимости.

В последние годы ситуация значительно изменилась. В обзорах Gurman, Kniskern (1978), Jacobson (1978) сообщают о целом ряде исследований, в которых эффект лечения оценивается на основе различий результатов тестирования, проводимого до и после лечения, и катamnестических данных за период от нескольких месяцев до 1 года; в них сравниваются результаты, полученные у леченых супружеских пар, и в контрольных группах нелеченых пар или леченных другими методами.

Ниже приводится описание некоторых методов исследований, а также исследовательских программ и их результатов.

1. МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В этом разделе приводятся характеристики нескольких тестов, в первую очередь тех, которые в настоящее время наиболее часто применяются в исследовательских программах для диагностики супружеских и семейных отношений.

1.1. Тест супружеского соответствия

Locke (1951) разработал анкету, содержащую 29 разделов, для выявления различий между успешными и неуспешными браками. Анкета несколько раз пересматривалась; в настоящее время чаще всего используются ее модификация, предложенная Locke — Wallace (1959), реже модификации Locke — Williamson (1958), Kimmel der Veen (1974). На этой же осно-

ве была разработана новая шкала оценки парного соответствия Spanier (1976).

Тест супружеского соответствия Locke — Wallace (1959) содержит 15 разделов, включающих вопросы о том, как муж и жена воспринимают или оценивают свой брак. Вопросы имеют несколько вариантов ответов, например: «Были ли у Вас когда-нибудь такие мысли, что лучше бы остаться неженатым или не выходить замуж?» (часто, иногда, редко, никогда); причем каждый ответ имеет определенный «вес». Вопросы других разделов анкеты позволяют определить степень согласия или несогласия в различных семейных отношениях («поведение по отношению к теще или тестю», «взаимное проявление чувств» и др.), причем согласие — несогласие оценивается по шестибальной шкале. Итоговая оценка может находиться в диапазоне от 2 до 159 баллов. Если общая оценка ответов составляет менее 100 баллов, брак рассматривается как неудовлетворительный.

Надежность (коэффициент гомогенности) метода составляет 0,90. Валидность теста подтверждается его способностью четко дифференцировать совместимые и плохо совместимые супружеские пары. Суммарная оценка для совместимых супружеских пар составляет 135,9, для несовместимых — 71,7. Данный тест часто используется во многих зарубежных исследованиях [Liberman et al., 1976; Gottman et al., 1976; Jacobson, 1977; O'Leary, Turkewitz, 1978].

Тест супружеского соответствия Locke — Williamson (1958) содержит 22 раздела; на каждый вопрос пациент может выбрать один из 3—6 вариантов количественно (в баллах) оцениваемых ответов. При факторном анализе данных было установлено 5 основных факторов, влияющих на классификационную оценку супружеских отношений: 1) товарищеское сотрудничество; 2) степень соответствия или согласия между партнерами; 3) эмоциональные связи; 4) отношение к браку и партнеру; 5) сексуальные отношения.

Gbelcová (1973) при сравнении 100 супружеских пар с гармоничными отношениями и 100 — с дисгармоничными, а также Sarponi (1978) при сравнении 30 и 30 аналогичных пар выявили их статистически значимые различия по всем факторам.

Тест Locke, доработанный van der Veen (1974), имеет 23 раздела с отдельными оценочными шкалами для мужа и жены. Один из разделов включает 22 варианта возможных трудностей или осложнений, из которых пациент может выбрать варианты, соответствующие проблемам в его семейных отношениях. Последний раздел содержит субъективную оценку настоящего брака — от очень несчастливой до очень счастливой (оценивается по восьмибальной шкале). Суммарный балл теста составляет 48—138 для мужчин и 50—138 — для

женщины. Было проведено тестирование 149 женщин и 158 мужчин из разных регионов. При факторном анализе, помимо основных факторов, учитывались и такие как соответствие в сексуальных интересах, толерантность и близость. Анализ показал высокую воспроизводимость (0,76) и надежность (0,78) теста.

Шкала парного соответствия Spanier (1976, 1979) является развитием предыдущих вариантов теста Locke; в данный тест входят вновь разработанные разделы, используются также отдельные вопросы из других тестов. При тестировании качественно оцениваются супружеские или партнерские парные связи на базе 4 эмпирически составленных производных подразделов соответствия, которые можно рассматривать как подшкалы основного теста: 1) парная удовлетворенность; 2) парная «сцепленность»; 3) парное согласие; 4) аффективные проявления. Тест содержит 32 раздела, по которым тестируемый выражает свой ответ с помощью шестибалльной шкалы оценок. Суммарный балл теста может находиться в диапазоне от 0 до 151. Оценка ниже 90 баллов соответствует нарушенным супружеским связям.

Надежность теста составляет 0,96. Для установления валидности выбирались только те разделы, с помощью которых было возможно дифференцировать до 0,1% стабильных и разведенных супружеских пар. Результаты, полученные с помощью этого теста и теста Locke — Wallace, дали высокий коэффициент корреляции — 0,86 и 0,88.

1.2. Другие тесты

Анкета супружеской консультации (Marital precounseling inventory, Stuart, 1973) является достаточно обширным вопросником, содержащим разделы как со свободными полями, куда вписываются ответы в произвольной форме («укажите три вещи, которые Вы хотели бы делать чаще всего; три вещи, которые, по Вашему мнению, хотел бы делать чаще всего Ваш партнер; укажите пять своих главных интересов и пять главных интересов Вашего партнера»), так и разделы, оцениваемые по 5-балльной шкале и касающиеся следующих областей супружеских отношений: супружеские решения, удовлетворенность различными формами общения, способами коммуникации, сексуальные отношения, воспитание детей, взаимная преданность и перспективы брака. Данная анкета использовалась во многих исследованиях, например в работе Liberman и соавт. (1976).

Анкета супружеской коммуникации (Marital communication inventory, Bienvenu, 1970) ориентирована на количествен-

ную оценку успешности общения между супругами. Она содержит 46 разделов, каждый из которых имеет 4-балльную шкалу согласия или несогласия. Анкета включает следующие вопросы: «Имеет ли Ваш партнер тенденцию говорить такие вещи, которые, возможно, и не следовало бы говорить?», «Часто ли Вас волнует тон Вашего партнера?», «Доверяется ли Ваш партнер другим больше, чем Вам?» Надежность теста составляет 0,93, валидность была подтверждена при сравнительном исследовании конфликтных и неконфликтных семей.

Индекс супружеской удовлетворенности (Index of marital satisfaction, Hudson, Glisson, 1976) содержит 25 утверждений, начинающихся словом «чувствую»; например, «чувствую, что партнер действительно служит мне опорой», «чувствую, что партнер относится ко мне плохо», «чувствую, что я не могу на него положиться», «чувствую, что наш брак очень счастливый». В рамках теста оценивается частота появления таких высказываний по 5-балльной шкале от «никогда» или «редко» до «почти постоянно». Вопросник высоконадежен и имеет хорошо проверенную валидность.

Анкета супружеской активности (Marital activity inventory) [Weiss, Hops, Patterson, 1973], в которой каждый из супругов дает ответы по поводу 85 видов различной деятельности рекреационного, эффективного и продуктивного типа, реализуемой самостоятельно, вместе с партнером или с другими лицами, например в области спорта, в развлечениях с друзьями, в работе на даче и т. д. Респондент указывает, сколько раз за последний месяц реализовалась та или иная деятельность, хотел бы он, чтобы это было чаще, постоянно или реже.

Анкета изменений (Areas of change questionnaire) [Weiss, Hops, Patterson, 1973], в которой каждый из супругов отмечает, хотел ли бы он, чтобы его партнер совершал какие-то поступки или что-то делал чаще, постоянно или реже, чем до сих пор (выбор производится из приведенного в вопроснике перечня 34 поступков или дел). Во второй половине анкеты каждый из супругов отмечает, как приблизительно ответит его партнер на те же вопросы. При сравнении предполагаемых ответов с действительными рассчитывается показатель конгруэнтности. Данный вопросник использовался в исследованиях Liberman и соавт. (1976).

Анкета отношений (RI—Relationship inventory, Barret, Lenpard; цитировано по Scholz, 1978) использует роджеровские категории: 1) сопереживание; 2) акцептация партнера без каких-либо специальных условий; 3) ответственность, искренность, аутентичность. Оценка этих качеств производится по 7-балльной шкале. Значимость теста подтвердилась при анкетировании 26 гармоничных и 26 дисгармоничных супружеских пар.

Пример ответов на некоторые вопросы анкеты

1. Партнер меня уважает —3 —2 — 1 0 +1 +2 +3.
2. Партнер старается смотреть на вещи моими глазами.
4. Интерес партнера ко мне зависит от того, чем мы вместе занимаемся.
7. Партнер скорее понимает мои слова, нежели то, о чем я действительно думаю.
9. У партнера я всегда встречаю интерес и сердечность.
20. Партнер относится ко мне равнодушно.

Анкета супружеской роли (MRQ—Marriage role questionnaire) [Kell, Thrap; цитировано по Scholz, 1978] имеет 7-балльную шкалу оценок. Оцениваются, с одной стороны, требования и ожидания партнеров, с другой — их действительные отношения, поступки и т. д. Для того и другого отведено 75 разделов. Баллы за «действительность» вычитаются из баллов за «ожидаемое», разница по каждому разделу суммируется. Большое значение суммы означает наличие нарушений в супружеской жизни.

Ожидаемое и действительное устанавливается в следующих 5 областях:

1. Внешние связи: «Любите ли Вы быть вместе с партнером? Часто ли Вы проводите время вместе? Любите ли Вы что-либо предпринимать с партнером без детей? Как часто Вы предпринимаете что-либо с партнером без детей?» и др.
2. Половая сфера: «Важно ли для Вас в браке, чтобы половые отношения сочетались с любовью?».
3. Разделение ответственности: «Хотите ли Вы, чтобы каждый информировал другого о семейных расходах?».
4. Целесообразность брака: «Хотите ли Вы порядка и чистоты в доме?».
5. Солидарность: «Важно ли для идеального брака, чтобы социальный статус мужа и жены был бы одинаковым? Чтобы муж был по крайней мере не менее интеллигентным, чем жена?».

Анкета супружеской гармонии [Jakšs, Kratochvíl, 1977] содержит 20 разделов, оцениваемых по 4-балльной шкале. Величина суммарной оценки теста колеблется от 0 до 80 баллов. Значимость теста не стандартизирована, но опыт работы с ним при индивидуальной диагностике показывает, что он вполне может быть использован в практике.

1.3. Методы оценки поведения и общения

В описываемых методиках речь идет не об анкетном выявлении субъективных данных, но об оценке объективных поступков или форм общения партнеров.

Наблюдение за поведением партнера (Spouse observation checklist) [Weiss, Hops, Patterson, 1973] охватывает около 400 различных поступков, которые априорно разделены на две категории: П — приятные и Н — неприятные, и касаются 12 об-

ластей супружеских взаимоотношений, например уважения, товарищества, заботы и т. д. Символами П и Н ежедневно отмечаются те или иные поступки, которые оцениваются по 9-балльной шкале степени удовлетворения. Методика использует принцип профиля супружеского общения для основных недостатков и служит чувствительным индикатором изменений поведения до и после курса лечения. Данные свидетельствуют о существовании значительных различий в величине П/Н в спокойных и конфликтных супружеских парах.

Регистрация целевого поведения (Recording of target behavior) [Jacobson, 1977]. Описание целенаправленного поведения, т. е. желательных поступков, частота которых должна увеличиваться в процессе лечения. Супруги (как один, так и другой) ежедневно отмечают такие поступки. Из обширного списка выбираются проблемные области, указанные супругами при предварительном консультировании, и заводятся формуляры, в которых они отмечают данные поступки. Обычно регистрацию начинают за 2 нед до лечения с целью определения исходного уровня. Аналогичным образом проводится регистрация во время курса психотерапии и после нее. Частота отдельных заранее обусловленных поступков во всех этих периодах сравнивается. На основании полученных данных можно сделать вывод о качестве лечения. Для большей наглядности полученные данные могут быть представлены в виде графика.

Оценочная шкала проблем и коммуникации (Verbal problem checklist) [Thomas, 1977]. Она имеет 40 категорий. Консультант оценивает каждого из супругов по данным категориям по 4-балльной шкале сразу же после обсуждения супругами спорной проблемы. В качестве темы для обсуждения предлагается, например, такая: «Положительные стороны и проблемы нашего брака» или «Что Вы ожидаете от партнера?». К оцениваемым категориям относятся, например, чрезмерная словоохотливость или молчаливость, излишняя генерализация эмоций, приписывание партнеру каких-либо намерений, «заклинивание» на одной теме, уход от темы разговора, отсутствие собственного мнения, соглашательство, дефицит согласия, недостаток или избыток информации и др. Обсуждение с его оценкой создает основу для возникновения обратных связей и освоения навыка эффективного общения между супругами. Ту же шкалу можно использовать для оценки взаимодействия супругов после лечения.

Система кодирования супружеского общения (MICS—Marital interaction coding system) [Weiss, Hops, Patterson, 1973]. Методика ориентирована на объективное определение вербальной и невербальной коммуникации партнеров при попытках дискуссионного решения своих семейных

проблем. Супруги предварительно получают стандартные инструкции, согласно которым они в течение 10 мин должны обсудить свои чувства и взгляды, связанные с определенной проблемой или темой, и попытаться достигнуть соглашения. Каждое действие в 30-секундных отрезках времени классифицируется по 28 поведенческим категориям; к ним относятся, например, несогласие, согласие, принятие на себя ответственности, критика, компромисс, юмор и др. Категории поделены на 2 основных раздела: а) раздел решения проблем, включающий широкий диапазон реакций — от способствующих решению проблемы до тормозящих его; б) раздел поощрения — наказания, включающий поступки в диапазоне от самых приятных до наиболее отвратительных. Сравнение результатов проводят два специально подготовленных наблюдателя (лучше всего на основании просмотра видеозаписи). Эту методику использовали многие авторы, например Liberman и соавт. (1976), Jacobson (1977), O'Leary, Turkewitz (1978), а также Gottman и соавт. (1976) — в ее модифицированной форме.

Система взаимодействия супружеских пар (CISS — Couples interaction scoring system) [Gottman, 1979]. В рамках системы видеозапись разделяется на короткие смысловые отрезки, в которых классифицируются содержание, сопровождающий аффект и контекст. В подробно разработанных категориях содержания выделены прежде всего такие аспекты, как согласие, несогласие, текущий коммуникативный разговор, «чтение мыслей партнера», решение проблем, резюмирование мыслей партнера, эмоциональное выражение отношения к обсуждаемой проблеме. Контекст и сопровождающие аффекты, которые подтверждаются невербальными проявлениями, оцениваются как положительные, отрицательные и нейтральные.

Анкета супружеских конфликтов (IMC — Inventory of marital conflicts) [Olson, Ryder, 1970; цитировано по Scholz, 1978]. Она содержит описание 18 супружеских конфликтных ситуаций, по которым каждый из супругов должен составить собственное мнение. Партнеры должны определить, кто виноват в данном конфликте, и выбрать одно из предложенных альтернативных решений. Затем супруги пытаются путем совместного обсуждения возможностей достигнуть компромиссного решения. В 12 из 18 проблемных ситуаций супругам сообщается, чего действительно удалось достичь в данном случае.

Например, такая ситуация: Франта на вечеринке, куда он пришел с женой Бригиттой, ухаживает за другой женщиной. В версии для мужа указывается, что Бригитта этого не переносит, а потому делает мужу замечания. В версии для жены сообщается, что муж Бригитты в течение всего вечера совсем не обращает на нее внимания, что ее злит. Она стремится ему это объяснить, но он не понимает. Предлагаются следующие решения: а) Франта может ухаживать за другой женщиной, но

так, чтобы это не оскорбляло Бригнтту; б) Франта должен уделять все внимание своей жене.

Вначале каждый из супругов должен указать в своем формуляре, кто виноват в конфликте в первую очередь и как этот конфликт разрешить. Затем супругам говорят, что у них по некоторым вопросам мнения расходятся, и предлагают им попробовать прийти к общему заключению. Исходные формуляры они оставляют у себя (возможно, когда-нибудь пригодятся). На обсуждение разногласий отводится 30 мин. Обсуждение проводится без консультанта и с ведома супружеской пары записывается на магнитофон.

При оценке результатов теста подсчитывается, сколько раз жена приспособилась к мнению мужа и наоборот. В дальнейшем при расшифровке магнитофонной записи данные могут быть классифицированы в соответствии с указанными выше категориями. Turkewicz и O'Leary (рукопись) выделили 10 категорий коммуникационного кода: согласие, метакommunikация, вопросы, чувства, отказ от общения, положительные и отрицательные замечания, положительные и отрицательные эмоции, разговор о браке.

Весьма интересными представляются и такие методы, как SAM и SIMFAM, при которых используется аппаратура со световой сигнализацией, устанавливаемая между партнерами и экспериментатором. К числу инструментальных тестов принадлежит также «межличностная игра» Ravich, при которой используются сигнализация и пульта управления от детской железной дороги [Scholz, 1978].

Из приведенных выше методик исследования эффективности супружеской терапии в зарубежной научной литературе наиболее часто ссылаются на тест супружеского соответствия Locke — Wallace, опирающийся на субъективные оценки каждого супруга. В последних исследовательских программах ориентация смещается в направлении анализа объективных репрезентативных показателей супружеских отношений, оцениваемых наблюдателями в условиях консультации или партнером в домашних условиях.

2. ИССЛЕДОВАНИЕ С КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППОЙ

Вместо разбора и обсуждения большого числа опубликованных работ мы приведем здесь 5 примеров исследований, в которых использовались контрольные группы или сравнивались результаты различных видов терапии. Все они имели по крайней мере одну лечебную группу, в которой применялись методы бихевиористической терапии. Это обусловлено тем, что только бихевиористический подход обеспечивает возможность

объективно характеризовать и определять зависимые и независимые переменные лечебного процесса.

Первые три примера представлены работами трех известных американских исследователей, четвертый — взят из практики западногерманского здравоохранения, в пятом — описывается применение данных методов в ЧССР.

2.1. Бихевиористическая терапия с контрольной группой пациентов, ожидающих лечения

Jacobson (1977b) оценивал эффект лечения по конечным результатам, если они обеспечивали: а) достаточный навык решения конфликтных ситуаций и б) соглашение относительно подкрепления желаемого поведения.

Десять супружеских пар с дисгармонией супружеских отношений случайным образом разделились на 2 группы, одна из которых была лечебной, вторая, куда вошли пары, ожидающие лечения, — контрольной. В соответствии с программой лечения супруги осваивали навыки положительной коммуникации при решении проблем и упражнялись в составлении письменного соглашения относительно поощрения желаемого поведения.

В этих соглашениях каждый из супругов добровольно берет на себя определенные обязательства, касающиеся изменений своего поведения, ожидаемых партнером; кроме того, в них подробно указаны стимулы, используемые в качестве поощрения такого поведения. В некоторых случаях предусматриваются и противоположные «стимулы» (наказания) при несоблюдении соглашения. Всего с каждой супружеской парой было проведено 8 сеансов с недельными интервалами между ними.

Лечебная и контрольная группы сравнивались после курса лечения на основании анализа субъективных данных (анкеты) и результатов наблюдений во время сеансов. Кроме того, поведение супругов дома анализировалось на основании заполненных ими специальных формуляров. Тестирование супругов (тест супружеского соответствия Locke — Wallace) проводилось до лечения, непосредственно по его окончании и через год.

Количественная оценка супружеского взаимодействия при решении спорных проблем проводилась до и после лечения по данным видеозаписи.

Как положительные реакции рассматривались такие категории, как способность решения проблемы, достижение компромисса, стремление к изменению поведения, принятие на себя ответственности, как отрицательные — излишне критические замечания, несогласие, жалобы, отказ от переговоров и обсуждений, унижение партнера и др. В результате психотерапии в лечебной группе по сравнению с контрольной процент

случаев отрицательного поведения значительно снизился, а положительного — возрос. Аналогичным образом меняются и данные тестирования на супружеское соответствие у мужей и жен. Результаты удерживаются на достигнутом уровне и через год после окончания курса психотерапии.

В другом исследовании [Jacobson, 1978] автор попытался повторить этот результат на большой группе пациентов, курируемых различными врачами, с контролем влияния на результаты лечения нескольких неспецифических факторов. Одновременно проверялось, есть ли различие в действенности соглашения «то-то за то-то» и соглашения «доброй воли». Супружеские пары (32) с семейными проблемами были разделены на 4 группы. Две группы проходили лечение по программе «специфического» бихевиористического подхода (каждая группа с разным типом соглашений), остальные же составили две контрольные группы (одна группа с равным количеством посещений врача, но без составления соглашения и освоения навыков в решении проблем, вторая — включала пациентов, ожидающих лечения). На основании показателей положительного и отрицательного поведения, данных объективного наблюдения, результатов теста MICS до и после лечения обе лечебные группы значительно улучшили свои показатели, тогда как в обеих контрольных группах этого не наблюдалось. Результаты лечения в обеих экспериментальных группах существенно не различались. На основании полученных результатов можно сделать следующий вывод: результаты исследования подтверждают эффективность специфических методов бихевиористической терапии, причем вид используемого супружеского соглашения не имеет существенного значения.

2.2. Бихевиористическая и коммуникационная супружеская терапия

O'Leary, Turkewitz (1978) провели исследование у 30 супружеских пар, которые на основании результатов теста супружеского соответствия Locke — Wallace и данных истории конфликтов в каждой семье разделили на 3 группы; в одной группе проводилась коммуникационная терапия, в другой — бихевиористическая, третья группа составила контроль, в нее вошли пациенты, ожидающие лечения. В программе участвовали 5 врачей, каждый работал с 4 супружескими парами в каждой из лечебных групп. Курс лечения состоял из 10 сеансов, которые проводились 1 раз в неделю.

Главной задачей бихевиористической терапии являлось повышение частоты поведения, желательного каждому из супругов. Врач помогал супругам составить письменное соглашение (договор), используя в своей работе прогностические методы, моделирование, механизмы обратной

связи, инструкции и структурированный тренинг (освоение различных навыков).

При коммуникационной терапии достигались повышение четкости сообщений, а также снижение частоты деструктивного поведения и повышения уровня открытого положительного взаимодействия. При этом также использовались прогностические методы, механизм обратной связи, разыгрывание ролей и структурированные упражнения.

Для оценки эффективности рассматриваемых методов использовался ряд тестов, проводимых до и после лечения, а также катамнестический анализ данных через год после лечения. Для этого применялись тест супружеского соответствия Locke — Wallace, анкета супружеской коммуникации, система кодирования решений в конфликтных ситуациях по перечню стандартизированных семейных проблем.

Результаты исследования показали, что оба лечебных подхода (бихевиористический и коммуникационный) приводят к положительным изменениям в отношениях супругов. Частота этих изменений в лечебных группах была значительно выше, чем в контрольных. Как показали данные катамнестического анализа, уровень положительных изменений устойчиво сохранялся.

Существенных различий в результатах лечения между обеими лечебными группами не наблюдалось. Возможно, это объясняется тем, что действующим фактором при обоих подходах являлось улучшение общения между супругами. Следует отметить, что молодые супружеские пары лучше реагировали на бихевиористическую терапию, более старшие — на коммуникационную.

Анализ поведения врачей, участвовавших в исследовании, показал, что врачи, составлявшие договоры (соглашения) вместе с пациентами, пользовались большей симпатией у мужской половины, так как они помогали изменить поведение супруги (а не потому, что лучше контактировали с мужьями).

2.3. Групповая бихевиористическая и межличностная супружеская терапия

Liberman и соавт. (1976) провели сравнительное исследование эффективности двух видов групповой супружеской терапии. В первой группе, состоящей из 4 супружеских пар, была ориентация на бихевиористический подход, реализующий основные принципы социального обучения. Врачи, работавшие с этой группой, обучали супружеские пары различать и управлять проявлениями желаемого поведения, проводили с пациентами коммуникационный тренинг с помощью моделей ситуаций, механизма обратной связи и домашних заданий, использовали соглашения с непосредственными положительными подкреплениями желаемого поведения.

Во второй группе врач провоцировал открытое обсуждение чувств, обеспечивал помощь в решении супружеских проблем путем обмена мнениями обоих партнеров и взаимной поддержки. Обе группы велись тремя (одними и теми же) врачами. Полный курс лечения состоял из 8 сеансов продолжительностью по 2 ч ежедневно.

Эффективность лечения оценивалась по результатам ряда тестов, которые проводились до и после лечения, а также при катamnестическом анализе данных (через 1, 2 и 6 мес после окончания курса психотерапии).

По результатам субъективных (анкеты) свидетельств различий в степени супружеской удовлетворенности между обеими лечебными группами обнаружено не было. В обеих группах было достигнуто существенное улучшение в отношениях между супругами, которое сохранялось (по данным катamnестического анализа) достаточно устойчиво. Однако данные прямых наблюдений показывают, что у пациентов группы с бихевиористическим подходом в терапии отмечается более высокая степень взаимоподдержки при вербальной и невербальной коммуникации.

2.4. Мюнхенское исследование

Nahlweg, Schindler, Revenstorf (1982) провели сравнительное исследование реципрокного и коммуникационного тренинга, которое включало контрольную группу, куда входили пациенты, ожидавшие лечения. Оба метода использовались в курсе лечения, состоявшем из 15 сеансов, которые проводились 1 раз в неделю. У части супружеских пар врач проводил сеанс одновременно с обоими супругами (продолжительность сеанса 50 мин), в другой части проводились групповые сеансы в составе 3—4 супружеских пар, с которыми работали 2 врача (продолжительность сеансов составляла 2,5—3,0 ч). Всего исследование охватило 86 супружеских пар. Состав лечебных и контрольных групп представлен в табл. 10.

Распределение супружеских пар по группам производилось случайным образом.

Реципрокный тренинг опирается на принципы бихевиористического подхода в рамках супружеской терапии. «Реципрокный» в этом контексте означает, что оба партнера оказывают друг на друга положительное влияние. Сущность данного подхода заключается в определении и использовании поощрений за желаемое поведение. При этом подходе навыки общения играют второстепенную роль, обеспечивая в основном возможность формулировки специфических пожеланий относительно изменения определенных форм поведения. Таким образом, совместно сформулированные предложения становятся основанием для изменения поведения. В отличие от коммуникационной терапии при реципрокном тренинге акцент делается на положительные проявления в супружеских отношениях.

Таблица 10. Состав лечебных и контрольных групп

Форма лечения	Тренинг		Без лечения	Всего
	реципрокий	коммуникационный		
Психотерапия с отдельными супружескими парами	18	16		34
Групповая терапия (3—4 пары в группе)	16	19		35
Ожидающие лечения			17	17
Всего ...	34	37	17	86

Коммуникационный тренинг основывается на принципах роджеровского подхода. В данном случае использовалось руководство Berlina (1975); тренинг ограничивается освоением навыков общения: умением вербализации собственных чувств и потребностей каждого из партнеров, а также развитием способности сопереживания и внимательного выслушивания партнера. В отличие от реципрокного метода здесь часто на первый план выступает проблема формулирования отрицательных чувств. Врач не ориентируется на решение конкретных задач, так как при коммуникационном тренинге главной целью является достижение открытого проявления чувств.

Супружеские пары в контрольной группе ожидали начала лечения в течение 15 нед.

Анализ эффективности лечения основывался на результатах целого ряда тестов, в том числе партнерского вопросника PFB, оценочных шкал Terman, анамнестических вопросников, анкеты супружеских конфликтов IMC и системы кодирования супружеского общения MICS. Часть тестов проводилась до и после курса лечения, некоторые исследования были повторены через полгода и год после окончания лечения.

Результаты лечения показали, что обе терапевтические методики по всем показателям были эффективны при сравнении с контрольной группой. Реципрокный тренинг оказывал положительное влияние на уровень коммуникации и решение проблем и по некоторым показателям давал лучший результат, нежели роджеровский подход. При коммуникационном тренинге супруги действительно научились более четко формулировать свои проблемы, но изменения в поведении наблюдались менее часто. Сеансы с отдельными супружескими парами были более эффективными, чем занятия в группе.

2.5. Исследования, проводившиеся в Брно

Сарроні (1981) провела исследования эффективности трех форм работы с супружескими парами. Пациентов, у которых была диагностирована «истинная коммуникационная дисгармония», исходно разделили на 3 группы так, чтобы в каждую входило не менее 10 супружеских пар.

В первой группе (I) применяли межличностный подход, направленный на открытое общение, обсуждение, противопоставление и сравнение предложений. Пациентам было предложено совместное посещение врача. Если кто-нибудь из супругов обращался с просьбой об индивидуальной беседе, врач соглашался, но предупреждал, что о содержании беседы на следующем сеансе будет информирован и партнер.

Во второй группе (B₁) использовали бихевиористический подход с операционально определенными задачами, направленными на изменение специфического поведения, которое поощрялось заранее сговоренной наградой. В этой группе врач отказывался проводить индивидуальные беседы с кем-либо из супругов.

Третья группа (B₂) велась так же, как вторая, но врач соглашался индивидуально беседовать с кем-либо из супругов по его просьбе. Такие индивидуальные беседы проводились в недирективной манере и давали возможность обсудить проблемы, беспокоящие супругов. Врач не сообщал о беседе партнеру.

Для оценки эффективности лечения в его начале, конце и при катамнестическом анализе применялись тест супружеского соответствия в модификации Locke — Williamson и методика анализа процесса общения. Курс лечения составлял 10 сеансов. Из 30 супружеских пар полный курс лечения прошли только 20 пар: в первой группе 6, во второй—6 и в третьей—8.

Таблица 11. Изменения результатов теста супружеского соответствия после 10 сеансов в трех лечебных группах

Группа	Количество супружеских пар	Результаты тестирования							
		мужья				жены			
		до лечения	после лечения	различие	t	до лечения	после лечения	различие	t
I	6	126,8	139,2	12,4	2,02	119,7	138,7	19,0	3,27 ^a
B ₁	6	121,2	133,5	12,3	1,40	113,0	151,5	18,5	2,93 ^b
B ₂	8	115,1	135,3	20,2	5,81 ^b	115,1	136,6	21,5	4,13 ^b

^a $p < 0,05$, ^b $p < 0,01$,

Изменения, по данным теста Locka—Williamson, произошедшие в результате лечения, представлены в табл. 11.

Улучшение наступило во всех группах, статистически значимые изменения у женщин наблюдались во всех группах, у мужчин — только в группе Б₂. В этой же группе отмечалась и наиболее выраженная степень изменений.

Sarropi в своей работе, к сожалению, не сообщает, имеются ли статистически значимые различия в группах I и Б₁ (например, 12,4 и 12,3 у мужчин). На основании данных табл. 11 можно четко видеть выраженный тренд в том смысле, что подход в группе Б₂ (бихевиористическая терапия супружеской пары + индивидуальные недирективные беседы) оказывает более значительное положительное влияние на адаптацию супругов друг к другу по сравнению с подходом в группах I и Б₁, где различие в результатах невелико.

Данное исследование имеет немало недостатков, которые автор подробно обсуждает: они связаны с тем, что работа проводилась рядовым врачом в обычной семейной консультации. Однако, как нам представляется, продолжение этой работы с более многочисленными группами могло бы дать более достоверные и интересные результаты.

На основании количественных данных, обнаруживающих определенную тенденцию, и качественных показателей автор делает интересные, хотя и спорные, выводы: наиболее целесообразным подходом является некоторое ограничение обсуждения и сопоставления мнений на приеме у врача, но при этом необходимо разрешить пациентам свободно обращаться к врачу за индивидуальной консультацией. Врачу не всегда удастся удержать обсуждение в строгих рамках, позволяющих избежать обиды и унижения достоинства одного из супругов. Однако исключение возможности индивидуальных бесед снижает желаемый терапевтический эффект.

2.6. Заключение

Несколько примеров, приведенных выше, показывают, в каком направлении необходимо двигаться для выявления эффективности отдельных методик и их сравнения с учетом различных субъективных и объективных показателей. Хорошо подготовленные исследования с контрольной группой и достоверными методами определения объективных показателей позволяют ответить на многие вопросы, возникающие при рассмотрении современных подходов, понятийного аппарата, действий врача, методов и технологий, ориентированных на оптимальное решение супружеских проблем и конфликтов, на достижение супружеского соответствия, совместимости, удовлетворенности и гармонии супружеских отношений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Васильченко Г. Общая сексopatология. — М.: Медицина, 1977.
- Зачепицкий Р. А. Психотерапия при неврозах и психических заболеваниях/Под ред. В. Д. Карвасарского. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1973.
- Мишина Т. М. Групповая психотерапия при неврозах и психозах/Под ред. В. Д. Карвасарского, В. А. Мурзенко. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1975.
- Мишина Т. М. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии/Под ред. М. М. Кабанова. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1976.
- Мишина Т. М. Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях/Под ред. В. К. Мягера, Р. А. Зачепицкого. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1978 (а).
- Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах и психозах/Под ред. В. К. Мягера, Р. А. Зачепицкого. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1978 (б).
- Мягер В. К. Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях/Под ред. В. К. Мягера, Р. А. Зачепицкого. Ленинградский НИИ неврологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1978.
- Мягер В. К. Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии/Под ред. М. М. Кабанова, С. Б. Семичева. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1979.
- Мягер В. К., Мишина Т. М. Психотерапия при нервных и психических заболеваниях/Под ред. В. Д. Карвасарского. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1973.
- Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия. Методические рекомендации. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1976.
- Мягер В. К., Мишина В. М. Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина, 1979.
- Системный подход в психиатрии/Под ред. П. П. Волкова. — Минск: Высшая школа, 1976.
- Тысячная З. К. Эмоциональный стресс и пограничные нервно-психические расстройства/Под ред. Г. К. Ушакова, В. Д. Карвасарского. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1977.
- Тысячная З. К. Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях/Под ред. В. К. Мягера, Р. А. Зачепицкого. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1978.
- Тысячная З. К. Семейная психотерапия неврозов. Автореф. канд. дисс. Ленинградский НИИ психоневрологии им. В. М. Бехтерева. — Л., 1979.
- Ables B. S., Brandsma J. M. Therapy for couples. — San Francisco: Jossey Bass, 1977.
- Adamová O. Jaky jsem manžel a jaká jsem manželka. — V: Encyklopedie mladé ženy. — Praha: Avicenum, 1972.
- Adamski F. Socjologia małżeństwa i rodziny. — Warszawa: PWN, 1982.
- Aquilara D. C., Messick J. M. Crisis intervention. — St. Louis: C. V. Mosby, 1974.
- Ard B. N. A rational approach to marriage counseling. — In: Handbook of marriage counseling/Eds. B. N. Ard, C. C. Ard. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1969.
- Ard B. N., Ard C. C. (eds.) Handbook of marriage counseling. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1969.

- Bach G. R., Bernhard Y.* The aggression lab. — Dubuque, Ohio, Kendall: Hunt, 1971.
- Bach G. R., Goldberg H.* Creative aggression. — Garden City, New York: Doubleday, 1974.
- Bach G. R., Wyden P.* The intimate enemy. How to fight fair in love and marriage. — New York: Morrow and Co., 1969.
- Barczewski A.* Specifika potrzeb seksualnych w zależności od płci. — Biuletyn Poradnictwo przedmażeńskie i rodzinne, 1974, 6.
- Barczewski A.* Referát na konferenci polských manželských poradca v Baranówě, listopad, 1977.
- Bartošova M., Wynnyczuk V.* Rodina středního věku. — V.: Manželství středního věku/red. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1978.
- Berlin J.* Das offene Gespräch. Paare lernen Kommunikation. — München: Pfeiffer, 1975.
- Berman E. M., Lief H. O.* Marital therapy from a psychiatric perspective: an overview. — Amer. J. Psychiat., 1975, 132, 583—592.
- Berne E.* Jak si lidé hrají. — Praha: Svoboda, 1970.
- Bienvenu M. J.* Measurement of marital communication. — Fam. Coordinator, 1970, 19, 26—29.
- Birchler G. H., Weiss R. L., Vincent J. P.* A multimethod analysis of social reinforcement exchange between maritally distressed and nondistressed spouse and stranger dyads. — J. Pers. and soc. Psychol., 1975, 31, 349.
- Bockus F.* Couple therapy. — New York: Jason Aronson, 1980.
- Boš P.* Rodinná psychoterapie a její význam pro dětskou psychiatrii. — Čsl. Psychiat., 1968, 64, 263—269.
- Boš P.* Komunikační analýza rodinného systému. — Čsl. Psychol., 1974, 18.
- Bouchal M., Kratochvíl S.* K syntetickému a diferencovanému přístupu v psychoterapii neuros. — Čsl. Psychol., 1966, 10, 479—486.
- Braun-Galkowska M.* Struktura autorytety w rodzinie a powodzenie małżeństwa. — Problemy rodziny, 1978, 3/101, 36—45.
- Brown E. M.* Poradnictwo rozwodowe. — Biuletyn Poradnictwo przedmażeńskie i rodzinne (Warszawa), 1980, 16/4.
- Brtníková M. (red.)* Mladá manželství. — Praha: Horizont, 1975.
- Brtníková M. (red.)* Manželství středního věku. — Praha: Horizont, 1978.
- Brtníková M. (red.)* Problematika manželství zralého věku. — Praha: Horizont, 1982.
- Buda B.* Psychologie der Sexualität. — Budapest: Akademiai Kiadó, 1977.
- Capponi V.* Kompatibilita v manželské dyádě. Disertační práce, UJEP, Filos. fakulta, — Brno, 1976.
- Capponi V.* Diagnostické metodiky k posuzování kompatibility manželské dyády. — V: Diagnostika a terapie v oblasti manželského poradenství. — Min. práce a soc. věcí.—Praha, 1979.
- Capponi V.* Aplikace metod výcviku komunikace v manželské terapii. Závěrečná práce postgraduálního studia poradenské psychologie. — FFUK. Katedra psychologie. — Bratislava, 1981.
- Capponi V. a kol.* Některé modely poruchových komunikací v širší rodině a možnosti jejich terapeutického ovlivnění. Referát na 11. psychoterapeutické konferenci, Luhačovice, 1977.
- Capponi V. a kol.* Příspěvek k diagnostice kvality manželského soužití. — Čsl. Psychiat., 1978, 74, 200—205.
- Capponi V., Gbelcová E.* Využití skupinové psychoterapie v manželském poradenství. — Čsl. Psychiat., 1977, 73, 85—89.
- Capponi V., Novák T.* Některé modely poruchových komunikací v nukleární rodině. Referát na 12. psychoterapeutické konferenci, Poděbrady, 1979.
- Carnegie D.* Jak získávat přátele a působit na lidi. — Praha: Orbis, 1939.
- Celmer Z.* Morálne problémy rozvodu. — Problemy rodziny, 1976, 2/88, 1.
- Colmer Z.* Plasczyzny konfliktów w rodzinie. — Problemy rodziny, 1979, 1/105.
- Corey G., Corey M. S.* Groups: Process and practice. — Monterey: Brooks/Cole, 1977.

- Dicks H. V. Marital tensions. — New York: Basic Books, 1967.
- Dytrych Z., Prokopec J., Schüller V. Adaptační na rozvod. Referát na pracovní schůzi České psychiatrické společnosti, Praha, 5. I, 1983.
- Dytrych Z., Schüller V., Prokopec J., Matějček Z. Problémové rodiny. Zprávy VÚPs č. 50. Praha, Výzkumný ústav psychiatrický, 1981.
- Ellis A. Neurotic interaction between marital partners. — In: Handbook of marriage counseling/Ed. C. C. Ard. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Book, 1969.
- Fanta K. Manželský konflikt 1972. Ústí nad Labem, Dum techniky ČVTS, 1972.
- Fanta K. Manželský konflikt 1973. Min. práce a soc. věci. — Praha, 1975.
- Fanta K. Mladá manželství v praxi manželských poraden. — V: Mladá manželství/Ed. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1975.
- Fanta K. Manželská klientela a činnost manželských a předmanželských poraden v ČSR. Min. práce a soc. věci. — Praha, 1977.
- Fanta K. Specifické rysy střeniho manželství z hlediska roboru klientely manželských předmanželských poraden v ČSR. — V: Manželství středního věku/Ed. M. Brtníková a kol. — Praha: Horizont, 1978.
- Fanta K. Problematika vztahu mezi manželi zralého věku v manželských a předmanželských poradnách. — V: Problematika manželství zralého věku/Ed. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1982.
- Fisher S. The female orgasm. — New York: Basic Books, 1973.
- Froiland D. J., Hozmann T. I. Counseling for constructive divorce. — Personnel and Guidance Journal, 1977, 55, 525—529.
- Fromm E. Umění milovat. — Praha: Orbis, 1966.
- Gabura J. Niektoré aspekty manželského a predmanželského poradenstva. Priručka pre manželské a predmanželské pradené. — Min. práce a soc. věci. — Bratislava, 1978.
- Gabura J. "Radit či neradit" v manželskom poradenstve. — V: Diagnostika a terapie v oblasti manželského poradenství. Min. práce a soc. věci. — Praha, 1979.
- Gbelcová E. Harmonie a disharmonie v manželských vztazích. Disertační práce. Universita J. E. Purkyně. Katedra sociologie. — Brno, 1973.
- Gehrke S., Moxom J. Diagnostic classifications and treatment techniques in marriage counseling. — In: Handbook of marriage counseling/Ed. C. C. Ard. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Book, 1969.
- Gjurič A. Rozvodové mýty. Přednáška na semináři psychologu v Kroměříži, únor, 1983.
- Glick I. D., Kessler D. R. Marital and family therapy. New York: Grune and Stratton, 1974.
- Gottman J. M. Marital interaction: an experimental investigation. — New York: Academic Press, 1979.
- Gottman J. M., Notarius C., Gonso J., Markman H. A couple's guide to communication. — Champaign, Illinois: Research Press, 1976.
- Greene B. L. A clinical approach to marital problems. — Springfield, Illinois: Ch. C. Thomas, 1970.
- Grunebaum H., Christ J. (eds.) Contemporary marriage: structure, dynamics and therapy. — Boston: Little Brown and Co., 1976.
- Guerney B. G., Guerney L. F., Andronico M. P. Filial therapy. — In: New directions in client-centered therapy/Eds. J. T. Hart, T. M. Tomlinson. — Boston: Houghton Mifflin Co., 1970.
- Gurman A. S. The effects and effectiveness of marital therapy: a review of outcome research. — Fam. Process, 1973, 12, 145—170.
- Gurman A. S. Contemporary marital therapies. — In: Marriage and marital therapy/Eds. T. J. Paolino, B. S. McCrady. — New York: Brunner-Mazel, 1978.
- Gurman A. S., Kniskern D. P. Research on marital and family therapy. Progress, perspective and prospect. — In: Handbook of psychotherapy and be-

- havior change/Eds. S. L. Garfield, A. E. Bergin. 2nd ed. — New York: Wiley, 1978.
- Gurman A. S., Kniskern D. P. (eds.) Handbook of family therapy. — New York: Brunner—Mazel, 1981.
- Gurman A. S., Rice D. D. (eds.) Couples in conflict. — New York: Jason Aronson, 1975.
- Hahlweg K., Schindler L., Revenstorf D. Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. — Berlin: Springer Verlag, 1982.
- Haley J. Strategies of psychotherapy. — New York: Grune and Stratton, 1963.
- Haley J. Problem solving therapy. — San Francisco: Jossey Bass, 1976.
- Harper R. A. Marriage counseling as rational process-oriented psychotherapy. — In: Handbook of marriage counseling/Eds. B. N. Ard, C. C. Ard. — Palo Alto, Calif., Science and Behavior Books, 1969.
- Haynes J. M. Divorce mediation. — New York: Springer Publishing Company, 1981.
- Hetherington E. M., Cox M., Cox R. The aftermath of divorce. — In: Mother-child, father-child relation/Eds. H. J. Stevens, M. Matthews. — Washington: NAYEC, 1977.
- Horvai I. Psychopatie. — Praha: SZdN, 1968.
- Hudson W., Glisson D. H. Assessment of marital discord in social work practice. — Social service review, 1976, 50, 293—311.
- Hurwitz N. Interaction hypotheses in marriage counseling. — In: Couples in conflict/Eds. A. S. Gurman, D. G. Rice. — New York: Jason Aronson, 1975.
- Hyniè J. Lekárska sexuológia. — Martin: Osveta, 1970.
- Christ J. Treatment of marriage disorders. — In: Contemporary marriage/Eds. H. Grunebaum, J. Christ. — Boston: Little Brown and Co., 1976.
- Imieliński K. (red.) Seksuologia społeczna. — Warszawa: PWN, 1977.
- Jacobson N. S. Training couples to solve their marital problems: a behavioral approach to marital discord. — Int. J. Family Counseling, 1977, 5, 22—31 (a).
- Jacobson N. S. Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. — J. Cons. Clin. Psychol., 1977, 45, 92—100 (b).
- Jacobson N. S. A review of the research on the effectiveness of marital therapy. — In: Marriage and marital therapy/Eds. T. J. Paolino, B. S. McCrady. — New York: Brunner—Mazel, 1978 (a).
- Jacobson N. S. Specific and nonspecific factors in the effectiveness of behavioral approach to the treatment of marital discord. — J. Cons. Clin. Psychol., 1978, 46, 442—452 (b).
- Jacobson N. S., Margolin G. Marital therapy. — New York, Brunner—Mazel, 1979.
- Jacobson N. S., Martin B. Behavioral marriage therapy: current status. — Psychol. Bull., 1976, 83, 450—556.
- Jakeš A., Kralochvíl S. Krátkodobé psychoterapeutické techniky k unvolňování tenzí v manželském soužití. — Čsl. Psychol., 1977, 21, 121—125.
- Jurovský A. Súlad v rodinnom živote. — Martin: Matica slovenska, 1946.
- Kaslow F. W. Divorce and therapy. — In: Handbook of family therapy/Eds. A. S. Gurman, D. P. Kniskern. — New York: Brunner—Mazel, 1981.
- Kgpiński A. Psychopatie. — Warszawa: PZWL, 1977.
- Kimmel D., van der Veen F. Factors of marital adjustment in Locke's Marital adjustment test. — J. Marr. and Fam., 1974, 36, 57—63.
- Knox D. Marital happiness. A behavioral approach to counseling. — Champaign, Illin.: Research Press, 1971.
- Kondáš O. Discentina psychoterapia. — Bratislava. SAV, 1973.
- Kožnar J. Niektoré metodické otázky psychologickéj práce v manželskom a predmanželskom poradenstve. Príručka pre manželské a predmanželské poradne. Min. práce a soc. vecí. — Bratislava, 1978.
- Kožnar J. Uskaltí poradenského dialogu a triologu v souvislosti s mimoman-

- želskýmivstahy. — V. Diagnostika a terapie v oblasti manželského poradenství. Ministerstvo práce a soc. věcí. — Praha, 1979.
- Kratochvíl S. Užítí filmu v mentální hygieně a kolektivní psychoterapie. — Čsl. Psychiat., 1960, 56, 299—302.
- Kratochvíl S. Nácvik konstruktivní hádky v terapeutické komunitě. — Čsl. Psychiat., 1973, 69, 253—257.
- Kratochvíl S. Psychoterapie. 2 vyd. — Praha: Avicenum, 1976.
- Kratochvíl S. Skupinová psychoterapie neuros. — Praha: Avicenum, 1978.
- Kratochvíl S. Terapeutická komunita. — Praha: Academia, 1979.
- Kratochvíl S. Jak žít s neurózou. — Praha: Avicenum, 1981.
- Kratochvíl S. Terapie funkčních sexuálních poruch. — Praha: Avicenum, 1982.
- Kratochvíl S. Sexuální problémy manželství zralého věku. — V: Problematika manželství zralého věku/Ed. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1982.
- Kratochvíl S. Skupinová psychoterapie neuróz II. — Praha: Avicenum, 1983.
- Křivohlavý J. Konflikty mezi lidmi. — Praha: Avicenum, 1973.
- Křivohlavý J. Manželství a hodnoty. Referát na schůzi pro rodinnou terapii v Praze, 30.10, 1979.
- Křivohlavý J. Stručný přehled různých druhů metod diagnostiky manželských a rodinných vztahu. — In: Rodinná terapie 2, Seminář linky důvěry sv. 20, Kosmonosy, psychiatrická léčebna, 1979.
- Křivohlavý J. Sociální zralost. Psychologie a patopsychologie dětství, 1980.
- Langmeier J., Langmeierová D. Rodinná interakce a duševní porucha. Sborník referátů 5. symposia o aktuálních otázkách sociální psychiatrie. Kroměříž, psychiatrická léčebna, 1978.
- Langmeierová D., Langmeier J. Několik poznámek k teoretickým základům rodinné terapie. — Čsl. Psychiat., 1973, 69, 397—392.
- Lasswell M., Lobsenz N. M. No-fault marriage. — Garden City, N. Y.: Doubleday, 1972.
- Lederer W. J., Jackson D. D. Ehe als Lernprozess. — München: Pfeiffer, 1972.
- Leonhard K. Akzentirte Persönlichkeiten. — Berlin: Volk und Gesundheit, 1976.
- Liberman R. P. Behavioral principles in family and couple therapy. — In: Couples in conflict/Eds. A. S. Gurman, D. G. Rice. — New York: Jason Aronson, 1975.
- Liberman R. P., Levine J. et al. Marital therapy in groups. A comparative evaluation of behavioral and interactional formats. — Acta psychiat. scand. (Suppl.), 1976, 266, 1—34.
- Liberman R. P., Wheeler E., Sanders N. Behavioral therapy for marital disharmony. An educational approach. — J. Marr. and Fam. Counseling, 1976, 383—397.
- Liberman R. P., Wheeler E. G., de Visser L. et al. Handbook of marital therapy. — New York: Plenum Press, 1980.
- Locke H. J., Wallace K. M. Short marital adjustment and prediction test. — Marr. Fam. Living, 1959, 21, 251—255.
- Locke J. H., Williamson R. C. Marital adjustment: a factor analysis study. — Amer. Sociol. Rev., 1958, 23, 562—569.
- Máchová J. Duševní hygiena rodinného života. — Praha: Avicenum, 1974.
- Malamud D. I., Machover S. Toward self-understanding. Group techniques of self confrontation. — Springfield, Ill.: Ch. C. Thomas, 1965.
- Mandel A., Mandel K. H., Stadler E., Zimmer D. Einübung in Partnerschaft durch Kommunikationstherapie und Verhaltenstherapie. — München: Pfeiffer Verlag, 1973.
- Mandel K. H., Mandel A., Rosenthal H. Einübung der Liebesfähigkeit. Praxis der Kommunikationstherapie für Paare. — München: Pfeiffer Verlag, 1975.
- Martin P. A. A marital therapy manual. — New York, Brunner—Mazel, 1978.
- Maslow A. Toward a psychology of being. — Princeton, N. J. van Nostrand, 1968.
- Matoušek O. Skupiny příbuzných v psychoterapeutickém systému denního sanatoria. — Čsl. Psychiat., 1978, 74, 183—188.

- Matoušek O.* Techniky a prostředky rodinnépsychoterapie. — Psychol. a patopsychol. dieťat'a, 1978, 13, 537—547.
- Matoušek O.* Rodinná diagnóza. — Psychol. a patopsychol. dieťat'a, 1979.
- Mellan J.* Jednoduchý způsob administrace Learyho metody. — Čsl. Psychol., 1986, 10, 513—519.
- Mellan J.* Psychosexuální aspekty manželství středního věku. — In: Manželství středního věku/Ed. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1978.
- Mikula G.* Interpersonale Attaktion. — In: Sympathie, Freundschaft und Ehe/Eds. G. Mikula, W. Stroebe. — Bern: Huber, 1977.
- Mohapl P.* Úvod do sexuální psychologie. Skripta. — Olomouc: Univerzita Palackého, 1975.
- Mowatt M. H.* Group psychotherapy for stepfathers and their wives. — Psychotherapy, 1972, 328—331.
- Možný I.* Rodiny pracovně exponovaných jedinců jako sociální a sociologický problém. — Sociológia, 1973, 10, 316—334.
- Mrázková A.* Některé dílčí zkušenosti z aplikace skupinové psychoterapie. — V: Diagnostika a terapie v oblasti manželského poradenství/red. V. Brabcova, Min. práce a soc. věcí. — Praha, 1979.
- Mrázková A., Smékal L.* Sledování dyadické komunikace v manželských poradnách. Zborník přednášek z II. celostát. seminára pracovníků MPP v Povážské Bystrici 1980. — Bratislava: MPSV SSR, 1981.
- Muldorf B.* Der Ehebruch. — Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1973.
- Murstein B. J.* Who will marry whom? Theories and research in marital choice. — New York: Springer, 1976.
- Nakonečný M.* Psychologie manželského poradenství. — Čsl. Psychol., 1973.
- Nerudová L.* Sociálně ekonomická připravenost velmi mladých snoubeneckých dvojic na manželství. Kandidátská práce. UJEP. Filosofická fakulta. — Brno, 1982.
- Nowinski J. K., LoPiccolo J.* Assessing sexual behavior in couples. J. Sex. Marit. Ther., 1979, 5, 225—243.
- Ohlsen M. M.* Group counseling. 2nd ed. — New York, Holt, Rinehart, Winston, 1977.
- Ohlsen M. M.* Marriage counseling in groups. — Champaign, Illin.: Research Press, 1979.
- O'Leary K. D., Turkewitz H.* Marital therapy from a behavioral perspective. — In: Marriage and marital therapy/Eds. T. Paolino, B. McCrady. — New York: Brunner—Mazel, 1978.
- Olson D. H.* Couples in conflict/Eds. A. S. Gurman, D. G. Rice. — New York: Jason Aronson, 1975.
- Olson D. H.* (ed.) Treating relationships. — Lake Mills, Iowa: Graphic Publishing Co., 1976.
- O'Neil N., O'Neil G.* Open marriage. A new life style for couples. — New York, Avon Books, 1973.
- Otto H.* More joy in your marriage. — New York: Harthorne Books, 1969.
- Paolino T. J., McCrady B.* (eds.) Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral and systems theory perspectives. — New York: Brunner—Mazel, 1978.
- Patterson G. R.* Families. Application of social learning to family life. — Champaign, Illin.: Research Press, 1971.
- Pávek F.* Rozvody mladých manželství. — V: Mladá manželství. — Praha: Horizont, 1975.
- Pávek F., Fanta K.* Manželská čítanka. — Praha: Mladá fronta, 1979.
- Pittman F., Flomenhaft K.* Handbuch der Ehe- Familien- und Gruppentherapie/Eds. C. Sager, H. S. Kaplan. Bd. II. — München: Kindler, 1974.
- Plaňava I.* Rodinné mýty. Referát na vědecké schůzi České psychiatrické společnosti 1. 2, 1978 v Praze.
- Plaňava I.* Setkání s rodinnou terapií. Referát v MPP Brno, 9.2, 1982.
- Plaňava I.* Hysterika manželství. — Čsl. Psychiat., 1983, 79, 39—45.
- Plaňava I.* Rodinné křížovatky. — Praha: Mona, 1983.

- Plaňova I.* a kol. K některým možnostem práce se skupinou v manželských a předmanželských poradnách. — Čsl. Psychiat., 1979, 75, 21—25.
- Plaňava I., Kratochvíl S.* Kdo je tím vinen. Zdravotnicko-osvětový film UÚZO. — Praha, 1959.
- Plzák M.* Poznání a léčba poruch manželského soužití. — Praha: Avicenum, 1973.
- Plzák M.* Kursy TESCO v léčení chorobné žárlivosti. — Čsl. Psychiat., 1975.
- Plzák M.* Klíč k výběru partnera manželství. — Praha: Avicenum, 1975.
- Plzák M.* Edukacyná psychoterapie malženska. — Problemy rodziny (Warszawa), 1978, 6—104, 33—39.
- Plzák M.* Matrimonopatologie. Učební texty. Manželská a předmanželská poradna, Mělník, 1981.
- Pondělíček I.* Stárnutí, osobnost sexualita. — Praha: Avicenum, 1981.
- Procopec J., Dytrych Z., Schiler V.* Rozvodové chování a manželský nesoulad. Zprávy VUPs, č. 31. — Praha, 1973.
- Příhoda V.* Ontogeneze lidské psychiky IV. — Praha: SPN, 1973.
- Quick E., Jacob T.* Marital disturbance in relation to role theory and relationship theory. — J. abn. Psychol., 1973, 82, 309—316.
- Rappaport A. F.* Treating relationships/Ed. D. H. Olson. — Lake Mills, Iowa: Graphic Publishing Comp., 1976.
- Rappaport A. F., Harrel J.* Couples in conflict/Eds. A. S. Gurman, D. G. Rice. — New York: Jason Aronson, 1975.
- Raush H. L., Barry W. A., Hertel R. K., Swain N. A.* Communication, conflict and marriage. — San Francisco: Jossey Bass, 1974.
- Rice D. G.* Dual-career marriage. Conflict and treatment. — New York: The Free Press, 1979.
- Rigel J.* Osobnost a emocionální problémy. — Praha: Avicenum, 1978.
- Richter H. K.* Patient—Familie, Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in der Ehe und Familie. — Hamburg, 1970.
- Rogers C. R.* Becoming partners: marriage and its alternatives. — New York: Delacorte Press, 1972.
- Rubin Z.* Measurement of romantic love. — J. Pers. soc. Psychol., 1970, 16.
- Ričan P.* Psychologie osobnosti. — Praha: Orbis, 1972.
- Sadock V. A.* Marital therapy. — In: The sexual experience/Eds. B. J. Sadock, H. I. Kaplan. — Baltimore: Williams and Wilkins, 1976.
- Sager C. J.* Marriage contracts and couple therapy. — New York, Brunner—Mazel, 1976.
- Sager C. J., Hunt B.* Intimate partners: hidden patterns in love relationships. — New York: McGraw Hill, 1979.
- Sager C. J., Kaplan H. S.* (Hrsg.) Handbuch der Ehe-, Familien- und GruppenTherapie. Bd. II. — München: Kindler, 1974.
- Satir V. M.* Conjoint family therapy. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1964.
- Satir V. M.* Peoplemaking. — Palo Alto, Calif.: Science and Behavior Books, 1972.
- Satir V.* Rodinná terapie. Přednášky a demonstrace ve výcviku psychoterapeuta v Dobronicích, květen, 1979.
- Sedláček I.* Mimomanželský vztah jako faktor ohrožující zdravý vývoj dítěte. — Moravskoslezský referátový výběr z psychiatrie, 1980, 12, 84—86.
- Sedláček I.* Rozvodové dilema a rozvodové trauma. Zborník prednášok z II. celoštát. seminára pracovníkov MPP v Povážskej Bystrici 1980. — Bratislava: MPSV SSR, 1981.
- Sholevar G. P.* (ed.) The handbook of marriage and marital therapy. — New York: Spectrum Publications, 1981.
- Shope D.* Interpersonal sexuality. — Philadelphia: W. B. Saunders, 1975.
- Schiavi R. C.* et al. The assesment of sexual function and marital interaction. — J. Sex Marit. Ther., 1979, 5, 169—224.
- Schindler L., Hahlweg H., Revenstorf D.* Partnerschaftprobleme. Möglichkeiten zur Bewältigung. — Berlin: Springer, 1980.

- Scholz O. B.** Diagnostik in Ehe- und Partnerschaftskrisen. — München: Urban und Schwarzenberg, 1978.
- Skála J.** ...až na dno!? — Praha: Avicenum, 1977.
- Sluzki C. E.** Marriage and marital therapy/Eds. T. J. Paolino, B. S. McCrady. — New York: Brunner—Mazel, 1978.
- Steinglass F.** Marriage and marital therapy/Eds. T. J. Paolino, B. S. Crady. — New York: Brunner—Mazel, 1978.
- Spanier G. B.** Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. — J. Marr. Fam., 1976, 38, 15.
- Spanier G. B.** The measurement of marital quality. — J. Sex Marit. Ther., 1979, 5, 288—300.
- Stuart R. B.** Marital precounseling inventory. — Champaign, Illin.: Research Press, 1973.
- Stuart R. B.** Helping couples change. — New York: Guilford Press, 1980.
- Stuart R. B., Lederer W. J.** How to make a bad marriage good and a good marriage better. — New York: W. W. Norton, 1974.
- Szopiński J.** Komunikacja interpersonalna v małženstve. — Biul. Poradnictwo przedmałżeńskie i rodzinne (Warszawa), 1977, 2—18.
- Šípová I.** Prowadzenie psychoterapii par małżeńskich. — Psychoterapia (Kra-kow), 1978, 24, 10—13.
- Šípová I.** Vliv rodičů na vývoj osobnosti a budoucího manželství v hodnotách Learyho testu. Závěrečná zpráva dílčího zýzkumného úkolu. Sexuologický ústav KU. — Praha, 1982.
- Šmolka P.** Problematika vztahu rodin rodičů a rodin dětí. — V: Problematika manželství zralého věku/red. M. Brtníková. — Praha: Horizont, 1982.
- Tánská N.** Vyznáte se v tlačenici? — Praha: Mlada fronta, 1970.
- Taylor D. I.** Die Ehe lernen. Aspekte und Dimensionen der Ehe und Eheberatung. — Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1971.
- Terman L. M.** Psychological factors in marital happiness. — New York: McGraw Hill, 1938.
- Thomas E. J.** Marital communication and decision making. — New York: The Free Press, 1977.
- Toman J.** Jak dobře mluvit. — Praha: Svoboda, 1974.
- Toman W.** Family constellation. 3rd ed. — New York: Springer, 1976.
- Trnka V.** Děti a rozvody. — Praha: Avicenum, 1974.
- Turkewitz H., O'Leary K. D.** A comparative outcome study of behavioral marital therapy and communication therapy (Manuscript), 1979.
- von Bertalanffy L.** General systems theory. — New York: G. Braziller, 1968.
- Vymětal J.** Uzkostné děti a jejich výchova. — Praha: SPN, 1979.
- Watzlawik P.** Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. — Bern: Huber, 1977.
- Watzlawik P., Beavin J., Jackson D.** Menschliche Kommunikation. — Bern: Huber, 1974.
- Watzlawik P., Weakland J., Fisch R.** Lösungen. — Bern: Huber, 1974.
- Weakland J. H., Fisch R., Watzlawik P., Bodin A. M.** Brief therapy: focused problem resolution. — Family Process, 1974, 13, 141—168.
- Weiss R. L., Margolin G.** Handbook of behavioral assesment/Eds. A. Ciminiro, H. Adams. — New York: J. Wiley, 1977.
- Weiss R. L., Hopps H., Patterson G. R.** Behavior change: methodology, concepts and practice/Eds. L. A. Hammerlynck et al. — Champaign, Illin.: Research Press, 1973.
- Wile D. B.** Couples therapy. A nontraditional approach. — New York: John Wiley, 1981.
- Willi J.** Die Zweierbeziehung. — Reinbeck bei Hamburg: Rowolt, 1975.
- Willi J.** Die Therapie der Zweierbeziehung. — Rheinbeck bei Hamburg: Rowolt, 1978.
- Wills T. A., Weiss R. L., Patterson G. R.** Behavioral analysis of the determinants of marital satisfaction. — J. Cons. Clin. Psychol., 1974, 42, 802.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие к русскому изданию	5
Предисловие	7
Предисловие автора	8

Первая часть:

ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Введение	12
А. Обзор методов лечения функциональных сексуальных расстройств	15
Лечение нарушений эрекции	15
1. Определение понятия и дифференциальная диагностика	15
2. Психогенные факторы	17
3. Патогенетические механизмы	18
4. Медикаментозное лечение	19
5. Рациональная психотерапия	21
6. Патогенетическая психотерапия	24
7. Гипнотерапия	25
8. Психотерапевтический тренинг	26
Лечение преждевременной эякуляции	28
1. Преждевременная эякуляция и длительность полового акта	28
2. Причины преждевременной эякуляции	31
3. Медикаментозное лечение	32
4. Рациональная психотерапия	32
5. Функциональный тренинг	33
Лечение ретардированной эякуляции и ее отсутствия	34
1. Определение понятий. Причины	34
2. Лечение	36
Лечение аноргазмии и фригидности	37
1. Определение понятий. Причины	37
2. Медикаментозное лечение	40
3. Рациональная психотерапия	40
4. Патогенетическая психотерапия	42
5. Гипнотерапия	43
6. Психотерапевтический тренинг	45
7. Улучшение общего самочувствия и семейных отношений	48
Лечение вагинизма	49
1. Определение понятия. Причины	49
2. Рациональная психотерапия в сочетании с гинекологическим об- следованием	52
3. Патогенетическая психотерапия	52
4. Систематическая десенсибилизация	53
5. Гипнотерапия	53
6. Функциональный тренинг	54
7. Замечания о диспареунии	56

Б. Сексуальная терапия	58
Развитие и современное состояние сексуальной терапии	58
1. Определение понятия	58
2. Возникновение и развитие	59
3. Спорные организационные и методические вопросы	61
4. Данные о результатах	64
5. Теоретическое обоснование	67
Терапевтический метод	68
1. Стандартные инструкции для супругов	70
2. Индивидуализированные дополнения к инструкциям	75
3. Организационные рамки терапии	77
Типичное течение сексуальной терапии	78
1. Нарушения эрекции	79
2. Относительно преждевременная эякуляция	81
3. Фригидность	84
4. Аноргазмия	86
5. Супружество без интимных отношений	87
Результаты сексуальной терапии	89
1. Собственный материал. Общие сведения	89
2. Материалы амбулаторных учреждений	100
Трудности в проведении сексуальной терапии	104
1. Критические фазы, возникающие во время занятий при нарушениях эрекции	104
2. Неправильное поведение партнерши при нарушениях эрекции у мужчины	106
3. Затруднения при терапии фригидности и аноргазмии	108
4. Комбинация сексуальной и семейной дисгармонии	114
Заключение	122
Резюме	123
Список литературы	130

Вторая часть:

СУПРУЖЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Введение	138
Глава I. Современные концепции супружеской терапии	139
1. Динамический подход в супружеской терапии	141
1.1. Сознательное и неосознанное супружеское соглашение	142
1.2. Проекция неудовлетворенных в детстве желаний	143
1.3. Модели родительской семьи	144
1.4. Комбинации типов личности	149
2. Бихевиористический подход в супружеской терапии	152
2.1. Взаимноположительное поведение	153
2.2. Навыки и умения	155
2.3. Супружеский договор об изменении поведения	157
3. Гуманитарно-психологический подход	159
3.1. Открытое общение	160
3.2. Реакция на агрессивные проявления	160
3.3. Сочувствие, сердечность и искренность	161
3.4. Открытый брак	162
4. Системный подход в супружеской терапии	164
4.1. Общий системный подход	164
4.2. Семейный системный подход	166
5. Рационально-воспитательный подход	169
6. Ценностный подход в супружеской терапии	171
7. Подход советских специалистов в супружеской терапии	173

8. Синтетический подход в супружеской терапии	176
8.1. Прошрое и настоящее	176
8.2. Взаимоотношения индивидуума и системы	177
8.3. Реальность и идеалы	177
8.4. Общее и частное	178
Глава II. Коммуникационный тренинг	180
1. Последовательность проведения тренинга	180
2. Вербальное поведение как воздействующий и подвергающийся влиянию фактор	182
3. Сообщения	183
4. Прием сообщений	184
5. Исключение взаимных обвинений	186
6. Положительное общение и подавление агрессивных чувств	187
7. Приемлемость различий	192
8. Процесс освоения навыков общения	193
9. Тренировка в решении проблем	194
10. Технические средства при освоении навыков общения	196
11. Руководство по решению проблем	201
12. Супружеская тактика	203
13. Конструктивная ссора	207
Глава III. Основные типы проблем и их решение	212
1. Личностные качества супругов	212
1.1. Нормальные свойства личности	212
1.2. Патологические свойства личности	215
2. Супружеский союз	224
2.1. Выбор партнера	225
2.2. Ожидания и супружеское соглашение	226
2.3. Детерминанты брака, взятые из родительской семьи	226
2.4. Профили брака	230
2.5. Любовь	234
3. Развитие супружеских отношений	238
3.1. Стадии развития супружеских отношений	239
3.2. Второй брак	241
3.3. Кризисные ситуации в браке	244
4. Внутренние проблемы супружеской пары	247
4.1. Домашнее хозяйство	248
4.2. Свободное время	249
4.3. Воспитание детей	251
4.4. Половая жизнь	256
5. Влияние внешних факторов	267
5.1. Влияние родителей и близких родственников	267
5.2. Друзья, знакомые и соседи	272
5.3. Внебрачные контакты и связи	273
5.4. Другие внешние факторы	280
Глава IV. Организация и тактика лечения	283
1. Работа с одним из супругов	283
1.1. Аргументированный выбор	283
1.2. Используемые методы	285
2. Прием супружеских пар	288
2.1. Построение приема	288
2.2. Индивидуальные посещения врача	291
3. Групповая супружеская терапия	293
3.1. Формы работы с супружеской парой в группе	293
3.2. Специальные групповые методики	296
4. Поведение и позиция врача	298

4.1. Директивный и недирективный подходы	298
4.2. Осторожность и доверие	300
4.3. Логические доводы и эмоции	302
5. Психотерапия развода	303
5.1. Предразводный период	304
5.2. Период развода	306
5.3. Послеразводный период	307
5.4. Заключительные замечания	309
Глава V. Научные исследования в области супружеской терапии	310
1. Методы оценки эффективности супружеской терапии	310
1.1. Тест супружеского соответствия	310
1.2. Другие тесты	312
1.3. Методы оценки поведения и общения	314
2. Исследования с контрольной группой	317
2.1. Бихевиористическая терапия с контрольной группой пациентов, ожидающих лечения	318
2.2. Бихевиористическая и коммуникационная супружеская терапия	319
2.3. Групповая бихевиористическая и межличностная супружеская терапия	320
2.4. Мюнхенское исследование	321
2.5. Исследования, проводившиеся в Брно	323
2.6. Заключение	324
Список литературы	325

Монография

С. КРАТОХВИЛ

Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний

Зав. редакцией *В. С. Залевский*
 Редактор *И. Ф. Иванченко*. Мл. редактор *Т. С. Елистратова*
 Художественный редактор *В. Л. Фисенко*. Переплет художника *Ф. К. Мороз*
 Технический редактор *В. И. Табенская*. Корректор *Н. П. Проходцева*

ИБ № 6187

Сдано в набор 28.11.90. Подписано к печати 17.01.91. Формат бумаги 60×88¹/₁₆. Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура литерат. Печать офсетная. Усл. печ. л. 20,58. Усл. кр.-отт. 20,58. Уч.-изд. л. 22,61. Тираж 100 000 экз. Заказ № 669. Цена 6 р.

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

Московская типография № 11 Госкомпечати СССР, 113105, Москва, Нагатинская ул., 1