

своего освобождения; при сравнивающей рефлексии впервые сознание поднимается над каждой конкретной связанностью; при определяющей рефлексии происходит “отчуждение” законов субъективной деятельности, ее опредмечивания.

Отрицание очевидности и непосредственной данности, обнаружение несовпадения “Я” со своим бытием, постоянное высвобождение из всякой поглощённости есть высшая форма рефлексии, обозначенная Е. П. Крупником как синтезирующая рефлексия. Синтезирующая рефлексия снимает структурное противостояние субъекта и объекта, обеспечивает реальную возможность трансцендировать “Я” за любые актуальные пределы самого себя, позволяет не только преодолевать тесные границы очевидности, но и обнаружить становящуюся действительность как действительность самого “Я”.

Таким образом, анализируя себя, размышляя над своим отношением к жизни, заглядывая в тайники и глубины собственного сознания, личность тем самым “обосновывает” себя, укрепляет систему собственных ориентиров, продвигаясь в своём индивидуальном развитии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абраменкова В.В. Проблема отчуждения в психологии //Вопросы психологии №1. 1990.

2. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности //Психология формирования и развития личности. М., 1981.
3. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. М., 1979
4. Крупник Е.П. Творческое воображение как психологический механизм устойчивости индивидуального сознания. М., 1993.
5. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975.
6. Немов Р.С. Устойчивость личности. Психология. М., 1990.
7. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции. М., 1989.
8. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии. М., 1977
9. Чудновский В.Э. Устойчивость личности как проблема психологи воспитания. //Вопросы психологии. №2, 1974.
10. Шибутани Т. Социальная психология. М., 1969.

R. Tagirova PSYCHOLOGICAL STABILITY OF CONSCIOUSNESS OF THE PERSON

Abstract. In article the basic mechanisms of psychological stability of consciousness which, being a highest level of reflection and psychological self-control, models “image - I” and an image of the objective validity are considered.

Key words: psychological stability, individual consciousness, empathy, alienation, identification.

УДК 615.8+159.96.(075.8)

Тагильцева А.В.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У ЖЕНЩИН С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ*

Аннотация. В статье рассматривается понятие «внутренняя картина сексуального здоровья» как самостоятельная психологическая категория. Приведены результаты исследования особенностей внутренней картины сексуального здоровья у женщин в норме и при сексуальных дисфункциях. Описаны типы внутренней картины сексуального здоровья и их влияние на сексуально-эротическую сферу женщин.

Ключевые слова: сексуальное здоровье, сексуальные дисфункции, внутренняя картина сексуального здоровья, представления о здоровье, сексуальное поведение, партнерские отношения.

Сексуальное здоровье – сложное, многоаспектное понятие, состояние физического, эмоционального, душевного и социального благополучия, связанное с сексуальностью, а не просто отсутствие

* © Тагильцева А.В.

расстройств, дисфункций или болезней [3, 299]. При очевидной необходимости комплексного подхода к изучению сексуального здоровья, большинство работ в этой области сосредоточено вокруг факторов формирования безопасного сексуального поведения [7, 4]. Тогда как субъективные представления о сексуальном здоровье и способах его сохранения и поддержания, их связь с особенностями сексуально-эротической сферы остаются за рамками исследований. Вместе с тем растет информационное поле вокруг вопросов, связанных с сексуальностью, подверглись существенным изменениям представления о сексуальной норме как в научном, так и в обыденном сознании [8, 1], в связи с этим меняется и самоотношение и самовосприятие личности в рамках сексуальных отношений.

В зарубежной, прежде всего англо-американской, литературе основной спектр исследований отношения к здоровью сосредоточен вокруг моделей здоровьесберегающего поведения. В качестве основных конструктов, определяющих вероятность здоровьесберегающего поведения, рассматриваются уровень необходимых знаний о здоровье [12, 240], самооценка своих возможностей управлять здоровьем, положительная мотивация, самооценка индивидуального риска заболевания [11, 493], локус контроля по отношению к здоровью [9, 634].

Представление об отношении к здоровью в российской науке тесно связано с концепцией «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Отношение к здоровью рассматривается как система индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния [6, 279]. Эту систему отношений иначе можно обозначить как «внутренняя картина здоровья» [2, 87]. В.А. Ананьев определяет внутреннюю картину здоровья как совокупность интеллектуальных описаний (представлений) здоровья человека, наличие эмоциональных переживаний и ощущений, а также его поведенческих реакций [1, 121].

Выделение сексуального здоровья как отдельного феномена позволяет говорить о

существовании внутренней картины сексуального здоровья как особого механизма его регуляции. Она может быть определена как система интеллектуальных описаний и представлений, комплекс эмоциональных переживаний, а также поведенческие реакции человека, связанные со сферой сексуального здоровья, в рамках которой происходит восприятие и оценка собственного сексуального здоровья и состояния сексуального здоровья других людей.

Особое значение изучение особенностей внутренней картины сексуального здоровья приобретает при рассмотрении проблемы сексуальных дисфункций. Сексуальные дисфункции определяются как «такие нарушения сексуального влечения и психофизиологических компонентов копулятивного цикла, которые являются причиной значительного стресса и вызывают трудности в межличностных отношениях» [8, 41]. Однако, при достаточной изученности психологических факторов возникновения данных расстройств и психоэмоциональных особенностей заболевших женщин [12, 194], недостаточно внимания уделялось тем субъективным критериям сексуального здоровья, согласно которым женщины оценивают свое состояние и которые определяют спектр эмоциональных и поведенческих реакций по отношению к собственному здоровью в данной сфере.

Цель настоящего исследования: выявить и описать особенности внутренней картины сексуального здоровья у женщин с сексуальными дисфункциями. В исследовании приняло участие 179 женщин в возрасте от 20 до 45 лет. В основную группу вошли 87 женщин с сексуальными дисфункциями: отсутствие или потеря сексуального влечения (44,4%), сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения (2,5%), отсутствие генитальной реакции (9,1%), оргазмическая дисфункция (29,9%), вагинизм неорганического происхождения (1,2%), диспарейния неорганического происхождения (12,9%). Контрольную группу составили 92 женщины без нарушений сексуального здоровья (контрольная группа). Клиническая база исследования: СПб Городской сексологический центр. **Методы исследования:** анкета «Представления о сексуальном здоровье», в которой испытуемым предлагалось в свободной форме сформу-

лизовать критерии сексуального здоровья и наиболее эффективные способы его поддержания; универсальный трехфакторный семантический дифференциал Ч. Осгуда, в котором предлагалось оценить понятия: большинство мужчин, большинство женщин, Я-реальное, Я-идеальное, любимый человек, сексуальный партнер, Я-телесное, соматическое здоровье, сексуально здоровые женщины, сексуально здоровые мужчины, гиперсексуальные женщины, фригидные женщины, женщины с сексуальными проблемами, сексуальное здоровье, Я-сексуальный партнер, партнерские отношения; опросник отношения к своему собственному сексуальному поведению и поведению других (SASOQ); опросник сексуального желания (SDI); методика определения доминирующего состояния (Куликов Л.В), опросник «Отношение к сексу» Г. Айзенка.

Результаты исследования. Названные респондентами критерии сексуального здоровья были распределены по группам на основании принципа, предложенного в работе В.В. Кришталя и С.Р. Григоряна [4, 205]: биологические, социальные, психологические и социально-психологические. В основной группе значимо большее распространение получают социальные критерии сексуального здоровья ($U=2913$, $p<0,05$), что позволяет предполагать большую ориентированность респондентов этой группы на социальные нормы и традиционные представления. Тогда как в контрольной группе значимо чаще назывались негативные критерии (здоровье как отсутствие расстройств) сексуального здоровья ($U=2775$, $p<0,01$), что может свидетельствовать о меньшей дифференцированности представлений о сексуальном здоровье у респондентов контрольной группы.

Банк данных, полученных по анкете, был подвергнут процедуре кластерного анализа (метод К-средних). В результате внутри контрольной группы были выделены три подгруппы (кластера), численность которых составила 37 (40%), 38 (41%) и 17 (19%) человек соответственно. Внутри основной группы также были выделены три подгруппы (кластера), численностью 31 (36%), 27 (31%) и 29 (33%) человек.

Полученные данные позволяют говорить о наличии существенного сходства между выделенными подгруппами в кон-

трольной и экспериментальной группах. Так, подгруппа 1 (кластер 1) в обеих группах характеризуется явным преобладанием биологических критериев сексуального здоровья в представлениях респондентов. Подгруппа 2 (кластер 2) в обеих группах характеризуется преобладанием социальных и социально-психологических критериев сексуального здоровья. Подгруппа 3 (кластер 3) в обеих группах характеризуется значимым преобладанием психологических критериев сексуального здоровья.

Корреляционный анализ данных методики «Семантический дифференциал» внутри выделенных групп позволил получить следующие результаты.

В подгруппах с преобладанием биологических представлений о сексуальном здоровье на уровне идентификации (фактор «Сила») выявляется прямая взаимосвязь понятий «сексуальное» и «соматическое здоровье» ($r=0,54$, $p<0,01$), что свидетельствует об их отождествлении. При этом для женщин с сексуальными дисфункциями более важным, чем образ «соматическое здоровье», оказывается образ собственного тела. Понятие «Я-телесное» связано с понятиями «сексуальное здоровье» ($r=0,59$, $p<0,01$), «партнерские отношения» ($r=0,41$, $p<0,05$), понятием «Я как сексуальный партнер» ($r=0,66$, $p<0,01$). Принятие своего тела связано с отсутствием конфликтных переживаний в сфере сексуального здоровья, признанием значимости отношений с партнером, высокой оценкой собственных качеств как сексуального партнера. На эмоционально-поведенческом уровне (фактор «Активность») спектр реакций, обусловленных восприятием сексуального здоровья, связан с характеристиками поведения, приписываемых себе на уровне «Я-реальное» ($r=0,35$, $p<0,05$), любимому человеку ($r=0,34$, $p<0,05$), эмоциональной наполненностью партнерских отношений ($r=0,65$, $p<0,01$), эмоциональными реакциями, связанными с восприятием телесного облика (Я-телесное) ($r=0,47$, $p<0,01$). Таким образом, сексуальное здоровье воспринимается как компонент соматического здоровья, гармония в отношениях с телом, и при этом оно играет особую роль в партнерских отношениях.

В подгруппах с преобладанием социальных представлений о сексуальном здоровье состояние сексуального здоровья

воспринимается через те качества, которые приписываются эталонным образам, носителям сексуального здоровья (сексуально здоровые мужчины и женщины, гиперсексуальные женщины), что подтверждает высокую значимость социальных ориентиров. Для женщин с сексуальными дисфункциями, принадлежащих к этой подгруппе, построение идеального образа Я (фактор «Сила») сопряжено с тем, какие качества приписываются гиперсексуальным женщинам ($r=0,57$, $p<0,01$), сексуально здоровым мужчинам и женщинам ($r=0,64$, $p<0,01$), и женщинам с сексуальными проблемами ($r=-0,45$, $p<0,05$). Вместе с тем в контрольной группе на эмоционально-поведенческом уровне (фактор «Активность») сексуальное здоровье приписывается сексуально здоровым мужчинам ($r=0,46$, $p<0,01$), а поведение сексуально здоровых женщин отождествляется с характеристиками фригидных женщин ($r=0,33$, $p<0,05$). Тогда как в основной группе обнаруживается связь понятий «гиперсексуальные женщины» с понятиями «Я как сексуальный партнер» ($r=0,55$, $p<0,01$) и «сексуальное здоровье» ($r=0,54$, $p<0,01$). Таким образом, гиперсексуальность воспринимается как эталонный и желательный для себя тип поведения в рамках партнерских отношений, ассоциированный с сексуальным здоровьем.

В подгруппах с преобладанием психологических представлений о сексуальном здоровье на уровне идентификации (фактор «Сила») понятие «сексуальное здоровье» положительно связано с понятиями «Я-телесное» ($r=0,71$, $p<0,01$), «соматическое здоровье» ($r=0,58$, $p<0,05$), «партнерские отношения» ($r=0,45$, $p<0,05$), «большинство женщин» ($r=0,44$, $p<0,05$). Можно предполагать, что состояние благополучия в данной сфере ассоциируется не только с отсутствием проблем в сфере телесности и соматического здоровья, партнерских отношений, но и с выраженностью волевых качеств у женщин. Связь понятий «Я-реальное» и «гиперсексуальные женщины» обнаруживается не только по фактору «Активность» ($r=0,48$, $p<0,01$), но и по фактору «Сила» ($r=0,6$, $p<0,01$). Для респондентов основной группы качества гиперсексуальных женщин становятся эталоном не только на уровне поведения, но и на уровне личностной идентификации. На эмоционально-поведенческом уровне (фактор

«активность») взаимосвязь образа «партнерские отношения» с образами «сексуальное здоровье» ($r=0,49$, $p<0,05$), «здоровье» ($r=0,47$, $p<0,05$), «здоровые женщины» ($r=0,6$, $p<0,01$) подчеркивает значимость эмоционального наполнения сексуальных отношений в восприятии сексуального здоровья.

Выраженность тех или иных представлений оказывает влияние на актуальное состояние женщин с сексуальными дисфункциями. Анализ уровневых различий по методике «определения доминирующего состояния» показывает, что в группе женщин с сексуальными дисфункциями респонденты с преобладанием социальных представлений о сексуальном здоровье по сравнению с респондентами с преобладанием биологических представлений характеризуются меньшими показателями по шкалам «бодрость» ($U=271$, $p<0,05$), «тонус» ($U=262$, $p<0,05$), «раскованность» ($U=256$, $p<0,05$). В свою очередь, в группе с преобладанием биологических представлений по сравнению с группой с преобладанием психологических отмечаются более высокие показатели по шкалам «активное отношение к жизненной ситуации» ($U=330$, $p<0,05$), «бодрость» ($U=318$, $p<0,05$), «удовлетворенность жизнью в целом» ($U=301$, $p<0,05$).

Регрессионный анализ свидетельствует о существовании линейной зависимости между выраженностью тех или иных представлений о сексуальном здоровье и особенностями сексуально-эротической сферы. Преобладание социальных стереотипов в представлениях о сексуальном здоровье положительно влияет на жесткость установок по отношению к сексуальному поведению (по данным опросника «Отношение к своему сексуальному поведению и сексуальному поведению других»), своему ($\beta = 0,353$, $p<0,05$) и других людей ($\beta = 0,388$, $p<0,01$), и выраженность стыдливости (по данным опросника «Отношение к сексу») ($\beta = 0,330$, $p<0,01$). А преобладание психологических критериев сексуального здоровья положительно влияет на величину диапазона приемлемости (по данным опросника «Отношение к сексу») ($\beta = 0,24$, $p<0,05$), выраженность сексуального влечения (по данным «Опросника сексуального желания») ($\beta = 0,3$, $p<0,05$), но и также наличие конфликтных переживаний по отношению

к сексу (по данным опросника «Отношение к сексу») ($\beta = 0,21$, $p < 0,05$).

Обсуждение результатов. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в обыденном сознании женщин отсутствует представление о сексуальном здоровье как комплексном, многомерном понятии. Существующие представления носят однонаправленный характер, описывая только одну систему, обеспечивающую сексуальное здоровье человека - биологическую, психологическую или социальную.

Система отношений к сексуальному здоровью у женщин с сексуальными дисфункциями носит более детализированный характер. Такая особенность достаточно закономерна и объясняется тем, что формирование отношения к здоровью предполагает в том числе «осознание появляющихся признаков любого стойкого нарушения гомеостаза» [1, 121], и в этой связи формирование отношения к здоровью для здорового человека более сложная задача, чем для больного.

Выявляется несколько типов внутренней картины сексуального здоровья. Первый тип можно обозначить как соматоориентированный. Существующие рациональные представления соответствуют медицинской модели: сексуальное здоровье рассматривается как полноценное функционирование органов и систем, обеспечивающих реализацию сексуальной функции, отсутствие патологии. Для женщин с сексуальными дисфункциями при этом типе внутренней картины сексуального здоровья важным показателем благополучия является не только отсутствие соматических проблем, но и гармоничные отношения с собственным телом. Принятие себя на телесном уровне здесь непосредственно связано с удовлетворенностью состоянием здоровья и сексуальными отношениями с партнером. Этот тип можно охарактеризовать как более благоприятный, так как для него характерна адекватная оценка своего состояния здоровья, а также преобладание состояний, обладающих высокими адаптивными функциями (активность, бодрость, тонус).

Второй тип внутренней картины сексуального здоровья можно обозначить как социально ориентированный. В данном случае сексуальное здоровье определяется через соответствие социальным нормам и нормам партнерства, а не через собствен-

ные субъективные представления. Для женщин с сексуальными дисфункциями при таком типе внутренней картины сексуального здоровья эталонным становится образ «гиперсексуальных женщин», тогда как в норме при таких установках гиперсексуальность рассматривается как отклонение. Можно говорить о том, что этот тип является наиболее дисгармоничным, так как проблемы в сфере сексуального здоровья вытесняются из сознания, более того, респонденты этой группы демонстрируют самую высокую субъективную оценку состояния здоровья и удовлетворенности сексуальной жизнью. К тому же бессознательное стремление к гиперсексуальности противоречит не только существующим в данном случае рациональным представлениям, но и реальному сексуальному поведению. О дисгармоничности этого типа свидетельствует и то, что для него наиболее характерно преобладание неблагоприятных психических состояний.

Третий тип внутренней картины сексуального здоровья можно обозначить как личностно-ориентированный. Для респондентов данной группы характерно рассмотрение категории сексуального здоровья с позиций психологического благополучия, а также обладания определенными психологическими качествами и свойствами. Для женщин с сексуальными дисфункциями при таком типе внутренней картины сексуального здоровья также характерна ориентация на гиперсексуальность как на признак сексуального здоровья. И этот признак становится значимым не только на уровне поведения, но и на уровне личностной идентификации. Однако, учитывая значительную разницу между субъективной оценкой себя и гиперсексуальных женщин, выявляемую в этой группе, можно предполагать, что такая ориентация будет скорее связана с высоким психологическим напряжением и приведет к развитию внутреннего конфликта. К тому же в данном случае особая значимость приписывается сфере сексуальных отношений, она характеризуется высокой эмоциональной насыщенностью и включенностью. Положительное восприятие себя и своего сексуального здоровья в контексте партнерских отношений в большей степени связано не с сексуальным компонентом отношений, а с характеристиками эмоциональной бли-

зости, что не сочетается с гиперсексуальностью. Таким образом, этот тип нельзя также назвать благоприятным из-за противоречивого сочетания ориентации на гиперсексуальность как признак сексуального здоровья и восприятия эмоционального компонента отношений как приоритетного, что может вести к формированию конфликта в сексуально-эротической сфере.

Выводы. Отношение к сексуальному здоровью как комплексному понятию в обыденном сознании не сформировано. Соответственно, можно говорить о существовании нескольких типов внутренней картины сексуального здоровья, каждый из которых характеризуется построением системы отношений к здоровью в контексте только одной из обозначенных сфер: биологической, психологической, социальной. При развитии сексуальных дисфункций внутренняя картина сексуального здоровья становится не только более дифференцированной, но и «актуализированной», оказывая значительное влияние как на психическое состояние женщины, так и на состояние сексуально-эротической сферы. Анализ качества этого влияния позволяет предполагать наличие различий в благоприятности того или иного типа внутренней картины сексуального здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
2. Каган В.Е. Внутренняя картина здоровья – термин или концепция? // Вопросы психологии. 1993. 1. С. 86-88.
3. Кун И.С. Сексология. М, 2004. 384 с.
4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. М.: ПЕР СЭ, 2002. 879 с.
5. Психология здоровья: Учебник для вузов/ Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2003.
6. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K.S., Graziottin A., Heiman J.A., Laan E., Meston C., Schover L., Lankveld J., Schultz W.W. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction // Journal of Sexual Medicine – 2004 – vol.1 – 1 – p.40-48.
7. Coleman E. Promoting sexual health and responsible sexual behavior: an introduction // J. Sex Research - 2002 – vol.39 – 1 – p.3-6.
8. Giami A. Sexual health: The emergence, development, and diversity of a concept // Annual Review of Sex Research. – 2002 – vol.13 – p.1-33.
9. Luszczynska, A., Schwarzer, R. Multidimensional health locus of control: Comments on the construct and its measurement. // Journal of Health Psychology - 2005 - vol.10 - 5 – p. 633-642.
10. O'Sullivan L.F., McCrudden M.C., Tolman D.L. To Your Sexual Health! Incorporating Sexuality Into the Health Perspective // Handbook of Girls' and Women's Psychological Health. Gender and Well-Being Across the Life-Span. Edited by J. Worell and C. D. Goodheart. Oxford University Press: New York. 2006, p. 192-200.
11. Schwarzer, R., Renner, B. Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. // Health Psychology – 2000- vol.19 – 5- p.487-495.
12. White S., Chen J., Atchison R. Relationship of Preventive Health Practices and Health Literacy: A National Study. // American Journal of Health Behavior - 2008 – vol.32 – 3 – p.227-242.

A. Tagiltseva

THE INTERNAL PICTURE OF SEXUAL HEALTH AT WOMEN

Abstract. In the article concept of “internal picture of sexual health” is considered. Results of research of features of an internal picture of sexual health at women with sexual dysfunctions are resulted. Types of the internal picture of sexual health and their influence on sexual-erotic sphere of women are described.

Key words: sexual health, sexual dysfunctions, internal picture of sexual health, representations about health, sexual behavior, sexual relationship.