

**И. Е. Афанасьев**

Кафедра урологии и медицинской сексологии

Украинская медицинская стоматологическая академия (г. Полтава)

## ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО И ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СУПРУГОВ В СЕМЬЯХ, ГДЕ МУЖ СТРАДАЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИМЕЕТ МЕСТО СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ

Повышение интереса специалистов к вопросам коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары и восстановления сексуального здоровья супругов обусловлено значительным весом данной проблемы в аспекте социально-психологического благополучия семьи [5]. Исходя из многомерности обеспечения сексуальной функции и сексуальной гармонии, следует считать, что только системный подход к их изучению даст возможность правильно определить роль всех компонентов сексуальной гармонии в происхождении сексуальных расстройств и сексуальной дисгармонии [1]. Диагностируя сексуальное расстройство, врач, как правило, недостаточно интересуется соматосексуальным и психосексуальным развитием супругов, ограничиваясь лишь констатацией тех или иных сексуальных симптомов [2]. До последнего времени развитие медицинской сексологии было направлено преимущественно на изучение этиологии, патогенеза, клиники и течения сексуальных расстройств у мужчин и женщин. Между тем, сексуальная функция является парной и зависит не только от сексуального статуса каждого из супругов, но и от их соматосексуального и психосексуального развития, взаимной психофизиологической адаптации [3; 4].

С целью изучения соматосексуального и психосексуального развития супругов нами было проведено специальное исследование 117 супружеских пар, где кроме наличия у мужей доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), наблюдалась сексуальная дисгармония. Все супружеские пары были разделены на три группы, исходя из причин и условий развития сексуальной дисгармонии в них.

Первую группу составили 65 (55,56 %) супружеских пар, в которых сексуальная дисгармония была обусловлена сексуальной дисфункцией у мужа, возникшей вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Во вторую группу вошли 35 (29,91 %) супружеских пар, где сексуальная дисгармония развивалась в результате недостаточной осведомленности одного или обоих супругов в вопросах психогигиены половой жизни.

Третья группа состояла из 17 (14,53 %) супружеских пар, у которых дисгармония была обусловлена низким уровнем психологической и социально-психологической адаптации супругов.

Для контроля изучалась группа из 25 супружеских пар, где у мужей имела место ДГПЖ, однако сексуальной дисгармонии в семье не отмечалось.

При изучении темпов соматополового развития у части мужчин были выявлены два вида его нарушения — ускоренное и замедленное, но у большинства больных основных групп развитие было своевремен-

ным, что видно в сравнении с контрольной группой обследованных (табл. 1). Для мужчин с замедленным половым созреванием была характерна задержка развития вторичных половых признаков в 15–16 лет. У мужчин с ускоренным соматосексуальным развитием вторичные половые признаки развивались в возрасте 10–11 лет. Женщины, как и мужчины, как видно из той же табл. 1, в большинстве случаев развивались нормально, у них чаще встречался ускоренный темп полового созревания.

Таблица 1

Темпы сексуального развития супругов

Группы супружеских пар	Ускоренный		Замедленный		Нормальный	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Первая, N = 65	3 5	<u>4,61</u> 7,69	15 9	<u>23,08</u> 13,85	47 51	<u>72,31</u> 78,46
Вторая, N = 35	2 3	<u>5,71</u> 8,57	8 5	<u>22,86</u> 14,29	25 27	<u>71,43</u> 77,14
Третья, N = 17	1 3	<u>5,88</u> 17,65	4 2	<u>23,53</u> 11,76	12 12	<u>70,59</u> 70,59
Всего, N = 117	6 11	<u>5,13</u> 9,40	27 16	<u>23,08</u> 13,67	84 90	<u>71,79</u> 76,93
Контрольная группа, N = 25	2 2	<u>8,00</u> 8,00	3 2	<u>12,00</u> 8,00	20 21	<u>80,00</u> 84,00

*Примечание.* Здесь и в следующих таблицах: в числителе — мужчины, в знаменателе — женщины.

Изучение психосексуального развития находившихся под нашим наблюдением супругов (табл. 2) показало, что половое самосознание у всех было правильным. В то же время у 41 (35,04 %) мужчин и у 23 (19,66 %) женщин имели место те или иные отклонения психосексуального развития, чаще (особенно у мужчин) наблюдавшиеся в первой группе супружеских пар, и во всех парах по сравнению с контрольной группой обследуемых.

При изучении причин нарушения психосексуального развития у обследованных больных выяснилось, что большинство из них выросли в конфликтных и неполных семьях. Родители, в основном отцы, злоупотребляли алкоголем. Грубость и гипоопека отмечались в подавляющем большинстве (84,62 %) семей. Неправильное общее и половое воспитание отрицательно сказывалось на сексуальности больных.

Отклонения в возрасте формирования либидо (платонического, эротического и сексуального) представлены в табл. 3.

Девиация психосексуального розвитку обстежених подружжів

Групи подружжеских пар	Трансформація полоролового поведіння		Гиперфемінінне поведіння		Гипермаскуліне поведіння		Перверзні тенденції		Всього	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
Первая, N = 65	$\frac{9}{3}$	$\frac{13,85}{4,61}$	$\frac{-}{8}$	$\frac{-}{12,31}$	$\frac{12}{-}$	$\frac{18,46}{-}$	$\frac{7}{6}$	$\frac{10,77}{9,23}$	$\frac{28}{17}$	$\frac{43,08}{26,15}$
Вторая, N = 35	$\frac{4}{1}$	$\frac{11,43}{2,86}$	$\frac{-}{2}$	$\frac{-}{5,71}$	$\frac{3}{-}$	$\frac{8,57}{-}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{2,86}{2,86}$	$\frac{8}{4}$	$\frac{22,86}{11,43}$
Третья, N = 17	$\frac{2}{1}$	$\frac{11,76}{5,88}$	$\frac{-}{-}$	$\frac{-}{-}$	$\frac{2}{-}$	$\frac{11,76}{-}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{5,88}{5,88}$	$\frac{5}{2}$	$\frac{29,41}{11,76}$
Контрольная группа, N = 25	$\frac{1}{1}$	$\frac{4,00}{4,00}$	$\frac{-}{1}$	$\frac{-}{4,00}$	$\frac{2}{-}$	$\frac{8,00}{-}$	$\frac{1}{-}$	$\frac{4,00}{-}$	$\frac{4}{2}$	$\frac{16,00}{8,00}$

Таблиця 3

Характеристика типів психосексуального розвитку обстежених подружжів

Групи подружжеских пар	Ретардація		Прездвременно́е розвити́е		Нормальное розвити́е	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Первая, N = 65	$\frac{21}{6}$	$\frac{32,31}{9,23}$	$\frac{4}{11}$	$\frac{6,15}{16,92}$	$\frac{40}{48}$	$\frac{61,54}{73,85}$
Вторая, N = 35	$\frac{8}{3}$	$\frac{22,86}{8,57}$	$\frac{6}{8}$	$\frac{17,14}{22,86}$	$\frac{21}{24}$	$\frac{60,00}{68,57}$
Третья, N = 17	$\frac{1}{1}$	$\frac{5,88}{5,88}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{11,76}{11,76}$	$\frac{14}{14}$	$\frac{82,36}{82,36}$
Всього, N = 117	$\frac{31}{11}$	$\frac{26,49}{9,40}$	$\frac{12}{22}$	$\frac{10,26}{18,80}$	$\frac{74}{84}$	$\frac{63,25}{71,80}$
Контрольная группа, N = 25	$\frac{1}{2}$	$\frac{4,00}{8,00}$	$\frac{2}{3}$	$\frac{8,00}{12,00}$	$\frac{22}{20}$	$\frac{88,00}{80,00}$

Как следует из таблицы 3, у 43 (36,75 %) мужчин имели место нарушения психосексуального развития — чаще задержка (26,49 %), несколько реже — преждевременное формирование либидо (10,26 %). Среди жен больных нарушения психосексуального развития встречались несколько реже — у 33 (28,21 %) женщин, причем чаще это было преждевременное развитие (18,80 %). По сравнению с контрольной группой вышеуказанные отклонения у исследуемых больных и их жен, особенно среди мужчин, встречались значительно чаще.

Дисгармоничное половое созревание являлось отражением асинхроний психосексуального развития, наблюдавшегося у 86 (73,50 %) изучаемых больных мужчин (табл. 4).

Таблиця 4

Асинхронии психосексуального развития подружжів

Групи подружжеских пар	Простые		Сочетанные		Сложные	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Первая, N = 65	$\frac{6}{3}$	$\frac{9,23}{4,61}$	$\frac{18}{15}$	$\frac{27,69}{23,08}$	$\frac{11}{10}$	$\frac{16,92}{15,38}$
Вторая, N = 35	$\frac{4}{3}$	$\frac{11,43}{8,57}$	$\frac{22}{16}$	$\frac{62,86}{45,71}$	$\frac{8}{6}$	$\frac{22,86}{17,14}$
Третья, N = 17	$\frac{1}{2}$	$\frac{5,88}{11,76}$	$\frac{7}{3}$	$\frac{41,18}{17,65}$	$\frac{5}{2}$	$\frac{29,41}{11,76}$
Всього, N = 117	$\frac{12}{8}$	$\frac{10,26}{6,84}$	$\frac{48}{34}$	$\frac{41,02}{29,06}$	$\frac{26}{18}$	$\frac{22,22}{15,38}$
Контрольная группа, N = 25	$\frac{2}{1}$	$\frac{8,00}{4,00}$	$\frac{4}{3}$	$\frac{16,00}{12,00}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{4,00}{4,00}$

Асинхронии у женщин, как видно из этой же таблицы 4, встречались реже, чем у мужчин, хотя и в довольно значительном числе случаев — 60 (51,28 %).

Значительно реже асинхронии психосексуального развития отмечались как среди мужчин (28 %), так и среди женщин (20 %) контрольной группы.

И у мужчин, и у женщин чаще всего имели место сочетанные асинхронии, обусловленные как психогенными, так и социогенными факторами.

Таким образом, из приведенных данных видно, что между группами подружжеских пар с сексуальной дисгармонией особенных отличий не отмечалось, однако по сравнению с контрольной группой имели место нарушения темпа соматологического и психосексуального развития, что было особенно характерно для мужчин первой группы (больных ДГПЖ). Асинхронии психосексуального развития наблюдались во всех группах с сексуальной дисгармонией и чаще всего среди больных мужчин, реже — среди женщин и значительно реже — среди мужчин и женщин контрольной группы, у которых сексуальной дисгармонии не отмечалось.

**Список литературы**

1. Ворник Б. М., Подшивалов К. В., Коломиец В. П. Влияние изменений «Я-концепции» мужчин, страдающих сексуальными расстройствами, на течение сексуальной дисгармонии супружеской (партнерской) пары // Нарушение сексуального здоровья: Диагностика, коррекция, профилактика. — Харьков, 1997. — С. 112–116.
2. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
3. Кристаль В. В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. I Всеоюзн. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7–8.
4. Кристаль В. В. Сексуальная совместимость. — Психология. Словарь. — М.: Политиздат, 1990. — С. 355–356.
5. Мартыненко С. А. Нетрадиционные методы психотерапии в системе психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары // Нарушение сексуального здоровья: Диагностика, коррекция, профилактика. — Харьков, 1997. — С. 159–162.

Надійшла до редакції 27.10.2005 р.

*I. Є. Афанасьєв*

*I. E. Afanasiev*

**Характеристика соматосексуального та психосексуального розвитку подружжя в сім'ях, де чоловік страждає на доброякісну гіперплазію передміхурової залози та має місце сексуальна дисгармонія**

**Characteristics of somatosexual and psychosexual development of the matrimonial couples in the families where a husband suffers from benign prostatic hyperplasia and there takes place sexual disharmony**

*Українська медична стоматологічна академія  
(м. Полтава)*

*Ukrainian Medical Stomatological Academy  
(Poltava)*

Вивчено 117 подружніх пар, де, окрім захворювання на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) у чоловіка, мала місце й сексуальна дисгармонія. Пацієнти поділені на три групи в залежності від причин та умов розвитку сексуальної дисгармонії. Для контролю вивчалась група з 25 подружніх пар, де чоловіки страждали на ДГПЗ, але сексуальної дисгармонії не відмічалось.

There were studied 117 matrimonial couples in which husband's benign prostatic hyperplasia was accompanied by sexual disharmony. They were divided into three groups depending on the forms of sexual disharmony. For the control there was studied a group of 25 couples where the husbands suffered from benign prostatic hyperplasia but sexual disharmony was not marked.

За результатами дослідження між групами хворих суттєвих відмінностей не виявлено, однак, порівняно з контрольною групою вони мали місце у вигляді порушення темпу соматостатевого та психосексуального розвитку. Асинхронії психосексуального розвитку спостерігались в усіх групах і найбільш часто — серед хворих чоловіків, дещо рідше — серед жінок і ще рідше — серед чоловіків та жінок контрольної групи.

Results of investigation showed no particular differences between the groups of patients but in comparison with the control group there were noted the disturbances in the rate of somatosexual and psychosexual development. Asynchronia of psychosexual development was observed in all groups and mostly often among women and still more rare among husbands and wives of the control group.

УДК 613.81:663

*И. А. Бабюк, О. Е. Шульц, Ц. Б. Абдрахимова*

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)*

**АМБУЛАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД**

Несмотря на постоянный поиск и высокую социальную значимость, эффективные методы лечения наркологических заболеваний, и алкогольной зависимости в частности, однозначно не определены. Более того, по мнению авторов, прослеживается явная иррациональность в сфере терапии алкогольных проблем: виды лечения, эффективность которых была доказана, применяются редко, а наиболее популярны методы, действенность которых не подтверждена достоверными исследованиями. Этот факт эксперты Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения объясняют иррациональностью самой природы данной области терапии [1]. Вместе с тем, исследования последних лет позволяют специалистам лучше понимать эффективность фармакологических и нефармакологических видов лечения, а также ключевые элементы психотерапевтических программ [2]. При общем признании мультифакторности этиологии и патогенеза, необходимости междисциплинарного характера изучения, комплексности лечебного воздействия [3–5], на сегодняшний день из всего спектра подходов к данной проблеме психотерапевтический оказался наименее разработанным. Однако именно этот подход приобретает все большее значение по мере того, как внимание исследователей сдвигается от грубо патологических проявлений алкогольной болезни к тонким механизмам ее динамики. Если понимание классических симптомов алкоголизма требует учета закономерностей биохимического или патофизиологического уровней, то в исследовании механизмов становления алкогольной зависимости, прогнозирования качества и продолжительности ремиссии, анализе причин рецидивов психопато-

логические и социально-психологические аспекты выдвигаются на первый план [6].

В настоящей статье авторы демонстрируют предварительные данные об эффективных адаптированных психотерапевтических подходах, среди которых особое место занимают терапия мотивационного усиления и когнитивно-поведенческая терапия.

**Терапия усиления мотивации** представляет собой системную интервенционную методiku для достижения быстрых, внутренне мотивированных изменений в поведении пациента. Этот вид психотерапии основан на принципах мотивационной психологии, где психотерапевт в процессе лечения не пытается управлять и направлять пациента шаг за шагом к выздоровлению, но вместо этого использует мотивационные стратегии для мобилизации собственных ресурсов больного к изменениям [7]. Данная модель базируется на исследованиях процессов естественного выздоровления, показывающих, что при заметных изменениях своего поведения люди проходят сквозь определенные стадии: *предварительных размышлений, размышлений, намерений, действий, поддержания трезвости или рецидива* [8]. Каждая стадия требует выполнения соответствующих задач. На стадии *предварительных размышлений* пациент не испытывает необходимости либо не осознает важности изменения своего патологического поведения. Вследствие нарастания негативных последствий потребления алкоголя больной переходит на стадию *размышлений* об изменениях, во время которой взвешиваются преимущества и недостатки продолжения алкоголизации, а также преимущества и недостатки изменения образа жизни, в том числе отказа от алкоголя. На этой стадии человека