



О.А. Филатова

**СЕКСУАЛЬНАЯ АВЕРСИЯ У ЖЕНЩИН С ДЕФЕКТАМИ СЛУХА***Харьковская медицинская академия последипломного образования***Ключові слова:** *аверсія, сурдомутизм, психокорекція.***Ключевые слова:** *аверсия, сурдомутизм, психокоррекция.***Keywords:** *alienation, surdomutism, psychological correction.*

У статті розглянуто проблему сексуальної аверсії у жінок з відсутністю слуху й вторинними психоемоційними порушеннями. Показано механізм виникнення і стадії аверсивного процесу. Дано рекомендації щодо психокорекції подружньої пари, з урахуванням наявної патології.

В статье рассмотрена проблема сексуальной аверсии у женщин с отсутствием слуха и вторичными психоэмоциональными нарушениями. Показан механизм возникновения и стадии аверсивного процесса. Даны рекомендации по психокоррекции супружеской пары, с учетом имеющейся патологии.

In clause the problem of sexual alienation at women with absence of hearing and secondary psychoemotional infringements is considered. The mechanism of occurrence and a stage of process of alienation is shown. Recommendations on psychological correction of a married couple, in view of an available pathology are given.

**С**ексуальная аверсия (СА) по определению современных сексологов – это одна из наиболее тяжелых разновидностей сексуальной дисфункции, состояние, противоположное либидо: крайне негативное отношение к партнеру или вообще к сексу [3].

Причиной данной формы дезадаптации могут быть негативные поступки одного из партнеров, неприемлемые формы вербального и невербального поведения, экзофакторы (алкогольное опьянение, табакокурение, нечистоплотность, внешняя непривлекательность и т.д.)

В.В.Кришталь рассматривал два типа СА: психологический и сексуальный [3].

Психологический тип обусловлен внутрилличностными и межличностными конфликтами: неприемлемыми чертами характера одного или обоих супругов, несоответствием ролевых установок и взаимных ожиданий, отсутствием чувства взаимной любви, несоответствием сексуальной мотивации мужа и жены.

Сексуальный тип аверсии связан с резким подавлением либидо, с активным нежеланием участвовать в половых отношениях. Это, как мы уже отмечали, влияние экзофакторов, наличие в анамнезе психотравмирующего сексуального опыта (изнасилование, грубое поведение предыдущего партнера, всевозможные фрустрационные моменты во время половой близости).

Аверсия может развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. Она может вступать и как синдром, и как самостоятельная форма сексуальной дисгармонии. Развитие психологической и сексуальной аверсии может быть изначально обусловлено и сексуальными, и несексуальными факторами, причем и тот, и другой вид аверсии могут существовать изолированно либо сочетаться друг с другом.

Сексуальная аверсия не исключает адаптивных форм поведения в других аспектах жизни семьи. Между супругами долгое время могут сохраняться приемлемые (партнерские, дружеские, деловые) отношения в психологической и социально-психологической сферах. Для того чтобы психологическая и сексуальная аверсия приобрели сочетанный характер, должны возникнуть следующие обстоятельства:

- появление у мужа или жены другого партнера, который полностью отвечает заданным ожиданиям;
- учащение конфликтов, которые не имеют продуктивного разрешения;
- чрезмерная сексуальная настойчивость мужа при уклонении жены от сексуальной близости;

- присоединение физиологических коррелятов аверсии.

Нами было обследовано 60 супружеских пар (возраст супругов от 28 до 49 лет), где женщины имели аверсивное расстройство. Оба супруга прошли психологическое тестирование (методика «Ролевые ожидания и притязания» А.Н. Волковой, тест Лири на психологическую совместимость, определение типологии сексуальной мотивации по Г.С. Васильченко [5,6]) и сексологическое обследование.

По данным анамнеза, клиническим проявлениям и материалам тестирования мы сгруппировали все случаи аверсии в 3 наиболее встречаемых варианта:

- аверсия, вызванная сексуально-поведенческими факторами (короткий период прелюдии полового акта или отсутствие ее, брутальность супруга, игнорирование желаний и просьб жены, дезинформированность о методах безопасной контрацепции и необходимости полового воздержания в дни менструаций);

- аверсия, вызванная экзофакторами (нечистоплотность супруга, отсутствие условий для интимного уединения супругов, алкогольное опьянение, частое курение);

- аверсия, вызванная психологической несовместимостью (несовпадение ожиданий, противоположность интересов, противоречивость установок на семейную жизнь).

Больные сурдомутизмом, так же, как и слышащие женщины, склонны к идеализации своего партнера. Создавая «идеальный образ» из осколков самых ярких, отвечающих внутренним запросам, впечатлений, женщины формируют ложную систему ожиданий, не считаясь с реальными обстоятельствами и подлинной личностью ее избранника. Замечая, фиксируя и подсознательно гиперболизируя все самое положительное: «внимательность» к любимой женщине, подарки, цветы, неназойливую (и поначалу приятную) ревность, нереальные обещания на будущее, она старательно игнорирует или интерпретирует на свой лад встречающиеся несоответствия. Таким образом, партнер воспринимается не таким, каков он есть, а в искаженном однобоком виде. Конечно, рано или поздно этот искусственный образ разрушается, выступают противоречия, присущие любому человеку: внимательность перерастает в подозрительность, придирчивость; ревность начинает сочетаться с агрессивностью; обещания оказываются невыполненными. Это приводит к разочарованию и в дальнейшем – к постоянному психоэмоциональному дискомфорту, чувству «обманутости», «брошенности». [1,2]

В семьях больных сурдомутизмом, где женщины пе-



реживают аверсивное расстройство, у мужей преобладают следующие характерологические черты: склонность к доминированию, эгоистичность, подозрительность, раздражительность, безразличие к близким, завистливость, нескритичность к себе, нечистоплотность.

У женщин, страдающих аверсией, часто встречается пассивное отношение к жизни, робость, неуверенность в себе, уступчивость, боязливость, страх перед всякой новизной, скудость, склонность к фантазированию. Также обращает на себя внимание обилие приемов психологической защиты, к которым они неосознанно прибегают в большинстве трудных ситуаций. По отношению к супругу в течение совместной жизни (а часто начинаясь и до нее – в период ухаживания) сменяют друг друга примитивные идеализация и обесценивание. Архаичская вера в то, что избранник «сильный, надежный и верный», что он будет служить защитой от всех опасностей внешнего мира, начинает вскоре разрушаться. Оказывается, что муж проявляет меньше заботы, чем хотелось бы, а в трудных ситуациях (не столь опасных, сколь лично значимых для женщины) принимает не ее сторону, а то вовсе сохраняет нейтралитет. Наступает фаза обесценивания – более радикально и необратимо, чем заслуживает партнер. Чем иллюзорнее была идеализация, тем жестче и циничнее происходит обесценивание.

Так же часто встречается инфантильное отрицание. Совершив какой-то негативный поступок, с моральной точки зрения, неприемлемый для большой, она тут же заявляет: «Я этого не делала». При попытках мужа (или других людей) указать ей в более директивной форме на неправильность поведения, пациентка обычно начинает плакать, убегает, прячется в укромное место, но все так же не признает свою неправоту.

Конечно, такие неконструктивные приемы только усугубляют психологическую дезадаптацию, делают невозможным рациональное разрешение возникшей проблемы.

В процессе формирования, проявления и течения аверсивной формы сексуальной дезадаптации можно выделить 3 фазы.

**Первая** – формализация межличностных и сексуальных контактов мужа и жены. Супруг является инициатором половой близости, настаивает на ней. Эрекционная и эякуляторная функции у него сохранены. Вялые отказы жены он воспринимает как «капризность», желание «поиграть» или как усталость. Жена соглашается на интимные отношения не по внутреннему побуждению (либидо угнетено или вообще отсутствует), а по чувству долга. Как правило, ей приятны лишь некоторые ласки, сам половой акт безразличен. Вместо психосексуального удовлетворения возникает досадное чувство «потерянного времени», легкая физическая брезгливость. В таких семьях супруг, как правило не прибегает к длительной, утонченной прелюдии, не ориентируется на диапазон приемлемости супруги, что ускоряет дезадаптацию.

**Вторая фаза** – накопление негатива в межличностных и сексуальных отношениях. Супруга категорически отказывается от близости, часто не прибегая ни к какой мотивировке. У нее возникает алибидемия, аноргазмия, которые, впрочем, носят парциальный характер. При смене партнера все сексуальные функции у нее восстанавливаются. Одновременно с психологическим отвержением супруга как партнера по сексу, появляются физиологичес-

кие корреляты аверсии: при приближении мужа, при попытках дотрагивания с его стороны у женщины возникают тахикардия, профузное потоотделение, позыв на дефекацию, слабость в ногах, подташнивание и иные «знаки тела».[4]

**Третья фаза** – иррадиация сексуальной аверсии на всю интимную жизнь вообще. Жена испытывает к мужу крайнюю неприязнь, вражду, отгороженность. Раздражение у нее вызывают не только его прикосновения или близкое присутствие, но и голос, запах, мимика, жестикация. Наши пациентки с аверсией намеренно отворачивались от мужей в момент передачи теми жестового сообщения, т.к., «было противно смотреть», «не интересно все, что он говорит». Тягостное состояние мужей, вызванное половым воздержанием, у большей части женщин вызвало злорадство, брезгливость или реакцию отрицания: «я не знаю, хочется ли ему», «я не могу чувствовать так, как он». Со временем это приводило к гипозрекции у мужей, в некоторых случаях – к синдрому тревожного ожидания неудачи. У женщин аверсия приобрела тотальные черты: полная алибидемия, исчезновение сексуальной мотивации. Часто в результате происходит необратимый распад семьи и разнообразные невротические расстройства у обоих супругов.

При коррекции аверсивных расстройств у женщин необходимо придерживаться признака системности, т.к. внешние поведенческие проявления сексуальности имеют глубинно-личностную основу.

В соответствии с трехкомпонентной структурой межличностного взаимодействия, система психотерапевтической коррекции должна состоять из 3-х компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), конативного (поведенческого) и адресоваться к трем подсистемам личности – интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной [3].

Трудность работы с такими боными обусловлена, конечно, тем, что общение с ними может происходить либо через переводчика (что крайне нежелательно при сексологическом обследовании), либо с помощью языка жестов (который требует длительного заучивания врачом), либо, если пациент умеет «читать с губ», то врач должен придерживаться медленного выразительного стиля речи. Хороший эффект при данной патологии дает коммуникативный тренинг, а также обучение методам мышечной релаксации. Наилучшим психопрофилактическим методом при аверсивных расстройствах у больных с нарушением слуха мы считаем обучение таких пациентов конструктивным приемам выхода из кризисных ситуаций, умению анализировать и превращать конфликты в рациональные дискуссии, расширение зоны интимной приемлемости каждого из супругов.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Билич Г.Л. Справочник по сексологии: Сексуальность человека. – СПб.: Оникс, 2007. – 624с.
2. Воложин А.И., Субботин Ю.К. Адаптация и компенсация – универсальный биологический механизм приспособления. – М.: МГУ, 1997. – 210с.
3. Кристаль В.В., Григорян С.Р. Сексология: В 4-х ч. – Х.: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152с.
4. Свиридова В.В. Формирование вторичной и первичной оргазмической дисфункции у женщин // Медицинская психология. – 2006. – Т.1. - №2. – С. 74-77.
5. Чуприков А.П., Цупрык Б.М. Общая и криминальная сексология: Учеб. пособие. – К.: МАУП, 2002. – 248с.
6. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 186с.