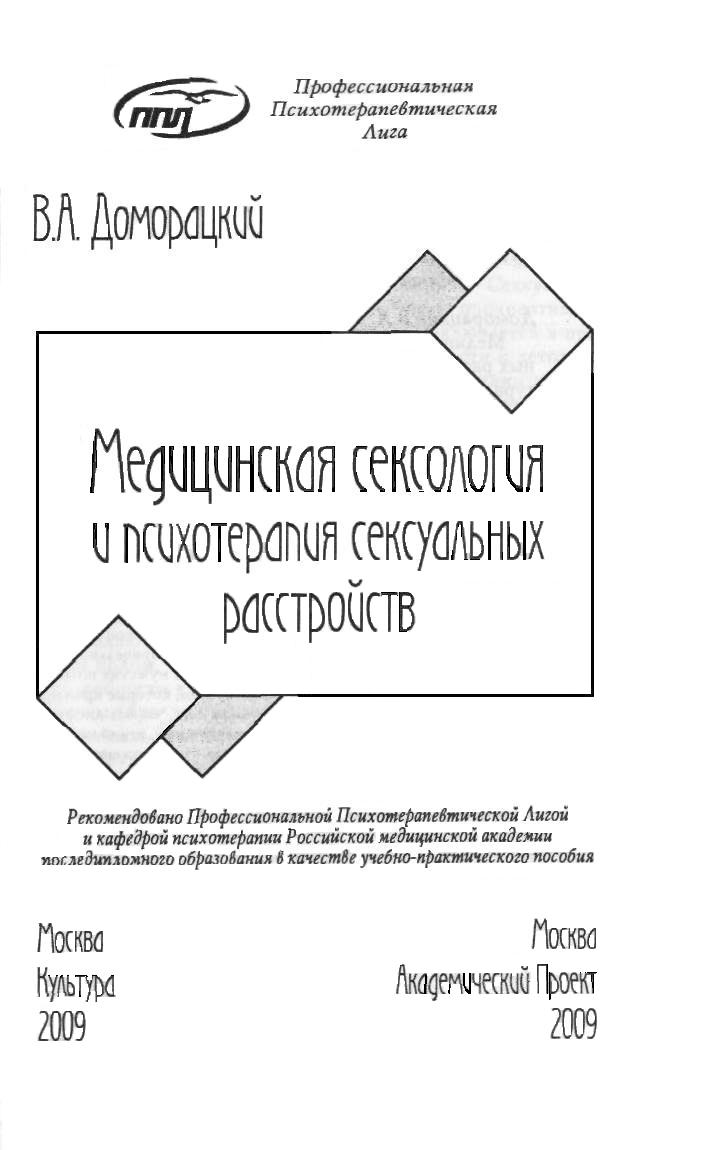
УДК 159.9



ББК88

Д66

Серия издается совместно

с Профессиональной Психотерапевтической Лигой

*Научный редактор серии* - проф. В.В. Макаров.

*Менеджер серии* - В. Потапова

Доморацкий В. А.

Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. - М.: Академический Проект; Культура, 2009. - 470 с. - (Психотерапевтические технологии).

ISBN 978-5-8291-1064-2 (Академический Проект)

ISBN 978-5-902767-44-2 (Культура)

В книге с современных позиций рассматриваются различные аспекты человеческой сексуальности; сексуальные дисгармонии; половые расстройства, вошедшие в пятую главу Международной классификации болезней 10-го пересмотра, а также принципы их диагностики и лечения. Приведены основные группы лекарствен­ных препаратов, используемые в сексологической практике. Пред­ставлена авторская модель интегративной психотерапии сексуаль­ных дисфункций у мужчин. Дано систематизированное описание целого ряда психотерапевтических методик для прицельной кор­рекции основных психологических механизмов мужских половых дисфункций. Изложены методы психотерапии, которые применя­ют в лечении наиболее распространенных сексуальных дисфунк­ций у женщин. Освещены вопросы коррекции нарушений межлич­ностных и сексуальных отношений в паре. В приложение вошли сексологические опросники и клинические иллюстрации (случаи из практики автора).

Книга предназначена в первую очередь для сексологов, психо­терапев-тов, психиатров, клинических психологов, но может быть интересна и другим специалистам.

© Доморацкий В.А., 2008

© Оригинал-макет, оформление.

ISBN 978-5-8291-1064-2 Академический Проект. 2009

ISBN 978-5-902767-44-2 © Культура, 2009

**Введение**

Половая жизнь принадлежит к наиболее значимым аспектам человеческого существования. Сексуальная функция у людей имеет две основные цели: прокреативную и рекреативную. Прокреативная цель заключается в про­должении человеческого рода, в способности к деторож­дению. Рекреативная сторона половой функции связана с чувственным наслаждением, глубокой удовлетворенно­стью совместным общением в процессе специфических сек­суальных взаимоотношений, основанных на чувстве любви и физическом влечении партнеров. Каждый психически здоровый человек мечтает о любви и счастье, продлении своего рода и нуждается в сексе. Сексуальную потребность как проявление стремления мужчины и женщины друг к другу можно считать витальной. Причем сексуальность - это не только физиологическое явление, связанное с удов­летворением полового инстинкта. Сексуальные отношения позволяют познать себя через общение с противополож­ным полом, что является выражением присущей человеку потребности в самоактуализации (Л.И. Козловская, 2001). Таким образом, половая жизнь неразрывно связана с наи­более важными аспектами человеческого бытия.

Неудовлетворенные сексуальные потребности - источник сильнейших фрустраций для многих людей. По мнению руководителя Федерального центра медицинской сексологии и сексопатологии, профессора Н.Д. Кибрика (1999), «снижение половой функции у зрелого мужчины, равно как и сексуальное фиаско у молодого человека только что вступившего в брак, воспринимается как крушение на­дежд на счастливую жизнь, как потенциальную угрозу рас­пада семьи или невозможность ее создания... Сексуальные расстройства и дисгармонии, сопровождаясь выраженной и часто пролонгированной аффективной реакцией, способ­ствуют формированию пессимистической оценки личност­ной перспективы. Это приводит к возникновению кризиса в

3

семейной и интимно-личностной сферах, а при условии неразрешенности ситуации и остроты реакции к формированию су­ицидального поведения». В современном обществе переход­ного периода социологи выделяют драму двух поколений: компетентных «отцов», ставших ненужными в новых рыноч­ных условиях, и малоопытных «детей», потерявших соци­альные ориентации в стихии финансовых потрясений. Для тех и других нарушение семейно-сексуальных отношений нередко является «последней каплей», разрушающей спо­собность противостоять хроническому стрессу (С.Т. Агарков, 2003). Поэтому эффективное устранение проблем, на­рушающих полноценное сексуальное функционирование человека, является важной и весьма благодарной задачей. Автор выражает надежду, что данная работа внесет опре­деленный вклад в ее решение.

4

**Глава 1. Сексуальность человека**

**1.1. Половой диморфизм**

Раздельнополость - глобальный феномен сексуально­сти человека. Половой диморфизм проявляется в широком спектре морфофизиологических и поведенческих различий между мужчиной и женщиной, но его сущность - в осо­бенностях процесса размножения. Половое размноже­ние обеспечивает наиболее прогрессивный в эволюционном ряду вид воспроизводства. Происходит быстрое возникно­вение новых генетических комбинаций, которые существен­но облегчают их носителям приспособление к меняющимся условиям среды, причем самцы и самки выполняют в этом процессе разные функции. Согласно теории В.А. Геодакяна (1983), процесс самовоспроизводства любой биологи­ческой системы включает в себя две противоположные тенденции: наследственность и изменчивость. Наследст­венность - консервативный фактор, который стремится сохранить у потомства все родительские признаки в неиз­менном виде. Изменчивость - качество, благодаря кото­рому у каждого следующего поколения для приспособле­ния к меняющейся жизни возникают новые признаки, т. е. происходит эволюционирование человека. Причем особи женского пола образуют своего рода «золотые кладовые» наследственности, обеспечивая неизменность потомства от поколения к поколению. Напротив, особи мужского пола - передовой отряд популяции, принимающий на себя столкновение с экстремальными ситуациями, новы­ми условиями существования, в результате чего возни­кают новые генетические тенденции. Таким образом, в процессе филогенеза, т. е. исторического развития чело­веческой популяции, мужской пол играет основную роль в ее изменении, а женский - в сохранении. Теория Геодакяна хорошо объясняет некоторые факты естественно-

5

го полового отбора, например, повышенную смертность среди мужских особей, на которых приходится максимум внешних воздействий, в силу чего они гораздо чаще ста­новятся жертвами неудачных «экспериментов» природы и самого человека. Г.С. Васильченко (1977), суммируя мно­гочисленные данные, отмечает, что первичное соотноше­ние полов на уровне зиготы (оплодотворенной яйцеклет­ки) составляет 1,2 - 1,7 (120 - 170 плодов мужского пола на 100 женского), а вторичное (при рождении) - 1,03 - 1,07. Мужской плод более уязвим уже в первом триместре бе­ременности. Третичное соотношение полов, напротив, меняется в сторону женщин, поскольку среди мужчин выше смертность от врожденных пороков и различных заболеваний.

Американский сексолог Д. Мани (1955) выделил ряд закономерностей половой дифференцировки, которые он представил в виде следующих принципов.

*Принцип дифференцировки и развития* означает, что развитие организма одновременно является процессом его дифференцировки, в ходе которого первоначально бипотенциальный зародыш становится особью мужско­го либо женского пола. Этот принцип направлен против представлений о линейной эволюции, согласно которым в ходе развития реализуется лишь один - единственный на­бор возможностей, заложенный в эмбрионе. Он также опровергает теории, согласно которым половая и сексу­альная идентичность индивида определяется преимущест­венно особенностями среды и воспитания.

*Принцип стадиальной (последовательной) дифференцировки:* процесс индивидуального развития имеет свои закономерные этапы, где каждая последующая дифференцировка основывается на предыдущей (генетический диморфизм половых хромосом предшествует дифференцировке гонад, которая в свою очередь определяет гормо­нальный пол зародыша, и т. д.).

*Принцип критических периодов* подчеркивает, что каждому этапу половой дифференцировки соответствует определенный период развития, когда организм наиболее чувствителен к специфическим воздействиям. Если кри­тический период по какой-либо причине пропущен, то по­следствия обычно необратимы.

6

Так, дифференцировка зародышевых гонад, которая управляется половыми хромосомами, происходит нор­мально только в тех случаях, когда генетический код, за­писанный в хромосомах, может полностью проявиться в отведенный для этого критический период (6-7 неделя вну­триутробного развития). Нарушения генетического кода могут уже на этом этапе изменить весь процесс половой дифференцировки.

*Принцип Адама (дополнительности маскулинной дифференцировки)* означает, что природа в первую очередь заботится о создании женской особи. Поэтому на всех критических стадиях развития, если организм не получает дополнительных сигналов или команд, дифференциров­ка автоматически идет по женскому типу. Чтобы на свет появился мужчина, на разных стадиях развития плода не­обходимо подавить исходное фемининное начало. Вначале это Н-У-антиген, который помогает превращению зароды­шевых половых желез в яички. Они в свою очередь начина­ют производить тестостерон, обеспечивающий преобразо­вание вольфовых протоков во внутренние половые органы мужчины. Кроме того, особый SRY-ген активирует яички зародыша на выработку антимюллерова гормона, который подавляет превращение мюллеровых протоков в женские половые органы. Поскольку для создания мужской особи природе требуются дополнительные усилия, она чаще де­лает при этом ошибки, т. е. мужской путь развития более уязвим в отношении изменений и воздействий окружающей среды. Известно, например, что отставание в умственном развитии, проблемы в обучении, некоторые формы патоло­гии речи и девиаций сексуального поведения встречаются у мужчин достоверно чаще, чем у женщин. Кроме того, это - еще одно из объяснений повышенной смертности мужчин и их восприимчивости к целому ряду заболеваний.

Половым диморфизмом объясняют более высокую адаптивность (пластичность) женских особей, их лучшую обучаемость, воспитуемость, конформность. Мужчин же отличают находчивость, сообразительность, изобретатель­ность. Поэтому задачи, которые ставятся впервые, но в их решении основные требования предъявляются к новизне, а не к безупречности выполнения, больше по плечу муж­чинам, тогда как со знакомыми задачами, требующими ми-

7

нимум новизны, но максимум совершенства, лучше справ­ляются женщины. Половые различия проявляются также в полодиморфическом (полоролевом) поведении. Хорошо известно, что мальчики, как правило, более подвижны, драчливы, менее ласковы, чаще участвуют в силовых сорев­нователь-ных играх, из игрушек предпочитают конструкто­ры, машинки, оружие и т. д. В то же время девочки более спокойны, любят играть в куклы, семью, охотнее помогают матери по хозяйству, ухаживают за младшими детьми и т. д. В последующем полоролевые различия сохраняются. Муж­чины выбирают профессиональную деятельность чаще свя­занную с техникой, абстрактными понятиями, карьерой, престижем, высокими заработками. Они более рацио-наль­ны в своих поступках, не склонны к сентиментальности. Женщины гораздо чаще нуждаются в удовлетворении эмо­циональных потребностей: нежности, любви, уважении и др. Однако было бы неправильно связывать формирование поведения людей исключительно с биологическими разли­чиями между мужчинами и женщинами. Например, зако­номерности общественного разделения труда и связанные с ними психологические особенности полов историчны и отнюдь не вытекают из особенностей их психофизиологии. М. Мид на протяжении длительного времени исследовала жизнь трех племен в Новой Гвинее и убедительно показа­ла, что в каждом из них мужчины и женщины исполняли совершенно различные роли, порой диаметрально проти­воположные общепринятым стереотипам. По-видимому, половые роли складываются не только и не столько вслед­ствие биологических различий мужчин и женщин, сколько на основе культурных и социальных особенностей эпохи и общества.

Современная биология констатирует наличие половых различий на всех уровнях развития и функционирования организма. Вместе с тем было бы большим упрощением разделять все свойства человека на две полярные катего­рии: мужские или женские. Наряду с взаимоисключающи­ми свойствами (один и тот же субъект не может в норме иметь и мужские и женские гениталии) существует мно­жество бисексуальных качеств, присущих лицам обоего пола. Это верно как для соматических, так и поведенческих свойств, которые далеко не всегда совпадают. Понятие

8

«половой диморфизм» поначалу не различало генетиче­скую, гормональную, морфологическую, поведенческую, психологическую дифференцировку индивидов, посколь­ку предполагалось, что все эти измерения совпадают и оп­ределяются одними и теми же причинами. До сих пор по телосложению индивида пытаются определить его сексу­альные предпочтения. Однако половые различия в психи­ке могут не совпадать с морфологическими признаками. Также не следует абсолютизировать психологические особенности носителей того или иного пола. Половой ди­морфизм допускает и даже предполагает многообразие индивидуально-психологических вариантов мужского и женского характера и стиля жизни.

**1.2. Формирование либидо**

Энергетическое обеспечение полового влечения (ли­бидо) осуществляют глубокие структуры головного мозга (лимбический комплекс, зрительные бугры, гипоталамус, гипофиз) и эндокринные железы. С деятельностью этих биологических структур связаны пробуждение и разверты­вание полового влечения, наличие и степень выраженности всех сексуальных проявлений, особая обостренность сек­суальных переживаний человека. Зрелое половое влечение характеризуется селективностью (избирательностью) в вы­боре объекта влечения и предпочитаемых форм сексуально­го поведения. К нарушениям формирования либидо могут приводить как патогенные воздействия на эмбриональной фазе, так и (в значительно большей степени) влияния нега­тивных психологических и микросоциальных факторов на ранних этапах психосексуального развития человека.

Согласно концепции З. Фрейда, либидо составляет ис­точник всей психической энергии индивида, а всякое эмо­циональное и телесное удовлетворение он называл сексу­альным. В соответствии с преимущественной локализацией эрогенных зон, стимуляция которых вызывает эротические ощущения в различные периоды психосексуального разви­тия человека, 3. Фрейд выделил несколько его фаз. Факти­чески - это стадии развития либидо. Первая фаза, ораль­ная, охватывает первый год жизни, когда рот является для

9

младенца основным источником удовольствия (сосание, а затем кусание). Вторая, анальная, фаза (в возрасте от од­ного года до трех лет) характеризуется повышенным ин­тересом ребенка к дефекации. Контролируя этот процесс, ребенок получает телесное удовольствие и одновременно вырабатывает навыки самоконтроля. Третья, фаллическая, фаза приходится на возраст от трех до пяти лет. Происхо­дит усиление интереса ребенка к гениталиям. На этой фазе мальчик должен преодолеть Эдипов комплекс, а девочка - электры комплекс и чувство зависти к мальчикам из-за от­сутствия у нее полового члена. На этой фазе происходит половая идентификация (в норме - завершается формиро­вание правильного полового самосознания ребенка). Чет­вертая, латентная, фаза продолжается до начала полового созревания. Она характеризуется временным ослаблени­ем сексуальных реакций ребенка и «дремлющим» либи­до. С половым созреванием начинается генитальная фаза развития, когда либидо ищет и находит удовлетворение в половой близости. Фрейд высказал мысль, что если нор­мальному психосексуальному развитию что-то мешает, происходит как бы возврат, регресс к пройденным фазам. Именно в психологической регрессии или фиксации на пройденных этапах психосексуального развития он видел ключ к пониманию девиантной сексуальности.

Итак, будучи тесно связанным с сознанием, либидо претерпевает длительную индивидуальную эволюцию, по­степенно усложняясь и приобретая новые качества. В оте­чественной сексологии выделяют несколько стадий его формирования (Г. С. Васильченко, 1977).

*Понятийная стадия* целиком связана с формирова­нием у ребенка сознания, лишена чувственной окраски и к сексуальному влечению как таковому отношения не имеет. На этой стадии ребенок осознает, что все окружающие его люди делятся не только на мальчиков и девочек, но и на более емкие категории - мужчин и женщин (мама и папа, бабушки и дедушки, тети и дяди). Усвоив факт раздельнополости, ре­бенок начинает отождествлять себя с одним из двух полов.

*Романтическая стадия у* юношей характеризуется фантазиями, в которых они совершаются различные под­виги в честь идеализируемого объекта первой влюбленно­сти, У девочек отчетливо прослеживается стремление нра-

10

виться, обратить на себя внимание, появляются фантазии, основным содержанием которых является бескорыстная забота о ней со стороны прекрасного и храброго «ры­царя». Попытки разрушить эти иллюзии поучениями со стороны родных или сокращением дистанции со стороны юноши воспринимаются как грязные и оскорбительные. Характерные черты этой стадии - высокий накал чувств с элементами сладостного трагизма и самоотречения, убеж­денность в уникальности переживаемого: «никто и никогда не любил так как я». Значение этой стадии формирования либидо состоит в возвышении физиологического инстинк­та до истинно человеческой любви. В отличие от стреми­тельного развития полового влечения у юношей черты ро­мантичес-кой стадии у девушек могут надолго сохраниться, переплетаясь с эротическими элементами.

*Эротическая стадия* выражается в стремлении к неж­ности и ласкам. Эта стадия, длительное время определяю­щая женскую сексуальность, у юношей достаточно быстро сменяется потребностью в их завершении сексуальной разрядкой. У девушек постепенно появляется волнующий интерес к эротическим ситуациям и стимулам, фантазии приобретают все более чувственный характер, возникает стремление стать объектом ухаживания и эротических ласк со стороны мужчины. Переживания первой влюбленности наполняют эротическую стадию яркими и незабываемыми чувствами и надеждами, многим из которых так и не суж­дено сбыться.

*Сексуальная стадия* протекает на фоне инстинктив­ного влечения к разрядке сексуального напряжения, т. е. специфических эмоций низшего порядка, которые тесно связаны с деятельностью глубинных структур мозга и поло­вых желез. Юношеская гиперсексуальность, возникающая в подростковом возрасте, сопровождается рядом специ­фических феноменов - интенсивным половым влечением со своеобразной эротизацией психики, неослабевающим любопытством к вопросам секса, частыми спонтанными и адекватными эрекциями с выраженным половым возбуж­дением, ночными поллюциями, регулярной мастурбацией с яркими сексуальными фантазиями, началом половой жиз­ни, которая характеризуется чередованием сексуальных эксцессов и периодов воздержания. У женщин эта стадия

11

характеризуется появлением влечения к интимной бли­зости и способности к переживанию оргазма и, нередко, наступает лишь после начала регулярной половой жизни. Бурное пубертатное развитие у женщин может сопровож­даться ранним и интенсивным проявлением эротического либидо, но при отсутствии регулярных половых контактов или по крайней мере мастурбации формирование зрелого сексуального влечения обычно запаздывает. По данным А. М. Свядоща (1988), отсутствие сексуального либидо в те­чение всей жизни наблюдалось у 22,4 % обследованных им женщин. 8 большинстве случаев такая задержка связана с подавлением сексуальности в результате дефектов воспи­тания или некомпетентности полового партнера.

*Стадия зрелой сексуальности* характеризуется гар­моничным соотношением понятийного, возвышенно-романтического, эротического и сексуально-чувственного элементов со всей системой морально-этических ценностей личности. С достижением зрелости у мужчины формиру­ются механизмы контроля за своим половым поведением, поэтому в противоположность сексуальной стадии, он мо­жет успешно подавлять сексуальные тенденции, противо­речащие общественным нормам и личностным морально-этическим установкам. Большинству женщин свойственны циклические колебания интенсивности полового влечения, связанные с различными фазами менструального цикла.

**1.3. Сексуальные реакции и копулятивный цикл**

Сексуальные реакции людей детально изучены У. Мастерсом и В. Джонсон (1966) путем непосредственного ла­бораторного наблюдения более чем за 10 000 половыми ак­тами группы добровольцев из 700 мужчин и женщин. Итоги исследования показали, что их можно описать в виде цик­ла, состоящего из четырех фаз, следующих друг за другом: возбуждения, плато, оргазма и разрешения.

1. *Возбуждение.* Женские реакции локально прояв­ляются увлажнением, увеличением клитора в диаметре и в длине; расширением и удлинением влагалища; шейка матки и матка приподнимаются вверх, а половые губы увеличи­ваются в объеме за счет притока крови, разглаживаются и

12

слегка раздвигаются. Кроме этого у женщин в 2/3 случаев возникает эрекция сосков, набухает грудь, нарастают мы­шечный тонус, частота пульса, начинает повышаться арте­риальное давление; у некоторых женщин появляется «сек­суальный румянец».

У мужчин происходит эрекция полового члена, кожа мошонки напрягается и утолщается, яички частично под­тягиваются к телу. Может наблюдаться эрекция сосков, на­растает мышечный тонус, увеличиваются частота пульса и артериальное давление.

2. *Плато.* У женщин в связи с усиленным притоком крови возникают изменения окраски малых и больших по­ловых губ (их цвет колеблется от розового до ярко-красного у нерожавших и от алого до темно-вишневого у рожавших), причем малые половые губы могут увеличиваться в 2-3 раза, а клитор отходит к лобковой кости и скрывается за складками губ. Влагалище еще сильнее расширяется и уд­линяется, в нижней его трети формируется оргастическая манжетка, благодаря которой входное отверстие влагали­ща сужается на 30 % и более. Грудные железы увеличива­ются в размерах до 1/3 *(в* большей степени у некормивших грудью), набухают соски. У большинства женщин распро­страняется по телу сексуальный румянец, еще больше на­растают мышечное напряжение, частота дыхания и сердце­биения, заметно возрастает артериальное давление.

У мужчин пенис достигает максимальной эрекции, подтягивается мошонка, яички приподнимаются и увели­чиваются в размерах до 50 %, из бульбоуретральных желез выделяется две-три капли мукоидного секрета. Наблюда­ются эрекция сосков, нередко сексуальное покраснение кожи живота, передней поверхности грудной клетки, лица и шеи. Растет мышечное напряжение, увеличиваются арте­риальное давление, частота сердцебиения и дыхания.

3. *Оргазм.* Наивысшая стадия сексуального удовле­творения, которая проявляется у женщин одновременным волнообразным сокращением мускулатуры матки, нижней трети влагалища и сфинктера прямой кишки с интервалами примерно в 0,8 секунды, с последующим снижением силы, длительности и периодичности сокращений. «Мягкий» ор­газм может сопровождаться 3-5 сокращениями, тогда как при интенсивном (сильном) оргазме их число достигает

13

10-15. Отсутствуют дальнейшие изменения состояния кли­тора, половых губ, груди и сосков. Усиливается сексуаль­ный румянец, происходит потеря произвольного контроля над сокращениями мышц. Достигают своего максимума ар­териальное давление, частота дыхания и сердечных сокра­щений.

Мужской оргазм отличается от женского наличием двух четко различимых стадий. На первой - происходят сокращения семявыносящих протоков, предстательной железы и семенных пузырьков, что способствует выводу спермы в луковицу мочеиспускательного канала (субъек­тивно возникает ощущение неизбежности эякуляции). На второй стадии оргазма в процесс ритмических сокра­щений вовлекается уретра и сам половой член, что через несколько секунд приводит к семяизвержению. Спазмы мышц промежности, простаты, семенных протоков и урет­ры повторяются 3-4 раза с промежутком 0,8 секунды по­сле чего интервалы между сокращениями увеличиваются, а их интенсивность ослабевает. При этом не происходит заметных изменений состояния яичек и мошонки. Мак­симально увеличиваются артериальное давление, частота сердцебиения и дыхания.

Оргазм продолжается 3 - 15 секунд и сопровождается легким затуманиванием сознания. При ярком оргазме мож­но говорить о своеобразном «кинестетическом трансе» с фокусировкой внимания на чувственных экстатических переживаниях.

4. *Разрешение.* Фаза сопровождается чувством обще­го расслабления и благополучия, мышечной релаксацией. У женщин клитор возвращается к обычному положению, теряя эрекцию. Стенки влагалища расслабляются и возвра­щаются в невозбужденное состояние. Матка опускается в обычное положение, а отверстие шейки матки расширяется на 20-30 минут. Половые губы, грудь и соски возвращают­ся к своим первоначальным размерам, форме и цвету. Ис­чезает сексуальный румянец, частота дыхания, пульс и ар­териаль-ное давление приходят в норму.

Мужчины утрачивают эрекцию пениса, кожа мошонки расслабляется и возвращается к обычной толщине. Яички принимают исходный размер и возвращаются к исходному положению в мошонке. Частота пульса, дыхания и артери-

14

альное давление приходят в норму. Мужчины на опреде­ленное время, которое зависит от их половой конституции и увеличивается с возрастом, утрачивают способность к новому оргазму. Такой рефрактерный период может про­должаться у них от нескольких минут до многих часов. У женщин рефрактерный период как таковой отсутствует, в силу чего они потенциально способны к многократным оргазмам. Фаза разрешения длится 10-15 минут, а если в результате сексуальной стимуляции оргазм не возник - до 6-12 часов.

Копулятивный цикл представляет собой совокупность специфических физиологических процессов, происходя­щих у каждого из партнеров во время коитуса. Необходи­мо учитывать социальные и культурные влияния в сексу­альных отношениях, но в принципе копулятивный цикл во время мастурбации, петтинга, гомо- или гетеросексуально­го полового акта различается лишь характером стимуля­ции гениталий.

Г.С. Васильченко (1977) рассматривает копулятивный цикл с позиций общей теории функциональных систем П.К. Анохина как частный случай таких систем. С целью обеспечения необходимых условий для зачатия и дости­жения сексуального наслаждения природа объединила в единую функциональную систему ряд самостоятельных систем: психику и нервную систему, эндокринный аппарат, урогенитальный тракт и систему кровообращения. Все они принимают непосредственное участие в целостном обес­печении сексуальной сферы и делают возможным половой акт.

Копулятивный цикл мужчины состоит из пяти последовательных стадий, на каждой из которых последователь­но происходят определенные психофизиологические про­цессы, приближающие главный биологический результат половой активности, - выделение мужского оплодотво­ряющего начала. Первая, психическая, стадия начинается с осознания желания близости, направленного на конкрет­ный сексуальный объект и заканчивается появлением эрек­ции. При наличии адекватных условий в процессе общения с потенциальным партнером возникает вторая, эрекционная, стадия, которая заканчивается интроитусом (введением по­лового члена во влагалище). Третья, фрикционная, стадия

15

характеризуется постепенным нарастанием возбуждения до определенного предела. Далее следует четвертая, эякуляторная, стадия, сопровождающаяся семяизвержением и оргазмом с последующим резким спадом возбуждения. Пятая, рефрактерная, стадия заключается в абсолютной, а затем относительной половой невозбудимости в течение определенного периода после эякуляции.

У женщин также выделяют пять стадий копулятивного цикла. Первая, психическая, стадия, возникающая на фоне определенной эротической готовности, охватывает период от осознания женщиной желания сексуальной близости до принятия решения о ее осуществлении, причем осознание желания полового акта с конкретным мужчиной обычно происходит под воздействием эротической стимуляции с его стороны (комплементы, прикосновения, поверхност­ные ласки и т. п.). Вторая, сенсорная, стадия, наступающая вслед за принятием женщиной решения о реализации интим­ной близости, характеризуется интенсификацией любовных ласк, которые приобретают характер целенаправленной стимуляции эрогенных зон, и охватывает период до интроитуса. Эта фаза характеризуется нарастающим возбужде­нием, проявляющимся специфическими физиологическими реакциями (любрикапией, расширением верхнего отдела влагалища и т. п.). Третья, фрикционная, стадия охваты­вает период от интроитуса до наступления у женщины ор­газма. Четвертая, стадия оргазма, с присущими различным женщинам индивидуальными вариациями продолжается до полной оргастической разрядки. Пятая, резидуальная, стадия отличается от соответствующей у мужчин тем, что в подавляющем большинстве случаев повторная эротическая стимуляция приводит к новому нарастанию полового воз­буждения, а сам спад возбуждения у женщин происходит плавно и занимает более продолжительное время.

Основные отличия мужского и женского копулятивно­го циклов объясняются различной биологической направ­ленностью сексуальности мужчины и женщины. Поскольку главной задачей мужской сексуальности является органи­зация самого копулятивного цикла и «доставка» спермы к месту оплодотворения яйцеклетки, то и весь стиль полово­го поведения мужчины носит активный, порой агрессивно-наступательный характер, Выполнение конечной биологи-

16

ческой задачи требует сильной мотивации, обязательности всех сексуальных реакций мужчины вплоть до эякуляции, ярким подкреплением которой является оргазм. Стадия не­возбудимости после полового акта обеспечивает накопле­ние зрелой спермы и в какой-то мере гарантирует качество оплодотворения, то есть жизнестойкость потомства. Жен­ская сексуальность направлена на осуществление отбора наиболее достойного из многих претендентов (в интересах той же жизнестойкости потомства), поэтому природа на­делила ее потенциальной способностью к более частым по­ловым контактам.

Внешние эффекты деятельности функциональной си­стемы, обеспечивающей сексуальные реакции мужчины, можно разделить на пять последовательных стадий; пси­хическую, эрекционную, фрикционную, эякуляторную и рефрактерную. Ответственными за реализацию этих ста­дий являются определенные анатомо-физиологические комплексы, которые Г. С. Васильченко (1977) назвал состав­ляющими копулятивного цикла. У мужчин их выделяется четыре:

1. *Нейрогуморальная составляющая* связана с деятель­ностью глубинных структур мозга и эндокринных желез. Она формирует энергетический потенциал полового влече­ния человека и определяет интенсивность его сексуальных проявлений.

2. *Психическая составляющая* связана с деятельно­стью головного мозга и психическим функционированием индивида. Создает соответствующий психоэмоциональный настрой на половой акт.

3. *Эрекционная составляющая,* анатомо-физиологическим субстратом которой являются центры и нервные пути эрекционного рефлекса, система кровоснабжения гениталий и сам половой член, приводит к возникновению эрекции при соответствующем настрое.

4. *Эякуляторная составляющая* связана с деятельно­стью тестикул, простаты, семенных пузырьков, семявыносящих путей, а также нервными центрами и нервными путями эякуляторного рефлекса. Обеспечивает выделение мужского оплодотворяющего секрета.

При сексуальном контакте у мужчины происходит на­растание полового возбуждения, что достигается за счет

17

последовательного включения в этот процесс каждой из четырех составля-ющих и суммации их эффектов.

У женщин соответственно выделяют три составляющие копулятивного цикла: нейрогуморальную и психическую, которые в целом соответствуют аналогичным составляю­щим у мужчин, и генитосегментарную, которая обеспе­чивает ряд чисто женских сексуальных реакций, включая изменения, происходящие в гениталиях при нарастающем половом возбуждении, и оргастические переживания. Дея­тельность генитосегментарной составляющей обеспечива­ют нервные элементы (от рецепторного аппарата гениталий до сексуальных центров головного мозга), а также сами женские половые органы. Если пять стадий копулятивного цикла поочередно сменяют друг друга в процессе нарас­таний полового возбуждения, то последнее достигается за счет последовательного вклада в процесс возбуждения каждой из составляющих (четырех - у мужчин или трех - у женщин) и суммации их эффектов.

Эти процессы и обес­печивают нормальное течение полового акта.

**1.4. Сексуальное поведение**

Общей биологической основой человеческой сексуаль­ности является инстинкт продолжения рода, его конкрет­ные проявления (половое влечение, разделение функций между полами, особенности репродуктивного цикла, риту­ал ухаживания, техника полового акта и др.). Наряду с ин­стинктивной, генетически заданной организму программой нормальное половое поведение обеспечивается посредст­вом научения, через общение со сверстниками, родителями и др. Формирование здоровой сексуальности - сложный, порой противоречивый процесс. Человеку свойственны многообразные заместительные формы секса и сексуаль­ные символы, которыми могут служить Зрительные обра­зы, нагота, интимные предметы одежды и др., В норме они играют вспомогательную роль, провоцируя или усиливая половое влечение, интенсифицируя любовные пережива­ния. Однако в случае устойчивой или исключительной фик­сации на них эти дополнительные элементы сексуального репертуара могут приобретать доминирующий характер,

18

при определенных условиях достигающий патологического уровня.

Одна из главных особенностей человеческой сексу­альности состоит в том, что переживания, связанные с удовлетворением половой потребности отделены от ее первоначальной биологической цели - продления рода. Это создало принципиальную возможность гуманизации полового чувства, превращения элементарного полово­го инстинкта в человеческую любовь, когда взаимоотно­шения между мужчиной и женщиной служат не только средством продолжения рода и источником чувственно­го наслаждения, но и дают высочайшее счастье глубокой психологической, душевной близости. У человека в по­нятие полноценной половой жизни наряду с телесным, генитальным взаимодействием в качестве обязательного компонента входит межличностное, духовное общение. Отсюда вытекает громадное многообразие способов вы­ражения человеческой сексуальности. Выделяют *экстрагениталъные формы* половой жизни: платоническая любовь, поверхностные эротические ласки, танцы, и ее *генитальные формы.* К последним относятся: замести­тельные (викарные) формы половой активности (поллюции, сновидения эротические, фантазии эротические, маструбация, виртуальный секс, петтинг); суррогатные формы коитуса (наварсадата, коитус между бедер, в пред­дверье влагалища, в анус и др.); нормативный генитально-гени-тальный половой акт; орогенитальные контакты (ми­нет, кунилингус); сексуальные действия с животными и неодушевленными предметами.

Нормативный половой акт предполагает генитально-генитальный контакт двух индивидуумов с целью полу­чения полового удовлетворения и/или зачатия. И. О. Кон подчеркивает, что речь идет о гетеросексуальном половом акте, т. е. введении мужского полового члена во влагали­ще. Г. С. Васильченко (1977) наряду с нормативным гетеро­сексуальным коитусом выделяет его суррогатные формы, к которым он относит:

*Вестибулярный коитус*, т. е. половой акт прово­дится в преддверьи влагалища (мужской член располага­ется между половыми губами женщины). Обычно практи­куется в следующих случаях: 1) как способ предотвратить

19

нарушение девственной плевы и наступление беременно­сти; 2) когда недостаточная эрекция не позволяет осуще­ствить интроитус; 3) если оргазм у женщины наступает исключительно при интенсивном воздействии на клитор и малые половые губы, а вагинальные фрикции ей безразлич­ны или даже неприятны.

Коитус между бедер, коитус между грудей (наварсадата) и подмышеч-ный коитус обычно ис­пользуют для достижения описанных выше первых двух целей, а также при высокой эрогенной чувствительности у женщины соответственно молочных желез, внутренних по­верхностей бедер или подмышечных впадин либо при по­ловом контакте в менструальный период.

Коитус в задний проход (может быть гетеросек­суальным и гомосексуальным). Иногда считают, что такой половой акт практикуют преимущественно гомосексуалы. Однако значительное число гетеросексуальных пар приме­няют анальный секс как весьма возбуждающий вариант по­лового контакта, способный вызвать оргазм как у мужчин, так и у женщин. Тем не менее многие люди отвергают эту форму коитуса как негигиеничную, неестественную и про­сто неприятную. Действительно, при стимуляции анальный сфинктер обычно сильно сжимается, поэтому попытки бы­строго и энергичного введения полового члена в прямую кишку могут быть весьма болезненными, а порой приво­дить к травмам. Чтобы свести риск травматизации до мини­мума анальное отверстие обильно смазывают каким-либо кремом.

По особенностям проведения нормативного коитуса выделяют его следующие варианты: *прерванный коитус,* при котором мужчина, чувствуя приближение эякуляции, с целью предупреждения беременности извлекает половой член из влагалища и семяизвержение происходит вне поло­вых органов женщины; *пролонгированный коитус* (произ­вольно затягиваемый с целью получения наибольшего удо­влетворения); *неполный коитус,* при котором отсутствуют эякуляция и оргазм.

При проведении гетеросексуального коитуса взаимное расположение тел партнеров может меняться в зависимо­сти от индивидуальных предпочтений и взаимных пожела­ний.

20

**1.5. Гендер**

Гендер - любые психологические или поведенческие свойства, ассоциирующиеся с маскулинностью или фемининностью и предположительно отличающие мужчин от женщин. В более узком смысле термин «гендер» означа­ет «социальный пол», т. е. социально детерминированные роли, идентичности и области деятельности мужчин и жен­щин, которые зависят не от биологических различий между полами, а от социальной организации общества. Гендер - это своеобразный социальный конструкт, а не природная данность. Гендерная принадлежность предполагает поло­вое самосознание и самоопределение, гендерную идентич­ность. Гендерная идентичность представляет собой фун­даментальное (базисное) чувство своей принадлежности к определенному полу, в результате чего индивид осознает себя мужчиной, женщиной или существом промежуточного (третьего) пола. Гендерная идентичность вырабатывается в результате сложного взаимодействия природных задатков человека и процессов социализации, «кодирования». При­чем субъект является активным участником этого процес­са, принимая или отвергая предлагаемые ему социальные роли и модели поведения. Возможно «перекодирование» гендерной идентичности, т. е. смена пола. Это происхо­дит в тех случаях, когда индивид категорически не может принять гендерный статус мужчины или женщины, полу­ченный согласно своему анатомическому полу, в результа­те чего он испытывает постоянный душевный дискомфорт и настаивает на его изменении в соответствии с половым самосознанием (при транссексуализме). Также выделяет­ся гендерная роль (син. половая роль), которая обознача­ет нормативные предписания и ожидания, предъявляемые обществом (соответствующей культурой) к мужскому или женскому поведению и фактически является критерием оценки маскулинности/фемининности ребенка или взрос­лого. Многие люди считают гендерные особенности од­нозначными, тесно связанными с половой принадлежно­стью. Например, если женщина проявляет пассивность и нежность, то она обнаружит эти качества в любых ролях и ситуациях. Но в жизни все может быть иначе. Мужчины

21

и женщины взаимодействуют друг с другом в различных социальных ситуациях, исполняя при этом конкретные социальные роли, В разных сферах деятельности, напри­мер, в семье и на производстве, характер тендерной диф­ференциации часто не совпадает. Традиционно считает­ся, что потребность в социальном успехе выше у мужчин, поэтому современные бизнес-леди воспринимаются как нечто новое и беспрецедентное. Но если в прежних ис­торических условиях честолюбивая женщина, как пра­вило, могла сделать карьеру только опосредованно, на­пример, удачно выйдя замуж, то в наши дни она может самостоятельно добиться высокого социального статуса. Изменения положения женщины в обществе влекут за со­бой иную мотивацию и характер взаимоотношений полов. Однако не следует отождествлять социальное равенство мужчин и женщин с их одинаковостью и нивелировани­ем тендерных (полоролевых) различий, к чему призывают радикально настроенные представители феминистского движения. Было бы ошибкой полностью игнорировать культурные стереотипы маскулинности и фемининности, поскольку они важны для гармоничных партнерских от­ношений. Когда мужчина - это мужчина, а женщина - это женщина, они ищут и находят друг в друге то, чего каждому из них не хватает. Если тендерные роли «пере­путаны» и в поведении индивида присутствует многое из того, что традиционно соотносится с противоположным полом, он часто оказывается одинок, поскольку не имеет внутренней потребности в близких отношениях с другим человеком.

**1.6. Половая конституция**

В сексологической практике существует потребность соотнесения интенсивности половой жизни индивида, об­ратившегося за помощью, не только с его возрастом, но и объективными параметрами, которые определяют его по­тенциальную сексуальную активность. Благодаря исследо­ваниям Г.С. Васильченко (1970), в отечественной сексоло­гии сформировалось представление о том, что сексуальные проявления конкретного субъекта во многом зависят от

22

типа его функционально-энергетического реагирования, который обусловлен его конституциональными, биологи­ческими характеристиками.

Половая конституция - совокупность устойчивых биологических свойств организма, сложившихся под влия­нием наследственности и условий развития во внутри­утробном периоде и раннем детстве. Она определяет ин­дивидуальный уровень сексуальных потребностей, предел половой активности и сопротивляемость половой сферы патогенным воздействиям. Является одним из аспектов общей конституции человека и определяет интенсивность сексуальных проявлений, то есть половой темперамент. От половой конституции зависит индивидуальная устойчи­вость сексуальной функции к негативным влияниям ряда факторов (сильных стрессов, интоксикаций, ряда заболе­ваний и др.). Сексуальные расстройства при сильной по­ловой конституции могут возникнуть лишь под влиянием мощных повреждающих факторов, длительно воздейству­ющих на разные звенья обеспечения сексуальной сферы. При низких параметрах половой конституции даже слабое вредное воздействие может послужить толчком к разви­тию нарушений сексуальной функции. Влиянием половой конституции объясняется отсутствие прямой зависимости между давностью и выраженностью таких заболеваний, как алкогольная зависимость, хронический простатит и др., и наличием или отсутствием сексуальных дисфункций. Определение половой конституции может быть полезно для оценки сексуальных проявлений конкретного челове­ка, разграничения их патологического снижения или повы­шения и индивидуальной нормы, для разработки гигиени­ческих рекомендаций при выборе режима половой жизни. С этой целью используется шкала векторного определения половой конституции у мужчин, которую разработал и впервые апробировал профессор Г.С. Васильченко (1970). Позднее аналогичная шкала для женщин была предложена его сотрудницей И.Л. Ботневой.

Шкала векторного определения половой конституции мужчин (см. таблицу 1.1) предусматривает учет семи показа­телей. При ее использовании определяют исходные индексы для каждого из 7 показателей (определение индексов по VI и VII векторам проводится только у мужчин, ведущих регуляр-

23

ную половую жизнь в течение нескольких лет). Затем вычис­ляют среднее арифметическое и получают общий (фенотипический) показатель половой конституции обследуемого: 1 (1 - 1,5) - чрезвычайно слабая; 2 (1,6 - 2,5) - очень слабая; 3 (2,6 - 3,5) - слабая; 4 (3,6 - 4,5) - несколько ослабленный ва­риант средней; 5 (4,6 - 5,5) - средняя; 6 (5,6 - 6,5) - сильный вариант средней; 7 (6,6 - 7,5) - сильная; 8 (7,6 - 8,5) - очень сильная; 9 (8,6 - 9) - чрезвычайно сильная. Все показатели, со­ставляющие шкалу, можно разделить на две различающиеся между собой группы. Первые четыре показателя шкалы (воз­раст пробуждения либидо, возраст первой эякуляции, трохантерный индекс и характер оволосения лобка) отражают про­цессы, происходящие в пубертатном периоде, и в дальнейшем они остаются неизменными. Поэтому среднее арифметиче­ское показателей I - IV характеризует *генотипический ин­декс половой конституции (*Кг). Это ее наиболее стабильная часть, которая определяется действием внутренних факторов и характеризующая исходное состояние нейроэндокринного обеспечения половой сферы. Равномерное снижение всех че­тырех показателей и Кг < 3,5 указывают на задержку пубер­татного развития. Показатели V-VII - максимальный экс­цесс, время вхождения в полосу условно-физиологического ритма (УФР) после женитьбы и абсолютный возраст перехода на УФР (2 - 3 сношения в неделю), хотя и связаны с генотипом, во многом зависят от личностных, партнерских ситуационных факторов. Их среднее арифметическое - *индекс половой ак­тивности* (Ка) - отражает степень реализации мужчиной конституционально-генетических параметров (энергетиче­ского потенциала) собственной сексуальности. Генотип и по­ловая активность мужчины взаимосвязаны. С одной стороны, частота интимных контактов во многом определяется его сек­суальным темпераментом (половой конституцией), с другой стороны, уровень половой активности влияет на функцио­нальное состояние половой сферы мужчины. По наблюдениям сексологов, оптимальным для половой функции мужчины яв­ляется режим наиболее тесного соответствия между половой активностью и его конституциональными возможностями (со­отношение индексов Ка / Кг приближается к единице). Менее благоприятным считается режим превышения активности и наиболее неблагоприятным - режим, лежащий ниже уровня конституциональных показателей.

24

*Таблица 1.1.*

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Векторы** | **Конституция** | | | | | | | | | | | | | |
| **слабая** | | | | **средняя** | | | | | **сильная** | | | | |
| **1** | | **2** | **3** | **4** | **5** | | | **6** | **7** | **8** | | | **9** |
| **0-1,5** | **1,6-2,1** | | **2,6-3,1** | **3,6-4,5** | **4,6-5,5** | | | **5,6-6,5** | **6,6-7,5** | **7,6-8,5** | | | **8,6-9,0** |
| **I. Пробуждение либидо (годы)** | **17 и позже** |  | | **15** | **14** | **13** | | | **12** | **11** | **10** | | | **9 и раньше** |
| **II. Первая эякуляция (годы)** | **19 и позже** | **17-18** | | **16** | **15** | **14** | | | **13** | **12** | **11** | | | **10 и раньше** |
| **III. Трохантерный индекс (ТИ) - отношение роста к длине ноги** | **< 1,85** | **1,86-1,89** | | **1,90-1,91** | **1,92-1,94** | **1,95-1,96** | | | **1,97-1,98** | **1,99** | **2,0** | | | **>2,0** |
| **IV. Оволосение лобка** | **Редкие пушко­вые во-лосы** | **Горизонталь по женско­му типу** | | **Тенденция к горизон­тали** | **По мужскому типу** | | | | | **По мужскому типу**  **с гипертрихозом** | | | | |
| **V. Максимальный экспресс, число эякуляций** | **0** | **2** | | **3** | **4** | | **5** | **6** | | **7** | | **8** | **9 и больше** | |
| **VI. Бремя вхожде­ние в полосу УФР после женитьбы (годы)** | **-** | **«Медовый месяц»** | | **1** | **2-3** | | **4-5** | **6-10** | | **11-19** | | **20-29** | **30 и больше** | |
| **VII. Время вхож­дение в полосу УФР (абсолютный возраст)** | **-** | **До 22** | | **23-26** | **27-31** | | **32-36** | **37-40** | | **41-45** | | **46-50** | **51 и**  **больше** | |

25

Шкала векторного определения половой конституции женщин (см. табл. 1. 2) разработана по аналогии с приве­денной выше шкалой для мужчин (И.Л. Ботнева, 1983). Ге­нотип - наиболее стабильная часть половой конституции, не зависящая ни от воспитания, ни от партнера, у женщин определяется по 4 первым показателям: возрасту *менархе к* регулярности менструаций, детородной функции (сро­ки наступления первой беременности и характеру ее те­чения), трохантерному индексу, типу оволосения лобка. При определении генотипического показателя (Кг) вычис­ляется средняя арифметическая показателей I - IV шкалы. У женщин некоторые показатели «расплываются» по шка­ле, например, характер оволосения лобка А3Р3 занимает 3 графы, поэтому его цифровое значение определяют по графе, которая ближе к другим показателям. Показатель уровня сексуальности определяется по возрасту пробуж­дения эротического либидо, времени наступления первого оргазма и проценту оргастичности (среднее арифметиче­ское показателей V - VII). Эротическое либидо зависит в основном от состояния нейроэндокринной системы жен­щины, в частности, функции яичников. Остальные пока­затели, хотя и определяются гормональным статусом, в большей степени зависят от воспитания, психологических и поведенческих особенностей женщины, ее индивидуаль­ного опыта, полового партнера и т. д. Считается, что если показатели генотипа и уровня сексуальности близки, то развитие сексуальности гармоничное, соответствующее по­ловой конституции. Если какой-то один показатель «выби­вается» из шкалы или имеется большой разброс между не­сколькими показателями, то по характеру разброса можно определить предполагаемую патологию. Следует отметить, что в настоящее время среди большинства отечественных сексологов, включая автора шкалы, преобладает мнение о том, что полученные показатели достаточно хорошо отра­жают биологическую составляющую женской сексуальности и состояние репродуктивной сферы женщины. Вместе с тем, в силу большего влияния различных психологических факторов на женскую сексуальность, параметры шкалы ча­сто не дают адекватного представления об индивидуальном уровне сексуальных потребностей женщины и оптималь­ной для нее половой активности.

26

*Таблица 1.2.*

Шкала векторного определения половой конституции женщины

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Векторы** | | **Конституция** | | | | | | | | | |
| **слабая** | | | **средняя** | | | | **Сильная** | | **Патология и редкие конституциональные варианты** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **6** | **7** | **8** | **9** |
| **0-1,5** | **1,6-2,1** | **2,6-3,1** | **3,6-4,5** | **4,6-5,5** | | **5,6-6,5** | **6,6-7,5** | **7,6-8,5** | **8,6-9,0** |
| **I. Менструальная функция** | **Первая менстру­ация и возрасте (годы)** | **17 и**  **позже** | **16** | **15** | **14** | **13** | | **12** | **11** | **10** | **9 и раньше** |
| **Регулярность**  **менструации** | **Аменорея или единичные редкие менструации** | **Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий** | **Нарушения только при неблагоприятных воз-действиях (психоэмоциональных, сома-тических, медикаментозных)** | **Эпизодические**  **Кратковременные нарушения при**  **выраженных неблагоприятных воздействиях** | **Регулярная без патологии** | | | | | **Нарушения**  **менструальной функции** |
| **II. Детородная функция** | **Сроки наступления беременности после начала половой жизни** | **-** | **10 лет и дольше** | **3-9 лет** | **1-2 года** | **3-6 мес.** | **1-3 мес.** | | **Даже при контрацепции** | | **-** |

27

*Продолжение табл. 1.2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Характер тече­ния беремен­ности** |  | **Не вынашивание,**  **тяжелая патология беременности. Мертворождения** | **Угроза прерывания, патоло­гическое**  **течение, токсикозы беремен­ности** | **Легко протекающие**  **токсикозы беремен­ности** | **Нормальное течение** | | | | **\_\_** |
| **III. Тро-хантерный индекс** |  | **1,88** | **1,89- 1,93** | **1,94-1,96** | **1,97-1,98** | **1,49** | **2,00** | **2,01-2,02** | **2,03-2,04** | **>2,05** |
| **IV. Характер оволосения** | | **А0Р0** | **А1Р1** | **А2Р2** | **По женскому типу А3Р3** | | | **Тенден­ция к мужскому** | **Муж­ское** | **Мужское с гипертрихозом (гирсутизм)** |
| **V. Пробуждение эротического либидо (годы)** | | **> 17** | **15-16** | **14** | **13** | **12** | **11** | **10** | **9** | **8 и раньше** |

28

*Окончание табл. 1.2*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IV. Оргазм** | **Первый**  **оргазм** | **В воз-**  **расте**  **(годы)** | **-** | **10 лет** | **3-9 лет** | **1-2 года** | **6-11 мес.** | **2-5 мес.** | **1 мес.** | **До**  **начала**  **регу-**  **лярной**  **поло-**  **жизни**  **или при**  **первом**  **коитусе** | **До контакта с партнерами** |
| **Дости-**  **жение**  **50-**  **100 %**  **орга-**  **стичности** | **Время**  **после**  **начала**  **регулярной половой жизни** | **-** | **40** | **35** | **30** | **25** | **20** | **19** | **18-16** | **15 и раньше** |
|  |  | **В воз-**  **расте**  **(годы)** | **-** | **10-15 лет** | **5-9 лет** | **3-4 года** | **1-2 года** | **6-11 мес.** | **2-5 мес.** | **1 мес.** | **Сразу с на-**  **чала половой жизни** |
| **Время**  **после**  **начала**  **регулярной**  **половой** |

29

Примечание: Р - *оволосение лобка, А - повышенное оволосение:* отсутствует (при гормональной недостаточ­ности) - А0Р0; остановилось на пубертатном типе (еди­ничные прямые волосы) - А1Р1; волосы более густые и  
длинные на центральной части лобка - А2Р2; по женскому типу (лобок и большие половые губы покрыты вьющимися волосами с горизонтальной верхней линией) - А3Р3; при повышенной андрогенной насыщенности - тенденция к мужскому типу оволосения (волосы на белой линии жи­вота распространяются к пупку), иногда с гипертрихозами (гирсутизм). В менопаузе волосы выпрямляются, прорежи­ваются и постепенно почти исчезают.

**1.7 Сексуальная норма**

Определение критериев сексуальной нормы - достаточ­но сложная задача вследствие тесного переплетения биоло­гических, социальных и личностных факторов, влияющих на половую жизнь человека, а также многообразия связанных с ней индивидуальных отклонений. Зависимость понятия нор­мы от комплекса культурных факторов, религиозных убеж­дений, морально-этических требований, господствующих в отдельных социальных группах или в обществе в целом, при­водит как к чрезмерно широкой трактовке сексуальной нор­мы, так и к неоправданно жесткому ее ограничению, вплоть до полного отрицания самой возможности многообразия сексуального самовыражения личности. Только разработ­ка четких научных критериев сексуальной нормы позволяет провести границу между тем, что следует считать нормаль­ным и здоровым, и тем, что рассматривается как ненормаль­ное, патологическое, а значит, требующее определенной коррекции. Искаженные, неправильные представления о сексуальной норме нередко создают у людей значительные трудности в личной жизни и могут вести к формированию у них сексуальных дисгармоний и дисфункций.

Одним из возможных подходов к изучению этой нор­мы является нозоцентрический (от патологии к норме), в соответствии с которым вначале определяются границы сексуальной патологии, а все половые проявления, не отно­сящиеся к ней, считаются различными вариантами нормы.

30

По определению польского сексолога З. Старовича (1991), к сексуальной патологии относятся такие сексуальные по­требности, а также такое сексуальное поведение, которые затрудняют сексуальное партнерство (как выбор партнера, так и совместную с ним половую жизнь) или приспособ­ление сексуальных предпочтений индивида к морально-культурным нормам поведения и к правовой системе дан­ного общества. Таким образом, сексуальные потребности и действия человека, которые не становятся для него источ­ником указанных затруднений и проблем в половой жизни, должны считаться нормальными.

Немецкий сексолог С. Шнабль (1981) считает, что на понимание нормы в сексологии оказали влияние три основ­ных ее понятия. Первое - норма как некий моральный постулат, этическое требование, то есть своего рода иде­альный образец сексуального поведения, предписанный обществом. Такого рода нормы появлялись и сменялись в процессе исторического развития общества, что зависело от господствующих религий или классов, установившихся культурных и моральных норм. Их объявляли абсолютны­ми и «естественными», хотя порой они противоречили эле­ментарному здравому смыслу. Во втором случае норма - средняя величина, выведенная из частотных характеристик тех или иных сексуальных проявлений. При таком подходе нормальными считаются такие сексуальные проявления, которые встречаются у большей части людей, а к ненор­мальным относят все то, что наблюдается сравнительно редко. Подобный подход до сих пор в значительной мере формирует общественное мнение, способствуя негативной оценке лиц, которые относятся к «сексуальным меньшин­ствам», то есть удовлетворяют свои половые потребности иначе, чем большинство людей. Попытка определить норму через вычисление некого усредненного показателя, проти­воречит признанию за человеком права на индивидуальное самовыражение. Третье понимание нормы, в ее медико-психологическом аспекте, не связано ни с критерием цен­ности, ни со степенью частоты. Нормальное - это все здоровое, необходимое для хорошего физического и пси­хического самочувствия, хорошей социальной адаптации, независимо от того, как часто или редко оно встречается, в какой степени приближается к идеальному.

31

Многие специалисты выделяют партнерскую и инди­видуальную сексуальную норму. Критериями партнерской нормы являются: 1) парность; 2) гетеросексуальность; 3) половозрелость партнеров; 4) добровольность связи; 5) стремление к обоюдному наслаждению; 6) отсутствие физического и морального ущерба здоровью партнера и других лиц.

В соответствии с этими критериями к партнерской нор­ме могут быть отнесены все формы сексуальной активно­сти, сексуального поведения и сексуальных действий, ко­торые имели место между двумя зрелыми лицами разного пола, принимаются ими обоими и направлены на обоюдное наслаждение, которое не вредит их здоровью и не наруша­ет норм общежития. Характер конкретных форм сексуаль­ного поведения и действий партнеров не имеет при этом решающего значения, поскольку за человеком признается право поиска собственных, индивидуальных путей к поло­вому удовлетворению. Попытки ограничить человека в выборе сексуальных действий жесткими рамками предпи­саний и догм, игнорируя его потребности, нередко приво­дят к неудачам в интимной близости, конфликтам, прово­цируют развитие сексуальных нарушений и невротических расстройств. Перечисленные критерии партнерской нормы достаточно условны (например, требование разнополости партнеров). Вместе с тем они позволяют вполне адекватно оценить интимную связь по важнейшим параметрам, ха­рактеризующим уровень взаимоотношений между сексу­альными партнерами.

Рассматривать границы сексуальной нормы и патоло­гии можно и с позиции значения половой сферы для чело­века в самом широком ее понимании. При таком подходе к сексуальной норме относится потенциальная способ­ность выполнять все три основные функции сексуально­сти: биологическую (оплодотворение), психологическую (наслаждение, удовлетворение) и социальную (реализация потребности в межчеловеческих контактах). Затруднения или невозможность реализации человеком любой из этих функций определяют выраженность у него отклонений от нормы в сторону сексуальной патологии.

Поскольку партнерская норма достаточно полно раз­граничивает сексуальную норму и патологию в психо-

32

логическом и социальном аспектах, выделяют также индивидуальную норму, характеризующую биологический компонент сексуальности. Так, польский сексолог Ю. Год­левский считает, что для взрослого человека нормальными являются такие формы сексуального поведения, которые, во-первых, по непреднамеренным причинам не исключа­ют либо резко не ограничивают возможность осуществ­ления полового акта, способного завершиться зачатием; во-вторых, не характеризуются стойкой тенденцией избе­гания половых сношений в силу наличия у индивида сек­суальных дисфункций или грубых нарушений психосек­суального развития. Приведенная индивидуальная норма сформулирована как дополнение к партнерской норме. Необходимо выделить еще два важных критерия инди­видуальной нормы: *возрастной* и *конституциональный.* В первом случае необходимо соотносить сексуальные по­требности конкретного человека с его возрастом и общим состоянием здоровья. Очевидно, что норма для одного и того же мужчины в 25 и 60 лет будет совершенно различна, поскольку интенсивность сексологических проявлений с возрастом постепенно снижается. Известно, что индиви­дуальная половая активность мужчин и женщин колеблет­ся в очень широком диапазоне. Например, предельный по интенсивности ритм половой жизни для одного мужчины может вызвать у другого явления сексуальной абстинен­ции и будет оптимальным для третьего. Такой разброс в уровне сексуальных потребностей людей прежде всего связан с различиями в половой конституции. Поэтому при оценке индивидуальных норм следует исходить из потен­циальных сексуальных возможностей данного человека, а не из среднестатистических показателей. В этом случае условно-физиологический ритм половой жизни (2-3 раза в неделю) будет считаться совершенно нормальным в пер­вый год супружества для мужчины 20-30 лет, имеющего слабую половую конституцию, но вряд ли будет соответст­вовать его индивидуальной сексуальной норме при высо­ких конституциональных параметрах. Подобные несоот­ветствия реальной сексуальной активности человека, его половой конституции нередко обусловлены сексуальными дисгармониями в супружеской паре и требуют психотера­певтической коррекции.

2 Медицинская сексология

33

Индивидуальная и партнерская нормы тесно связаны между собой. Например, сексуальные дисфункции у од­ного из партнеров часто затрудняют либо делают невоз­можным половое удовлетворение другого партнера, что постепенно вырабатывает у него негативное отношение к сексуальным контактам с данным человеком, нарушая та­ким образом критерии партнерской нормы. С другой сто­роны, абсолютно нормальные сексуальные потребности мужчины и женщины невозможно адекватно реализовать при наличии конфликтных взаимоотношений между парт­нерами. Однако столь жесткое влияние индивидуальной и партнерской норм друг на друга встречается не всегда. Так, наличие сексуальных дисфункций у одного или обоих партнеров, нарушающих критерии индивидуальной нормы, может оказаться для данной пары вполне приемлемым и не препятствовать гармоничному партнерскому союзу.

Клиническое понимание сексуальной нормы охватыва­ет широкий круг сексуальных действий и форм поведения, которые условно можно подразделить на три категории нормы: оптимальную, принятую и терпимую. К оптималь­ной норме следует отнести сексуальные действия и формы поведения, которые благодаря своим особенностям наибо­лее желательны с индивидуальной и социальной точек зре­ния. Именно по этой причине их можно пропагандировать в виде модели для воспитания. К принятой (признаваемой, приемлемый) норме относятся такие сексуальные действия и формы поведения индивида, которые хотя и не являются оптимальными, не мешают ему налаживать межличностные и сексуальные контакты, поскольку не вызывают у партне­ра принципиальных возражений. К терпимой (толерант­ной) норме следует отнести такие сексуальные действия и такое поведение, оценка которых может быть различной с точки зрения нормы или патологии и зависит от личност­ного, ситуационного и партнерского контекста. Сюда от­носятся такие формы сексуального поведения, которые ограничивают возможности гармоничного подбора парт­нера и установления с ним тесных взаимоотношений. Од­нако эти ограничения не имеют абсолютно патологическо­го характера, поскольку соответствующий (хотя и намного более трудный, чем при оптимальной и принятой нормах) сексуальный выбор может обеспечить гармоничную поло-

34

вую жизнь партнерской пары. Все три указанные выше категории нормы причисляются к сексуальной норме в кли­ническом понимании, то есть не требующей какого-либо лечения. Иначе обстоит дело с точки зрения педагогики, в которой нормой считается только оптимальный вариант, в крайнем случае - приемлемый, в то время как сексуаль­ные действия и формы поведения в рамках терпимой нормы могут рассматриваться как нежелательные и выходящие за рамки морально допустимых.

Все приведенные критерии касаются в основном по­требности в разрядке сексуального напряжения, тогда как в границы полной, широко понимаемой сексуальной нормы обязательно включается и удовлетворение потребности во в не сексуальных контактах с любимым человеком. Таким образом, сексуальные отношения тем больше приближа­ются к норме, чем сильнее они укрепляют и гармонизиру­ют связь партнеров. Все это свидетельствует об относи­тельности понятия сексуальной нормы и о необходимости рассматривать ее с учетом всего многообразия отношений между партнерами, а не только через призму их интимного взаимодействия.

**1.8. Сексуальность в современном обществе**

В настоящее время прослеживается несколько основ­ных тенденций в человеческой сексуальности.

*Наблюдается ломка традиционных гендерных стереотипов,* проявляю-щаяся значительным ослаблением поля­ризации мужских и женских социальных ролей. Тендерное разделение труда утратило прежнюю жесткость и норма­тивность, а существенная часть социальных ролей переста­ла дифференцироваться по половому признаку.

*Культурные стереотипы маскулинности и фемининности становятся менее жесткими и поляризованными.* В них традиционные взгляды тесно переплетаются с новы­ми. Они более полно учитывают индивидуальные различия и отражают точку зрения обоих полов. Традиционный иде­ал женственности предполагает сочетание нежности, кра­соты, мягкости и пассивности, зависимости, что позволяет мужчине чувствовать себя рядом с женщиной сильным и

35

энергичным. Все эти качества продолжают высоко оцени­ваться мужчинами. Но сегодня, чтобы быть с мужчиной на равных, женщине необходимы острый ум, энергичность и предприимчивость, т. е. те качества, которые раньше счи­тались привилегией мужчин. Меняется и стереотип маску­линности - интеллект мужчины все чаще ставится выше его физической силы, допускаются проявления нежности и душевной тонкости, предполагается, что он может обуз­дать агрессию и грубые порывы.

*Происходят изменения в институте брака и семьи.* Причем, вопреки предсказаниям радикалов, привлека­тельность моногамного брака и семейных отношений не уменьшаются. В 1990 году был проведен опрос жителей 43 развитых стран на предмет значимости для них различ­ных сфер жизни человека: 83 % опрошенных на первое ме­сто поставили семью. Несмотря на то, что современные люди терпимее относятся к внебрачным связям, абортам, разводам, проституции, они отнюдь не поддерживают идею отмирания брачного союза. Во многих странах значение семьи скорее возрастает. Согласно социологическим опро­сам, женатые люди больше удовлетворены своей жизнью, меньше болеют и имеют более высокую продолжитель­ность жизни, чем одинокие. Семейная жизнь с постоянным сексуальным партнером является оптимальной для боль­шинства людей. Все большее значение в браке придается качеству жизни и субъективному благополучию. Поэтому современный брак чаще заключается не по расчету или обя­занности, а на основе взаимной любви и психологической интимности. Однако свободный выбор брачного партнера предполагает возможность расторжения брака по психо­логическим мотивам, что делает его менее устойчивым. На статистику разводов также влияет увеличение общей про­должительности жизни, уменьшение материальной зависи­мости женщин, уменьшение размеров семьи (многие пары имеют одного ребенка либо бездетны). Растет число оди­ноко живущих людей. Юридически не оформленное сожи­тельство, которое ранее выполняло функции ограниченно­го во времени «пробного брака», теперь стало массовым явлением, фактически альтернативной формой брака. Но­вой экспериментальной формой супружеских отношений являются открытые браки, в которых супруги признают

36

друг за другом право на половые связи на стороне для более полного удовлетворения их сексуальных потребностей. Растет число лиц с установкой на «серийную моногамию», суть которой заключается в том, что субъект одновремен­но живет только с одним партнером (женой, мужем), но на протяжении жизни он может последовательно вступать в несколько юридически оформленных брачных союзов.

*Происходит либерализация морали и крах традици­онных антисексуальных установок в культуре.* В сексу­альности перестают видеть нечто запретное, постыдное и низменное. Реабилитирована эротика, которая находит разнообразное выражение в массовой культуре, будь то кино, литература или изобразительное искусство. Ослабе­ли культурные запреты против наготы, расширились гра­ницы речевой пристойности и некоторые слова, недавно считавшиеся непристойными, вошли в широкий оборот. Иногда говорят, что это свидетельствует о падении нравов, но возможность свободно обсуждать ранее закрытые, «по­стыдные», темы скорее говорит о том, что люди наконец перестали их бояться и могут более свободно обсуждать вопросы, связанные с сексуальностью.

*Отмечаются изменения в системе социализации де­тей и молодежи.* Расширение диапазона контактов и со­вместной деятельности мальчиков и девочек способствует выравниванию традиционных тендерных особенностей, а ослабление внешнего контроля дает молодым людям не­сравнимо большую свободу в принятии решений, в том числе и в вопросах половой жизни. Более раннее половое созревание, как следствие акселерации, приводит к про­буждению сексуальных интересов подростков задолго до наступления совершеннолетия. Поэтому взрослые вынуж­дены создавать систему сексуального образования, чтобы научить молодых людей ответственному отношению к их собственной сексуальности.

По мнению И.С. Кона (2004), главная тенденция нашего времени - *отделение сексуального поведения от репродук­тивного.* Чтобы осознать этот факт, субъекту достаточно сопоставить, сколько детей он сознательно зачал и произ­вел на свет с тем, сколько раз в течение жизни и с какой целью он совершал сексуальные действия. В конце XX ве­ка было создано множество контрацептивных средств,

37

которые освобождают людей, вступающих в сексуальный контакт, от страха перед нежелательной беременностью. Искусственное осеменение и генная инженерия сделали возможным «непорочное зачатие». К настоящему времени во всем мире благодаря экстракорпоральному оплодотво­рению (ЭКО) на свет появились свыше 1 млн младенцев.

И.С. Кон (2003) также выделяет и другие общие тенден­ции в сексуальности, характерные для всех развитых стран:

- более раннее сексуальное созревание и пробужде­ние эротических чувств у подростков;

- более раннее начало сексуальной жизни (по типу своего сексуального поведения подростки опережают своих сверстников из прежних поколений на 3 - 4 года);

- социальное и моральное принятие добрачной сексу­альности и сожительства (да и как может быть иначе, если половое созревание происходит раньше, а воз­раст вступления в брак в индустриально развитых  
странах повышается);

- ослабление «двойного стандарта»;

- признание сексуальной удовлетворенности одним из главных факторов удовлетворенности браком и его прочности;

- ресексуализация женщин, которых викторианская мораль считала вообще асексуальными; современ­ные женщины получают от своей сексуальной жизни значительно больше удовольствия, чем прошлые по­коления;

- сужение сферы запретного в культуре и рост обще­ственного интереса к эротике;

- рост терпимости по отношению к необычным вари­антным и девиантным формам сексуальности, осо­бенно гомосексуальности;

- увеличение разрыва между поколениями в сексуаль­ных установках, ценностях и поведении - многое из того, что было абсолютно неприемлемо для родите­лей, дети считают нормальным и естественным.

Группа немецких специалистов под руководством Г. Шмидта провела интервью с 776-ю 30-, 40-, 45- и 60-летни­ми мужчинами и женщинами, проживающими в городах ФРГ (G. Schmidt et al., 2003). Оказалось, что лица обоего пола

38

ныне заключают брак реже и позже, чем раньше, а их супружеский союз чаще распадается. Из-за частых разводов все больше детей воспитываются без участия одного из ро­дителей. Появились различные формы небрачных союзов. Сегодня «парой» фактически признают любой союз, где двое людей говорят, что они образуют единое целое неза­висимо от семейного статуса и пола партнеров, а «семьей» считается любая пара, имеющая детей, независимо от того женаты ли их родители, воспитываются ли дети в одном или двух домохозяйствах. Выявленные сдвиги исследователи называют «семейной революцией», которая, по их мнению, изменяет общество сильнее, чем предшествовавшая им сек­суальная революция 60 - 70-х годов прошлого века.

**1.9. Особенности мужской и женской сексуальности**

В общественном сознании маскулинность и сексуаль­ность - почти синонимы. «Настоящий мужчина» в при­вычном понимании - прежде всего хороший самец, его идентичность неотделима от его сексуальности, а сила мужчины обычно ассоциируется с его потенцией. А как обстоит дело на самом деле?

Проведен аналитический обзор 5400 научных статей, посвященных выраженности сексуального влечения, т. е. специфической мотивации, сконцентрированной на сексуальной активности и стремлении к достижению сек­суального удовлетворения (R. F. Baumeister, K. R. Catanese, K. D. Vohs, 2003). Установлено, что по большинству пока­зателей (частота сексуальных мыслей, фантазий и спон­танного возбуждения; желаемая частота секса; частота мастурбации; желаемое число сексуальных партнеров; предпочтение секса другим занятиям; активный поиск, а не избегание сексуальных действий; готовность ини­циировать сексуальные действия; наслаждение разными типами сексуальных практик; готовность жертвовать ре­сурсами ради секса; положительное отношение к сексу­альной активности; распространенность расстройств, свя­занных с понижением сексуального желания) - мужское влечение значительно сильнее женского. Ряд ученых объ­ясняет этот феномен с позиции эволюционной биологии:

39

если биологическая функция самцов состоит в том, чтобы оплодотворить как можно больше самок, то мужская сек­суальность по определению должна быть более сильной и экстенсивной.

Был проведен массовый анкетный опрос более чем 16 000 студентов 52 народов из 10 основных регионом мира (G. Schmidt et al., 2003). Молодых людей спрашивали, скольких сексуальных партнеров они хотели бы иметь вообще и в ближайший месяц, готовы ли они приложить для достиже­ния этой цели определенные усилия и как быстро они гото­вы согласиться на сексуальное сближение с малознакомым человеком? Оказалось, что независимо от страны, региона, брачного/партнерского статуса и сексуальной ориентации респондентов, мужчины хотят иметь больше сексуальных партнеров, чем женщины (иметь в течение ближайшего ме­сяца больше одного партнера хотели бы свыше 50 % муж­чин и меньше 20 %женщин), и мужчины легче идут на сек­суальное сближение после кратковременного знакомства. По мнению исследователей, это подтверждает универсаль­ность мужской тяги к сексуальному разнообразию и крат­косрочным связям.

Повышенное значение для мужчин сексуальной ак­тивности имеет важные социально-психологические по­следствия. Мужская сексуальность была и остается пред­метом своеобразного культа. А где культ - там и мифы, а где мифы - там опасения и страхи. Перечислим некото­рые типичные для американских мужчин мифы: настоящий мужик проверяется прежде всего в сексе; мужчина всегда заинтересован в сексе и всегда готов к нему; всякое при­косновение сексуально или должно вести к сексу; хороший секс происходит сам собой, без подготовки и разговоров; секс - это твердый член и то, что с ним делают; секс и по­ловой акт - одно и то же; хороший секс обязательно пред­полагает оргазм; занимаясь сексом, мужчины не должны слушаться женщин; у настоящих мужчин нет сексуальных проблем (B. Zelbergeld, 1992).

Все эти утверждения весьма далеки от истины. «На­стоящий мужчина» из легенды обязательно обладает длин­ным и твердым членом, который является главным при­знаком мужского достоинства и силы и ассоциируется с высокой потенцией. Счастливым обладателям крупных

40

пенисов приписывают особую физическую силу и высокую сексуальную активность. Среднестатистические размеры эрегированного полового члена европейского мужчины составляют 13 - 16 см. Объективно его размеры для женщин не так уж важны, поскольку женские гениталии весьма пла­стичны и при достаточном уровне полового возбуждения легко подстраиваются под размеры фаллоса партнера. Не более 5 % женщин могут реально испытывать с этим про­блемы. Сексуальное удовлетворение женщин зависит от размера пениса гораздо меньше, чем это принято думать, но все же при прочих равных условиях многие из них дей­ствительно предпочитают мужчин с достаточно большим половым членом.

Сексологи иногда шутят, что «мужской прибор - са­мый ленивый». Только в период юношеской гиперсексу­альности (1-18 лет) эрекция у юношей может возникать помногу раз в день, порой в самых неподходящих местах. У взрослых мужчин эрекции возникают реже и становятся более избирательными. Кроме того, эрекция, половое воз­буждение и сексуальное желание конкретной женщины - это вовсе не одно и то же. Мужской оргазм может разли­чаться по интенсивности в зависимости от выраженности полового влечения к партнерше. Диапазон оргастических переживаний может колебаться от сброса напряжения и чувственного удовольствия, локализованного преимущест­венно в половых органах, до экстаза с исчезновением гра­ниц пространства и времени.

Современный мужчина порой оказывается пленником стереотипов о собственной силе. Женщина, которая отка­зывает мужчине, только приобретает уважение. Отказ в ин­тимной близости со стороны мужчины до сих пор воспри­нимается как свидетельство его несостоятельности либо как личное оскорбление. По мнению И.С. Кона (2004), мужской стиль жизни носит во многом предметно-инструментальный характер. Это распространяется и на сексуальность. В муж­ском сексуальном сценарии «секс» - не только удоволь­ствие, но и работа, которая обязательно требует успеха, завершения, мужчине необходимо «кончить» самому и «довести» до оргазма партнершу. На первый план при этом часто выдвигаются количественные показатели - число женщин, количество половых актов. Но количество сексу-

41

альных партнерш и контактов далеко не всегда коррелиру­ет с сексуальной удовлетворенностью. Мужчины склонны к «техницизму» сексуального мышления: они часто озабо­чены тем, как продлить эрекцию, усилить ощущения во вре­мя фрикций и при семяизвержении. Поэтому для мужчины интимная близость - это прежде всего половой акт. Все остальное - предварительные ласки, проявления нежно­сти после окончания коитуса - кажется второстепенным, необязательным.

Вследствие инструментальности и соревнователь­ности своего стиля жизни многие мужчины не доверяют собственным переживаниям и нуждаются в объективном подтверждении своей сексуальной эффективности. Самое весомое подтверждение своих мужских достоинств муж­чина получает от женщины. Поэтому так важен для юноши первый сексуальный опыт. Да и взрослые мужчины неред­ко изменяют женам и заводят внебрачные связи не только из-за жажды разнообразия, но и с целью самоутвержде­ния. Но мужчина, который прежде всего стремится дока­зать свою силу, невольно превращает половую близость в экзамен, порой проваливая его как раз потому, что он не чувствует себя свободно и раскованно. Не случайно, по­жалуй, самая распространенная сексуальная проблема со­временного мужчины - «исполнительская тревожность», порождаемая сомнениями в своем «мастерстве» и тревогой перед возможной неудачей при половом акте (чаще из-за отказа эрекции). Напротив, жители некоторых островов Полинезии вообще отрицают саму возможность мужской несостоятельности в нашем понимании. Кстати, поэтому у них не наблюдается случаев психогенных нарушений эрек­ции.

Традиционная модель сексуального поведения припи­сывает всю активность, начиная с ухаживаний и заканчи­вая техникой полового акта, мужчине, оставляя женщине пассивную роль. Строго говоря, этой модели никогда не придерживались все пары, однако отголоски этого стерео­типа дошли до наших дней. С одной стороны, женщины не­редко ждут от мужчины инициативы, не проявляя активно своих сексуальных желаний. С другой стороны, мужчины порой демонстрируют недоумение и даже раздражение, когда партнерша открыто выражает свои намерения всту-

42

пить в половой акт. У них возникает страх перед непредсказуемостью и силой сексуального желания женщины, с которым они могут не совладать. Такое несоответствие экспектаций порождает взаимное недовольство и является одной из причин возникновения сексуальной дисгармонии в паре.

Мужской сексуальности также свойственны экстен­сивность и меньшая эмоциональная вовлеченность в психо­логическую интимность. Желание реализовать безличные, не связанные с конкретным сексуальным партнером сексу­альные потребности, толкает многих мужчин на случайные связи, которые увеличивают вероятность всевозможных «осечек», а значит и обвинений в мужской слабости. Ведь если партнеров ничего кроме плотского желания не связы­вает, то невозможность его реализации - хороший повод, чтобы сорвать зло на партнере, выставить его в самом не­выгодном свете, тем самым пробуждая у него сомнения в сексуальной состоятельности.

Кратко остановимся на наиболее характерных особен­ностях женской сексуальности.

*Женская сексуальность связана с менструальным ци­клом.* Сексуальная реактивность женщин различна на раз­ных стадиях цикла. Например, наибольший интерес к эро­тическим фильмам появляется у молодых женщин сразу после окончания менструации, а в первые семь дней второй половины цикла интерес к эротике снижается. Также на­блюдаются циклические колебания либидо и способности испытывать оргастические переживания. Уделом примерно половины женщин является предменструальный синдром, который проявляется раздражительностью, эмоциональ­ной и вегетативной лабильностью.

*Женская сексуальность отличается большей психологичностъю,* результатом чего являются значительные ин­дивидуальные различия в сексуальном поведении женщин и сексуальных переживаниях. Испытывать оргазм и удов­летворение от близости женщине нередко мешают опасе­ния, что она не может положиться на любимого человека или страх потерять его. Директор Института Кинзи Джон Бэнкрофт (2003), опираясь на опрос 987 американских жен­щин от 20 до 65 лет, утверждает, что женская сексуальность качественно отличается от мужской. Сексуальная неудов-

43

летворенность женщин зависит не столько от физических (телесных) реакций, таких как возбуждение, любрикация, оргазм, сколько от психологических факторов, включая чув­ство общего эмоционального благополучия и хорошие отно­шения с партнером. Некоторые явления, которые мужчины, а вслед за ними и врачи, воспринимают как болезненные рас­стройства, требующие лечения, для женщин скорее являют­ся проблемами, с которыми они живут и которые решаются не фармакологическими, а психологическими средствами (Банкрофт и др., 2003). Недавно фирма «Pfizer», создатель легендарной «Виагры», окончательно отказалась от даль­нейших разработок «женской Виагры» в связи с большой зависимостью женской сексуальности от психосоциальных факторов и бесперспективностью фармакотерапии. Тем не менее в Москве в последнее время ряд фирм стал рекламиро­вать чудодейственные инъекции для женщин, страдающих аноргазмией. Интравагинальное введение препарата в пят­но Граффенберга вызывает отек - набухание последнего, что якобы резко повышает оргастичность женщины.

С психологичностью сексуальности женщины связаны следующие моменты.

*Ведущую роль в формировании полового поведения женщины играет не сексуальное либидо, т. е. стремление к половому акту, а эротическое, тесно* связанное с оценкой личностный качеств партнера. Поэтому женская сексуаль­ность по сравнению с мужской более избирательна.

*Сексуальное удовлетворение у женщин менее тесно связано с оргазмом, чему мужчин.* При хороших отношени­ях и глубокой взаимной привязанности супругов женщина вполне может довольствоваться «удовлетворением без ор­газма » в течение многих лет. Даже при достаточном сексу­альном опыте и пробудившейся оргастичности у большин­ства женщин часть половых актов завершается без оргазма. Если при этом нет физического дискомфорта и признаков эмоциональной неудовлетворенности, подобные случаи не имеют патологической основы.

Однако одним из негативных последствий бурных сек­суальных революций 60-80-х годов прошлого века явилось превращение женского оргазма из удовольствия в утоми­тельную обязанность, абсолютную цель, которой одержи­мы многочисленные представители обоих полов. Причем

44

для немалого числа мужчин - это лишь способ почувствовать себя отличным сексуальным партнером, который всегда способен удовлетворить женщину. Прекрасный пол также нередко стремится к достижению оргазма из сооб­ражений престижа, поскольку он дает возможность жен­щине продемонстрировать партнеру свою «сексуальную полноценность» и убедиться в ней самой. Иногда в основе «оргазмоцентрической» установки лежат опасения жен­щины, что иначе мужчина ее разлюбит и уйдет к другой (особенно при наличии реальной или мнимой соперницы). Так или иначе подобные установки порождают у многих женщин тревожные опасения дурных последствий отсут­ствия оргазма и желание приложить все усилия, чтобы по­лучит этот «заветный приз».

При консультировании женщин с сексуальными про­блемами следует помнить еще о некоторых особенностях женской сексуальности.

Большинство сексуальных дисфункций не препятству­ют интимной близости женщины, хотя и мешают получать удовлетворение от нее.

В становлении женской сексуальности отмечается тен­денция к застреванию в эротической фазе. Причем у ряда женщин пробуждения сексуального компонента либидо и способности испытывать оргазм вообще не происходит, либо способность достигать оргазма возникает лишь после определенного периода регулярной половой жизни.

Если эрогенные зоны мужчины в основном локализо­ваны в области половых органов, то у женщин экстрагенитальные зоны играют большую роль, а порой доминируют над генитальными в процессе нарастания возбуждения.

В отличие от мужчин, у которых после полового акта возникает рефрактерный период (необходим для нако­пления зрелых сперматозоидов в эякуляте), у женщин нет периода половой невозбудимости, что потенциально обе­спечивает мультиоргастичность (эта возможность реали­зуется у 14 - 30 %женщин).

Для лучшего понимания психологических аспектов, отличающих мужскую и женскую сексуальность, кратко остановимся на теории сексуальных стратегий американ­ского психолога Д. Басса (1994, 1998). С точки зрения эво­люционной психологии все психологические механизмы

45

человеческой сексуальности возникли путем естественно­го отбора в процессе эволюции. Эти психологические ме­ханизмы обеспечивают сексуальную адаптацию индивида к изменяющимся условиям окружающей среды. В процессе эволюции мужчины и женщины сталкивались с разными адаптивными проблемами, поэтому у них сформировались отличные друг от друга сексуальные стратегии.

Мужчины и женщины выработали стратегический ре­пертуар, который включает в себя как краткосрочные (по­иск временного сексуального партнера), так и долгосроч­ные (поиск постоянного партнера) стратегии. При решении краткосрочных и долгосрочных задач у них возникают раз­ные адаптивные проблемы. Так мужчины уделяют спарива­нию больше усилий, чем женщины, что связано с существен­ными различиями в размере минимального родительского вклада у представителей обоих полов. Поэтому мужская краткосрочная сексуальная стратегия предполагает ре­шение четырех адаптивных проблем: 1) определение числа половых партнеров; 2) определение сексуально доступных женщин; 3) определение фертильных женщин; 4) минимиза­ция усилий, необходимых для достижения цели (полового контакта) и родительского вклада.

Несмотря на то, что женщины гораздо меньше выигры­вают от краткосрочного спаривания, они могут получить от него ряд адаптивных выгод: 1) материальные ресурсы для себя и своих детей; 2) подстраховку на случай потери по­стоянного партнера; 3) генетические выгоды от спаривания с более сильным мужчиной.

Стратегия долгосрочного спаривания ставит перед мужчиной другие задачи: 1) определение репродуктивно ценных женщин; 2) обеспечение повышенной вероятности стать отцом; 3) определение женщин с хорошими родитель­скими навыками.

Женщины, избирающие долгосрочную сексуальную стратегию, решают следующие задачи: 1) определить муж­чин, способных добывать ресурсы; 2) определить мужчин, которые обнаруживают готовность вложить эти ресурсы в их и их детей; 3) определить мужчин, желающих вступить в долгосрочные отношения; 4) определить мужчин, готовых защищать их и их детей от внешней агрессии; 5) определить мужчин с хорошими родительскими навыками.

46

В зависимости от контекста мужчины и женщины ис­пользуют конкретные сексуальные стратегии или их ком­бинацию.

**1.10. Сексология и сексопатология**

Сексология является междисциплинарной наукой, объединяющая ряд отраслей знаний основным призна­ком - изучение человеческой сексуальности во всех ее аспектах: биологическом; психологическом, социальном, морально-этическом, правовом, педагогическом, этногра­фическом, антропологическом, гигиеническом, религи­озном и медицинском. Поэтому медицинская сексология (сексопатология) - составная часть сексологии как науки и одновременно клиническая дисциплина, которая изучает причины нарушения сексуального здоровья, методы про­филактики, диагностики и лечения половых расстройств.

Сексология выделилась из ряда других наук и стала са­мостоятельной лишь в XX веке, когда возросла потребность в систематизированных знаниях о сексуальном поведении человека. Однако интерес к проблемам пола существовал всегда. Достаточно обратиться к старинным трактатам по сексуальным практикам, дошедшим до наших дней из глу­бины веков: «Искусство спальни» (Китай), «Кама-сутра» и «Ананга ранга» (Индия), «Искусство любви» (Древняя Греция) и др. В древнейших мифологических, а позже и в философских учениях содержались определенные сведе­ния о природе половых различий, анатомии и физиологии половых органов, эротических ласках и позициях полово­го акта, зачатии, беременности и родах. Однако древняя эротология, то есть теория и практика искусства любви, имела сильный налет мистицизма и не ставила своей целью глубоко исследовать сексуальность. Только с развитием целого комплекса медико-биологических и социально-психологических наук, после преодоления сопротивления церкви и сексологического ханжества среди большей части населения возникли предпосылки для всесторонней и объ­ективной оценки феномена человеческой сексуальности. Систематическое изучение половой жизни первыми начали врачи, причем, долгое время круг их исследований ограни-

47

чивался лишь патологическими формами сексуального по­ведения, а нормальные проявления сексуальности человека оставались без должного внимания.

В числе основоположников современной сексологии следует упомянуть профессора психиатрии Венского уни­верситета Рихарда фон Крафт-Эбинга (1840 - 1902). Его труд «Сексуальные психопатии », изданный еще в 1886 году, послужил основой для развития медицинской сексологии. Австрийский врач, родоначальник психоанализа Зигмунд Фрейд (1856 - 1939) первым открыл широким кругам общест­венности роль сексуальности в жизни человека. Он пришел к выводу, что причиной неврозов служат бессознательные конфликты сексуальной природы. Исследуя психосексу­альное развитие ребенка, Фрейд показал влияние его нару­шений на психическое здоровье и сексуальность взросло­го человека. Свою теорию младенческой сексуальности он развил в книге «Три очерка по теории сексуальности», ко­торая вышла в свет в 1905 году. Во многом именно благода­ря трудам Фрейда сексуальность стала серьезно изучаться в медицине и психологии. Немецкий дерматовенеролог Иван Блох (1872 - 1922) изучал историю проституции и «необыч­ное» сексуальное поведение, а в своей книге «Сексуальная жизнь нашего времени и его связь с современной культу­рой», изданной в 1909 году, впервые в систематизированном виде представил весь комплекс существующих в тот период времени сексологических знаний. Немецкий психиатр Маг­нус Хиршфельд (1868 - 1935) исследовал сексологические проблемы в социальном, историческом и медицинском ас­пектах. Он придавал основное значение решению этических и юридических проблем, стремился урегулировать вопросы *проституции* и контроля над рождаемостью. В 1918 году в Берлине Хиршфельд основал и возглавил первый в мире сексологический институт. Английский публицист, из­датель и врач Генри Хэвлок Эллис (1859 - 1939) потратил несколько десятилетий на изучение всей доступной в то время информации о сексуальном поведении человека в западном мире и других культурах. В результате с 1886 по 1928 год им было издано семь томов «Исследований по психологии секса». В них признавались многовариант­ность сексуального поведения и склонностей, проявляе­мых людьми, а также обусловленность сексуальной морали

48

культурными и социальными факторами. Работы Эллиса, несомненно, сыграли свою роль в постепенной либерали­зации сексуальных установок, господствующих в виктори­анскую эпоху (см. *викторианизм*). Важную роль в развитии сексологии внесли швейцарский невропатолог, психиатр и энтомолог Август Форель (1848-1931), который в 1906 году опубликовал работу «Половой вопрос», а также немецкий психиатр Альберт Молль (1862-1939), обобщивший свои взгляды на сексуальное развитие детей и половое воспита­ние в труде «Половая жизнь ребенка», изданном в 1908 году. Перу голландского гинеколога Теодора Ван де Вельде (1873 - 1937) принадлежит книга «Идеальный брак», кото­рая впервые была опубликована в 1926 году, пользовалась чрезвычайно большой популярностью и к 1967 году выдер­жала 77 изданий. Ван де Вельде предложил свою концеп­цию гармоничного супружества, которая учитывает мно­гообразие факторов, способствующих стабильности брака. В их числе важнейшую роль он отводил повышению сексу­альной удовлетворенности супругов. Значительный вклад в развитие современной сексологии внес американский биолог Альфред Кинзи (1894 - 1956), который впервые провел широкомасштабное изучение полового поведения людей (детальному опросу подверглись более чем 16 000 человек). Итогом данного исследования стали труды «Сексуальное поведение мужчины» и «Сексуальное поведение женщи­ны», опубликованные соответственно в 1948 и 1953 годах. Кинзи и его сотрудники убедительно доказали существо­вание огромного диапазона индивидуальных различий в проявлениях сексуальности человека. Американский гинеколог Уильям Мастерс (родился в 1915 г.) вместе со своей со­трудницей Вирджинией Джонсон первыми в лабораторных условиях детально изучили нормальные физиологические реакции мужчины и женщины при половой близости. Подробный отчет об их работе представлен в книге «Сексуаль­ные реакции у человека», изданной в 1966 году. Мастерс и Джонсон разработали оригинальный подход к терапии по­ловых дисфункций, который описали в своей книге «Сек­суальная неадекватность у человека». В 1970 году выход в свет этого издания ознаменовал рождение секс-терапии. Исследования последних десятилетий, проведенные в ней­рофизиологии, генетике, эмбриологии, эволюционной био-

49

логии, эндокринологии, гинекологии, психологии и других научных дисциплинах, позволили значительно обогатить и расширить познания в области дифференциации и взаимо­отношений полов, различных аспектов человеческой сексу­альности.

Сексопатология (медицинская сексология) - область клинической медицины, изучающая причины возникнове­ния половых расстройств, диагностику, клинику, течение, прогноз нарушений сексуальной сферы, а также вопросы их лечения и профилактики. Базируется на междисципли­нарном (системном) подходе и в выявлении закономерно­стей развития сексуальной патологии, ее диагностике и ле­чении опирается на психиатрию, клиническую психологию, психотерапию, урологию, андрологию, гинекологию, эндо­криноло-гию, невропатологию, ангиологию.

Г.С. Васильченко (1990) выделил три основных эта­па становления сексопатологии. На первом, наивно-механистическом, этапе (конец XIX - начало XX веков) все сексуальные расстройства связывались с заболеваниями мужских или женских половых органов. Второй, энциклопе­дический, этап в развитии сексопатологии (начало - сере­дина XX века) знаменовал переход на мультидисциплинарные методологические позиции. Его результатом явилось преодоление односторонних взглядов на природу сексу­альной патологии и признание многофакторности половых расстройств, которые могут возникать при разнообразных формах психической, неврологической, урологической, ги­некологической, эндокринной патологии. Переход к третье­му этапу связан с фундаментальными работами отечествен­ных исследователей (В. А. Геодакян, И.С. Кон и др.). На базе общей теории функциональных систем П. К. Анохина и концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла Г.С. Васильченко разработал первую междисциплинарную модель сексопатологии, открывающую ее системный этап. Развивая системную концепцию, В.В. Кришталь выделил четыре аспекта сексуальности человека - социальный, психологический, социально-психологический и медико-биологический - и соответствующие им направления в сексологии и сексопатологии. Системный подход позволя­ет выявить роль многочисленных негативных социальных, психологических и биологических факторов в генезе сек-

50

суальных расстройств и на этой основе разработать наибо­лее адекватные лечебно-профилактические мероприятия.

Сексопатология, будучи единой дисциплиной, под­разделяется на общую и частную. Общая сексопатология изучает основные закономерности соотношения и диффе­ренциации полов, анатомо-физиологические особенности половой сферы и сексуальности, вопросы сексуальной нор­мы и патологии, формы реализации сексуальных потреб­ностей человека, эпидемиологию и феноменологию поло­вых расстройств, причины и условия развития сексуальной дисгармонии. Частная сексопатология изучает конкретные формы половых расстройств, их этиопатогенез, клинику, разрабатывает методы диагностики профилактики и ле­чения того или иного заболевания. Важным постулатом современной научной сексопатологии является принцип парности, положенный в основу концепции партнерства и учитывающийся в диагностике и лечении половых рас­стройств.

Наряду с вышеназванными учеными большой вклад в становление отечественной сексологии и сексопатоло­гии внесли Н.В. Иванов, П.Б. Посвянский, А.М. Свядощ, И.Ф. Юнда, В.И. Здравомыслов, Г.И. Козлов, С.С. Либих, В.М. Маслов, И.Л. Ботнева. В настоящее время на постсо­ветском пространстве над актуальными проблемами сек­сологической науки и практики активно работают извест­ные специалисты С.Т. Агарков, Б.Е. Алексеев, Б.М. Ворник, И.И. Горпинченко, В.А. Доморацкий, Н.Д. Кибрик, Г.С. Качарян, А.С. Качарян, А.И. Федорова, Л.М. Щеглов, М.И. Ягубов и др.

51

**Глава 2. Сексуальные**

**Дисгармонии и дисфункции**

**2.1. Сексуальные дисгармонии**

Сексуальную дисгармонию (дисгамию) можно охарак­теризовать как нарушение сексуального взаимодействия в паре, которое вызывает недовольство партнеров сущест­вующими интимными отношениями. Возникает в резуль­тате недостаточной психологической совместимости или физической привлекательности партнеров, а также отсут­ствия взаимоприемлемого сексуально-поведенческого сте­реотипа, обеспечивающего адекватное удовлетворение их половых потребностей.

К. Имелинский (1986) считает, что любые недостатки в физическом и психическом соответствии друг другу спо­собны привести к отрицательной оценке «стиля пережива­ния близости» одним или обоими партнерами. В подобных случаях действия партнера, его мимика, жесты, проявления чувств, половое возбуждение - все это, вместо того чтобы быть сильным эротическим раздражителем для мужчины или женщины, становится эротическим тормозом, способ­ным блокировать половое возбуждение. В результате раз­вивается сексуальная дисгармония, которая проявляется: 1) снижением потребности в половых сношениях с парт­нером; 2) снижением интенсивности чувственных пережи­ваний во время полового акта, включая утрату прежней остроты оргастических ощущений у мужчин и урежение или полное отсутствие оргазма у женщин; 3) уменьшением сексуальных возможностей при *коитусе* (ослабление эрек­ции, ускоренная либо затрудненная эякуляция у мужчины, торможение полового возбуждения и любрикации у жен­щины).

52

О том, что сексуальная дисгармония вызвана недостаточной эротической привлекательностью партнера, сигнали­зирует тот факт, что в ходе половой близости с ним субъект вынужден создавать в воображении образ другого мужчи­ны или другой женщины, чтобы добиться большей степени полового возбуждения. Особенно часто это случается при наличии «конфликтной любви», которая направлена не на актуального партнера, а другое лицо. Об этом всегда сви­детельствуют и ситуации, когда мужчина периодически ис­пытывает сильное половое возбуждение при несексуальных контактах с другими женщинами (во время танца), в то вре­мя как со своей партнершей он не может добиться подобно­го состояния даже в самой интимной ситуации.

По мнению К. Имелинского (1986), даже удачное парт­нерство (супружество) с течением времени претерпевает определенную динамику. Можно выделить три фазы его развития.

*1-я фаза.* Если партнеров связывают глубокие чувства и взаимная эротическая привлекательность, любые контакты между ними, в особенности сексуальные, которые на этой фазе могут преобладать над всеми другими видами обще­ния, способствуют возникновению ярких эмоциональных переживаний, субъективно воспринимаемых как чувство влюбленности. Таким образом, сексуальные аспекты парт­нерских отношений доминируют над несексуальными.

*2-я фаза.* После завершения периода максимального подъема, связанного с чувственностью (редко продолжается свыше четырех лет, что обусловлено нейрофизиологически­ми механизмами), наступает некоторое снижение интенсив­ности эротических эмоций между партнерами. Развивается равновесие между сексуальными и несексуальными аспекта­ми жизни.

*3-я фаза.* Возникает, когда партнер перестает пробуж­дать яркое эротическое желание, либо даже начинает вызы­вать нежелание вступать с ним в интимные контакты. Фаза эротического равнодушия является неизбежным следстви­ем эмоциональных перемен и физических изменений, про­исходящих у двух людей при длительной совместной жиз­ни. При этом происходит замещение чувства любви другими положительными или отрицательными чувствами, которые способствуют сохранению брака либо, напротив, его разру-

53

шению. Темпы такого, во многом естественного, варианта развития сексуальной дисгармонии зависят от удачного или неудачного подбора полового партнера. При выборе, осу­ществленном по любым мотивам, кроме взаимного сексуаль­ного влечения и эротической любви, партнеры начинают со­вместную жизнь со 2-й или даже 3-й фазы. Таким образом, дисгамия может быть следствием изначально неадекватных для гармоничной интимной жизни установок, типа «стер­пится - слюбится», «главное - чтобы меня любили» и т. п. Напротив, удачное партнерство лишь на отдаленных этапах совместной жизни ведет к возникновению сексуальной дис­гармонии, которая в данном случае не имеет патологической основы, являясь лишь следствием притупления прежних воз­буждающих стимулов и развития эротического равнодушия к партнеру. При этом устойчивые межличностные отноше­ния, основанные на уважении, доверии и взаимопонимании, могут длительно сохраняться, выступая стабилизатором брачного союза, в котором уже нет пылкой любви.

Но даже сильные обоюдные чувства партнеров сами по себе еще не являются гарантией взаимоудовлетворяю­щих интимных отношений. С.Т. Агарков, Т.Е. Агаркова (1985) считают, что сексуальную гармонию в паре отличают прежде всего умение понимать желания другого и адекват­но выражать собственные половые потребности в общении с ним. Гармония в половой жизни зависит от хорошей психологической совместимости пары и взаимной сексуальной адаптации, т. е. их умения приспособить собственные сек­суальные потребности друг к другу.

Сексуальные дисгармонии являются результатом слож­ного взаимодействия внутриличностных, межличностных, поведенческих, физиологических факторов и социальных влияний. В целях систематизации можно выделить следую­щие варианты дисгармоний (по ведущим механизмам ее раз­вития): 1) социально-психологические; 2) поведенческие (технические); 3) физиологические; 4) связанные с патоло­гией. Подчеркнем, что в изолированном виде они встреча­ются нечасто, а в большинстве случаев формирование той или иной сексуальной дисгармонии обусловлено сочетани­ем различных механизмов и вариантов.

Дисгамии задерживают пробуждение сексуальности у женщин, при уже сформировавшемся половом влечении

54

тормозят возбуждение и часто препятствуют наступле­нию оргазма, а в случае длительного течения - снижают либидо. У мужчин наличие дисгармонии в интимной жиз­ни может порождать идеи сексуальной неполноценности, способствуя возникновению психогенных *сексуальных дисфункций,* либо постепенно вызывает утрату эротиче­ского интереса к супруге.

**Социально-психологические дисгармонии**

Социально-психологические факторы во многом опре­деляют устойчивость брака в целом и характер интимных отношений. К развитию сексуальной дисгармонии пред­располагают несоответствие черт характера супругов, их эмоциональная незрелость, инфантильность и зависимость от мнения окружающих, разочарование *в* личностных ка­чествах партнера и нарастающие негативные эмоции по отношению к нему (например, после измены супруга либо появления собственного нового увлечения, при его пьян­стве или постоянной занятости на работе и т. п.), невозмож­ность реализации в браке потребности в самоутверждении. Негативную роль играет отсутствие взаимного согласия по вопросам, связанным с рождением детей и их воспитани­ем, совместным времепровождением, бытовыми условиями и материальным обеспечением семьи, культурным досугом и отдыхом, интимной жизнью в браке, ее регулярностью и разнообразием и т. п. Часто в основе психологической дис­гармонии лежит несоответствие между представлениями партнеров об идеальном супружестве и тем, как строятся их реальные отношения в браке. Такое несовпадение идеа­лизирован-ных фантазий на тему брака и жизненных реалий вызывает душевный дискомфорт и порождает сомнения в правильности выбора супруга или супруги. Лазарус пред­ставил целый ряд типичных заблуждений о семейной жиз­ни. Перечислим некоторые из них: «пара должна все делать вместе»; «все спасено, если у нас будет ребенок»; «партне­ры не могут иметь тайн друг от друга»; «вот заживем вместе, тогда я сделаю партнера другим»; «кто меня по настояще­му любит, тот понимает и без слов»; «противоположности притягиваются»; «конкуренция между партнерами оживля-

55

ет супружеские отношения»; «вся работа а браке должна по братски делиться поровну» и т. п. Подобные мифы создают в браке нереалистичные ожидания и являются благодатной основой для возникновения супружеских конфликтов, не­редко затрагивающих и интимную сферу.

В процессе сексуального общения партнеры должны понять, какое ролевое поведение они ждут друг от друга. В противном случае можно столкнуться с жалобами одного из супругов, что другой в ходе половой близости «делает все не так». С.С. Либих (1990) предложил схематичную класси­фикацию психосексуальных типов мужчин и женщин, ко­торая поясняет один из важных механизмов возникнове­ния гармоничных и дисгармоничных интимных отношений. В соответствии с ней выделяют следующие типы женщин:

1. Женщина-мать. Стремится к опеке своего партнера, увлекается слабыми, больными, неудачниками. Стремится их защитить, «поднять», ободрить, во­одушевить, Слабость и несчастья мужчин могут быть сильными сексуальными раздражителями. Даже беспокойство, эмоциональная неустойчи­вость, капризность партнера нередко являются для такой женщины сексуально возбуждающими и мо­гут входить в структуру ожидаемых от него ласк.

2. Женщина-женщина.

а) Агрессивный тип. Стремится бороться с партнером, поначалу в обычном, а потом и в сексуаль­ном общении. Насмешлива, язвительна, склонна к иронии, любит одерживать верх над мужчиной. В его ласках ожидает покорность, даже прини­женность, некоторую растерянность.

б) Пассивно-подчиненный тип. Имеет идеалом «сильного мужчину», хочет подчиниться, «рас­твориться» в нем, в мечтах фантазирует о муж­чине, который «овладевает ею», в ласках мужчи­ны она предпочитает агрессивность, напор, силу, вплоть до причинения боли.

3. Женщина-дочь. Идеал - мужчина значительно стар­ше женщины, опытный, сильный, причем не столько в сексуальном, сколько в житейском отношении. В его присутствии чувствует себя слабой, «малень­кой», в ласках предпочитает «искусство», «зна-

56

ие, которое выше силы», склонна к психологическим возбуждающим влияниям (речь, музыка и др.). Существуют аналогичные типы мужчин:

3. Мужчина-отец. Пожилой, элегантный, с большим сексуальным опытом и хорошо поставленным го­лосом, способен увлеченно говорить. В ласках жен­щина ценит элемент ее «отдачи», слабости, подчи­ненности, восхищения, «угадывания» его желаний и потребностей. Его изощренные ласки значительно компенсируют, возможно, уже невысокий сексуаль­ный потенциал мужчины.

4. Мужчина-мужчина.

а) Агрессивный тип. Склонен к элементам «наси­лия», «овладения», в ласках демонстрирует борь­бу, ласки грубы, чувственны, суждения безапелляционны, иногда причиняют боль.

б) Пассивно-подчиненный тип. Склонен идеализировать «сильную женщину», в ее внешности и ве­щах любит символы этой силы, авторитарности, некоторой мужеподобности (спортивная одеж­да или строгий деловой костюм, высокие сапоги, большие очки, мужская прическа и т. д.). Подчер­кивает свою приниженность, зависимость, ищет приказов, наказаний, выговоров от женщины.

5. Мужчина-сын. Несамостоятельный, подчиняемый, иногда неудачливый, болезненный, психически и физически инфантильный и зависимый. Склонен к подражанию другим, может быть капризным, манерным. Ожидает от женщины утешения и по матерински нежных ласк.

Очевидно, что хорошо совместимы, а следователь­но, наиболее гармоничны в сексуальном плане, например, мужчина-отец и женщина-дочь или мужчина агрессивного типа и женщина пассивно-подчиненного типа. В то же вре­мя сложно ожидать подлинной гармонии между мужчиной-сыном и женщиной-дочерью либо двумя партнерами агрес­сивного типа.

В основе нарушений сексуального взаимодействия парт­неров может лежать отсутствие элементарных знаний о психофизиологии мужской и женской сексуальности, сек-

57

суальной норме, ее возрастных колебаниях и т. д. Причем в отличие от дефицита сексологической литературы в совет­ские времена сейчас мы столкнулись с явлением обратного порядка. Книжный рынок буквально переполнен популярны­ми изданиями по технике секса, которые, подчас, формиру­ют у читателя весьма искаженные представления о гармонии интимных отношений. Людям навязываются неадекватные стереотипы, например, два правила хорошего секса (одно­временное наступление оргазма у обоих партнеров и обяза­тельная смена клиторального оргазма вагинальным), убежде­ние, что все мужчины способны проводить половой акт сколь угодно долго, а женщины при каждом коитусе непременно должны испытывать бурную оргастическую разрядку. В ре­зультате такого дезинформационного давления, порождаю­щего неадекватные установки в сфере интимных отношений, люди предъявляют чрезмерные требования к собственной сексуальности, порой расценивая ее физиологические коле­бания, как болезненные, а также неадекватно реагируют на возможные нюансы половой близости с партнером.

**Поведенческие (технические) дисгармонии**

Их сущность заключается в отсутствии оптимальных для пары форм полового общения, которые давали бы воз­можность получать партнерам обоюдное удовлетворение от сексуальных контактов. Другими словами - половое пове­дение супругов не оправдывает взаимных ожиданий. Встре­чаются в самом начале интимной жизни, при смене сексу­ального партнера, но возможны и в других случаях, если в паре не принято обсуждать индивидуальные сексуальные предпочтения. Чаще «страдают» женщины, в силу многочис­ленных нюансов расположения, реактивности (чувствитель­ности) и последовательности «включения» эрогенных зон, составляющих своего рода индивидуальный «код» возбуж­дения, который должен учитывать ее сексуальный партнер. Например, мужчины часто путают последовательность ласк, прибегая сразу к глубоким ласкам второго порядка (раздра­жение клитора и др.), минуя поверхностные ласки первого порядка, в результате чего возбуждение женщины тормо­зится либо носит неприятный, противоречивый характер.

58

Нередки случаи, когда мужчины вообще не знают индивидуальных особенностей расположения эрогенных зон своей партнерши, что приводит к их неадекватной стиму­ляции, отнюдь не способствующей нарастанию возбужде­ния в ходе предварительных ласк и самого коитуса. Иногда действия одного из партнеров, направленные на усиление сексуальных переживаний другого партнера, являются не­приемлемыми для него, вызывают отрицательные эмоции и спад полового возбуждения. При половом акте технические дисгармонии проявляются в том, что партнеры используют позиции, при которых практически невозможно достичь ор­газма у женщины. Например, у женщины с клиторальным типом оргазма в позиции с высоко поднятыми ногами клитор смещается вверх и назад, что препятствует возникновению оргазма. Еще одна проблема - несоответствие силы, тем­па, направления и глубины фрикций ожиданиям женщины; слишком частая смена типа фрикций либо их однообразный характер на протяжении всего коитуса. Ошибкой является и отсутствие взаимных фрикций, т. е. полная пассивность и отстраненность женщины во время полового акта.

К сексуальной дисгармонии нередко приводит «стереотипизация и монотонизация половой жизни», которая формируется у значительного числа лиц мужского пола в возрасте старше 30 - 35 лет. Сексуально здоровые мужчины начинают относительно редко вступать в половые контакты, мотивируя это занятостью и постоянной усталостью. Если близость и происходит, они почти не используют предвари­тельных ласк либо сводят их к однообразным воздействиям. Сам половой акт обычно происходит монотонно, в одной и той же позиции - по шаблону. Никакой заботы о чувствен­ном удовлетворении женщины не проявляется. Такое фор­мальное исполнение «супружеских обязанностей» не имеет ничего общего с гармоничными интимными отношениями.

**Физиологические дисгармонии**

К ним относят недоучет конституциональных разли­чий партнеров. В известном смысле сексуальная гармония в паре - это возможность адекватно реализовать присущий каждому из партнеров половой темперамент. В идеале -

59

сексуальное влечение, физиологические возможности и интенсивность половой жизни субъекта должны примерно совпадать. Однако в реальной жизни во многих супруже­ских парах происходят разногласия и даже конфликты по поводу частоты половых сношений. Ряд специалистов счи­тает, что коитус должен проводиться только при обоюдном желании, а частота половых актов должна определяться партнером с более низким уровнем сексуального влечения. Однако такая ситуация может вызвать у партнера с более высоким уровнем желания перенапряжение и сильный дис­комфорт в связи с необходимостью часто подавлять поло­вое влечение. Сексуальная неудовлетворенность, нередко трансформируется в агрессивные чувства по отношению к партнеру. Однозначного решения данной проблемы не су­ществует. В одних случаях более темпераментный партнер прибегает к мастурбации; в других - «тренирует выдержку и силу воли», максимально переключаясь на несексуальную активность (физкультура, работа на даче и т. п.); в-третьих - не устояв перед соблазном, ищет любовных утех «на сторо­не». Вместе с тем наиболее адекватным и безболезненным способом разрешения данной проблемы является активное использование партнерами петтинга, что, конечно же, тре­бует определенного уровня взаимоотношений в паре. Когда у женщины возникает сильное желание, она может попы­таться возбудить своего партнера, а если он все же окажется не готов к половому акту, то вполне сможет удовлетворить партнершу стимуляцией клитора рукой либо языком. В тех случаях, когда мужчина жаждет близости, а женщина со­вершенно на нее не настроена, она может просто разрешить себе доставить удовольствие партнеру, лаская половой член рукой либо прибегнув к орально-генитальной стимуляции. Еще один распространенный вариант физиологической дисгармонии - несоответствие продолжительности поло­вого акта, которую способен обеспечить мужчина, потреб­ностям женщины. Если у мужчины эякуляция раз за разом происходит раньше, чем женщина успевает пол учить оргазм (при условии, что женщина способна к его достижению), это требует соответствующей терапии (при длительности коитуса не превышающей 1 - 2 минут) либо модификации поведения во время близости. Мужчинам рекомендует­ся увеличить продолжительность предварительных ласк,

60

включающих прямую стимуляцию области клитора и да во влагалище; периодически прерывать фрикции с одно­временным раздражением клитора рукой; если половой акт все же не привел к оргазму у женщины - помочь достичь его в ходе завершающих ласк. Дополнительно могут ис­пользовать приемы, которые известны из древних тантри­ческих текстов. Например, для снижения высокого уровня полового возбуждения мужчине рекомендуется произвести несколько сжатий мускулатуры промежности и анального сфинктера, при которых происходит втягивание заднего прохода. Их лучше сочетать с одновременным выполнени­ем нескольких вращательных движений глазными яблоками либо при приближении у мужчины эякуляции - энергич­ным надавливанием пальца женщины на «особую точку ти­бетских монахов», расположенную в центре промежности посередине между мошонкой и анусом.

Дисгамии из-за относительного несоответствия разме­ров мужских и женских гениталий встречаются достаточно редко. Чаще всего жалобы женщины на слишком большие размеры полового члена партнера обусловлены отсутст­вием у нее достаточного возбуждения к началу коитуса. В этом случае не происходит адекватного увлажнения и увеличения в размерах влагалища, поэтому при интроитусе и фрикциях могут возникать дискомфортные ощу­щения. В отдельных случаях, когда длина полового члена мужчины в эрегированном состоянии значительно откло­няется от средних показателей (13 - 16 сантиметров), дости­гая 20-ти сантиметров и более, либо, наоборот, составляя менее 10 сантиметров, глубину проникновения во влагали­ще можно регулировать подбором соответствующих пози­ций для сношения. Явное несоответствие половых органов чаще всего наблюдается при патологических состояниях влагалища (недоразвитие, заращение, рубцы, послеро­довые нарушения вульварного мышечного кольца и пр.). В большинстве случаев функциональные возможности вла­галища велики и при надлежащей позиции коитуса, соот­ветствующей тренировке и осторожности, партнеры в со­стоянии достичь обоюдного удовлетворения.

В основе дисгармонии могут лежать различия в индивиду­альных биологических ритмах супругов. Люди, относящиеся к «жаворонкам» имеют максимум жизнедеятельности, смещен-

61

ный на раннее утро, тогда как у «сов» - максимальная фи­зическая и умственная работоспособность приходится на вторую половину дня и ночь. В соответствии с этим у «жа­воронков» сексуальная активность выше в утренние часы, а «совы» в это время более пассивны, у них отсутствует по­требность в близости. По вечерам «жаворонки» чувствуют себя уставшими, стремятся к отдыху, а «совы», напротив, испытывают наибольшее сексуальное желание, что порож­дает супружеские конфликты и недовольство друг другом. В большинстве случаев, идя на взаимные уступки, партне­рам удается прийти к консенсусу по данному вопросу.

У лиц пожилого возраста дисгармонии связаны с игно­рированием возрастных особенностей сексуальности. Так, женщины не хотят учитывать, что для возникновения пол­ноценной эрекции у стареющих мужчин часто требуется интенсификация эротических ласк, включая прямую стиму­ляцию гениталий. Основная женская проблема в климакте­рическом периоде и постменопаузе связана с эстрогенной недостаточностью, которая приводит к истончению слизи­стой влагалища и его сухости даже при наличии полового возбуждения. Поэтому, чтобы при половом акте партнеры не испытывали неприятных ощущений от трения гениталий во время фрикций, необходимо использовать специальные увлажняющие гели.

**Дисгармонии, связанные с патологией**

Это дисгамии, которые носят вторичный характер и обусловлены имеющимися сексуальными расстройствами. Например, эректильная дисфункция, преждевременная или затрудненная эякуляция у мужчин, фригидность, диспареуния, вагинизм у женщин часто приводят к развитию сексуальной дисгармонии в паре. При хороших межлич­ностных отношениях и широком диапазоне приемлемости супругов нарушения половой функции могут быть в значи­тельной мере компенсированы изменением стереотипа по­ловой близости с активным использованием разнообразных эротических ласк, включая петтинг, что может обеспечить обоюдное сексуальное наслаждение. Однако значительно чаще при нарушениях потенции у мужа в паре возникает

62

дисгамия, которая приводит к аноргазмии и постепенному снижению либидо у женщины. Сексуальные дисфункции у женщин, препятствуя достижению полового удовлетво­рения, зачастую формируют у них негативное отношение к сексу, что самым негативным образом сказывается на интимной жизни в супружестве. Поскольку этот вариант нарушения гармонии интимных отношений тесно связан с патологией - его часто относят к проявлениям сексуаль­ной дезадаптации супружеской пары вследствие полового расстройства у одного или обоих партнеров.

Профилактика сексуальных дисгармоний заключается в предоставлении необходимой информации о психофизиоло­гии и психогигиене половой жизни. Большое значение имеет правильное воспитание в детском возрасте, которое позво­ляет выработать адекватное отношение к проявлениям чело­веческой сексуальности. Так, интимно выхолощенный стиль поведения родителей тормозит психосексуальное развитие дочери, способствуя возникновению у нее в дальнейшем про­блем в партнерских отношениях. Важная роль принадлежит повышению сексуальной культуры населения. Залог сексу­альной гармонии - хороший межличностный контакт и взаи­мопонимание в паре. Это позволяет партнерам открыто обсу­дить все волнующие их вопросы и произвести «подстройку» сексуальных сценариев с учетом взаимных пожеланий.

У. Мастерс и В. Джонсон (1991) представили перечень рекомендаций, которые могут помочь супругам улучшить их взаимоотношения и достигнуть сексуальной гармонии в браке:

1. *Всегда помните, что хороший секс начинается, когда вы еще одеты.* Речь идет о том, что атмосфе­ра спальни чаще зависит от того, что происходит вне спальни, каковы отношения между партнера­ми, умеют ли они выразить свои чувства и создать определенное настроение друг у друга.

2. *Стоит потратить время, чтобы подумать о себе как о сексуальном существе.* Одна из проблем, с которой люди часто встречаются, - это отделе­ние секса от остальной жизни. Следует поразмыс­лить о своих сексуальных предпочтениях, от чего зависит возбуждение, что нравится, а что не нра­вится и т. п.

63

3. *Следует самому позаботиться о собственной чув­ственном и сексуальном удовольствии.* В опреде­ленной мере мы должны сами отвечать за то, что с нами происходит. Не следует считать, что партнер должен «обеспечить» все нужные ощущения.

4. *Говорите о сексе со своим партнером.* Удивительно, но факт: скрытность и неумение выразить чувства словами наблюдаются повсеместно и у людей, жи­вущих долгие годы вместе. Зачастую это приводит к непониманию того, чего хочет партнер. Ласки, за­думанные с самыми благими намерениями, могут не достигнуть цели, не подходить ему. Все это можно легко исправить несколькими словами, прошептав их вовремя. Но не следует проводить критический разбор того, что делает или не делает партнер сразу после близости.

5. *Регулярно проводите свободное время вместе со своим партнером.* Если вам приятно и легко с парт­нером вне постели, то это важная часть чувственно­го взаимодействия, которое продолжается и усили­вается в сексе.

6. *Не допускайте, чтобы секс превратился в рути­ну.* Половая неудовлетворенность - это прямое отражение скуки, которая появляется там, где нет творчества в сексуальных отношениях. Секс должен  
быть игрой, а не обязанностью, процедурой, рутин­ным мероприятием.

7. *Фантазия - самое лучшее возбуждающее средство.* С помощью фантазии можно самыми различными путями вызвать возбуждение и внести разнообразие в половую жизнь. Воображение может усилить и во­одушевить секс, если вы можете поделиться с парт­нером сюжетами и особенностями своих сексуаль­ных фантазий - это замечательно.

8. *Работать над сексом не означает трудиться.* Не всегда «напряженная работа» над сексуальной про­блемой приводит к положительному результату. Секс улучшается там, где есть спонтанность и естест­венность чувств и реакций. Роль аналитика и контро­лера своих реакций чаще всего ухудшает секс, здесь не может быть планов, процентов выполнения и т, п.

64

9. *Не вносите с собой раздражение в спальню.* К этому простому и ясному совету далеко не все прислу­шиваются, в результате - либо секс уходит, либо превращается в борьбу за власть и соперничество. Либо конфликт, либо секс. Совмещать эти вещи не стоит.

10. *Хороший секс -* *это не результат нажатия нуж­ных кнопок.* Нельзя преувеличивать механические аспекты секса за счет эмоциональных. Это не руко­водство по технике рукопашного боя, где овладение нужным приемом дает ожидаемый эффект.

11*. Сохраните долю романтики в вашей жизни.* Внима­ние, признательность и нежность выражаются да­леко не только в постели. Они украшают всю нашу жизнь.

12. *Не подходите к сексу слишком серьезно.* Серьез­ность, ответственность, чувство вины и т. п. - это именно то, что убивает секс. Оставьте серьезность для других жизненных ситуаций.

13. *Взгляды на те или иные вопросы секса у партнера могут быть другими.* Единство мнений и взглядов достигается уже в контакте, а не является условием самого общения. Диапазон приемлемости у каждо­го свой, и резко «ломать» его не следует.

14. *Не надо постоянно ждать, когда бы окажетесь «в настроении»* перед тем, как согласиться на секс. Совершенно естественно удовлетво-рить потреб­ности партнера, даже если вы сами не чувствуете сексуального настроя. Кроме того, если партнер приглашает вас к близости, дайте себе шанс войти в интимную ситуацию - это нередко удается.

15. *Помните, что сексуальные проблемы и трудности есть и у многих других людей.* Не нужно считать свои проблемы в интимной жизни уникальными. Все это уже было со многими людьми и еще будет с дру­гими.

16. *Подходите реалистично к своим сексуальным ожи­даниям.* Если вы ждете экстаза и неземного бла­женства от каждого сексуального контакта, то вы обрекаете себя на неудачу. Нельзя оказаться плен­ником нереалистических ожиданий. Мы люди, а не

3 Медицинская сексология

65

совершенные механизмы, и с нами может случаться всякое в жизни.

Отсутствие сексуальной гармонии в браке может приве­сти к ухудшению супружеских взаимоотношений и способ­ствует формированию психогенных половых дисфункций.

**2.2. Мнимые сексуальные расстройства**

Неадекватные убеждения и установки в отношении половой жизни ведут не только к развитию сексуальной дисгармонии в паре, но в ряде случаев способствуют воз­никновению мнимых сексуальных расстройств, т. е. убеж­денности в наличии нарушений половых функций при от­сутствии таковых.

Мужчины нередко, предъявляя чрезмерно высокие требования к собственной сексуальной сфере, ошибочно полагают, что эрекция по желанию должна возникать в лю­бой обстановке при одной только мысли об интимной бли­зости; что половой акт может быть сколь угодно долгим до полного удовлетворения партнерши; что повторение поло­вого сношения возможно уже через короткий промежуток времени и, что главное - все эти способности должны без снижения сохраняться до преклонного возраста. Подоб­ные неверные представления могут послужить причиной убежденности в половом расстройстве там, где его в дей­ствительности нет.

*У мужчин* различают следующие варианты мнимых сек­суальных расстройств: 1) предъявление чрезмерных требова­ний к собственным сексуальным возможностям; 2) приписы­вание себе воображаемых изъянов (например, убежденность в том, что они «истощили» свою нервную систему бывшей в юношестве мастурбацией); 3) неадекватная личностная ре­акция на естественные физиологические колебания сексу­альности (без учета своего возраста, состояния здоровья, вынужденного воздержания и других причин, влияющих на сексуальную сферу мужчины); 4) неправильное поведение одного или обоих партнеров во время интимной близости вследствие несоответствия диапазонов приемлемости су­пругов, изъянов техники половых сношений, эротического равнодушия к партнерше, ее пассивности во время коитуса

66

или демонстрации неприязненного отношения к половому контакту с мужчиной.

У *женщин* мнимые сексуальные расстройства прояв­ляются жалобами на снижение или чрезмерное повыше­ние сексуальности, возникновение ощущений, которые женщина считает патологическими. Выделяют четыре ва­рианта подобных расстройств. Одним из них является не­правильная оценка женщиной изменений своих сексуаль­ных проявлений без учета возрастных и конституционных норм сексуальности. Так, жалобы на полное отсутствие оргазма при всех формах сексуальной активности (коитус, петтинг, мастурбация, сновидения эротические) в начале половой жизни являются достаточно распространенным явлением и не требуют специального лечения. Другим по­водом для сомнений бывает пробуждение или повышение полового влечения в климактерическом периоде, ошибоч­но расцениваемое женщиной как гиперсексуальность. Ко второму варианту мнимых сексуальных расстройств от­носят отсутствие у женщины сексуальной разрядки, если по каким-либо причинам она или партнер отказываются от стимуляции эрогенных зон, вызывающих оргазм. Тре­тий вариант обусловлен неадекватной оценкой женщиной своей сексуальности вследствие незнания или неприятия оптимальных для нее вариантов возбуждения либо лож­ных представлений о том, какой должен быть оргазм, ко­торый может существенно различаться по форме, глубине и интенсивности переживаний. Последний, четвертый, ва­риант связан с отсутствием у женщины постоянного сек­суального партнера либо неправильным поведением муж­чины при близости, а также имеющимися у него половыми расстройствами.

Конечным результатом ошибок и заблуждений, обу­словленных сексологической неграмотностью, являются мучительные сомнения в своей эротической привлекатель­ности для партнера и собственных сексуальных возможно­стях, а подчас и успевшая укорениться уверенность в су­ществовании серьезных половых расстройств. Факторами, предрасполагающими к возникновению мнимых сексуаль­ных расстройств, являются легкое снижение интеллекта или наличие тревожно-мнительных черт характера, что приводит к формированию искаженных представлений

67

о нормальной половой жизни. Мнимые сексуальные рас­стройства не относят к патологии. Они представляют со­бой особые предболезненные состояния, которые при от­сутствии своевременной психотерапевтической коррекции в ряде случаев могут приводить к возникновению психоген­ных половых дисфункций.

**2.3. Эпидемиология**

**и систематика расстройств сексуальной функции**

Сексуальное здоровье людей в силу высокой личност­ной значимости не менее важно, чем их физическое здо­ровье. Эксперты ВОЗ в 1977 году предложили следующее определение: «Сексуальное здоровье - есть комплекс со­матических, эмоциональных, интеллектуальных и соци­альных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих комму­никабельность человека и его способность к любви». По­нятие сексуального здоровья включает в себя три основных элемента: 1) способность к наслаждению и контролю сексу­ального и детородного поведения в соответствии с норма­ми социальной и личной этики; 2) свободу от страха, чувст­ва вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальные реакции и нарушаю­щих сексуальные взаимоотношения; 3) отсутствие органи­ческих расстройств, заболеваний и нарушений, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Известный украинский сексолог, профессор В. В. Кришталь (1997) считает, что сексуальное здоровье человека обеспечивается четырьмя факторами - социальным, психо­логическим, социально-психологическим и биологическим. Его социальное обеспечение определяется отношением об­щества к сексу, уровнем сексуальной культуры, усвоением людьми сексуальных и общественных норм, выработкой ими адекватных половых потребностей и т. д. Психологическое обеспечение сексуального здоровья определяется ролью индивидуально-психологических особенностей личности, осознаваемых и неосознаваемых психических процессов в развитии сексуальности и ее конкретных проявлениях.

68

Социально - психологическое обеспечение сексуального здо­ровья обусловлено парным характером сексуальной функ­ции, формированием малой социальной группы (семьи или партнерской пары), сложившимися в обществе представле­ниями о различии мужских и женских социальных ролей и стереотипов мужественности и женственности. Биологиче­ское обеспечение сексуальности определяют генетические факторы, правильное анатомическое строение и нормальное функционирование органов и систем человеческого орга­низма. Поскольку сексуальное здоровье имеет многомерное обеспечение и определяется целым комплексом взаимодей­ствующих компонентов, для оценки его состояния и коррек­ции возможных нарушений необходим системный подход, который традиционно используется отечественными сексо­логами в практической работе.

Эпидемиологические исследования в области сексо­патологии сталкиваются с определенными трудностями. Сведения, получаемые как при непосредственном обследо­вании пациентов, так и поступающие из различных меди­цинских учреждений недостаточно надежны. Это связано с тем, что, во-первых, больные нередко скрывают имеющие­ся у них сексуальные нарушения, во-вторых, получаемые данные зависят от клинической квалификации и ориента­ции исследователя, в-третьих, существуют серьезные рас­хождения в вопросах диагностики среди сексопатологов, принадлежащих к различным школам, а также сущест­венные различия в методах исследований. (В. В. Кришталь, Б.Л. Гульман, 1997). О широкой распространенности сек­суальных проблем у лиц обоего пола можно судить, напри­мер, по данным одного из наиболее репрезентативных ис­следований сексуального поведения в США, проведенного в рамках Программы обзора здоровья и социальной жизни (HNSLS). В ходе опроса было установлено, что снижение или отсутствие интереса к половой жизни наблюдается у 16 % мужчин, недостаточная эрекция выявлена у 19 %, а на слишком быстрое наступление эякуляции и оргазма указа­ли 29 % обследованных. В свою очередь 34 % женщин со­общили об отсутствии у них интереса к сексу, у 19 % отме­чалось недостаточное увлажнение влагалища при половой близости, почти 25 % женщин указали на неспособность достигать оргазма с партнером, 15 % женщин беспокои-

69

ли болевые ощущения при коитусе (E. Laumann, J. Garnon, R. Michel, S. Michaels, 1994).

Имеются данные, что только нарушениями эрекции страдают более 10 млн мужчин в США, от 3 до 5 млн мужчин в Германии и около 6 млн мужчин в России. Преждевремен­ная эякуляция наблюдается почти у 10 % молодых людей. Различными формами сексуальных дисфункций (постоян­но либо периодически) страдает, по некоторым оценкам, от 15 до 40 % мужчин. Половая холодность и проблемы с ор­газмом встречаются примерно у 11- 30 % женщин. В ходе выполнения программы изучения старения мужчин в Шта­те Массачусетс (MMAS) 1709 мужчин в возрасте от 40 до 70 лет были подвергнуты мультидисциплинарному анкети­рованию. Из общего количества опрошенных 1290 человек полностью ответили на все вопросы, касающиеся их половой жизни. Были получены следующие данные о распространен­ности эректилъных дисфункций в среднем и пожилом воз­расте: минимальные нарушения эрекции - 17 %; умеренные нарушения - 25 % и полная импотенция - 10 %. (H. Feldman, D. Holdstein, 1994).

Типичным фактом клинической практики является наличие у пациентов нескольких сексологических жалоб одновременно, причем половые дисфункции у них чаще всего обусловлены сложным переплетением различных этиопатогенетических факторов. Целостный подход к изу­чению многоуровневого обеспечения сексуальной сферы и выявлению ее патологии предлагает системная концепция о стадиях и составляющих копулятивного цикла (Г.С. Ваcильченко, 1977, 1990). На ее основе Г.С. Васильченко раз­работал метод структурного анализа половых расстройств. Структурный анализ позволяет выявить патологию каждой из составляющих копулятивного цикла, оценить характер имеющихся нарушений (сексопатологических синдромов) и определить соотношения между ними, т. е. реальный вклад каждого из выявленных синдромов в имеющееся у пациента половое расстройство (Г.С. Васильченко, 1983). Это позволяет дифференцированно подойти к лечению и сосредоточить основные терапевтические усилия на коррек­ции стержневой патологии, т. е. нарушениях, имеющих наи­большее значение в формировании сексуальной дисфунк­ции. Системный, междисциплинарный подход, которого

70

придерживается большинство профессионально ориентированных специалистов-сексологов, и структурный анализ половых расстройств являются методологической основой для проведения клинических исследований в области сексо­патологии.

С позиций структурного анализа диагностическое за­ключение должно отражать как основные клинические про­явления сексуальной дисфункции, так и уровни поражения функциональных систем (указываются в порядке их значи­мости все нозологические формы либо клинические син­дромы). Дополнительно могут быть отмечены параметры половой конституции пациента, его характерологические особенности, нюансы межличностных и интимных отноше­ний с актуальным партнером и т. п. Такое диагностическое заключение достаточно полно отражает клинические и па­тогенетические особенности сексуального расстройства у конкретного пациента, что позволяет выработать адекват­ную для него терапевтическую стратегию.

В настоящее время в России и Белоруссии осуществлен переход на психиатрическую систематику в 10-м пересмот­ре МКБ, которая содержит диагностические рубрики для сексуальных расстройств.

Принципы выделения основных диагностических ка­тегорий половых расстройств в МКБ-10 существенно от­личаются от таковых при системно-синдромологическом подходе. Их квалификация строится преимущественно на феноменологических признаках и меньше учитывает этиопатогенетические факторы. Классификация сексуальных дисфункций психогенной этиологии, изложенная в рубри­ках F52.0 - F52.9, опирается на представления о связи по­ловых расстройств с определенной фазой цикла сексуаль­ных реакций человека. Выделяют 4 такие фазы, следующих друг за другом: 1) влечение (желание); 2) возбуждение; 3) оргазм; 4) разрешение, каждой из которых соответ­ствуют определенные половые дисфункции (H. S. Kaplan, B. J. Sadock, 1994; G. Kelly, 2000). С точки зрения разра­ботчиков МКБ-10 может оказаться возможным выявить несомненную психогенную или органическую этиологию сексуальных дисфункций. Но чаще, определение относи­тельного значения психологических и/или органических факторов затруднено. Поэтому рекомендуется тракто-

71

вать такие состояния, как смешанной или неопределенной этиологии.

Б.Л. Винокуров (1991) считает, что фактически все сек­суальные дисфункции, описанные в разделе Р52, относятся к нарушениям психической составляющей по Г.С. Васильченко, а их главным методом лечения является психотерапия. Отмечается, что в отличие от патогенетической классифи­кации Г.С. Васильченко, опирающейся на мультидисциплинарную концепцию сексопатологии, МКБ-10 содержит попытку изолированного рассмотрения психосексуальных расстройств, причем особый акцент сделан на их неорга­ническом генезе. С позиций современной сексологии такая попытка вряд ли может считаться обоснованной, хотя она неизбежна в свете желания сохранить сексуальную пато­логию в главе, посвященной психическим расстройствам. Поэтому можно считать с некоторыми оговорками, что МКБ-10 охватывает лишь часть сексуальных расстройств, а именно те из них, которые в отечественной сексопатоло­гии отнесены к расстройствам психической составляющей. Основным требованием, содержащимся практически в каж­дом таксоне, является обязательное исключение органиче­ской природы указанных расстройств. Однако нередко это составляет трудновыполнимую задачу, поскольку практиче­ски все указанные расстройства носят системный характер, когда психогенные факторы теснейшим образом перепле­таются с органическими, что и учитывает патогенетическая классификация (А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дво­рянчиков, 1998). В классификации этих расстройств упоми­наются все чаще состояния смешанного или органического генеза. Так, уже в DSM III R произошли терминологиче­ские изменения, психосексуальные дис-функции стали на­зывать просто сексуальными, что объяснялось возможно­стью сложного их генеза - психогенного и биологического одновременно. Еще более радикальное изменение подхо­дов было воплощено в DSM- IV, где были добавлены новые единицы систематики - вторичные сексуальные дисфунк­ции, вызванные как употреблением алкоголя, наркотиков и других токсических веществ, так и «непсихиатрическими медицинскими состояниями», то есть различными сома­тическими заболеваниями. Это было следствием решения расширить прежнюю секцию органических психических

72

расстройств и расположить «вторичные по III оси» рас­стройства в их собственных феноменологических группах. МКБ-10 не последовала этим изменениям, по-прежнему го­воря о «сексуальной дисфункции, не связанной с органи­ческими расстройствами или болезнями...». Так или иначе терминологические изменения, за которыми стоят попыт­ки концептуального обновления, происходят с введением каждой следующей классификации (А.А. Ткаченко, 1999). Итак, разделение половых расстройств на орга­нические и неорганические (психогенные) в достаточ­ной степени условно и, учитывая тесное переплетение конституционально-преморбидных (биологических) пред­посы-лок, возможных сомато-неврологических нарушений, негативных психологических факторов и невротических механизмов, принимающих участие в развитии сексуальных дисфункций у мужчин, в большинстве случаев может быть проведено только по выявляемой на момент обследования стержневой (ведущей) патологии систем, обеспечивающих копулятивный цикл. В такой ситуации выделение в МКБ-10 смешанных сексуальных дисфункций вполне оправдано, однако в силу своей полисиндромности и полиэтиологичности к ним может быть отнесена весьма значительная часть нарушений половой сферы. Причем подобный диаг­ноз не дает четкого представления о структуре сексуаль­ного расстройства и его патогенетических механизмах. Поэтому при использовании МКБ-10 представляется целе­сообразным рассматривать половые дисфункции, в разви­тии которых психогенные факторы имеют преобладающее значение, в рамках диагностических рубрик F52.0 - F52.9, а расстройства преимущественно органического генеза - в соответствующих разделах классификации. Так, васкулогенные эрекционные дисфункции относятся к рубрике N48.4 (импотенция органического происхождения). Для идентификации причины расстройства эрекции может ис­пользоваться дополнительный код, как это рекомендует МКБ-10. Например, в случаях атеросклеротического по­ражения артерий, кровоснабжающих гениталии - I 70.8 (атеросклероз других артерий), при патологическом веноз­ном оттоке из кавернозных тел - I 87.8 (другие уточнен­ные поражения вен). Вторичные невротические нарушения, осложняющие сексуальное расстройство васкулогенной

73

*либо* другой органической этиологии могут быть отражены в диагнозе дополнительно, причем в этих случаях половая дисфункция фактически имеет смешанную этиологию.

**2.4. Принципы классификации**

**сексуальных дисфункций в МКБ-10**

Согласно МКБ-10, сексуальные дисфункции включа­ют различные варианты неспособности субъекта участво­вать в половой жизни в соответствии с его желанием, в том числе: отсутствие интереса; отсутствие удовлетворения; отсутствие физиологических реакций, необходимых для полноценного сексуального контакта (например, эрекции); невозможность контролировать или переживать оргазм. Сексуальные дисфункции могут быть перманентными (су­ществующими с начала половой жизни индивида) и приоб­ретенными (после периода нормальной половой жизни), генерализованными (когда проблемы возникают при всех без исключения половых контактах человека) и избира­тельными или селективными (в определенных условиях, при каких-то формах стимуляции, с конкретным сексуальным партнером). По механизмам развития они подразделяют на органические (связанные с заболеваниями внутренних ор­ганов, эндокринных желез, неврологическими нарушения­ми и патологией кровоснабжения гениталий), психогенные (обусловленные психологическими проблемами и невро­тическими симптомами) и смешанные (имеется сочетание органических и психогенных факторов) сексуальные дис­функции.

В настоящее время в цикле сексуальных реакций че­ловека обычно рассматривают четыре последовательных фазы. В отличие от модели У. Мастерса и В. Джонсон, до­полнительно выделена фаза желания. Это обусловлено тем, что сексуальное влечение функционально связано с возбуж­дением и оргазмом, но имеет свои нейрофизиологические особенности. В свою очередь, фазы возбуждения и плато, следующие друг за другом, объединены в одну общую - фазу возбуждения. Каждой из четырех фаз присущи свои половые дисфункции (H. I. Kaplan, B. J. Sadock, 1994).

74

1. **Влечение (желание).** Фаза отличается от остальных физиологических фаз и включает психологические аспек­ты (мотивацию, побуждения, личностные особенности и установки), тесно связанные с сексуальными желаниями человека. Она характеризуется сексуальными фантазия­ми и жаждой сексуальной деятельности. В половом вле­чении особая роль принадлежит энергетическому ком­поненту, связанному с глубинными структурами мозга и деятельностью эндокринных желез. Именно этот компо­нент обеспечивает пробуждение полового влечения и во многом определяет его наличие и степень выраженности в дальнейшем. Половые дисфункции, связанные с первой фазой: сниженное сексуальное влечение (гиполибидемия), отсутствие или потеря полового влечения, отсут­ствие сексуального удовольствия, отвращение к половым контактам (аверсия); повышенное половое влечение (ним­фомания, сатириазис).

**2. Возбуждение.** Фаза состоит из субъективного ощу­щения сексуального удовольствия и сопутствующих фи­зиологических изменений гениталий и всего организма. Сексуальные дисфункции, связанные со второй фазой: недо­статочность или отсутствие генитальной реакции (расстрой­ства сексуального возбуждения у женщин и эректильная дисфункция у мужчин); с некоторыми оговорками - диспареуния и вагинизм. Диспареуния (боль во время по­лового акта) может нарушать фазу возбуждения и мешать получать удовольствие от сексуального контакта. Вагинизм делает крайне болезненным или невозможным введение по­лового члена во влагалище, блокируя фазу возбуждения, которая возникает у женщин только при внекоитальной сексуальной активности.

**3. Оргазм.** Кульминация сексуального удовольствия. Сексуальные дисфункции, связанные с третьей фазой; оргазмическая дисфункция, проявляющаяся у мужчин затруд­ненной эякуляцией либо ее отсутствием (анэякуляторным синдромом), у женщин - аноргазмией; преждевременная эякуля-ция у мужчин, при которой нередко снижена остро­та оргастических переживаний; постэякуляторная боль.

**4. Разрешение.** Происходит общее расслабление, со­провождающееся чувством удовлетворения. Половые дис­функции, связанные с этой фазой, достаточно редки: пост-

75

коитальная дисфория (после успешного во всех других аспектах коитуса у некоторых лиц снижается настроение, возникают напряжение, тревога, раздражительность, по­рой агрессия, им хочется побыстрее освободиться от парт­нера); посткоитальная головная боль (пульсирующая боль в затылочной или лобной области, которая возникает сразу же после коитуса и может продолжаться несколько часов).

**Психогенные половые дисфункции**

**(сексуальные неврозы)**

К психогенным сексуальным дисфункциям относят функционально-психогенные половые расстройства, воз­никшие при непосредственном участии психологических механизмов и проявляющиеся в качественных или коли­чественных нарушениях сексуальных функций мужчин и женщин, не связанных с органической патологией.

Психогенные половые дисфункции отличают:

1) ведущая роль в их развитии психотравмирующих воздействий и других негативных психологических фак­торов; 2) отсутствие очевидной связи с органическими на­рушениями или болезнями; 3) обратимый характер тех или иных расстройств половой функции.

Психогенные сексуальные дисфункции являются ре­зультатом системного взаимодействия целого ряда небла­гоприятных факторов, способных привести к тем или иным нарушениям сексуальных реакций или снижению либидо у мужчин и женщин. К ним относят различные ситуационные факторы, травмирующие переживания, партнерские про­блемы и личностные особенности субъекта.

*Ситуационные факторы:* отсутствие условий для полного уединения, возможность быть застигнутыми врас­плох приходом других лиц (при проживании супругов с родителями, а затем со своими детьми, при попытках со­вершить коитус в купе поезда, салоне автомобиля, «на лоне природы» и т. п.); страх перед нежелательной беременно­стью; боязнь заразиться венерическим заболеванием; угро­за огласки половой связи при внебрачных контактах; слабо выраженное в данный момент желание близости в связи с физической усталостью, психическим переутомлением или предшествующим стрессом; алкогольное опьянение и др.

76

*Травмирующие переживания;* болезненные воспоми­нания о предшествующих сексуальных неудачах, включая недовольство партнера половой близостью; тревожные опасения собственной сексуальной неполноценности и страх быть отвергнутым, если не удастся «ублажить» парт­нера должным образом; страх утраты эрекции или пре­ждевременной эякуляции у мужчин либо беспокойство в связи с возможностью «остаться без оргазма» у женщин.

*Партнерские проблемы:* нарушения межличностных отношений, частые конфликты, нарастающие негативные эмоции, взаимное недоверие либо охлаждение партнеров; неадекватное поведение сексуального партнера, который ведет себя агрессивно, насмешливо либо демонстрирует свою холодность и нежелание близости; различия в сек­суальных предпочтениях и дисгармоничное сексуальное взаимодействие партнеров.

*Личностные особенности:* тревожно-мнительные черты характера; сниженная самооценка, склонность к со­знательному самоконтролю во время полового акта; недо­стижимая в реальности установка на максимальное удов­летворение от каждого сексуального контакта; ошибочные убеждения в отношении половой жизни (в связи с непра­вильным воспитанием или собственным негативным опы­том интимных контактов); неосознанные враждебность к противоположному полу и чувство вины в связи *с* сексу­альным удовольствием, а также глубинный страх близости и любовных отношений.

Как правило, в развитии функционально-психогенных нарушений сферы у лиц обоего пола играют роль сразу несколько из вышеуказанных причин. Так, например, наи­более частой формой невротических расстройств, приво­дящей к сексуальным дисфункциям, в первую очередь нару­шениям эрекции, является синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. Данный невротический синдром формируется у мужчины после одной или нескольких си­туационно обусловленных неудачных попыток совершить половой акт. Этому часто способствуют мнительность, не­решительность, склонность к всевозможным опасениям, а также другие личностные особенности, предрасполагаю­щие к возникновению тревожных сомнений в своих силах и опасений вновь потерпеть фиаско. Имеют значение и

77

партнерские проблемы, которые сами по себе увеличива­ют как вероятность неудачи, так и ее негативные последст­вия. Нередко женщины в насмешливо-иронической форме выражают свое отрицательное отношение к сексуальным затруднениям партнера. Поэтому неудивительно, что каж­дая последующая близость начинает вызывать у мужчины сильное беспокойство, которое за счет выброса в кровь адреналина, обладающего сосудосуживающим эффек­том, препятствует возрастанию генитального кровотока до уровня, необходимого для возникновения устойчивой эрекции. Если же происходят новые срывы - они все боль­ше и больше фиксируют внимание мужчины на своей потен­ции, усиливая сознательный контроль за ходом интимных контактов и усугубляя ситуацию. Половые сношения утра­чивают присущую им чувственность и спонтанность, пре­вращаясь для мужчины в своеобразный экзамен на предмет сексуальной состоятельности. Это влечет за собой очеред­ные неудачи, которые только подтверждают обоснован­ность навязчивых страхов сексуального фиаско, замыкая «порочный круг» и приводя к возникновению психогенной эректильной дисфункции. Иногда возникает столь сильный страх перед половой близостью, что мужчина, без какой либо грубой органической патологии сексуальной сферы, может длительное время избегать любых интимных кон­тактов. Наличие синдрома тревожного ожидания неудачи, или коитофобии, предполагает их обязательную нейтра­лизацию психотерапевтическими методами, поскольку без этого трудно рассчитывать на устойчивое восстановление нормальных генитальных реакций мужчины.

Невротические механизмы тревожного ожидания сексуальной неудачи можно обнаружить и у женщин при аноргазмии, диспареунии, аверсии сексуальной, вагинизме. Здесь меняется характер неудачи (отсутствие оргазма, боли при сношении или др.), но практически всегда присутству­ет ожидание от близости негативных последствий, иногда настолько выраженных, что это вызывает страх и попытки любыми способами избежать полового акта. При аноргаз­мии, например, присутствует усиление сознательного кон­троля за коитусом, которое часто сочетается с попытками произвольно ускорить приближение оргастической раз­рядки. В одних случаях это может быть обусловлено тре-

78

вожными опасениями полностью потерять контроль над собой и выглядеть нелепо в момент оргазма; в других - подсознательно присутствует чувство вины и стыда за на­слаждение от секса; в-третьих - страх перед возможной беременностью и т. п. Вместе с тем одновременно существу­ет желание испытать оргазм, приложив к этому максимум усилий. Однако любые сознательные вмешательства лишь тормозят непроизвольный оргастический рефлекс, и раз за разом подтверждая наихудшие прогнозы женщины, при­водят к формированию тревожного ожидания очередного разочарования от интимной близости. В ряде случаев этому может способствовать сексуальный партнер. Многие муж­чины склонны рассматривать женский оргазм как личную победу и свидетельство своей сексуальной изощренности. Порой они начинают упрекать партнершу в отсутствии ор­газма, что заставляет ее беспокоиться перед началом коиту­са и толкает на неэффективные сознательные манипуляции, лишь отдаляющие наступление оргазма и усиливающие тре­вогу и навязчивые мысли по поводу его отсутствия.

Следует отметить, что самые различные половые рас­стройства могут иметь невротическую природу. К числу психогенных сексуальных дисфункций принадлежит значи­тельная часть случаев снижения полового влечения, анор­газмии, вагинизма, нарушений эрекции, преждевременной эякуляции, отвращения к коитусу и отсутствия удовлетво­рения от него, диспареунии. Их лечение, как правило, но­сит сочетанный (комплексный) характер, причем в системе коррекционных мероприятий ведущая роль принадлежит методам психотерапии. К рубрике F52 МКБ-10 относятся все сексуальные расстройства (дисфункции), не обуслов­ленные органическими нарушениями или болезнями, т. е. преимущественно психогенной этиологии.

**2.5. Механизмы психологической адаптации**

**к сексуальным дисфункции**

Выделяют пять типов защитных механизмов, которые активизируются при психологической переработке про­блем в сексуальных отношениях (Ф.В. Василюк, 1984):

79

1. *Энергетический тип* - отнятие энергии от «болез­ненного объекта»:

а) снижение сексуальных побуждений - угнетение либидо;

б) разрядка энергии - отреагирование;

в) перевод энергии - например, трансформация чувства вины в агрессию, которая выражается, например, в гиперсексуальности при супружеской измене;

г) придание энергии - введение нового мотива, на­пример, внебрачная сексуальная активность жены, как акт мести мужу за дисгармоничные интимные отношения.

2. *Пространственный тип -* изменение содержа­тельного или формально-тонического простран­ства объекта, вызвавшего психичес-кий диском­форт:

а) перевод личностного конфликта с партнершей в психосоматическое нарушение (преждевременная эякуляция и т. п.);

б) вытеснение из сознания неприемлемых для лич­ности побуждений или сексуальных эталонов;

в) расширение или ограничение круга партнеров в связи с сексуальным расстройством;

г) закрытие своего внутреннего мира от партнера;

д) вынесение внутреннего конфликта вовне и объяс­нение его внешними причинами.

3. *Временной тип -* сдвиг во времени как самой про­блемы, так и возможного способа ее разрешения:

а) перенос длительного «немого» конфликта с сексуальным партнером в ближайшее время - «раньше все было хорошо, и вот только теперь стало плохо»;

б) отодвигание на будущее возможного полового акта; многократные обещания в ближайшее время обратиться за профессиональной помощью; иллю­зорная надежда, что вскоре все проблемы разре­шатся сами собой.

4. *Генетический тип -* самостоятельные поиски при­чин, которые привели к сексуальному расстройству, и попытки их устранения:

80

а) использование ложных объяснений происхождения половых дисфункций, поддерживающих ил­люзию интеллектуального контроля;

б) попытки устранить дисфункцию, исходя из соб­ственных представлений.

5. *Познавательный тип -* уход от адекватной оценки неприятного явления или искажение его смысла:

а) рационализация - обоснование адекватности снижения либидо мужчиной, занятым интенсив­ным интеллектуальным трудом;

б) изменение личностного смысла расстройства - например, обесценивание женщиной, страдаю­щей аноргазмией, значения оргазма для личной и семейной жизни.

Как указывают В.В. Кришталь и Б.Л. Гульман (1997), психологическая адаптация к сексуальным дисфункциям может достигаться за счет компенсации, псевдокомпенса­ции и гиперкомпенсации.

При *компенсации* сохранность сексуальных функций на достаточном уровне поддерживается включением до­полнительных психических функций. Например, при недо­статочной яркости оргастических переживаний у одного из супругов им привлекается воображаемый образ другого партнера, чем достигается полноценный оргазм. При этом действуют адаптивные механизмы фантазии, идеальной идентификации с воображаемым партнером, перцептуальной защиты от актуального партнера, подавление легких аверсионных тенденций к нему, диссоциация личностных и физиологических особенностей партнера, частичная де­персонализация партнера (как отказ ему в полной эроти­ческой привлекательности), эгоцентризм с ориентацией на достижение только индивидуального наслаждения и систе­ма рационализации собственного поведения.

Многокомпонентное обеспечение сексуальной сферы предопределяет возможность использования самых раз­нообразных путей для компенсации. Так например, недо­статочность эрекции у мужчины может компенсироваться не только путем адекватной техники полового акта, но и за счет личностной идентификации с супругой, интроекции ее внутреннего мира, смещения ценности сексуальных отно­шений с сугубо физиологического на интимно-лич-ностный

81

план. Могут участвовать и такие психологические механиз­мы, как позитивный перенос, идеализация отношений, вы­зывание симпатии к себе и переопределения сложившейся ситуации, использование эвфемизмов, смягчающих остро­ту проблемы.

*Псевдокомпенсация* помогает лишь сохранить отдель­ные компоненты сексуальной функции или имитировать ее. Для псевдокомпенсации характерно использование защитной маски «сильного в половом отношении мужчи­ны», что прявляется в активном флирте «на людях» или хвастовстве мнимыми многочисленными сексуальными связями. Используется и механизм образования контраст­ных реакций по типу уверенного, властного в обращении с женщинами мужчины с одновременной их дискредитацией как аморальных существ, а также демонстрация женоне­навистничества и социально отклоняющегося поведения, что позволяет под благовидным предлогом выйти из игры. Псевдокомпенсация всегда малопродуктивна и требует коррекции, поскольку «консервирует» или даже усугубля­ет имеющиеся сексуальные проблемы.

*Гиперкомпенсация* заключается в форсировании есте­ственного ритма половой жизни. При этом применяются защитная идентификация с существующими на уровне обыденного сознания сексуальными образцами: владение особо изощренными техниками секса, идеализация своих сексуальных качеств, эгоизм, отрицание реакции партне­ра, трансформация собственных эмоциональных реакций - например, страха в агрессию. Гиперкомпенсация может выполнять разные адаптивные функции: от искупитель­ной до аутореабилитационной, что особенно затрудняет терапию.

В случае, когда личность смиряется с наличием сек­суальной дисфункции, наступает *психическое приспосо­бление (привыкание) -* последний этап психической адап­тации, который обеспечивает минимальную сохранность сексуальной функции или состояние личностного равно­весия. Привыкание характерно для выраженных сексу­альных расстройств, сменяя другие, неудавшиеся виды психологической защиты. Проявляется в обесценивании, а иногда и активной дискредитации половой жизни с под­черкиванием своих достижений в других областях. Наблю-

82

даются также идеализация партнера с одновременной его (ее) позитивной десексуализацией либо принятие на себя роли человека, нуждающегося в опеке, - слабого, неудач­ника, больного.

Вышеперечисленные адаптивные тактики практически не встречаются в чистом виде, образуя сочетания, в кото­рых преобладает одна из них.

Психологическая защита у больных с сексуальными дис­функциями может проявляться в активно-оборонительной и пассивно-оборонительной форме (В.В. Кришталь, Б.Л. Гульман, 1997).

*Активно-оборонительная защита* выражается, на­пример, при импотенции в обвинениях супруги в непра­вильном сексуальном поведении, упреках по поводу утраты ею сексуальной привлекательности, идеализации прежних половых партнерш. Имеют место фантазии мести, вербаль­ная и поведенческая агрессия, которая может переходить в аутоагрессию. Встречается также активный поиск «ис­тинных» причин дисфункции с помощью популярной ли­тературы, эта информация используется для обоснования своей позиции.

*Пассивно-оборонительная защита* характеризуется избеганием половых отношений под предлогом потреб­ности в отдыхе. Чувство подавленности из-за фрустрированной половой потребности при этом расценивается как усталость. Отрицается физиологическая и эмоциональная важность секса, не замечается недовольство супруга, его признание и самоуважение вызываются деловым или ма­териальным вкладом в отношения, разделением увлечений, дружеской поддержкой. Как правило, подобная форма за­щиты вызывает нарастающую сексуальную аверсию у парт­нера.

Достаточно часто сексуальная дисфункция, особенно на первых этапах ее развития, наблюдается лишь в супру­жеской паре, нормализуясь во внебрачных отношениях. Возможен и обратный вариант, когда в супружестве у муж­чины отсутствуют явные нарушения половой функции, но они возникают при попытках вступить во внебрачную сек­суальную связь с новой партнершей. Таким образом, сам парный характер сексуальной функции, ее включенность в интимно-личные отношения ставит перед необходимостью

83

применять системный подход в попытке понять происхо­ждение половых расстройств и наметить наиболее адекват­ные пути их коррекции.

**2.6. Обследование пациентов**

**с сексуальными расстройствами**

Обследование пациентов с сексуальными расстрой­ствами осуществляется вамбулаторных условиях, лишь отдельные методы объективного обследования пациентов сексологического профиля проводят стационарно, напри­мер фаллоартериографию. Стандартное сексологическое обследование предусматривает обязательную оценку пси­хического статуса (в частности, выявление психопатоло­гической симптоматики), состояния мочеполовой системы у мужчин или гинекологический статус у женщин; невро­логическое и эндокринное обеспечение, а также состояние генитального кровотока у мужчин. Используется карта сексологического обследования по Г.С. Васильченко (1977), куда врач заносит жалобы больного, анамнез полового рас­стройства, динамику основных проявлений сексуальности, особенности интимных отношений с актуальным сексуаль­ным партнером, объективные данные: сексологическая ан­тропометрия (трохантерный индекс, характер оволосения лобка, определение длины и окружности полового члена, состояния молочных желез и др.), психический, неврологи­ческий, гинекологический/урологический статусы. Имеют­ся мужской и женский варианты стандартной карты сексо­логического обследования, каждый из которых содержит анкету-приложе-ние с соответствующими вопросами для уточнения сексуального анамнеза и анамнеза жизни па­циента. По возможности врач проводит беседу с постоян­ным партнером для объективизации полученных сведений. В ходе обследования используются методы диагностики из различных областей медицины (психиатрии, невропатоло­гии, урологии, гинекологии и др.). Для экспресс-оценки со­стояния половой сферы все впервые обратившиеся за сексо­логичес-кой помощью пациенты предварительно заполняют опросник «Сексуальная формула мужская» (СФМ) или

84

«Сексуальная формула женская» (СФЖ), что позволяет врачу ознакомиться с ними уже в начале приема. Далее выясняются жалобы пациента, проводится сбор анамнеза и осуществляются соответствующие диагностические процедуры с целью всесто­ронней объективной оценки состояния его половой сферы.

Особое внимание уделяется *сбору сексологическою анамнеза,* т. е. получению сведений о жизни пациента и осо­бенностях возникновения у него сексуальной дисфункции. С этой целью врач опрашивает пациента, а также получает необходимую информацию из других источников (поло­вой партнер, родственники, друзья). В отличие от общемедицинского анамнеза, состоящего из анамнеза жизни и анамнеза заболевания, подобное разделение в сексологии носит относительный характер. Это связано с тем, что про­явления полового расстройства часто тесно переплетаются с теми или иными жизненными событиями, накладывают отпечаток на судьбу пациента, его психическое состояние и взаимоотношения с партнером. Сексологический анамнез наряду с выяснением традиционных аспектов (наследствен­ность, условия жизни, вредные привычки, профессиональ­ные вредности, перенесенные заболевания) предполагает получение сведений о родительской семье, особенностях общения со сверстниками, успеваемости в школе, интере­сах и предпочтениях подросткового периода, характероло­гических особенностях, изменениях социального статуса, стрессовых ситуациях и т. д. Обязательным является изу­чение условий, при которых у пациента впервые возникла мысль о наличии полового расстройства и его личностной реакции на этот факт, предпринятых действий, включая все случаи обращения за медицинской помощью и эффектив­ность предыдущего лечения. Врач должен установить, в чем конкретно усматривает пациент проявления сексуального расстройства, в каких случаях возникают или усиливаются его симптомы, каковы особенности течения заболевания. Сексологический анамнез включает получение сведений о возрасте пробуждения полового влечения и особенностях его проявлений, о сроках первой эякуляции у мужчин или менархе у женщин, мастурбаторной практике, использо­вании петтинга, о возрасте и субъективном переживании обстоятельств первого полового акта. Выясняются коли­чество и успешность добрачных половых связей, возраст и

85

мотивы вступления в брак, характер супружеских отноше­ний, наличие внебрачных половых связей, половая актив­ность в разные периоды жизни, особенности проведения полового акта у данной пары (условия, диапазон приемле­мости, нюансы предварительных и заключительных ласк, предпочитаемые позиции коитуса и его продолжитель­ность, уровень оргастичности у женщин, используемые ме­тоды контрацепции). Также необходимо выяснить другие сексуальные проявления: наличие и частоту поллюций у мужчин, эротических сновидений у женщин, периодов по­лового воздержания и их субъективную переносимость, особенности спонтанных (самопроизвольных) и адекват­ных эрекций, содержание эротических фантазий и снови­дений. Важное место в сексологическом анамнезе занимает оценка личностных и сексуальных особенностей постоян­ного партнера, степени его осведомленности об интимных переживаниях пациента, реакции на половое расстройство и готовности принять участие вего лечении. Получаемые при сборе анамнеза данные заносятся врачом в специаль­ную карту сексологического обследования и учитываются при постановке диагноза и проведении терапевтических мероприятий.

Кратко рассмотрим основные составляющие сексоло­гического обследования.

*Сексологическая антропометрия* позволяет получить ряд объективных показателей (трохантерный индекс, тип оволосения лобка, размеры полового члена и яичек у муж­чин, диаметр ареола соска у женщин и т. д.), которые име­ют значение для оценки половой конституции индивида, характеризуют темпы полового созревания и косвенно от­ражают функцию половых желез.

*Изучение психического состояния* больных занимает важнейшее место в сексологическом обследовании. Это связано с исключительной ролью психики как в формиро­вании полового поведения человека, так и в регуляции его сексуальных реакций на всех этапах интимной близости. Значительное число сексологических пациентов обнару­живает те или иные психопатологические расстройства, которые в одних случаях являются непосредственной при­чиной нарушений половой функции, а в других возникают вторично и существенно осложняют их течение. Для боль-

86

шинства людей сексуальные дисфункции - источник мучительных переживаний и тревожных опасений из-за воз­можного ухудшения отношений с половым партнером и угрозы стабильности брака. Утрата душевного равновесия отрицательно сказывается на общем состоянии человека, часто способствуя усилению симптомов половой дисфунк­ции.

Важную информацию об особенностях личности и пси­хического состо-яния больного, половой идентификации и психосексуальной ориентации, его отношения к имею­щимся сексуальным проблемам, характере партнерского / супружеского взаимодействия может дать психологиче­ское обследование. Для психодиагностики в сексологии чаще всего используются многопрофильный личностный опросник MMPI, 16-факторный опросник Р. Кеттела, ре­пертуарные решетки Г.А. Келли, тест цветовых выборов М. Люшера, многоаспектный квантификационный тест Т. Лири, опросник супружеской удовлетворенности А. Лазаруса, опросник Шмишека, тест Маховера (рисунок чело­века), рисунок семьи, семантический дифференциал, проек­тивные методики и др.

*Оценка неврологического статуса* необходима для определения возможной роли в нарушениях половой функции заболеваний, травм и опухолей головного или спинного мозга, а также нарушений проводимости пе­риферических нервных путей, идущих непосредственно к гениталиям. Большее значение имеет для мужчин, по­скольку некоторые эректильные дисфункции и расстрой­ства эякуляции связаны с патологическими процессами в нервных структурах, обеспечивающих половую функ­цию. У женщин неврологическое обследование обычно ограничивается определением чувствительности поло­вых органов и исследованием некоторых рефлексов. При подозрении на патологию глубинных структур мозга их биоэлектрическая активность определяется с помощью электроэнцефалографического исследования. Для исклю­чения органической патологии головного или спинного мозга может потребоваться проведение компьютерной томографии. Основное внимание при рутинном невроло­гическом обследовании мужчин уделяется области про­межности и нижних конечностей. Врач с помощью легких

87

прикосновении и покалывания иглой оценивает кожную чувствительность, затем неврологическим молоточком исследует сухожильно-надкост-ничные рефлексы и, нако­нец, рефлексы, вызываемые из области гениталий (мошо­ночный, анальный, бульбокавернозный). Дополнительно изучаются нейровегетативные симптомы (дермографизм, реакция зрачков на свет и т. п.). При подозрении на ухуд­шение нервной проводимости по срамным нервам реко­мендуется исследовать вибрационную чувствительность полового члена при помощи биотензиометра; в неясных случаях прибегают к электромиографии мышц промеж­ности, регистрации потенциалов головного мозга на фоне раздражения половых органов. Следует отметить, что неврологические нарушения достаточно редко приводят больных на сексологический прием. Поэтому тщательное неврологическое обследование в основном необходимо мужчинам с жалобами на сексуальные расстройства по­сле перенесенных травм головного и особенно спинного мозга, урологических операций (простатзктомия), при серингомиелии, рассеянном склерозе, миелитах, опухо­лях спинного мозга, дискогенных радикулитах, алкоголь­ных и диабетических нейропатиях, при переломах костей таза, разрывах уретры, т. е. втех случаях, когда имеется риск повреждения проводящих путей сексуальных реф­лексов.

*Исследование урогенитального аппарата* проводится у мужчин. При осмотре полового члена выявляют пороки его развития, наличие фимоза, воспаления крайней пло­ти или головки, выделений из мочеиспускательного кана­ла. Оценивают состояние мошонки, яичек и их придатков, семенных канатиков. Исследование предстательной желе­зы проводят методом ее пальпации через задний проход в коленно-локтевом или лежачем положении обследуемого. Пальцевое исследование простаты заканчивают ее масса­жем для получения простатического сока. Секрет пред­стательной железы изучается микроскопически. Целью урологического обследования сексологических пациентов является исключение аномалий развития половых органов, некоторых заболеваний, например болезни Пейрони, вос­палительных процессов в простате и уретре, которые могут вести к развитию сексуальных дисфункций.

88

У женщин необходимо оценить *гинекологический статус.* Врач определяет правильность развития наружных половых органов, степень развитости клитора, наличие грубых рубцов после разрыва в родах. Измеряют расстоя­ние от клитора до наружного отверстия уретры. Некото­рые специалисты считают, что если при клиторальном типе оргазма это расстояние превышает 2,5 см, достижение во время полового акта оргазма без дополнительной стиму­ляции клитора невозможно. Затем исследуют состояние мышц промежности, влагалища, матки и придатков. Таким образом, можно выявить врожденные аномалии развития женских половых органов, деформации и рубцовые изме­нения генитальных эрогенных зон, которые могут способ­ствовать возникновению сексуальных дисфункций. Опре­деляется чувствительность наружных половых органов и индивидуальное расположение эрогенных зон женщины. При этом целесообразно использовать аппарат для вибро­массажа. Обстановка врачебного обследования обычно тормозит специфические сексуальные реакции в момент стимуляции эрогенных зон, однако известно, что участки тела с высокой тактильной чувствительностью, которые сильнее всего реагируют на вибрационное воздействие, обладают и наибольшей эротической чувствительностью. Результаты обследования позволяют сексологу опреде­лить влияние состояния половых органов женщины на ее сексуальные проявления, назначить адекватное лечение и дать женщине и ее партнеру конкретные рекомендации о целесообразности тех или иных предварительных ласк и предпочтительных позициях полового акта.

*Эндокринологические исследования* проводят у паци­ентов при подозрении на связь сексуальной дисфункции с эндокринными нарушениями. У мужчин наблюдаются снижение полового влечения и ослабление эрекций при гипогонадизме, повышенном содержании в крови гор­мона гипофиза пролактина, женских половых гормонов, нарушениях функции щитовидной железы и некоторых других расстройствах эндокринной системы. Косвенно о насыщенности организма андрогенами можно судить по выраженности у мужчины вторичных половых признаков: распределению волос на теле и лице, развитию мускулату­ры, по местам отложения жировой клетчатки, размерам и

89

плотности предстательной железы и яичек. Информацию о гормональной функции мужских половых желез можно получить путем лабораторного анализа сока предстатель­ной железы и эякулята. В необходимых случаях исследуют содержание гормонов в крови и моче пациента. Обычно в плазме крови определяют содержание тестостерона, гор­монов гипофиза (пролактина, фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов), а в моче - эстрогенов и кетостероидов. При обследовании женщин с фригидностью или гиперсексуальностью желательно определить гормо­нальную функцию яичников. С этой целью применяют ме­тод гистологического исследования влагалищных мазков. К другим методам функциональной диагностики относят лабораторное исследование слизи, полученной из шейки матки, и температурный тест, основанный на ежедневном измерении температуры в прямой кишке в течении 1-3 мен­струальных циклов. Полученные данные позволяют судить о степени насыщенности эстрогенами и прогестинами в раз­ные фазы менструального цикла. Для более точного иссле­дования состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы женщины определяют уровни эстрогенов, кето­стероидов и гонадотропинов в моче, а также проводят раз­личные гормональные пробы. Диагностика гормональных отклонений дает ценную информацию для комплексной оценки сексуальной сферы женщины. Например, длитель­но текущий воспалительные заболевания гениталий неред­ко сопровождаются снижением гормональной функции яичников, что в свою очередь может привести к ослабле­нию полового влечения, притуплению ощущений во время фрикций, снижению интенсивности, урежению, а затем и полному исчезновению оргазма.

В сексологическое обследование мужчин входит *оцен­ка кровотока в половом члене.* По современным данным, у пациентов старше 45 лет нарушения кровоснабжения ге­ниталий являются одной из наиболее распространенных причин нарушений эрекции. Наиболее часто их вызывают патологические изменения в артериях, питающих каверноз­ные тела (обусловлены атеросклерозом, травматическими повреждениями, врожденными аномалиями). Нарушения венозного оттока из кавернозных тел (венозные утечки) встречаются реже. Объективное исследование сосудисто-

90

го русла полового члена врач начинает с изучения пульса на симметричных тыльных и глубоких пенильных арте­риях. Определенную информацию дает вычисление пено-брахиального индекса, то есть отношения систолического давления в артериях полового члена к таковому в плече­вых артериях. Наиболее эффективный и доступный метод диагностики - ультразвуковая допплерография сосудов пениса. Достоверность результатов исследования значи­тельно возрастает при проведении ультразвукового зонди­рования сосудов на фоне искусственной активизации кро­вотока (например, путем введения в одно из кавернозных тел раствора алпрстадила). В диагностически сложных слу­чаях иногда проводят рент ген о контрастные исследования сосудистого русла полового члена (фаллоартериографию, динамическую инфузионную кавернозографию).

Объем сексологического обследования может несколь­ко расширяться или сужаться в зависимости от характера полового расстройства, но в любом случае предполагает определенный минимум исследований для объективной оценки функционального состояния каждой из систем ор­ганизма, обеспечивающих сексуальную сферу. Все данные, полученные в ходе обследования, заносятся в стандартную карту сексологического обследования. Проанализировав их, врач делает диагностическое заключение и назначает соответствующее лечение.

**2.7. Современные подходы**

**к лечению сексуальных дисфункций**

Терапия сексуальных дисфункций направлена на нор­мализацию параметров сексуального функционирования; ликвидацию психопатологической симптоматики; восста­новление и/или улучшение партнерских отношений; дости­жение пациентами приемлемого уровня психологического комфорта и удовлетворяющей их половой активности.

Лечение начинается с сексуальной ресоциализации, т. е. создания необходимых предпосылок для успешного ле­чения. К таковым относятся: расширение круга общения и возможностей для знакомства и сближения с лицом проти-

91

воположного пола (при отсутствии сексуального партнера); смягчение супружеских конфликтов до уровня, позволяю­щего начать восстановительное лечение; вовлечение партне­ра в лечебный процесс (как минимум его непротиводействие половой активности пациента, в оптимальном варианте - заинтересованное участие в сексуальных контактах); уст­ранение «технических» помех (объединение супружеских постелей, подбор адекватной контрацепции, создание атмо­сферы уединения и интимности в спальне и т. п.).

Лечение большинства сексуальных дисфункций явля­ется комплексным и предполагает сочетанное применение фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии, а в неко­торых случаях механотерапии (эректоров и вакуумных приспособлений для достижения эрекции) или хирур­гических вмешательств (например, у больных с грубыми эректильными дисфункциями при неэффективности иных лечебных мероприятий может применяться фадлопроте-зирование).

***Фармакотерапия*** половых дисфункций проводится с учетом этиопатогенеза расстройства и особенностей его течения. Ниже представлена, разработанная нами, рабочая классификация основных групп лекарственных средств, которые применяются в терапии сексуальных дисфункций различного генеза.

1. *Адаптогены и сходные с ними стимулирующие ве­щества:*

а) *растительного происхождения и продукты пчеловодства:* препараты из женьшеня, аралии манчжурской, левзеи, родиоды розовой, заманихи, элеутеро­кокка, лимонника китайского, цветочной пыльцы, апилак, тентекс-форте, верона;

б) *животного происхождения:* пантокрин, цыгапан, касолин;

в) *комбинированные (животно-растительные):* наньбао, тестис-компози-тум.

2. *Витамины и поливитаминные комплексы, содер­жащие макро- и микроэлементы и биоактивные Ве­щества:* токоферола ацетат, тиамина хлорид, аевит, юникап-Т, супрадин.

3. *Половые гормоны и средства влияющие на гормо­нальное обеспечение половой сферы:*

92

а) *андрогены и их синтетические аналоги:* тесто­стерона пропионат, метилтестостерон, тестосте­рона андекаонат (андриол), местеролон (провирон), тетрастерон (сустанон-250); тестостерона ундекаонат (небидо);

б) *анаболические стероиды:* метандростенолон, нандролона деканоат (ретаболил);

в) *гонадотропины:* хорионический гонадотропин (прегнил, профази);

г) *ингибиторы пролактина;* бромкриптин (парлодел), каберголин (достинекс);

д) *антиандрогены:* ципротерона ацетат (андрокур);

е) *антиэстрогены:* тамоксифена цитрат, кломифенцитрат (клостильбегит);

ж) *эстрогены:* этинилэстрадиол (микрофоллин), эстриол (овестин);

з) *гестагены:* дидрогестерон (дюфастон), линестренол (оргаметрил, эксклютон);

и) *комбинированные гестоген - эстрогённые препа­раты:* тризистон, фемоден и др.;

к) *комбинированные эстроген - андрогенные препа­раты:* гинодиан депо.

4. *Вазоактивные препараты:*

а) *общего действия:* пентоксифиллин (трентал), экстракт листьев гингко билоба (танакан), ницерголин (сермион), йохимбин, актовегин;

б) *селективного действия:* папаверина гидрохлорид, алпростадил (каверджект) для интракавернозного введения; ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа для перорального применения: силденафил (виагра), тадалафил (сиалис), варденафил (левитра).

5. *Препараты, стимулирующие центральную и пери­ферическую нервную систему:* стрихнина нитрат, прозерин, дистигмин бромид (убретид).

6. *Метаболиты и ферменты, регулирующие обмен ве­ществ:* милдронат, аденозинтрифосфорная кислота (АТФ), карнитин, рибоксин, мексидол.

7. *Психотропные препараты:*

а) *транквилизаторы:* тофизопам (грандаксин), алпразолам (ксанакс), мезапам (рудотель), мебикар, фенибут, феназепам, буспирон (буспар);

93

б) *нейролептики:* тиоридазина гидрохлорид (сонапакс), сульпирид (бетамакс), алимемазин (терален), перициазин (неулептил);

в) *антидепрессанты:* сертрадин (золофт), флувоксамим (феварин); тианептин (коаксил), кломипрамин (анафранид) гиперикум (гелариум), пиразидол;

г) *психостимуляторы:* сиднокарб, сиднафен;

д) *ноотропы:* пиридитол, пикамалон.

8. *Гепатопротекторы:* Лив-52, эссенциале, силибинин (легалон), карсил.

9. *Препараты, действующие в области перифериче­ских нервных окончаний:*

а) *местноанестезирующие средства:* аэрозоли и мази на основе лидокаина, тримекаина и т.д.;

б) *местнораздражающие мази:* химколин и т.д.

10. *Препараты, улучшающие функцию простаты:* трианол, простатилен, спеман, спеман форте, простанорм и др.

11*. Вагинальные кремы-любриканты:* услада (безжиро­вая смазка - увлажни-тель с провитамином В5) и др.

Применяют электролечение (промежностная, рек­тальная и уретральная электростимуляция с помощью аппаратов «Эндотон-1», «Интратон» и т. п.); воздействие ультразвуком (ультрафонофорез); водолечение (гидро­массаж простаты, лечебные микроклизмы); грязелечение в аппликационной и внутриполостной (ректальной, ваги­нальной) формах; лечебный массаж (пальцевой массаж предстательной железы и семенных пузырьков, пневмо-массаж полового члена с помощью локального низкого давления - ЛД-терапия); методы рефлекторного воздей­ствия (хлорэтиловые блокады ромба Михаэлиса по Г. С. Васильченко, акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж); вибростимуляция эрогенных зон при помощи вибромассажера и др.

*Психотерапия* играет важную роль в сексологическом лечении. При сексуальных расстройствах, не обусловлен-

95

ных органическими нарушениями или болезнями (F52), пси­хотерапия может быть единственной формой их коррекции либо использоваться как один из видов комплексного лече­ния. На сегодняшний день не существует психотерапевти­ческого метода, одинаково эффективно воздействующего на весь спектр психологических проблем сексологических пациентов. Поэтому для коррекции тех или иных сексуаль­ных нарушений в настоящее время чаще всего используют­ся подходы, основанные на систематизированном примене­нии сразу нескольких методов психотерапии в комбинации с иными видами лечения. Например, в России сексологи, широко применяют комбинацию рациональной психоте­рапии, гипносуггестии, поведенческой секс-терапии, пси­хотерапевтического опосредования лечебных процедур и элементов семейной терапии в сочетании с фармакотера­пией и физиотерапией.

При использовании тех или иных методов психотера­певтической коррекции сексуальных расстройств следует учитывать:

1. Оптимальный выбор конкретных форм психотера­пии определяется как клиническими проявлениями сексуальной дисфункции, так и их психогенезом, т. е. наличием у пациентов психологических ме­ханиз-мов сексуальной дезадаптации (тревожно­го ожидания сексуальной неудачи; неадекватных убеждений и установок в отношении половой жиз­ни; глубинных страхов перед проявлениями сексу­альности; нарушений межличностных и сексуаль­ных отношений с партнером и др.).

2. В соответствии с вышеуказанным, основными ми­шенями для психотерапевтического воздействия являются: отдельные симптомы полового рас­стройства (нарушения эрекции, ускоренная эяку­ляция, аноргазмия и т. п.); психологические меха­низмы, участвующие в формировании сексуальных нарушений.

3. Коррекция имеющихся у больных половых рас­стройств, а также сопутствующих психопатоло­гических нарушений осуществляется при помощи наиболее подходящих по своей терапевтической направленности методов психотерапии и их сочета-

95

ний, которые в оптимальном варианте должны быть сфокусированы как на сексологической и невроти­ческой симптоматике, так и стоящих за ними психо­логических проблемах пациентов. Конкретные приемы и техники для проведения пси­хотерапии подбираются индивидуально с учетом их те­рапевтического диапазона и соответствующей подготов­ки у врача. В частности, методы бихевиоральной терапии эффективно снижают тревогу, являющуюся стержнем пси­хогенных половых дисфункций (систематическая десенси­билизация на фоне мышечной релаксации, тренинг уверен­ности и т. п.), а также служат для уменьшения супружеских конфликтов и мотивации партнеров к конструктивному взаимодействию («структурированный тренинг общения», «техника позитивных обменов» и др.). Особой разновидно­стью поведенческой терапии является сексуальная терапия (секс-терапия), которая использует специально разрабо­танные приемы для устранения тех или иных симптомов по­ловых дисфункций (например, техники «сжатие» и «стоп-старт» при ускоренной эякуляции или десенсибилизация с помощью увеличивающихся в размерах расширителей в случаях вагинизма). Для коррекции неадекватных убежде­ний и логических ошибок в рассуждениях пациентов при­меняются техники когнитивной психотерапии, основанные на опровержении иррациональных идей.

Гипнотерапия (классический и эриксоновский гипноз), а также техники нейролингвистического программирова­ния (НЛП) эффективны для нейтрализации негативного сексуального опыта, устранение тревожного гиперконтро­ля за ходом полового акта и обучения ассоциированному восприятию половой близости. Десенсибилизация и пере­работка движениями глаз (ДПДГ) позволяет пациентам быстро дистанциироваться от психотравмирующих собы­тий прошлого, включая предшествующие сексуальные не­удачи, и обеспечить когнитивное переструктурирование информации, отрицательно влияющей на их самооценку и поведение во время интимной близости. Техники семейной и супружеской психотерапии используют в работе супру­жеской парой для решения следующих задач: прояснение взаимных ожиданий и разногласий, видоизменение харак­тера коммуникаций, сосредоточение супругов на наиболее

96

значимых проблемах в отношениях и путях их решения, из­менение стиля поведения и др.

На завершающем этапе лечения проводится сексу­альная реадаптация. Ее целью является оптимизация сек­суального взаимодействия с партнером, достижение/вос­становление гармонии в интимной жизни и приобретение супружеской парой способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в семейно-сексуальных отношениях.

Следует отметить, что проведение мероприятий этапа сексуальной реадаптации возможно лишь при следующих условиях:

1) пациент имеет устойчивые партнерские отношения или состоит в браке;

2) у партнеров/супругов есть обоюдное желание по­высить удовлетворенность от совместной половой жизни;

3) партнер согласен участвовать в сексологическом лечении и следовать врачебным рекомендациям от­носительно его поведения при интимной близости с пациентом.

Сексуальная реадаптация осуществляется после улуч­шения параметров сексуального функционирования па­циента до степени, обеспечивающей возобновление парой регулярных половых контактов. Необходимо уточнить индивидуальные сексуальные предпочтения партнеров с целью совместного планирования и последующей практи­ческой реализации оптимальных для них вариантов сек­суального взаимодействия. Могут использоваться специ­альные обучающие видеофильмы. Показана секс-терапия, направленная на повышение физического удовольствия от сексуальных контактов (приемы чувственного фокусиро­вания и др.). На этом этапе также применяют семейную и супружескую психотерапию для обучения партнеров более эффективному межличностному взаимодействию.

Эффективность терапии сексуальных дисфункций до­статочно высока. Она может снижаться при отсутствии супруга или постоянного полового партнера либо его яв­ном или скрытом «саботаже» сексологическому лечению, который проявляется уклонением под любыми предлогами от посещения врача-сексолога, а также половой близости с пациентом. Нежелание пациента или его партнера следо-

4 Медицинская сексология

97

вать терапевтическим рекомендациям, касающимся часто­ты половой близости, оптимальной продолжительности эротических ласк и их форм, позиций во время коитуса, также затрудняет восстановление сексуальной функции. Напротив, при наличии чуткого, благожелательно настро­енного партнера и обоюдного стремления супругов к более гармоничным интимным отношениям в большинстве случа­ев возможно не только существенное улучшение сексуаль­ной функции пациента, но и повышение взаимной удовле­творенности половой жизнью в браке.

**2.8. Клинические варианты**

**сексуальных дисфункций и их терапия**

Психогенные сексуальные дисфункции рассматриваются в МКБ-10 в рубрике F52. Сексуальные расстройства (дисфунк­ции), не обусловленные органическими нарушениями или бо­лезнями. Выделяют следующие их основные варианты:

- отсутствие или потеря полового влечения (F52.0);

- сексуальное отвращение и отсутствие полового удовлетворения (F52.1);

- недостаточность или отсутствие генитальной реак­ции (F52.2);

- оргазмическая дисфункция (F52.3);

- преждевременная эякуляция (F52.4);

- вагинизм неорганического происхождения (F52.5);

- диспареуния неорганического происхождения (F52.6);

- повышенное половое влечение (F52.7);

- другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F52.8);

сексуальная дисфункция, не обусловленная органи­ческими нарушениями или болезнью, неуточненная (F52.9).

В общих указаниях к рубрике F52. отмечено, что сек­суальная реакция представляет собой психосоматический процесс, и в происхождении сексуальных расстройств обычно принимают участие и психологические и сомати­ческие факторы. Может оказаться возможным выявить несомненную психогенную или органическую этиологию,

98

но чаще, особенно при таких проблемах, как отсутствие эрекции или диспареуния, трудно определить относитель­ное значение психологических и/или органических факто­ров. В таких случаях нарушение следует определять как со­стояние смешанной или неуточненной этиологии.

Некоторые типы дисфункции (например, отсутст­вие полового влечения) возникают как у мужчин, так и у женщин. Тем не менее, женщины чаще жалуются на субъ­ективное качество сексуальных переживаний (отсутствие удовлетворения или интереса к половой жизни), а не на отсутствие специфических реакций. Нередки жалобы на оргазмическую дисфункцию, но при расстройстве одного из аспектов женской сексуальной реакции существует ве­роятность нарушения и остальных. Например, если жен­щина неспособна к переживанию оргазма, она часто не в состоянии получать удовлетворение от других аспектов физической близости, что способствует значительному снижению ее сексуального влечения. Напротив, мужчины, хотя и жалуются на отсутствие специфических реакций, таких как эрекция или эякуляция, часто сообщают о со­хранности полового влечения. Поэтому необходимо тща­тельно анализировать, что скрывается за предъявляемой жалобой для установления наиболее подходящей диагно­стической категории.

Определены общие для всех половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболе­ванием, диагностические критерии, которым должны, по­мимо специфических, отвечать все частные формы, рассма­триваемые в данном разделе.

1. Пациент не в состоянии установить сексуальные от­ношения так, как он бы этого хотел.

2. Расстройство функции возникает часто, но в неко­торых случаях может отсутствовать.

3. Расстройство функции наблюдается в течение по меньшей мере 6 месяцев (на наш взгляд, для поста­новки сексологического диагноза введение данного критерия малооправдано).

4. Расстройство не соответствует критериям какого-либо психического или органического заболевания.

5. Выделение последнего общего критерия предпола­гает, что если, например, рекуррентное депрессив-

99

ное расстройство с текущим эпизодом любой тяже­сти сопровождается снижением полового влечения и ослаблением эрекции (что в данном случае явля­ется одним из клинических проявлений депрессии), в диагноз выносится основное, аффективное рас­стройство. Например: рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести с соматическими (сексологическими) симптомами (F32.11).

При рассмотрении каждого из таксонов F52.0-F52.9 вначале приведены клинические описания соответствую­щих сексуальных дисфункций и их специфические диаг­ностические критерии из МКБ-10, адаптированной для ис­пользования в Российской Федерации (1998). Затем следуют наши комментарии, затрагивающие вопросы этиопатогенеза, дифференциального диагноза, клинических особенно­стей и терапии рассматриваемых половых дисфункций.

**F52.0. Отсутствие или потеря полового влечения**

Потеря полового влечения является основной пробле­мой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сек­суального удовлетворения или возбуждения, но делает по­ловую активность менее вероятной.

*Диагностические критерии:*

1)недостаток или потеря полового влечения выража­ется в уменьшении сексуальных фантазий, поиска сексуальных стимулов, мыслей о сексуальной сто­роне жизни, сопровождаемых субъективно прият­ным эмоциональным оттенком;

2) интерес к осуществлению сексуальной активности с партнерами или к мастурбации без них появляется реже, чем этого можно было ожидать с учетом воз­раста, ситуации и ранее привычного уровня.

*Включаются (относятся к данной рубрике):*

*-* фригидность (алибидемия);

*-* сниженное сексуальное влечение;

- гипоактивное сексуальное влечение.

100

Х. Каплан (1987) определяет данное состояние как по­давленное сексуальное влечение. У. Мастерс и В. Джонсон (1986) называют его «заторможенное сексуальное жела­ние» (YSD) и выделяют два основных признака потери по­лового влечения:

1) низкую степень сексуальной активности;

2) отсутствие у субъекта желания проявлять эту ак­тивность.

Причем желание включает сексуальные фантазии, про­явления внимания к эротическим стимулам и материалам, способность замечать привлекательных потенциальных партнеров, психический и физический дискомфорт (сексу­альная абстиненция) при вынужденном отказе от секса.

По данным У. Мастерса и В. Джонсон (1983), отсутст­вие желания - одна из частых жалоб при обращении су­пружеских пар, причем это более характерно для женщин (до 35 %), чем для мужчин (до 15 %). Они считают, что от­сутствие интереса к половой жизни следует классифици­ровать как YSD только тогда, когда оно оказывается ис­точником личных проблем или приводит к расстройствам взаимоотношений. Некоторые люди по соображениям субъективного порядка добровольно отказываются от по­ловой жизни, выбирая безбрачие (например, католические священнослужители), что в конечном итоге приводит к полному подавлению у них сексуального влечения. Такой непатологический образ жизни получил название нормаль­ной асексуальности, и в нем нет признаков сексуального расстройства.

Однако достаточно часто сниженное половое влечение может стать серьезной проблемой в супружестве. Так, не­соответствие в уровнях сексуального желания у двух парт­неров является одной из самых распространенных жалоб, с которыми приходят к сексотерапевтам (J. Beck, 1995).

X. Каплан (1987) относит к проявлениям отсутствия или потери полового влечения скрытые формы избегания интимных контактов; возникновение негативных представ­лений, блокирующих сексуальные реакции и переживания; тревогу, связанную с ощущением неполноценности собст­венных сексуальных действий; отказ от адекватной физи­ческой и/или психологической стимуляции во время сексу­альных действий; подавление эротических фантазий.

101

Имеется ряд биологических (органических) наруше­ний, сопровождающихся снижением или отсутствием по­лового влечения. У мужчин наиболее часто это связано с гормональной недостаточностью, которая проявляется выраженным снижением уровня тестостерона, а точнее его активного метаболита - 5а-дегидротестостерона в крови.

К причинам андрогенной недостаточности относят первич­ный (связанный с патологическими изменениями в яичках) и вторичный (обусловленнный патологией гипофиза и ги­поталамуса) гипогонадизм; пролактинсекретирующие опу­холи гипофиза, которые выявляют более чем у 10 % муж­чин с потерей полового влечения, и др.

Гормональная (эстрогенная) недостаточность у женщин при грубой дисфункции яичников или их удалении нередко приводит к выпадению эротического компонента полово­го влечения (позитивной реакции на эротические стимулы, включая поверхностные ласки), а патология надпочечников, вызывающая снижение уровня андрогенов, может сопро­вождаться полным отсутствием интереса к половому акту (редуцируется сексуальный компонент либидо). К другим биологическим причинам, часто приводящим к снижению полового влечения у лиц обоего пола, относят токсические влияния (злоупотребление психоактивными веществами, в особенности наркотиками); побочное действие некоторых лекарственных препаратов (например, нейролептиков или ряда транквилизаторов, гипотензивных препаратов, таких как клофелин или резерпин и т. д.); метаболические нару­шения при наличии признаков печеночной, почечной либо дыхательной недостаточности; височную эпилепсию.

Психические расстройства, в первую очередь сопро­вождающиеся депрессивным аффектом, нередко способ­ствуют подавлению полового влечения. По данным У. Мастерс и В. Джонсон (1979), у больных, страдающих депрес­сией, снижение либидо отмечается в 70 % случаев, а у 33 % наблюдаются различного рода расстройства в течении по­лового акта.

Основное диагностическое значение для отнесения случаев снижения или потери полового влечения к данной рубрике имеет выявление у пациентов психологических ме­ханизмов, тормозящих сексуальное желание, при отсутст­вии явных биологических причин расстройства.

102

Отсутствие или потеря сексуального влечения может наблюдаться при целом ряде патологических состояний. К ним относятся шизофрения, височная эпилепсия черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые заболевания голов­ного мозга, злоупотребление психоактивными веществами (наркотики, алкоголь и др.), депрессивные расстройства. В частности, у больных, страдающих депрессией, снижение либидо отмечается в 70 % случаев. Эндокринные наруше­ния: у мужчин - первичный (связанный с патологиче­скими изменениями в яичках) и вторичный (обусловленн­ный патологией гипофиза и гипоталамуса) гипогонадизм, пролактинсекретирующие опухоли гипофиза, кастрация; у женщин - патология надпочечников, яичников, врож­денная и приобретенная (например, в климактерическом периоде) гипоталамо-гипофизар-ная недостаточность. Побочное действие ряда лекарственных средств: нейро­лептиков, транквилизаторов из группы бензодиазепинов, трициклических антидепрессантов, гипотензивных препа­ратов (клофелин, резерпин и др.). Потеря полового влече­ния иногда развивается как следствие других сексуальных расстройств. Например, мужчина, длительно страдающий эректильной дисфункцией, на фоне которой у него посте­пенно угас интерес к сексу, может обнаружить, что прекра­щение попыток половых контактов помогает ему избежать неприятных последствий сексуальных неудач, тревожных опасений и страхов, новых болезненных ударов по само­оценке. В этих случаях алибидемия носит вторичный (не­вротический) характер и служит своеобразной защитой от душевных потрясений и унижения мужского самолюбия. Аналогичный защитный механизм наблюдается у женщин при длительной сексуальной неудовлетворенности, сопро­вождающейся аноргазмией. В таких случаях угасание ли­бидо вплоть до алибидемии объясняется отсутствием поло­жительного подкрепления при половых контактах.

Рассматривая психодинамику фригидности, X. Каплан (1987) отмечает, что у женщины возникает бессознатель­ный конфликт, мешающий ей переживать удовольствие от контакта с мужчиной. Как правило, данная форма рас­стройства связана не с единичным конфликтом, а проявля­ется как синдром. К проявлениям этого расстройства отно­сятся страхи или чувство вины, связанные с сексуальными

103

переживаниями, враждебность по отношению к мужчинам вообще или к конкретному мужчине, страх быть отвергну­той, если она позволит себе «внутренне расслабиться»; беспокойство по поводу «должного» исполнения своих сексуальных действий, чувство стыда по поводу проявле­ний эротичности и т. д. Специфические механизмы защи­ты, характерные для фригидных женщин, фактически не позволяют им проявлять свою сексуальную реакцию. Жен­щины либо избегают получения адекватной стимуляции со стороны мужчины, либо, в том случае, если она не препят­ствует своему партнеру возбуждать ее, у нее формируется механизм перцептивной защиты, препятствующий получе­нию удовольствия от этого возбуждения. Она, в букваль­ном смысле, не позволяет себе переживать какие бы то ни было эротические ощущения. Она неосознанно запрещает себе какой бы то ни было сексуальный отклик и не позво­ляет себе предаваться сексуальным переживаниям.

По мнению К. Штифтера (1999), отсутствие сексуально­го желания может быть бессознательным выражением проб­лем в отношениях или внутриличностных напряжений. Есть много бессознательных причин, чтобы при помощи отказа в сексе заставить другого человека в чем-то раскаяться, о чем мы сами часто и не догадываемся. Например, такой причи­ной может быть разочарование в супруге, что он или она не тот «принц» или «принцесса», какими их считали. Также и партнеры, которые запутались в борьбе за власть, не «хотят» испытывать никакого вожделения к своему «контрагенту». Они не хотят только потому, что этого «хочет » партнер. Еще один мотив - конфликт близости и дистанции. Он сущест­вует там, где в отношениях четко не определено, насколько каждый из партнеров может считать допустимой ту степень психической близости и зависимости, не боясь при этом по­терять свою автономию, и насколько самостоятельности каждый готов развить до той степени, чтобы у обоих не сло­жилось впечатление, что они уже больше не пара.

Другие психологические факторы подавления либидо: перенесенная травма сексуального насилия; низкая само­оценка, связанная с убежденностью в своей сексуальной непривлекательности (истинной или мнимой); болезненные личностные реакции на критику партнера или расставание с ним; неосознаваемые (вытесненные) гомосексуальные

104

импульсы, которые тормозят гетеросексуальное влечение; длительное половое воздержание (по любым мотивам); по­степенное снижение полового влечения у людей, всецело поглощенных карьерой или бизнесом.

Женщины с отсутствием полового влечения обнаружи­вают неспособность или низкую способность к сексуально­му возбуждению в интимных ситуациях, а если половой акт происходит, то при фрикциях не возникает сладострастных (воллюстических) ощущений из-за низкой чувствительно­сти половых органов и оргазм обычно не достигается. Та­ким образом, алибидемия в большинстве случаев включает и аноргазмию. Иногда у фригидных женщин могут насту­пать возбуждение и оргазм вследствие эффективной сек­суальной стимуляции, хотя это происходит редко и при от­сутствии какой-либо инициативы к близости с их стороны.

Ослабление или утрата полового желания - наибо­лее обыденный признак распадающейся сексуальной свя­зи. В этих случаях сексуальное «торможение» не носит генерализованного характера и, проявляясь только с опре­деленным половым партнером, может не обнаружить себя в иных интимных ситуациях. Такое избирательное рас­стройство полового влечения, вызванное недостаточной эротической привлекательностью партнера, равнодушием или отрицательным отношением к нему, является следстви­ем выраженной семейно-сексуальной дисгармонии, поэто­му требует уточнения в диагнозе, указывающего на ситуа­ционный (селективный) характер дисфункции.

Обследование пациентов с жалобами на отсутствие полового влечения проводится, как правило, амбулаторно. Включает стандартное сексологическое обследование. При сборе сексологического анамнеза особое внимание следует уделить психосексуальному развитию, наличию отклонений полового влечения (бисексуальное, гомосексу­альное и пр.), сексуальному дебюту и последующему опыту интимных контактов, представлениям пациента о сексуаль­ной норме и психофизиологии половой жизни, характеру межличностных и сексуальных взаимоотношений с посто­янным сексуальным партнером / супругом либо выяснению причин отсутствия такового.

Дополнительное обследование: использование психо­диагностических методов исследования для углубленной

105

оценки психического состояния и личностных особенно­стей пациентов; определение 17-КС, эстрогенов в моче; определение ФСГ, ЛГ, пролактина, тестостерона, проге­стерона в плазме крови; КТ или МРТ головного мозга; кон­сультация гинеколога для пациентов женского пола или уролога - для лиц мужского пола; консультация эндокри­нолога; консультация невролога.

Терапия направлена на усиление полового влечения и повышение сексуальной активности. Активизация по­давленного полового влечения может осуществляться на биологическом уровне (использование фармакотерапии и физиотерапии) и преимущественно психологическом уров­не (психотерапевтическое воздействие).

По показаниям используются следующие группы пре­паратов:

- антидепрессанты (тианептин, гиперикум, сертралин, флувоксамин);

- транквилизаторы (тофизопам, мезапам, алпразолам, мебикар);

- психостимуляторы (сиднокарб);

- адаптогены (настойки жень-шеня, родиолы розовой, китайского лимонника и т. п.);

- ноотропы (пирацетам, пиридитол);

- средства гормональной коррекции (у мужчин: хорионический гонадотропин, тестостерона пропионат, метилтестостерон, тестостерона андеканоат, местеролон, небидо, сустанон-250; у женщин: котроткие курсы этинилэстрадиола (в первой фазе менструаль­ного цикла и метилтестостерона (во второй фазе), иногда - местеролона;

- поливитамины;

- средства, улучшающие кровообращение (ницерголин, пентоксифиллин и др.).

Психотерапия (индивидуальная, парная) направлена на нейтрализацию психогенных факторов подавления либи­до, повышение интереса и активности в сексуальной жиз­ни, при необходимости - коррекция представлений о ней. Для решения этих задач используется целый ряд взаимо­заменяемых методов психотерапевтического воздействия из арсеналов НЛП, ДПДГ, гештальттерапии, клинического гипноза, телесно-ориентированных практик и др.

106

Рассмотрим подробнее секс-терапевтическое лече­ние алибидемии (фригидности) у женщин, разработанное X. Каплан (1987). Его основная терапевтическая стратегия состоит в обучении женщины адекватно реагировать на сексуальную стимуляцию в то время, как она находится в расслабленном и безмятежном состоянии. Обычно исполь­зуется следующая последовательность лечения женщин с полной фригидностью: 1) чувственное фокусирование - I; 2) чувственное фокусирование - II; 3) необязывающий кои­тус; 4) сношение с оргазмом.

*Чувственное фокусирование* означает, что супруги воздерживаются от полового акта и оргазма в течение не­скольких дней или недель. На первом этапе (чувственное фокусирование-I) они занимаются любовными играми и нежными ласками, исключающими прямую стимуляцию гениталий. При этом партеры свободны от обязательств, согласно которым они непременно ждут определенных сексуальных реакций друг от друга. У него нет необходи­мости иметь эрекцию, а она освобождается от обязанности вызвать ее у своего партнера. Ни ей, ни ему не рекоменду­ется (терапевт настаивает на этом) достигать оргазма, но при этом им предписывается доставлять друг другу макси­мум наслаждений. Такая установка позволяет партнерам побороть свои страхи и опасения. При таких обстоятель­ствах появившееся ощущение радости и наслаждения слу­жит подкреплением и стимулом для адекватного сексуаль­ного функционирования. Чувственное фокусирование - II используется после того, как пара успешно справилась с взаимным услаждением, или в том случае, если терапевт посчитал целесообразным обойти первый этап. Партнерам предписываются упражнения генитального услаждения, суть которых состоит в нежной соблазнительной стиму­ляции половых органов, при этом имеется одно важное условие: возбуждение не должно приводить к достижению оргазма.

У фригидных пациенток могут возникать негативные реакции на упражнения чувственного фокусирования, что необходимо учитывать. Их рекомендуют, если известно, что в добрачный период женщина испытывала достаточ­ную возбудимость в ситуации предварительных ласк и при петтинге. Поначалу эти упражнения следует проводить в

107

одежде, что позволяет женщине воспринимать их без из­лишних опасений.

*Необязывающий коитус.* В оптимальном случае это упражнение выполняется при условии, если женщина про­являла положительную реакцию на упражнения чувствен­ного фокусирования. Но если прикосновения к половым органам вызывают у нее непреодолимое сопротивление, то одним из способов обойти это сопротивление является упражнение не обязывающего коитуса.

Супружеская пара получает установку на взаимные ласки до получения эрекции у мужчины и любрикации у женщины. Если у женщины отсутствует достаточное увлажнение влагалища, мужчине предлагается смазать пенис любрикантом. Затем женщина занимает позу свер­ху. Она вводит член во влагалище, после чего некоторое время отдыхает, чтобы освоиться с ощущением фаллоса в себе. После этого она делает несколько сжатий лобково-копчиковых мышц, чтобы адаптироваться к ощущениям в вагинальной области. Далее она совершает медленные движения «вверх - вниз» по члену мужчины. Она «за­бавляется», экспериментирует с различными фрикци­онными и поступательными движениями. Она движима исключительно собственными ощущениями и не обраща­ет внимания на партнера. С ее стороны требуется опре­деленная доля эгоизма, чтобы оценить и осознать собст­венные, вагинальные ощущения. Мужчина как бы отдает во временное пользование свой эрегированный член, при этом он всячески поощряет женщину в ее действиях. Если мужчина ощущает приближение у себя оргазма, он пред­упреждает об этом супругу и пара делает небольшой пе­рерыв. На это время можно оставить член во влагалище. Такой прерванный коитус дает женщине приятное сладо­страстное ощущение и обостряет ее возбуждение. За вре­мя перерыва паре обычно рекомендуют воздержаться от стимуляции. Но иногда мужчина может стимулировать клитор или женщина делает это сама. Упражнение закан­чивается, когда она утомлена или достигает оргазма (на этом этапе оргазм возникает крайне редко). Ясно, что для необязывающего коитуса требуется сексологически нор­мальный партнер-мужчи-на с хорошей потенцией и доста­точным контролем эякуляции.

108

X. Каплан (1987) описывает различные виды реакций на необязывающий коитус. У женщин: удовольствие и воз­буждение, а иногда оргазм; усиление приятных вагиналь­ных ощущений, пробуждение любовных переживаний; но порой негативные проявления в форме анестезии или даже эмоциональных потрясений. Мужчины также по разному реагируют на упражнение. Одни воодушевлены возможностью помочь своей жене, получая от процесса сексуальное удовольствие. Другие - испытывают тревогу и враждебность, поскольку женщина проявляет повышен­ную активность и эгоцентризм.

При положительных реакциях супруги переходят к ре­гулярному коитусу. Негативные реакции требуют анализа и коррекции. Многие фригидные женщины чрезмерно озабо­чены удовлетворением своего партнера в ущерб самим себе. Здесь проявляется мазохистская модель поведения в отно­шении к противоположному полу. В нем заложена глубокая тревога. Женщина не может поверить, что мужчина в со­стоянии полюбить ее и принять ее такой, как она есть. Она чувствует обязанность постоянно служить, приносить ему удовольствие. Она не может позволить себе расслабиться и принимать наслаждение. Муж, часто неосознанно, заинте­ресован в этом пассивном поведении жены, и он незаметно способствует его фиксации. Он позволяет ей служить, при­носить ему удовольствие и ублажать себя. Такое поведение позволяет глубоко неуверенному в себе мужчине не выстав­лять наружу собственные проявления тревоги.

Упражнения необязывающего коитуса, в ходе которо­го женщина направляет свою активность в желаемое для себя русло, игнорируя принцип ублажения мужчины, ча­сто выводят наружу стереотипы мазохистского поведения, поведения, которое служит неосознанным потребностям как мужчины, так и женщины. Поэтому у обоих партнеров может произойти усиление тревоги и активизация меха­низмов защиты, сдерживающих эту тревогу. Справиться с этими резистентными состояниями помогает повторение заданий и психотерапия, направленная на коррекцию уров­ня самооценки женщины.

В случаях, когда садомазохистские проявления устой­чивы и не поддаются коррекции в ходе краткосрочной пси­хотерапии, X. Каплан рекомендует использовать «колла-

109

теральный» способ. Супругам предлагается сохранить все особенности своих взаимоотношений, но при этом следо­вать сексологическим предписаниям, то есть фактически активно заниматься сексом. Они могут вступать в пере­бранки, выяснять отношения, если того пожелают, но за пределами спальни.

Страх быть отвергнутой - еще одна типичная причи­на фригидности. Некоторые женщины способны хорошо диссоциировать сексуальные и аффективные реакции. Они получают наслаждение от половой активности и демон­стрируют хороший секс, даже если равнодушны или не­гативно настроены по отношению к своему партнеру. Но значительно чаще женщины не способны испытывать по­ложительные эмоции от секса в подобных случаях. Причем фригидные женщины часто даже не осознают враждебно­сти или амбивалентности по отношению к своим мужьям. Женщина чувствует себя обманутой, используемой как орудие, совершенно не осознавая своей враждебности, ко­торая, подавляет ее сексуальность в отношениях с мужем. Страх быть отвергнутой можно преодолеть «коллатерально», и женщине порой удается получать удовольствие от секса, несмотря на весьма противоречивое отношение к мужчине. В других случаях проявления враждебности ста­новятся непреодолимым препятствием, и требуется психо­терапевтическая помощь. Сходные проблемы возникают в случае чувства вины по поводу сексуального наслаждения.

*Оргазм.* В случае, когда необязывающий коитус при­водит к появлению у женщины эротического отклика, пара получает установку на сношение, направленное на дости­жение оргазма у обоих партнеров. Однако на начальных этапах терапии нет необходимости форсировать наступле­ние оргазма у фригидных женщин. Поначалу целью тера­пии должно являться усиление ее сексуальных реакций и пробуждение желания близости. Целенаправленная ори­ентация на оргазм может затормозить пробуждение сексу­альности. Но если фригидность носит вторичный характер, являясь результатом повторяющихся неудачных попыток достичь оргазма, то предписывается выполнение специаль­ных упражнений, направленных на его достижение.

Полезным дополнением к секс-терапии являются уп­ражнения по развитию лонно-копчиковой мускулатуры.

110

Их предложил А. Кегель, который считал слабость лонно-копчиковой мускулатуры одной из характерных причин женской алибидемии и аноргазмии. Ощущения околова­гинальной мускулатуры являются важным источником сладострастных эротических переживаний. Физиологи­ческий субстрат женского оргазма включает сокращения луковично-губчатой и лонно-коп-чиковой мускулатуры. Поэтому улучшение тонуса этих мышц способствует бо­лее яркому оргазму. Если есть данные, которые указы­вают на вялость или атрофию указанной мускулатуры, женщине предписывается один или два раза в день про­водить упражнения на сокращения лонно-копчиковой мускулатуры. Для идентификации этих мышц пациентке рекомендуется периодически прерывать и продолжать мочеиспускание.

Физиотерапия и рефлексотерапия. Дополнительно мо­гут использоваться: акупунктура и лазеропунктура (тони­зируют точки Е30; Е32; Е41; R7; VB25; TR3; RP5; RP10; RP12; VC5; VC15; VG8), аурикулотерапия (основные точки 22, 28, 32, 34, 58), традиционный восточный массаж.

**F 52.1. Сексуальное отвращение и отсутствие**

**полового удовлетворения**

В отличие от нарушений полового влечения, сопровож­дающихся утратой интереса или полным безразличием к любым проявлениям интимной жизни, в этой рубрике идет речь о реакциях (субъективно нейтральной либо ярко вы­раженной негативной) на непосредственное сексуальное взаимодействие.

**F 52.10 Сексуальное отвращение**

Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой ак­тивности.

*Диагностические критерии:*

1) возможность сексуальных взаимодействий с парт­нерами вызывает отчетливое отвращение, страх или

111

тревогу, вынуждающую избегать половой активно­сти. Если половой акт все же происходит, он сопро­вождается сильными отрицательными эмоциями и неспособностью ощутить удовлетворение;

2) отвращение и избегание не связаны со страхом ожи­дания сексуальной неудачи (как реакции на предше­ствующий негативный сексуальный опыт).

Устойчивое или повторяющееся отвращение к сексу с из­беганием всех (почти всех) сексуальных контактов через поло­вые органы фактически является тяжелой фобией. У людей, страдающих сексуальным отвращением, возникают ирра­циональный страх, ужас, связанный с сексуальной актив­ностью и даже мыслями о ней. Страх перед половыми кон­тактами может выражаться в физиологических симптомах (сильное потоотделение, тошнота, понос, серд-цебиение) или же чисто психологически, когда человек просто боится вступать я сексуальную связь. Навязчивый страх пациента усиливается непреодолимым желанием избегать интимных ситуаций, вызывающих у него сильную тревогу и неприят­ные сексуальные переживания. В одних случаях избегание или отвращение к сексу - изолированный симптом, в дру­гих - коитофобия представляет собой одно из проявле­ний невротических расстройств. Так, по данным X. Каплан (1987), тревожные расстройства, в том числе атипичные панические состояния, встречаются примерно у 60 % лиц с данной формой сексуальной дисфункции.

Сексуальное отвращение к партнеру является одной из наиболее тяжелых сексуальных дисфункций. Ее распро­страненность точно неизвестна, поскольку за помощью к специалистам обращается лишь часть партнеров, страдаю­щих сексуальной аверсией. Большинство женщин по мере нарастания данного расстройства начинают всячески избе­гать интимных отношений с супругом, что ведет к посто­янным конфликтам, а в конечном итоге - к разводу. Для обеих сторон ситуация быстро становится трудновыноси­мой. Лицо, испытывающее отвращение к партнеру, может негативно воспринимать все виды прикосновений. В других случаях чувство отвращения ограничивается лишь сексу­альными раздражителями при попытках близости (осяза­тельны-ми, обонятельными, зрительными и т. п.). При выра­женной аверсии сильная негативная реакция возникает не

112

только при непосредственном прикосновении партнера, но даже при одной мысли о таком прикосновении или о самом партнере. Отсюда - раздельные постели, переезд к мате­ри и т. п. Чаще сексуальная аверсия нарастает постепенно. Однако она может возникнуть и внезапно, например, как реакция на раскрывшуюся измену партнера. Резкое воз­никновение отвращения, а также его периодическое усиле­ние и ослабление обычно наблюдаются у истеричных лиц, которые в такой форме демонстрируют перемены в своем отношении и чувствах к партнеру либо стараются оказать на него психологическое давление.

Складывающаяся ситуация крайне неприятна для парт­нера, чувствующего, что к нему испытывают отвращение. Обычно мужчины расценивают это как удар по престижу. Одни примиряются с этим, другие стараются «проверить­ся» с посторонними женщинам, а некоторые силой при­нуждают партнершу к сожительству, относясь к аверсии как к притворству.

Ощущение женщиной половой аверсии со стороны мужчины наносит сильный удар по ее самооценке, воспри­нимается как отрицание ее женской привлекательности. Причины обычно ищут в появлении у партнера другой жен­щины, иногда его обвиняют в гомосексуальных наклонно­стях. В подобной ситуации женщины, нередко, стремятся найти подтверждение своей привлекательности у других мужчин. Сексуальная аверсия намного чаще отмечается у женщин (10 : 1). Столь большая разница обусловлена причи­нами аверсии, к которым относятся:

- *нарастающий конфликт между партнерами.* Не­гативные чувства, которые либо подавляются, либо утаиваются, постепенно начинают давать о себе знать исчезновением интереса к интимной близости. Последующие половые контакты становятся все более затруднительными и неприятными. Вслед за вспышкой аверсии, служащей выражением разрядки подавляемых чувств, наступает полное отвержение партнера;

- *аверсия как реакция на психотравтирующее или не­адекватное поведение партнера.* Может возникать остро при измене и обнаружении так называемой двойной жизни. В других случаях она нарастает по-

113

степенно и связана с образом жизни и уровнем ги­гиены партнера, вызывающими сильное неприятие. Так, неприятный запах изо рта или от потных ног может послужить мощным детонатором аверсии. В том случае, если партнер не следит за собой, отвра­щение нарастает, охватывая не только сферу интим­ных отношений, но и изменяет отношение к нему как к личности. Это один из самых распространенных механизмов, к которым мужчины порой относятся с пренебрежением. Впрочем, некоторые женщины не стесняются заниматься личной гигиеной во вре­мя менструации в присутствии мужа, разгуливать по дому в грязном белье, неумытыми и непричесанны­ми. Лица, придающие особое значение физической чистоте, аккуратной внешности, реагируют на парт­неров, не оправдывающих их ожидания, сексуальной аверсией. К сожалению бывает так, что в добрачный период человек следит за собой, желая добиться признания я одобрения со стороны объекта обожа­ния, но после свадьбы он начинает думать, что может вести себя дома как заблагорассудится, и перестает соблюдать опрятность;

- *аверсия как последний этап сексуальных дисфунк­ций.* Например, если женщина не испытывает ор­газма, то половая жизнь постепенно становится для нее безразличной либо даже неприятной, а при дли­тельно существующей аноргазмии может вызывать отвращение. Случается также, что расстройство, ко­торым страдает партнер (например, преждевремен­ная эякуляция), мешает удовлетворению женщины и порождает у нее нежелание близости. Если мужчина не лечится и ситуация не меняется, к разочарованию присоединяются чувство досады, агрессивность и в конце концов аверсия. В принципе любые сексуаль­ные затруднения при определенных условиях могут привести к аверсии. К таким условиям относятся продолжительность расстройства, его недооценка, отсутствие сотрудничества и диалога между партне­рами, уклонение от поисков помощи и т. п.;

- *аверсия как выражение разочарования реалиями брачного союза.* Если от партнера по браку ожида-

114

лась возможность реализации многих надежд, а по разным причинам этого не произошло, на него воз­лагают вину за возникшее разочарование, что в ито­ге может спровоцировать по отношению к нему сек­суальную аверсию;

- *аверсия как реакция на предложение партнером не­приемлемых форм половых контактов* (анализм, групповой секс и т. п.). Иногда бывает достаточно одного разговора *о* подобных потребностях, чтобы к партнеру родилось отвращение. Чаще оно возникает после попыток склонения к формам близости, лежа­щим за гранью диапазона приемлемости;

- *сексуальная аверсия как результат неадекватного отношения к сексу из-за неправильного полового вос­питания или жестких религиозных установок.* Отме­чаются случаи, когда под влиянием соответствующих воспитательных воздействий постепенно усиливается отрицательное отношение к полу, телу, сексу, и сек­суальная аверсия может возникнуть уже в самом на­чале половой жизни с партнером.

Это наиболее часто встречающиеся причины, но на са­мом деле их значительно больше. Нередко выявление ис­тинных механизмов сексуальной аверсии, скрытых в бес­сознательном, является весьма непростой задачей.

У. Мастерс и В. Джонсон (1986) отмечают, что в типич­ных случаях сексуального отвращения частота половых кон­тактов падает до 1-2 раз в год и реже. В супружестве или при длительных партнерских связях расстройство без лечения, как правило, приводит к полному разрыву отношений.

**F52.11. Отсутствие сексуального удовлетворения**

Возникают нормальные сексуальные реакции и пере­живается оргазм, но нет адекватного удовольствия. Эта жа­лоба намного чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

*Диагностические критерии:*

1) все генитальные реакции (оргазм и/или эякуляция) возникают при сексуальной стимуляции, но не вы­зывают приятных ощущений или чувства приятного возбуждения;

115

2) в ходе сексуальной активности отсутствуют отчет­ливые и стойкие признаки тревоги, страха.

*Включается:* ангедония (сексуальная).

Сексуальная, или оргазмическая, ангедония связана с выпадением психического компонента оргазма, в резуль­тате чего субъект не ощущает наслаждения и сексуального удовлетворения, хотя физиологический компонент оргаз­ма сохранен.

Считается, что подобные нарушения являются прояв­лениями невротических реакций диссоциативного типа, от­деляющих аффективный компонент оргазма от сознания. В их основе могут лежать конфликтные партнерские отно­шения, сексуальные комплексы (бессознательный запрет на чувственное наслаждение) и т. п. Текущие депрессивные эпи­зоды различной тяжести (Р32, РЗЗ) также приводят к сниже­нию или утрате удовольствия от переживания оргазма.

Обследование проводится, как правило, амбулаторно. Включает стандартное сексологическое обследование. В случае аверсии необходимо провести детальный рас­спрос о характере партнерских отношений в их длиннике (как межличностных, так и сексуальных) и выяснить возможные причины возникновения отвращения к по­ловой близости. У женщин требуется тщательный сбор акушерско-гинекологического анамнеза для исключения органической природы расстройства - гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний репродуктивной сферы и пр. Мужчинам с жалобами на слабую выражен­ность переживания оргазма показана консультация уро­лога с проведением задней уретроскопии для исключения колликулита.

Дополнительные обследования: экспериментально-психологическое исследование; беседа с постоянным парт­нером для объективизации полученных сведений и коррек­ции его сексуального поведения; осмотр гинеколога.

Лечение направлено на повышение интереса к поло­вым контактам и усиление остроты сексуальных пережи­ваний пациента. После исключения органической пато­логии, которая могла привести к развитию сексуального отвращения или отсутствию сексуального удовлетворения, основной акцент делается на психотерапевтических меро­приятиях. Проводится индивидуальная, парная (в т. ч. по-

117

веденческая секс-терапия) и групповая психотерапия, ко­торая сосредоточена на выявлении и разрешении истинных причин сексуальной аверсии или ангедонии, повышении интереса к сексуальной сфере и активизации половой жиз­ни. Важными элементом психотерапевтической коррекции являются гипнотические техники, направленные на ней­трализацию негативного сексуального опыта {возрастная регрессия и переработка психотравмиругащих ситуаций в интимной жизни), а также усиление позитивно окрашен­ных сексуальных переживаний (сопровождение в прият­ном воспоминании). С той же целью вместо гипнотерапии может использоваться метод десенсибилизации и перера­ботки движениями глаз (ДПДГ). В необходимых случаях психотерапия фокусируется на сопутствующих невротиче­ских расстройствах.

Фармакотерапия: по показаниям транквилизаторы, антидепрессанты, адаптогены.

**F52.2. Недостаточность генитальной реакции**

У мужчин основная проблема заключается в рас­стройстве (дисфункции) эрекции, т. е. затруднениях в на­ступлении или поддержании эрекции, достаточной для проведения удовлетворительного полового акта. Если в некоторых случаях эрекция возникает нормально, на­пример, при мастурбации, во время сна или с другим партнером, то причина нарушения скорее всего является психогенной. В других случаях правильная диагностика расстройства (дисфункции) эрекции неорганической при­роды зависит от специальных исследований или реакции на психотерапию.

*Диагностические критерии.*

У мужчин при попытке сексуального контакта не воз­никает достаточная для совершения полового акта эрек­ция, причем нарушение эрекционной функции происходит в одном из следующих вариантов:

а) эрекция возникает на ранних стадиях сексуального контакта, исчезая частично или полностью при по­пытке совершения полового акта (до наступления эякуляции);

117

б) эрекция возникает лишь вне ситуации полового акта;

в) возникающая эрекция неполная (частичная) и недо­статочная для проведения коитуса;

г) эрекция отсутствует полностью.

*Включается:*

*-* психогенная импотенция.

*Исключается* (к данной рубрике не относится):

- импотенция органического происхождения (N48.4).

У женщин основная проблема заключается в сухости влагалища или отсутствии его увлажнения (любрикации). Причина может быть психогенной или органической (на­пример, инфекционной), либо речь идет об эстрогенной дифицитарности (например, после наступления менопаузы). Женщины редко жалуются на первичную вагинальную су­хость, если только она не выступает как симптом эстроген­ной недостаточности в постменопаузе.

*Диагностические критерии;*

*-* нарушение генитальных реакций (отсутствие физио­логических признаков полового возбуждения) про­является в одном из следующих вариантов:

а) любрикация отсутствует во всех соответствующих ситуациях;

б) любрикация может появиться вначале, оказываясь недостаточной для обеспечения субъективно при­ятных введения полового члена и/ или фрикций;

в) любрикация происходит нормально лишь в некото­рых ситуациях (например, с определенным партне­ром, при мастурбации, вне полового акта).

*Включается:*

*-* расстройство полового возбуждения у женщин.

К. Имелинский (1986) относит данный вид нарушений к расстройствам комплекса сексуальной готовности, т. е. физиологического обеспечения готовности женщины к коитусу. При этом недостаточное увлажнение влагалища и расслабление его мышц затрудняют интроитус и весь ход полового акта. Чаще всего расстройства комплекса сексуальной готовности возникают как следствие «не­приятия» партнера и отсутствия желания близости с ним либо недостаточного сексуального возбуждения в случа­ях неадекватной или слишком кратковременной стимуля-

118

ции со стороны партнера, генерализованного снижения (отсутствия) либидо, а также при неблагоприятной си­туации, вызывающей у женщины различные опасения.

Расстройства комплекса сексуальной готовности в период проведения полового акта проявляются обычно прекращением выделения вагинального секрета, что экви­валентно утрате эрекции у мужчины во время коитальных фрикций до эякуляции. Появляющаяся при этом сухость слизистой оболочки влагалища затрудняет фрикционные движения, которые сопровождаются сильным трением и вызывают болезненные ощущения как у женщины, так и. у мужчины. Это расстройство связано с преобладанием процессов торможения над сексуальным возбуждением. Оно наблюдается в ситуациях, связанных с переживанием страха перед нежелательной беременностью; при затянув­шемся коитусе, во время которого женщина, несмотря на свое стремление, так и не достигла оргазма; при неадек­ватной сексуальной стимуляции со стороны партнера во время полового акта; иногда после произошедшего у жен­щины оргазма, если мужчина продолжает половое сно­шение. Частота расстройства генитальной реакции у жен­щин обычно недооценивается. По данным опроса NHSLS (1994), 19 % женщин отметили у себя проблемы с увлажне­нием влагалища.

Подавляющее число случаев обращения за сексоло­гической помощью в связи с недостаточностью или от­сутствием генитальной реакции приходится на мужчин. Нарушения эрекции - наиболее распространенная муж­ская сексуальная дисфункция. Частота расстройств эрек­ции увеличивается с возрастом, составляя 5 - 8 % у моло­дых мужчин и достигая 75 - 80 % к 80 годам (У. Мастерс, В. Джонсон, 1966, 1979; И. Голдстейн, 1985; К. Штарке, В. Фридрих, 1991 и др.). При изучении старения мужчин в штате Массачусетс (MMAS) 1709 мужчин в возрасте от 40 до 70 лет были подвергнуты мультидисциплинарному анкетированию. Из общего количества опрошенных 1290 человек полностью ответили на все вопросы, ка­сающиеся их половой жизни. Были получены следующие данные о распространенности эрекционных дисфункций в среднем и пожилом возрасте: минимальные нарушения эрекции - 17 %; умеренные нарушения - 25 % и полная

119

импотенция - 10 %. (N. Feldman, I. Goldstein, 1994). При­чины дисфункций эрекции весьма многочисленны и свя­заны с нарушениями различных систем, обеспечивающих генитальные реакции (психической сферы, нервной, эн­докринной, мочеполовой, сосудистой) или их сочетани­ем. Органические (биологические) факторы в этиологии эрекционных дисфункций, по различным оценкам, со­ставляют от 20-25 % до 50-60 %, причем их удельный вес заметно возрастает у мужчин старше 40 - 45 лет (И. Голдстейн, 1985; Э. Уэспес, 1989; Г. Каплан, Б. Сэдок, 1996).

I. Органические этиологические факторы эректильных дисфункций:

1. Сосудистая патология:

а) *Артериальная* (поражения в аорто-подвздошной зоне и в бассейне внутренних половых артерий):

- атеросклеротические поражения артерий;

- посттравматические повреждения артерий мало­го таза (как правило, возникают после перелома костей таза);

- ятрогенные повреждения артерий (при хирурги­ческих операциях на органах малого таза, бифур­кации аорты, последствия лучевой терапии рака простаты либо прямой кишки;

- врожденные аномалии артериального русла ге­ниталий (дисплазии артерий, артериовенозные фистулы).

б) *Венозная:*

*-* кавернозно-венозная идиопатическая недоста­точность;

- врожденные аномалии венозного оттока;

- приобретенные нетравматические аномалии веноз­ного оттока (например, при болезни Пейрони);

- посттравматическая венозная недостаточность (кавернозо-спонгиозные и артериовенозные фистулы).

в) Сочетанная артериовенозная патология.

2. Неврологическая патология:

а) *Церебральные нарушения* (повреждения лимбической системы и височной области в результате травмы, аневризмы или ангиомы):

- височная эпилепсия, болезнь Паркинсона;

- опухоли и сосудистые поражения головного мозга.

120

б) *Спинномозговые нарушения* (повреждения и травмы спинного мозга):

- поражения ствола мозга в результате БАС, сирингомиелии, рассеянного склероза, позднего нейросифилиса («спинной сухотки»), арахноиди­та, абсцесса спинного мозга, тромбоза спинальной артерии, грыжи межпозвоночного диска, миелита и опухолей спинного мозга.

в) *Экстраспинальные нарушения* (каудиты, плек­ситы, невриты, периферические нейропатии при сахарном диабете, опухолевые процессы, вызы­вающие повреждение нервов, участвующих в ме­ханизмах эрекции):

- травматические (при переломах костей таза) и ятро­генные (при урологических операциях и операциях на нижних отделах кишечника), повреждения пери­ферических нервных путей эрекционного рефлекса.

3. Эндокринная патология:

- гипоталамо-гипофизарная недостаточность в ре­зультате идиопатических нарушений, общесома­тических заболеваний (туберкулез, саркоидоз), травм и кист головного мозга;

- гормонально активные опухоли гипофиза (пролактинсекретирующая аденома);

- гиперэстрогения при эстроген-секретирующих опухолях или проведении противоопухолевой те­рапии, при алкогольном циррозе печени;

- врожденные тестикулярные нарушения (тестикулярная агенезия, билатеральный крипторхизм, синдром Клайнфелтера);

- приобретенные тестикулярные нарушения (по­следствия паротитного либо бактериального орхита, травмы яичек);

- возрастная инволюция - вызывает нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-тестикулы;

- опухоли надпочечников;

- общие эндокринопатии (сахарный диабет, акроме­галия, гипотиреоз, гипертиреоз, гиперкортицизм.

4. Патология мочеполовой системы:

- пороки развития, опухоли и травматические по­вреждения половых органов;

121

- заболевания мочеполовых органов (острый и хро­нический кавернит, болезнь Пейрони и др.);

- фиброз и склероз кавернозной ткани разной этиологии (травмы, ранения, перенесенные вос­паления, последствия частых и длительных интракавернозных инъекций);

- заболевания почек с симптомами хронической почечной недостаточности.

5. Токсические влияния:

- злоупотребление алкоголем и прием наркотиков (препараты конопли, опиаты); табакокурение;

- отравления свинцом, гербицидами и т. п.

6. Осложнения фармакотерапии.

Негативно влияют на эректильную функцию:

а) *психотропные препараты:* аминазин, тизерцин, трифтазин, галоперидол, сульпирид, мелипрамин, амитриптилин, кломипрамин, элениум, реланиум, антелепсин, препараты лития и др.;

б) *гипотензивные средства:* клофелин, резерпин, анаприлин, атенолол, каптоприл, антагонисты кальция;

в) *антиаритмические препараты:* ритмодан, амиодарон, пульснорма;

г) *антиандрогены:* ципротерона ацетат, проскар;

д) *диуретики:* спиронолактон, гипотиазид;

е) *ингибиторы синтеза простагландинов:* индометацин, диклофенак, бруфен;

ж) *антигистаминные препараты:* димедрол, пипольфен, супрастин;

з) *блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов же­лудка:* циметидин, гистак;

и) *прочие препараты:* фенобарбитал, метронидазол, дигоксин, противопаркинсонические сред­ства (артан, тремблекс), церукал, спазмо-литики (баралгин, спазмалгон, букошпаи), кортикостероиды, антибиотики в высоких дозировках при длительных курсах лечения.

II. Психогенные факторы.

1. Ситуационные факторы:

*-* неблагоприятные условия для проведения поло­вого акта;

122

- страх перед нежелательной беременностью женщины;

- боязнь заразиться венерическим заболеванием;

- угроза огласки половой связи при внебрачных половых контактах;

- психическое переутомление, алкогольное опья­нение.

2. Травмирующие переживания:

- болезненные воспоминания о предшествующих сексуальных неудачах;

- тревожные опасения по поводу своей способно­сти удовлетворить женщину;

- страх перед возможной неудачей при половой близости.

3. Партнерские проблемы:

- нарушения межличностных отношений с партнер­шей;

- нарастающие негативные эмоции и взаимное не­доверие партнеров;

- неадекватное поведение женщины, которая ведет себя агрессивно, насмехается над мужчиной либо всячески демонстрирует свою холодность и не­желание близости.

4. Личностные факторы:

- тревожно-мнительные черты характера;

- сниженная самооценка и повышенная склонность к самоанализу;

- чрезмерная ответственность за успешное осуще­ствление полового акта;

- ошибочные убеждения и установки в отношении половой жизни.

Наиболее постоянной формой невротических рас­стройств, приводящей к эректильным дисфункциям (недо­статочности или отсутствия генитальной реакции по МКБ-10) является синдром тревожного ожидания сексуальной не­удачи (CTOCH). Он содержит на первом этапе превраще­ние возникшей мысли о возможной неудаче при коитусе в действительности, т. е. своеобразную висцерализацию интеллектуальных, логических построений (формируется региональная вегетососудистая дистония, затрудняющая адекватное возрастание кровотока в кавернозных телах до

123

уровня необходимого для возникновения и/или поддержа­ния стабильной эрекции при половой близости). В интим­ной жизни тревожное ожидание новых срывов может воз­никнуть после одной или нескольких неудачных попыток коитуса у мужчины, который до этого был вполне здоров в сексуальном отношении, либо этот синдром отягощает структуру полового расстройства, обусловленного дру­гими причинами. Типичный стереотип развития данного расстройства выглядит следующим образом. Ситуационно обусловленные сексуальные неудачи вызывают у неуверен­ного и тревожного мужчины сомнения в своих силах, при­водя к гиперконтролю очередного интимного сближения. Он начинает выступать в роли наблюдателя за своими сек­суальными реакциями и действиями, а также поведением партнерши. В результате, мужчина все меньше включается в сексуальную активность, которая утрачивает спонтанность и естественность, необходимые для возникновения и под­держания полового возбуждения и эрекции. Это влечет за собой новые срывы и усиление навязчивых опасений потер­петь очередную неудачу, формируя классический «пороч­ный круг». Беспокойство мужчины по поводу возникших сексуальных затруднений является первичным (пусковым) психологическим фактором, определяющим развитие фи­зиологических проявлений (поведенческих, соматовегета-тивных) эмоционального стресса. Если основной симптом синдрома уревожного ожидания сексуальной неудачи - навязчивое опасение нового срыва - достигает степени уверенности в собственной неполноценности, формирует­ся коитофобия, резко ограничивающая либо исключающая половые контакты. При длительном течении коитофобии происходит вторичное снижение либидо, а интересы таких мужчин нередко смещаются на другие потребности: пере­едание, злоупотребление алкоголем, одержимость работой, уход в активную общественную деятельность, возникнове­ние нового хобби или гипертрофия прежних увлечений и т. п., что носит компенсаторный характер.

Наличие у пациента страха перед предстоящими сек­суальными контактами требует его обязательной нейтра­лизации (лучше всего психотерапевтическими методами), поскольку без этого трудно рассчитывать на устойчивое вос­становление нормальных сексуальных реакций мужчины.

124

Среди нарушений эрекции органического генеза у мужчин старше *45* лет доминируют *васкулогенные эректилъные дисфункции.*

Рассмотрим динамику развития половых расстройств у мужчин с атеросклеротическими поражениями сосудистого русла гениталий. Наиболее ранним клиническим признаком нарастающего ухудшения кровоснабжения кавернозных тел является постепенное, без видимых причин ослабле­ние и урежение адекватных и параллельно (либо несколько позднее) спонтанных утренних эрекций. На начальной ста­дии *(компенсации)* нарушений кровоснабжения гениталий достижение полноценной эрекции еще возможно, но тре­бует определенных усилий. Например, интенсификации и удлинения периода ласк, дополнительной тактильной и ви­зуальной стимуляции, особого психологического настроя. Нередко больные переносят интимные встречи на утренние часы, используя более качественные спонтанные эрекции, тогда как в привычное для них время потенция «оставляет желать лучшего» даже при наличии обоюдного стремления к близости. По мере дальнейшего ухудшения кровоснабже­ния кавернозных тел наступает *стадия субкомпенсации,* ко­гда полноценная эрекция уже не развивается ни при каких обстоятельствах, что все более затрудняет коитус. Поэтому, несмотря на сохранное либидо, половые акты удаются паци­ентам все реже, существенно укорачивается их продолжи­тельность. Некоторые больные жалуются на чувство похо­лодания в промежности и/или онемение головки полового члена. Весьма характерно резкое ослабление эрекции через 20 - 40 секунд после начала копулятивных фрикций, что свя­зано с неблагоприятным перераспределением кровотока в области малого таза при нагрузке на ягодичные и бедрен­ные мышцы во время фрикционных движений. В результате больные часто вынуждены прерывать коитус до эякуляции либо семяизвержение происходит в преддверие влагалища практически без эрекции. На *стадии декомпенсации* васку­логенные эректильные дисфункции носят столь выражен­ный характер, что вообще исключают возможность ваги­нального коитуса. Это вынуждает одних больных прибегать к вестибулярному половому акту (в предверьи влагалища), петтингу или мастурбации (без эрекции), а других - прак­тически полностью отказаться от любых форм сексуальной

125

активности. На этой стадии у многих больных отмечается вторичное снижение полового влечения (В.А. Доморацкий, 1993).

В ряде случаев уже при возникновении первых проявле­ний недостаточности кровоснабжения гениталий (торпидной, неполной эрекции, ее периодического ослабления во время коитуса и т. п.), упреки женщины и фиксация внимания на собственных сексуальных реакциях приводят к учащению у мужчины срывов из-за отказа эрекции по механизмам тре­вожного ожидания неудачи, что существенно облегчается дефицитарностью региональной гемодинамики. Присоеди­нение вторичной невротической симптоматики (навязчивых сомнений в своих сексуальных возможностях и опасений новых неудачных попыток, коитофобии), в свою очередь, способствует нарастанию нарушений сексуальных функций (еще большему ослаблению эрекций, укорочению длитель­ности коитуса, урежению ритма половой жизни, а в ряде случаев и снижению либидо) даже при отсутствии грубой патологии генитального кровотока. При более выраженных расстройствах кровоснабжения кавернозных тел, форми­рование психопатологических нарушений и невротического поведения во время интимной близости практически лишают пару возможностей для компенсации ослабления эрекций изменением привычного стереотипа сексуальных контактов, расширением и удлинением предварительных ласк, подбо­ром наиболее удачного времени и оптимальных позиций для проведения коитуса. В результате больные сводят к миниму­му попытки половых актов либо вовсе избегают сексуальных контактов, поскольку заведомо уверены в их отрицательном результате. Установлено, что даже эффективная коррекция генитального кровотока (с допплерографическим контро­лем, свидетельствующим об улучшении гем о динамических механизмов эрекции) у большинства этих пациентов не при­водит к нормализации половых контактов до тех пор, пока у них сохраняется страх потерпеть фиаско при коитусе. Опи­санный нами (В.А. Доморацкий, 1993, 2004) вариант течения васулогенных сексуальных дисфункций с присоединением вторичных невротических расстройств свидетельствует о не­обходимости коррекции имеющихся психопатологических нарушений у пациентов сексологического профиля, что сле­дует учитывать при выработке лечебной тактики.

126

**Схема обследования пациентов с нарушениями эрекции.**

Выявление диагностических признаков психогенной эректильной дисфункции;

1. Сохранные спонтанные эрекции во сне и при утреннем пробуждении.

2*.* Наличие эрекций при мастурбации.

3. Возникновение эрекции при ласках с ее последующим ослаблением при попытке интроитуса.

4. Появление эрекции в ситуациях, провоцирующих сексуальное возбуждение, если мужчина исключает для себя возможность половой близости.

5. Избирательность нарушений эрекции (их ситуационный характер - сексуальные проблемы возникают с конкрет­ной партнершей или только в определенных ситуациях).

Исследование генитального кровотока;

*- Пальпаторное исследование пульсаций пениальных артерий.*

*- Определение пено-брахиального индекса (ПБИ) -* от­ношения величины систолического артериального давления в плечевой артерии к систолическому дав­лению в артериях полового члена. В норме значения ПБИ составляют 0,65 - 1,0, в то время как показатели 0,6 и ниже позволяют предположить наличие патоло­гии артериального русла, кровоснабжающего гени­талии. Следует учитывать, что диагностическая цен­ность ПБИ не превышает 78 %, а в остальных случаях возможно получение как ложноположительных (при спазмировании пенильных артерий), так и ложноотрицательных (при изолированных поражениях вну­тренних половых артерий) результатов. - *Фармакологическое тестирование путем интракавернозного введения 10 мкг алпростадила (каверджекта).*

При отсутствии васкулогенной эректильной дисфункции наступление полной эрекции происходит через 5 - 10 минут после инъекции препарата, причем эрекция продолжается не менее 30 минут.

О нарушении артериального кровотока свидетельствует неполная эрекция и задержка в ее возникновении более чем на 15 минут.

На возможный патологический венозный отток из кавернозных тел указывает неполная эрекция и ранняя (менее чем за 30 минут) потеря ригидности полового члена.

127

Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов по­лового члена с фармакологической нагрузкой (10 мкг каверджекта). *Вначале в состоянии покоя исследуются индекс периферического сопротивления (К1), индекс пульсации (Р1), максимальная (Vmax), минимальная (Vmin) и средняя (Vmid) системная скорость. Затем аналогичные показа­тели регистрируются после интракавернозной инъекции 10 мкг каверджекта* в *фазе тумесценции и эрекции. Отсутст­вие асимметрии кровотока по пенилышм артериям, дости­жение его пиковой линейной скорости свыше 33 см/сек., при значениях К1 >1,0 и Р1 >5,0 свидетельствуют о сохранности нормальных гемодинамических механизмов эрекции. УЗДГ с фармакологической нагрузкой является высокоинформа­тивным методом исследования, который в 95 % случаев коррелирует с результатами селективной ангиографии половых артерий.*

||

V

патология

||

V

*Селективная ангиография генитальных артерий;*

*динамическая инфузионная кавернозография;*

*радиоизотопное исследование генитального кровотока.*

*Неврологическое исследование:*

- *Определение сохранности тактильной и болевой чув­ствительности гениталий, исследование генитальных рефлексов* (наиболее информативно определение бульбокавернозного рефлекса, но его диагностиче­ское значение сохраняется примерно до 50 лет).

- *Оценка вибрационной чувствительности полового члена* с помощью биотензиометра.

||

V

патология

||

V

Электромиография мышц промежности; исследование рефрактерности крестцовых нервов; регистрация вызванных церебральных потенциалов после стимуляции тыльного нерва полового члена; компьютерная томография головного мозга.

128

Исследование мочеполовой и эндокринной систем:

*- Оценка размеров полового члена; состояния кавер­нозных тел при пальпации; пигментации мошонки, ее тонуса; размеров и консистенции яичек, придат­ков; пальцевое исследование простаты и анализ ее секрета.*

Симптомами косвенно указывающими на наличие андрогенной недостаточности являются: гипоплазия пениса (в неэрегированном состоянии в норме его длина 9-9,5 см ); депигментация, атония мошонки, ее малые размеры и отвислость; изменение размеров яичек (менее 40 мм в длиннике) и их мягко-эластичная консистенция; симптом «серпа» - уплощение и западение верхнего сегмента простаты, а ее нижний сегмент в виде валика как бы окаймляет образую­щуюся впадину.

*Анализ эякулята*: косвенные показатели андрогенной насыщенности - объем эякулята (в норме 3,0 - 3,5 мл), уровни содержания фруктозы (в норме 150 - 500 мг % и ли­монной кислоты (в норме 300 - 500 мг %).

*Гормональная проба Ригони-Гольяни* (в наружную поверхность верхней трети предплечья внутрикожно вво­дят смесь 0,3 мл 1 % тестостерона пропионата и 0,2 мл физиологического раствора). Оценка результатов пробы Ригони-Гольяни проводится через 15-20 минут следующим образом: ярко-красная гиперемия ++++ (зона гиперемии в месте инъекции более 30 мм) - проба резко положитель­ная; яркая гиперемия +++ (зона гиперемии 26 - 29 мм) — по­ложительная проба; неяркая розовая ++ (зона гиперемии 10 - 14 мм) - сомнительная проба; слабая гиперемия или ее отсутствие - отрицательная проба. Установлено, что резко положительная либо положительная пробы Ригони-Гольяни четко коррелируют с нормальными показателями тестостерона в сыворотке крови, полученными радиоим­мунологическим методом (И.И. Горпинченко, А.С. Сегал, и др., 1991).

||

V

патология

||

V

*Определение уровня тестостерона (в норме 4,9 ± 0,38 мкг/л), ЛГ (в норме 2,16 ± 0,19 мкг/ л), ФСГ (в норме 2,44 ± 0,26 мкг/л), про-*

5 Медицинская сексология

129

*лактина(в норме 5,2± 1,9 мкг/л), эстраднола (в норме 27,5 ± 0,13 мкг/л) в сыворотке крови, 17-КС в моче (суточная экс­креция в норме 6,6 - 23,4 мг, но лишь 30-40 % мочевых кетостероидов тестикулярного происхождения, а 60-70 % продуцируются корой надпочечников).*

*Визуализация турецкого седла с помощью краниогра­фии;* при подозрении на аденому гипофиза - *компьютер­ная иди ЯМР-томография.*

*Обследование женщин* с расстройством полового возбуждения предполагает стандартное сексологическое обследование, в ходе которого особое внимание должно уделяться выявлению различных тенденций сексуального влечения (гомосексуальных и пр.) и определению реактив­ности эрогенных зон. Дополнительно проводится тщатель­ный гинекологический осмотр, показаны гормональные исследования - определение количества и соотношения гормонов ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрогенов, прогестерона, тестостерона в крови, а также 17-КС, 17-ОКС в моче, взятие мазков влагалищной флоры с целью исключения воспали­тельных инфекционных заболеваний.

Лечение ставит целью улучшение качества эрекции до степени достаточной для удовлетворительного поло­вого акта; у женщин - усиление полового возбуждения и любрикации при сексуальном контакте. Предполагает сочетанное использование фармакотерапии, психотерапии, физиотерапии и рефлексотерапии.

Фармакотерапия у мужчин:

- при нарушениях кровоснабжения гениталий - кур­совое назначение комбинаций вазоактивных пре­паратов общего действия (ницерголин, иохимбин, актовегин, экстракт листьев гингко билоба, пентоксифиллин), а также средств селективного действия (силденафил, алпростадил);

- при нарушениях проводящих нервных путей - сред­ства, улучшающие нервно-мышечную проводимость (стрихнина нитрат, прозерин, дистигмин бромид);

- при эндогенных и органических психических рас­стройствах - терапия основного заболевания;

- при психогенных эректильных дисфункциях - соче­тание дневных транквилизаторов (тофизопам, меза-

130

пам) и а2 адреноблокаторов (ницерголин, иохимбин); для получения быстрого эффекта возможно одно-, двухкратное применение силденафила (после пред­варительной психотерапевтической коррекции страха перед коитусом и на фоне психотерапевтиче­ского опосредования).

У женщин применяют адаптогены, транквилизаторы, кремы - любриканты, а также повышающие эрогенную чув­ствительность и реактивность.

При эректильных дисфункциях различного генеза показано курсовое применение локальной декомпрессии полового члена (ЛД), а также рефлексотерапии (акупун­ктуры). Рекомендуются следующие точки для акупункту­ры: R6; R10; R12; F1; F4; F5; УВ34; RP8; RP9; V23; V28; V31; V32; V33; V34; VG1; VG2; VG3; VC1; VC4; VC5; VC6 (при недостаточной эрекции и нормальной продолжительности полового акта обычно используют второй вариант возбуж­дающего метода). Точки для аурикулотерапии: АР13 (надпочеч-ник); АР22 (железы внутренней секреции); АР28 (ги­пофиз); АР32 (яичко); АР34 (кора головного мозга); АР51 (симпатическая нервная система); АР55 (точка ЦНС); АР79 (наружные половые органы); АР93 (простата); АР109 (ниж­няя часть живота). Возможно сочетанное воздействие на корпоральные и аурикулярные точки.

Используются адаптогены (препараты из женьшеня, аралии манчжурской, левзеи, родиолы розовой, замани­хи, элеутерококка, лимонника китайского и т. п.), которые наиболее эффективны при снижении потенции на фоне астенического симптомокомплекса.

*Психотерапия* сосредоточена на устранении тревоги перед коитусом, подавляющей генитальные реакции. С этой целью у лиц обоего пола необходимо: 1) нейтрализовать негативный сексуальный опыт (психотерапевтической переработке в техниках ДПДГ, НЛП или эриксоновского гипноза подвергаются ситуации фиаско либо другие психотравмирующие ситуации, связанные с половой жизнью); 2) выявить и провести последовательное разрушение триг­геров (внешних и внутренних стимулов в форме картин, звуков либо мыслей, образов и ощущений), блокирующих нормальное течение сексуальных реакций при половом контакте (используются техника Сандерса, сокращенная

131

версия ДПДГ, визуализация дискомфортных ощущений в трансе и др.); 3) устранить гиперконтроль пациента за своим поведением и сексуальными реакциями в ситуации интимной близости (используются ассоциирование в пе­реживание, гипнотические техники, активизирующие ки­нестетический канал восприятия, а также тактика мнимого запрета у мужчин); 4) активизировать внутренние ресурсы через обращение в трансе к позитивному опыту сексуаль­ных отношений в прошлом (либо формирования яркой и притягательной модели подобных отношений, при отсут­ствии их у субьекта в реальной жизни).

При адекватном отношении партнерши у мужчин с не­достаточностью генитальной реакции показано применение секс-терапии в виде пяти последовательных этапов: эро­тическое наслаждение без эрекции, эрекция без оргазма, экстравагинальный оргазм, интромиссия без оргазма, кои­тус. Параллельно с мероприятиями по улучшению эрекции проводится психотерапевтическая коррекция нарушенных межличностных и сексуальных отношений в паре.

**F52.3 Организмическая дисфункции**

Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (т. е. возникает лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология скорее всего является психогенной. В других случаях оргазмическая дисфункция инвариабельна и физические или конституцио­нальные факторы могут быть исключены только на основании положительной реакции на психотерапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин.

Следует отметить, что физиологически в норме у муж­чин оргазм тесно связан с семяизвержением. Поэтому в эту подборку необходимо включать также задержки и отсут­ствие семяизвержения.

*Диагностические критерии.*

Отсутствие или отставленность оргазма проявляется в одном из следующих вариантов:

1) оргазм не испытывался никогда, ни в какой ситуации;

2) расстройство возникло после какого-то времени нормального сексуального функционирования.

132

У женщин расстройства оргазма (аноргазмия) пред­ставляет собой повторяющуюся и устойчивую задержку или отсутствие оргазма после фазы нормального сексуаль­ного возбуждения, которую врач находит адекватной по фокусу, интенсивности и длительности. Аноргазмия отме­чается: а) во всех ситуациях и с каждым партнером; 6) лишь в определенных ситуациях, тогда как в других способность к оргазму сохранена, например при мастурбации или с определенным партнером.

У мужчин при расстройствах оргазма эякуляция во время полового акта достигается с большим трудом или не достигается вообще.

Выделяют следующие варианты мужской оргазмической дисфункции:

а) эякуляция бывает лишь во сне при поллюциях и ни­когда в бодрствующем состоянии;

б) эякуляция и оргазм никогда не происходят в при­сутствии партнерши, но возможны при мастурба­ции;

в) в присутствии партнерши, но не интравагинально (при орогениталь-ной или мануально-генитальной стимуляции);

г) эпизодическое отсутствие эякуляции и оргазма при половом акте;

д) избирательное (селективное) отсутствие эякуляции и оргазма с определенной партнершей или в опреде­ленной ситуации;

е) затрудненное, требующее больших усилий дости­жение эякуляции и оргазма при половом акте, кото­рый носит затяжной, изнурительный характер.

Включаются:

- ингибированный оргазм мужской (женский);

- психогенная аноргазмия;

- ингибированное семяизвержение у мужчин;

- психогенное анэякуляторное расстройство.

Оргазм - наивысшая степень чувственного наслаж­дения, кульминация полового акта или других форм сек­суальной разрядки (маструбации, петтинга, эротических сновидений и т. д.). Он является результатом интегратив-ного взаимодействия ряда структурно-функциональных образований различного уровня (тазового, спинального,

133

диэнцефального, коркового). В «конструировании» чув­ственного наслаждения на местном уровне у женщин уча­ствуют клитор, влагалище и матка, а у мужчин - половой член, простата и семенные пузырьки. Однако само пере­живание оргазма связано прежде всего с деятельностью целого ряда структур головного мозга и психики в целом. Однажды испытав чувство оргазма, индивид стремится к новым и новым повторениям этого экстатического пережи­вания. Любопытно, что сущность своих оргастических пе­реживаний мужчины и женщины описывают практически одинаково. Группа из 70 экспертов не смогла разграничить мужские и женские описания оргазма, из которых были предварительно удалены явные указания на пол испытуе­мого (E. Procter et al., 1974).

Тем не менее, женский оргазм физиологически и пси­хологически сложнее мужского. Способность к пережи­ванию оргазма у женщин непостоянна и зависит от мно­жества биологических и психологических факторов. Для адекватной оценки оргастичности женщины необходимо учитывать ее психофизиологические особенности, пред­шествующий сексуальный опыт, способность испытывать оргазм при тех или иных формах стимуляции либо во сне, возраст, гинекологический статус, наличие постоянного и чуткого партнера без сексуальных отклонений и т. п. Так, аноргазмия в начале половой жизни может быть связана с некоторым запаздыванием психосексуального развития и носит временный характер. У многих женщин отмечаются циклические изменения либидо и оргазма в зависимости от фазы менструального цикла. Например, у негритянок пик сексуального желания и максимальная оргастичность приходятся на период овуляции, т. е. середину цикла; у белых женщин - чаще на период близкий к менструации (за несколько дней до ее начала либо сразу же после окон­чания).

Н. Шайнесс (1998) выделяет целый ряд психологиче­ских факторов, способствующих женской аутентичной (завершенной) оргазмической реакции. Эти же факторы можно определить как решающие для психического здо­ровья в целом, что подтверждает ведущую роль психологи­ческих факторов для нормальной женской сексуальности. Здесь уместно вспомнить высказывание Дж. МакДугалл:

135

«Не вызывает сомнения, что ведущая "эрогенная зона" че­ловечества расположена в голове». Рассмотрим наиболее важные из них, относящиеся непосредственно к сексуаль­ности.

1. *Успешное психосексуальное развитие.* Здесь можно выделить сознательное признание собственной жен­ственности, развитие догенитальной ступени, сво­евременное в контексте индивидуального развития  
менархе, развитие груди. Другие факторы психосек­суальной зрелости женщины связаны с достаточно хорошим отношением к матери и отцу, с адекватной эротической атмосферой в доме родителей, с пози­тивным сексуальным опытом в период первых интим­ных отношений, с чувством собственной ценности и сексуальной привлекательностью девушки.

2. *Активный выбор партнера.* Успех женщины глав­ным образом обусловливается тем, что она понима­ет свою сексуальную активность как нечто, на что она решилась сама.

3. *Вызывающий доверие партнер.* Причем партнер также должен быть уверенным в себе, так как пред­полагаемая недостаточность партнера неизбежно становится ее недостаточностью. В большинстве случаев важны еще прочные партнерские отноше­ния, поскольку женская сексуальность полнее всего раскрывается в ситуации романтически окрашен­ной, стабильной связи с нежным и внимательным партнером.

4. *Возможность непринужденно реагировать на воз­никшую сексуальную потребность.*

5. *Независимость от нарциссического поведения.* Для аутентичной реакции характерны естественность сексуального поведения и радость самоотдачи. Женщина, наряду с генитальным удовлетворением, стремится к нежности и к особого рода слиянию или идентификации с партнером.

6. *Свобода от чувства вины и страха.* Эти чувства не­благоприятно сказываются на сексуальной реактив­ности и эмоциональной вовлеченности женщины.

7. *Культурное влияние.* «Сексуальные способности и способы поведения женщины несут на себе печать

135

культурной установки на сексуальность и мораль, сексуальный кодекс и положение женщины как та­ковой».

8. *Жизненная реальность «сегодняшнего дня».* По­ вседневные данности воздействуют на эмоциональ­ный настрой женщины. То же касается и настроения самого партнера. И связь с сексуальностью данного  
пункта достаточна высока.

9. *Удовлетворенное желание быть признанном.* У жен­щины, способной к аутентичной оргазмической ре­акции, личностное развитие таково, что ей не нужно больше подтверждения своей значимости и она не сомневается в своих сексуальных способностях.

Женщина, активно включенная в сексуальные отно­шения, в которые она «вступила или намеренно завела, не являясь при этом сторонним наблюдателем и не интеллектуализируя, без навязчивых размышлений о них и не придумывая особых условий, не испытывая трево­ги или страха, не "продуцируя" себя нарциссически и не конкурируя с партнером, начинает испытывать страсть и отваживается реагировать тем способом, который пол­ностью соответствует ее потребности, пока наконец не может больше удерживать себя под контролем - и тогда в своем изменившемся сознании она переживает полное освобождение, штиль после шторма, сопровождающийся порывом благодарности и чувством уважения к партнеру» (Н. Шайнесс, 1998).

З. Старович (1991) к факторам, способствующим до­стижению женщиной оргазма, относит следующие: опти­мальный уровень андрогенов в организме; хорошая реак­тивность нервной системы; достаточное напряжение мышц промежности в процессе полового акта; мастурбационный опыт; сексуальная инициация в возрасте до 18 лет; продол­жительность предварительных ласк свыше 15 минут, дли­тельность коитуса свыше 10 минут, экстравертированность личности; высокий уровень сексуальной образованности и сексуального воображения; удачная чувственная связь с партнером; вынесенный из семейной среды позитивный эталон чувственных взаимоотношений.

Оргазм у женщин различается по следующим характе­ристикам:

136

1. *По источнику возникновения:*

а) коитальный (в ходе полового акта);

б) экстракоитальный (без полового акта):

- во время сна (чаще при эротических сновидениях);

- при мастурбации;

- в ходе *петтинга*;

*-* случайный (на высоте эмоциональных пережива­ний или при сильной общей вибрации).

2. *По локализации:*

а) клиторальный;

б) вагинальный;

в) смешанный;

г) неопределенной локализации.

3. *По течению:*

а) кратковременный (пикообразный);

б) многократный (мультиоргазм);

в) затяжной (волнообразный);

г) стертый (редуцированный).

4. *По интенсивности:*

а) сильный;

б) умеренный;

в) слабый.

У. Мастерс и В. Джонсон пришли к выводу, что от­дельного «вагинального» оргазма не существует. В физио­логическом аспекте субстратом любого оргазма являются ритмичные сокращения половых органов, более выражен­ные в нижней трети влагалища, но возникающие также в матке с интервалом 0,8 секунды. Регистрируется от 3 до 15 подобных сокращений, причем яркость оргастических переживаний определяется их интенсивностью и количе­ством. В последнее десятилетие исследования американских сексологов Уиппла и Комисарюка убедительно показали невозможность локализовать женский оргазм в какой-то определенной точке тела или половых органах. С помощью ядерно-магнитного резонанса они обнаружили практиче­ски идентичную картину у неподвижно лежащих женщин, вызывающих оргастические переживания только с помо­щью воображаемых эротических образов и у тех, кто дости­гал оргазма путем мастурбация. Но все же в субъективных оценках того, какая именно стимуляция ведет к оргазму, у женщин существуют большие различия. Так, например,

37

среди молодых немок, опрошенных в 70-х годах прошло­го века, 30 % считали воздействие на клитор важнейшим условием достижения оргазма, 17 % - стимуляцию влага­лища, 4 % - другие участки тела, но самым распространен­ным был ответ «это бывает по разному» - 45 % (K. Starke, W. Friedrich, 1991).

Рассмотрим основные варианты течения женского ор­газма.

*Кратковременный (пикообразный) оргазм.* Возника­ет у женщины в результате адекватной по интенсивности и длительности сексуальной стимуляции, которая приводит к резкому, прерывистому нарастанию возбуждения с одно­кратной интенсивной оргастической разрядкой и после­дующим общим расслаблением. В ряде случаев после пере­житого оргазма у них наступает состояние, напоминающее рефрактерный период у мужчин. Поэтому, если у партнера не произошла эякуляция и он продолжает фрикции, поло­вой акт начинает даже тяготить женщину, поскольку меша­ет ей предаваться уже возникшему чувству расслабления и покоя. У таких женщин нет потребности в завершающих ласках, а при повторном коитусе (через небольшой проме­жуток времени) далеко не всегда происходит нарастание полового возбуждения до уровня, способного вызвать но­вую оргастическую разрядку.

*Многократный оргазм.* Мультиоргастичные женщины при адекватной сексуальной стимуляции способны испыты­вать многократные оргазмы, длительно не выходя из фазы возбуждения. В одних случаях женщина испытывает по­требность в оргастической серии (до 10 оргазмов и более), причем в ходе полового акта яркость и интенсивность каж­дого из них слабее, чем при однократном (пикообразном) оргазме. Первые оргазмы такой серии возникают чаще и проявляются ярче, последующие - через все большие про­межутки времени и с меньшей интенсивностью, вплоть до полного удовлетворения женщины. В других случаях яр­кие оргастические разрядки чередуются с менее выражен­ными оргазмами без какой-либо четкой закономерности и больше связаны с нюансами сексуальной стимуляции и эмоциональным настроем женщины. Если мультиоргасти-ческие потребности адекватно не реализуются, то после коитуса у нее долго остается чувство неотреагированного

138

возбуждения, нередко перерастающее в телесный и душев­ный дискомфорт. Сексуальному партнеру такой женщины следует учитывать ее мультиоргастические запросы, кото­рые в зависимости от ситуации могут быть удовлетворе­ны в ходе повторных половых актов или петтинга. Однако даже ярко выраженная мультиоргастичность наблюдается не при каждом половом контакте, поскольку способность испытывать многократный оргазм во многом зависит от физического и психического состояния женщины в момент близости, характера межличностных и сексуальных отно­шений с партнером.

*Затяжной (волнообразный) оргазм.* Возникает у жен­щин из-за очень низких порогов возбудимости вследствие патологии глубинных структур мозга. Такой оргазм лег­ко начинается при любой форме сексуальной стимуляции, включая экстракоитальную, и может длиться до десятков минут. Половое возбуждение без дополнительной стиму­ляции (или при ее периодическом возобновлении) с интер­валами в несколько секунд волнообразно колеблется от фазы плато к оргазму и обратно. Такие, не поддающиеся подсчету оргазмы, не дают полного удовлетворения, по­этому нередко эти женщины предъявляют жалобы на от­сутствие сексуальной разрядки. Они отмечают чрезвычай­но сильное и длительное половое возбуждение, которое периодически сопровождается подергиваниями мышц про­межности и других мышечных групп, ожидая чего-то боль­шего, но именно так чаще всего и проявляется данная фор­ма оргазма. При обследовании женщин с волнообразным оргазмом обычно выявляют признаки органического пора­жения головного мозга (отдаленные последствия родовой травмы, перенесенной нейроинфекции и т. п.).

*Стертый (редуцированный) оргазм.* Легко возника­ет у женщины из-за очень низкого порога оргастического рефлекса еще на этапе предварительных ласк или при пер­вых же фрикциях. Поскольку это происходит очень быст­ро, а сладострастные ощущения выражены слабо, у таких женщин нередко вообще отсутствует чувство переживания оргазма и они могут предъявлять жалобы на неспособность достигать сексуальной разрядки. Данное состояние может быть расценено как женский аналог наиболее выраженных случаев преждевременной эякуляции у мужчин.

139

Если первые два варианта оргастической разрядки у женщин относятся к норме, то наличие затяжного или стертого оргазма в ряде случаев требует специальной кор­рекции.

Следует также иметь в виду, что у женщин наличие или отсутствие оргазма не всегда напрямую коррелирует с удовлетворенностью половым сношением. Есть женщи­ны, которые никогда не испытывали оргазма, но это их совершенно не тяготит и половая жизнь доставляет удо­вольствие. Обычно таких женщин связывает с партнером сильная эротическая любовь, тесные межличностные отно­шения либо по крайней мере мужчина вполне удовлетворя­ет ее многочисленные несексуальные потребности. Кроме того, если сексуальный партнер в состоянии обеспечить женщине достаточную длительность полового акта (свыше 10 - 15 минут) или иной формы сексуальной стимуляции, то в большинстве случаев происходит своеобразное «сенсор­ное насыщение» и у нее часто возникает удовлетворенность близостью, несмотря на отсутствие разрядки. По данным одного из опросов, около 30 % американских женщин не видят в длительном отсутствии оргазма никакой пробле­мы и считают свою сексуальную жизнь вполне удовлетво­рительной и счастливой. Наоборот, в случаях нарушений эмоциональной связи между партнерами женщина может более или менее регулярно достигать оргазма при половом акте, но это не приносит полного сексуального удовлетво­рения, поскольку она негативно воспринимает все, что свя­зано с конфликтными партнерскими отношениями.

Мужской оргазм носит кратковременный (пикообразный) характер, после которого обычно возникает рефрак­терный период. Только у некоторых молодых мужчин пе­риод половой невозбудимости практически отсутствует, что позволяет им продолжать половой акт после эякуля­ции и достигать нового оргазма.

Оргазм у мужчин отличается от женского оргазма на­личием двух стадий. На первой стадии происходит сокра­щение семявыносящих протоков, семенных пузырьков и простаты, а у мужчины возникает ощущение неизбежности эякуляции. На второй стадии оргазма к ним дополнитель­но присоединяются сокращения уретры и полового члена, вызывая семяизвержение, которое в абсолютном боль-

140

шинстве случаев сопровождается оргастическими пере­живаниями. Хотя, как правило, эякуляция и оргазм проис­ходят одновременно, эти процессы не следует смешивать. Оргазм обеспечивает снятие накопленного сексуального напряжения и связан с интенсивными психическими пере­живаниями. Эякуляция - это выделение семени, которое при некоторых неврологических и психических расстрой­ствах может и не сопровождаться оргазмом. В то же вре­мя оргазм без эякуляции часто наблюдается при мастур­бации у мальчиков, не достигших половой зрелости и лиц, употребляющих наркотики. Отсутствие семяизвержения при сохранном оргазме возможно при ретроградной эяку­ляции, когда происходит заброс спермы в мочевой пузырь, а также при малом количестве эякулята в пожилом воз­расте. По мнению Г. Келли, для небольшого числа мужчин существует возможность испытывать два оргазма и более, прежде чем произойдет эякуляция. Вероятно, это связано с овладением ими навыками мышечного контроля, которые позволяют ощущать некоторые внутренние сокращения и оргастические переживания, не допуская наступления эякуляции. Последнее обстоятельство также указывает на относительную независимость мужского оргазма и эякуля­ции.

*Оргазническая дисфункция* является наиболее частым расстройством половой сферы у женщин. По данным А. Кинзи, не испытывали оргазм 17 % женщин, живущих половой жизнью не менее 5 лет. З.В. Рожановская и А.М. Свядощ установили, что в первые 3 месяца после замужества ор­газм испытывали только 22 % женщин, к концу первого года супружества - 42 %*,* через 5 лет замужества - 72 %, а в сроки свыше 10 лет после начала регулярной половой жизни - 89 %. Причем, впервые оргазм возник у 30 % жен­щин вскоре после родов, у 11 % - значительно позднее ро­дов, а у 18 % - при смене сексуального партнера.

У женщин различают абсолютную и относительную аноргазмию. Абсолютная - носит тотальный характер, т. е. оргазм не возникает при эротических сновидениях, мастурбации, петтинге или половом акте с любым партне­ром, а также в иных сексуально-возбуждающих ситуаци­ях. Если женщина способна хотя бы эпизодически дости­гать оргазма в ходе мастурбации, во сне либо при половой

141

близости, но он отсутствует при сексуальном контакте с определенным партнером, это - относительная аноргазмия. Кроме того, выделяют первичную аноргазмию - с са­мого начала половой жизни - и вторичную - развивается после периода, когда женщина испытывала оргазм.

Многие женщины не считают длительное отсутствие оргазма серьезной проблемой. Однако достаточно ча­сто затрудненное и редкое возникновение оргастической разрядки или ее полное отсутствие (при том, что чувство оргазма знакомо женщине, а при половом акте она испы­тывает возбуждение) приводит к нарастающей неудовле­творенности сексуальной связью и охлаждению к партнеру. Аноргазмия может вызывать у женщины раздражение, тревогу, беспокойство, вплоть до развития невротических расстройств, а в гинекологической сфере - описанный X. Каплан (1974) синдром застойной гиперемии тазовых органов, который способствует развитию воспалительно-дегенеративных процессов яичников, матки, влагалища и окружающих тканей.

Среди органических причин, способных блокировать возникновение оргазма у женщины, можно выделить сле­дующие: сахарный диабет или заболевания щитовидной железы; различные неврологические нарушения; гормо­нальная недостаточность; патология органов малого таза; токсические влияния (алкоголь, наркотики), прием лекар­ственных средств, тормозящих оргазм (транквилизаторы, антидепрессанты, гипотензивные препараты) и т. п.

Психогенные формы женской аноргазмии встречают­ся чаще, чем органические. Выделяют ряд негативных пси­хологических факторов, которые, сочетаясь друг с другом, способны привести к невротическому подавлению оргазма у женщины. Это неадекватная контрацепция и боязнь на­ступления беременности; неблагоприятные условия для сексуального контакта; ложные и негативные установки до отношению к сексуальной жизни и к мужчинам; страх утраты контроля во время оргазма; тревожное ожидание наступления оргазма; вытесненный в бессознательное травматичес-кий сексуальный опыт, который может тормозить чувственность женщины. Существенную роль в возникно­вении женской аноргазмии играют партнерские проблемы: мужчина не создает женщине благоприятных условий для

142

переживания оргазма при недостатке у него сексуального опыта, что проявляется в неумении обеспечить эффектив­ную эротическую стимуляцию; если он страдает сексуаль­ной дисфункцией, затрудняющей нормальное проведение коитуса; эгоистическое стремление мужчины добиться собственного удовлетворения при игнорировании потреб­ностей женщины; если в выборе партнера женщина руко­водствовалась неэротическими мотивами (обеспечение высокого материального достатка, престиж, стремление к абсолютному подчинению себе мужчины, брак по настоя­нию родных и т. д.); партнерские конфликты, связанные с изменами или алкоголизацией супруга, его постоянной за­нятостью на работе, высокомерно-пренебрежительным от­ношением к личности женщины и ее интересам (вызывают у женщины неприязнь к сексуальному партнеру).

При невротическом подавлении оргазма оргазмическая дисфункция у женщин чаще носит вторичный харак­тер, развиваясь после периода относительно нормального сексуального функционирования. В этих случаях половое влечение сохраняется достаточно долго или незначительно снижается, а эрогенные зоны - чувствительны. Женщины отмечают эротические сновидения с оргазмом, возможен мастурбационный оргазм. Расстройство носит относитель­ный характер, избирательно проявляясь с определенным партнером, при отсутствии аноргазмии с другим мужчи­ной, способным адекватным образом удовлетворить эмо­циональные и сексуальные потребности женщины. Эроти­ческая стимуляция приводит к высокому уровню полового возбуждения, но, по словам женщин, «что-то мешает за­кончить», «что-то не срабатывает» и вместо разрядки она испытывает сексуальную фрустрацию, хотя ранее и была способна к оргазму с этим же партнером. Психогенные факторы, которые привели к исчезновению оргазма, тре­буют выяснения и соответствующей психотерапевтической коррекции.

М.В. Екимов (1999), наряду с невротическим подавле­нием оргазма, выделяет и другой вариант женской анор­газмии - обусловленный «неадекватно развитой сексу­альностью». В этих случаях женщины жалуются, что почти ничего не чувствуют, не могут возбудиться. Сексуальная фрустрация выражена слабо или вовсе отсутствует. У них

143

имеется значительное расхождение между индивидуальны­ми предпочтениями и реальным сексом. Это несоответствие может касаться как сексуального сценария, так и механиче­ских стимулов. Характер некоторых форм мастурбаторной стимуляции (при ритмичном сжимании бедер, под струей душа) настолько специфичен, что их невозможно воспро­извести при коитусе, поэтому женщина не в состоянии до­стигнуть с сексуальным партнером привычных ощущений и оргазма. Если женщина не способна испытывать оргазм вообще или не достигает его при сексуальном контакте, считая это серьезной проблемой в личной жизни, требуется помощь сексолога. Оргазм - сложный психовегетативный рефлекс. В норме формирование оргастических навыков происходит самостоятельно, как один из процессов психо­сексуального развития. Но если механизмы оргазма сами не сформировались либо имеется жесткая фиксация на од­ной из форм мастурбации (например, под душем), необхо­димо помочь женщине развить адекватные оргастические навыки. До сих пор окончательно не установлено, почему у некоторых женщин так и не происходит самостоятельно­го формирования механизмов оргазма. Возможно, опре­деленную роль играет конституционально-биологическая предрасположенность. Вместе с тем секс-терапевтическое лечение, не воздействующее непосредственно на биологи­ческие факторы, во многих случаях позволяет женщине научиться достигать оргазма.

Между двумя основными формами аноргазмии есть ряд переходных вариантов. Так, если при невротическом подавлении оргазма ситуация не имеет благополучного ис­хода, на фоне нарастающего дискомфорта от постоянных сексуальных фрустраций срабатывает психологическая за­щита и стимулы, которые ранее возбуждали женщину, но не приводили к оргазму, перестают быть таковыми. Жен­щина начинает «привычным образом» не возбуждаться в тех ситуациях и от тех воздействий, которые прежде дей­ствовали возбуждающе, как это бывает при «неадекватно развитой сексуальности».

Стойкое отсутствие оргазма у мужчин встречается не­часто и может быть обусловлено как психологическими, так и органическими причинами. Поскольку оргастиче­ские переживания у мужчин тесно связаны с эякуляцией,

144

абсолютное большинство случаев мужской аноргазмии сопряжено с неспособностью эякулировать при половом контакте и/или мастурбации. Нарушение процесса семяиз­вержения при сохранном оргазме возможно в случаях ре­троградной эякуляции, когда в силу органической патоло­гии происходит заброс спермы в мочевой пузырь, а также вследствие гормональной недостаточности, когда эякулята вырабатывается столь мало, что он наружу не выбрасыва­ется. Органические причины стертого оргазма или его от­сутствия у мужчин - повреждение проводящих нервных путей от гениталий до корковых центров, а также колликулит, т. е. воспаление семенного бугорка. По данным У. Мастерса и В. Джонсон, неспособность испытывать оргазм и эякулировать во влагалище с самого начала половой жизни отмечается примерно у двух третей пациентов с жалобами на отсутствие семяизвержения и оргазма при коитусе. Та­кие психогенные анэякуляторные расстройства обусловле­ны *задержками психосексуального разбития.* В результате у мужчин формирование сексуального влечения надолго задерживается на эротической стадии, а половую жизнь они начинают значительно позднее других (после 20 - 22 лет). Наибольшее удовольствие при близости им достав­ляют взаимные ласки, а коитальные фрикции лишь слегка приятны и проводятся в основном для женщины. Мужчи­на безболезненно для себя может в любое время прервать коитус по просьбе партнерши либо по собственной инициа­тиве. Незавершенные (без эякуляции) половые акты прово­цируют ночные поллюции, которые являются единствен­ным источником семяизвержения. Аноргазмия, равно как и полное отсутствие половой жизни, переносятся такими пациентами легко, а основная причина обращения за по­мощью к специалистам - бесплодие в браке. Психогенное анэякуляторное расстройство может носить относитель­ный характер, когда оно связано с прочной фиксацией на специфических ощущениях при мастурбации либо других видах стимуляции, например орально-генитальной. При этом мужчина способен привычным для него образом до­стигать эякуляции и оргазма, но при половом акте семяиз­вержение у него отсутствует либо в более легких случаях требует чрезвычайных усилий. К другим психологическим причинам торможения эякуляции и оргазма у мужчины от-

145

носят половые контакты с партнершей, которая не вызы­вает сексуального влечения либо угнетает его эротические эмоции своей холодностью, откровенной демонстрацией нежелания близости. К органическим нарушениям эякуляторного рефлекса относятся спинальные травмы и другие неврологические расстройства, некоторые операции (простатэктомия, симпатэктомия), опухоли гипофиза. Эякуля­ция и оргазм могут быть блокированы приемом некоторых психотропных препаратов или гипотензивных средств, а также употреблением мужчиной наркотиков.

**Обследование.** У лиц обоего пола проводится стан­дартное сексологическое обследование. Особое внимание уделяют сбору сексологического анамнеза (особенности психосексуального развития, сексуальный дебют, после­дующий опыт, представления о норме, физиологии и пси­хологии половой жизни, выявление латентных тенденций сексуального влечения, выяснение наличия оргазма при других видах стимуляции - мастурбации, петтинге, при эротических сновидениях). У женщин собирают подроб­ный акушерско-гине-кологический анамнез (для исключе­ния органической природы расстройства - гормонального дисбаланса, воспалительных заболеваний и пр.); определя­ют эрогенные зоны и их реактивность.

**Дополнительное обследование:** парное психологиче­ское тестирование для выяснения взаимоотношений между партнерами, их ценностных ориентации; консультации ги­неколога, невролога.

**Терапия аноргазмии.** Основной метод лечения первич­ного анэякуляторного расстройства у мужчин - психо­терапия с проведением курса вибростимуляции полового члена до получения эякуляции и оргазма.

У женщин лечение аноргазмии проводится с учетом механизмов ее развития. При психогенных формах и у мужчин, и у женщин основная роль принадлежит методам психотерапевтической коррекции. Выявление органиче­ской патологии, затрудняющей возникновение оргазма, предполагает проведение соответствующего лечения. Цель лечения - восстановление или приобретение способности испытывать оргазм при половом акте. При аноргазмии на фоне органической патологии или психического расстрой­ства проводится лечение основного заболевания.

146

При психогенной (невротической) аноргазмии у женщин индивидуальная и парная психотерапия, направленная на повышение интереса к половой жизни и сексуальной предприимчивости, улучшение межличностных и сексуаль­ных отношений с партнером. Особое значение имеет выяв­ление, переработка и нейтрализация травматического опыта (факт обнаружения измены, травма сексуального насилия, высказывания актуального партнера, оскорбительные для женщины, и т. п.). Нередко успешная переработка ключе­вых психотравм в трансовой модели (с использованием воз­растной регрессии) либо в технике ДПДГ (работа с отдель­ным травматическим воспоминанием) достаточно быстро приводит к устранению своеобразного функционального кинестетического блока и восстановлению специфической чувствительности эрогенных зон женщины. В необходимых случаях может применяться секс-терапия с использовани­ем чувственного фокусирования, вибростимуляции эро­генных зон и пр.).

У женщин с психогенной аноргазмией вследствие «не­адекватно развитой сексуальности» лечебные мероприятия концентрируются на формировании адекватных оргасти­ческих навыков. С этой целью используется секс-терапия (см. ниже), техники телесно-ориентированной терапии, приемы биосинтеза. В числе последних техники, направ­ленные на снятие напряжения сильно «зажатых» мышц, работа с прикосновениями и их позитивной интерпретаци­ей, стимуляция паттернов гармоничного дыхания, ведуще­го к эмоциональному равновесию, работа с контактом глаз, взглядом, голосом, дающая паре опыт невербального выра­жения эмоций и отношений, укрепляющая взаимопонима­ние. В отдельных случаях применяют адаптогены, кремы, повышающие эрогенную чувствительность и реактивность, методы рефлексотерапии (акупунктура, аурикулотерапия, традиционный восточный массаж).

X. Каплан (1987) рекомендует секс-терапию всем жен­щинам, испытывающим проблемы с достижением оргазма. Следует отметить, что для части из них, включая их мужей, клиторальная самостимуляция является вполне приемле­мой формой достижения женщиной удовлетворения, и в подобных случаях вполне можно ограничиться консуль­тацией пары. Но для ряда женщин отсутствие оргазма при

147

половой близости является результатом подавления орга­стической реакции или следствием плохой техники секса. У них секс-терапия может оказаться весьма эффективной.

**Секс-терапевтическая стратегия лечения абсолютной (полной) аноргазмии (по X. Каплан, 1987)**

Включает несколько последовательных этапов: 1) до­стижение оргазма при мастурбации; 2) оргазм в присутствии партнера посредством клиторальной стимуляции; 3) оргазм в ходе сношения; 4) прием «мост».

Основной принцип достижения оргазма заключается в усилении сексуального возбуждения при ослаблении его подавления. Эффективным способом, ослабляющим по­давление, является маструбация, которую женщина прово­дит в одиночку. При этом она не испытывает давления со стороны партнера. В необходимых случаях следует помочь женщине преодолеть чувство вины и стыда по поводу ма­стурбации.

Женщины, никогда ранее не имевшие оргазма, часто опасаются возможных ощущений и собственных реакций. Им предлагают рассказать о своих фантазиях, связан­ных с оргазмом: «Что может произойти?», а затем прове­сти их анализ и обсуждение. Наиболее типичные страхи: «Я потеряю контроль над собой», «Я с ума сойду», «Мне это причинит вред... », «Мне это понравится и я стану не­разборчивой». Большинство подобных страхов связаны с подавлением и запретами сексуальности. Необходимо их развенчать. Иногда женщина испытывает вину и пережи­вает смешанные чувства по поводу удовольствия и возмож­ного достижения оргазма, который для нее представляется пределом ее успеха (возникает «конфликт успеха). В этих случаях она должна получить заверение в том, что дости­жение оргазма не приведет к немедленному разрешению всех ее проблем. Лишь после этого ей рекомендуется ис­пытать свой первый оргазм путем мастурбации. Поскольку эротические фантазии способствуют возбуждению и одно­временно отвлекают от тревожных мыслей, пациентку сле­дует активно поощрять к переживанию фантазий во время мастурбации. Иногда женщине рекомендуют приобрести

148

эротическую литературу или соответствующую видеопродукцию, чтобы проверить, какие картины, способы, ситуа­ции способствуют ее возбуждению. Стимуляция клитора пальцем в сочетании с эротическими фантазиями доволь­но быстро (как правило, за несколько недель) приводит к оргазму. Если эффект от этой формы стимуляции слабый, предлагается воспользоваться вибратором. Бытовой элек­тромассажер является более мощным и эффективным, чем аппараты фаллической формы на батарейках. Пациент­ке рекомендуется проводить вибратором вокруг и вблизи области клитора, сосредоточившись на эротических фан­тазиях. Это необходимо, чтобы «отвлечь себя от того, что обычно отвлекает от оргазма», т. е. отвлечься от привычки самоконтроля в ходе стимуляции и оргазма. В некоторых случаях помогает просмотр во время самой стимуляции эротических картинок или эротических фильмов.

Некоторым женщинам приходится стимулировать себя долгое время, иногда около одного часа, чтобы до­биться наступления оргазма. Для них особенно важны поощрение и поддержка терапевта. Имеется несколько приемов, облегчающих наступление оргазма у женщины: попеременное сжатие и расслабление мускулатуры вла­галища; энергичные движения тазом и глубокое дыхание на фоне сильного возбуждения. Если интенсивная стиму­ляция вызывает сильное напряжение, рекомендуется при­остановить ее на несколько секунд, а затем возобновить снова. Несколько повторений этого приема «стол-старт» нередко бывают эффективными. Все эти в какой-то степе­ни механические приемы облегчают наступление оргазма, отвлекая женщину от привычных способов его подавлять. Весьма полезным «отвлекающим» фактором являются эротические фантазии.

*Оргазм в присутствии партнера.* После того, как жен­щина освоилась с ощущениями от оргазма при мастурба­ции в одиночку, она должна его добиться в присутствии супруга. Это непросто, поскольку присутствие партнера провоцирует тревогу. Возникает страх неудачи: «Смогу ли я достичь оргазма? А если ему надоест картина одно­образной стимуляции? А если другие женщины делают это быстрее?». В достижении целей этого этапа возможны ва­рианты. Один из них заключается в том, что супружеской

149

паре предлагается делать все как обычно. После того, как мужчина эякулирует сам, он вызывает оргазм партнерши мануально. Она получает установку на переживание тех же фантазий, которые ранее использовала при мастурба­ции. Женщина проводит сокращения мышц, глубоко ды­шит, погружаясь в свои любимые фантазии, а мужчина ее возбуждает. Нередко таким способом женщина достигает оргазма. Если женщина слишком отстает по темпу возбуж­дения от мужчины либо стесняется попросить мужчину о стимуляции клитора, ей рекомендуют самой проводить мастурбацию в присутствии партнера. Некоторые пары до­статочно свободны от предрассудков, чтобы принять такое предложение терапевта. Но нередко женщины испытывают чувство смятения и стыда при мысли о мастурбации в при­сутствии мужа. Но чаще мужья нормально реагируют на это предложение. Более того, вид мастурбирующей жены возбуждает большинство мужчин.

**Секс-терапевтическая относительной (неполной) аноргазмии (по X. Каплан, 1987)**

Неспособность переживать оргазм во время коитуса - самая распространенная жалоба женщин. Это объяснимо, поскольку с анатомической точки зрения коитус не являет­ся самым удачным способом возбуждения области клитора. Психологически половое сношение следует рассматривать как крайне возбуждающее и эмоционально привлекатель­ное. Однако коитальная стимуляция клитора является менее сильной, чем непосредственное воздействие на него, напри­мер при мастурбации. Поэтому женщины с относительно низким порогом оргастического рефлекса могут достигать оргазма исключительно в ходе коитуса (по некоторым дан­ным, в США их около половины). Другим же физиологически требуется более интенсивная, по сравнению с возможностя­ми коитуса, стимуляция клитора. Еще часть женщин имеет психогенные расстройства оргазма. Высокие пороговые ха­рактеристики достижения оргазма могут быть вызваны пси­хологическими запретами и подавленной сексуальностью либо носить конституционально-генетический характер.

В секс-терапии относительной аноргазмии использу­ются приемы чувственное фокусирование I, II и необязы-

150

вающий коитус. Однако принципиальным моментом решения данной проблемы является возможность дости­гать оргазма в ходе полового акта. Для этого X. Каплан предложила специальный *прием «мост»,* который пока­зан женщинам, испытывающим оргазм при клиторальной стимуляции, но не достигающим его во время сношения. Большинство женщин с относительной аноргазмией ис­пытывают оргазм если клиторальное возбуждение не пре­кращается в то время, как половой член находится во вла­галище. Женщины испытывают огромное удовольствие от такого приема, так как ощущение оргазма приобретает особую четкость, если эрегированный член в это время ос­тается во влагалище. Но постоянное использование этого приема может оказаться утомительным для ее мужа. По­добная активность также редко приводит к истинно коитальному оргазму. Сущность приема «мост» заключается в том, чтобы продолжать стимуляцию клитора до момента, предваряющего оргазм, после чего он должен быть «запу­щен» фрикциоными движениями. Здесь речь идет именно о моменте, предваряющем оргазм, а не о том, который стано­вится «пусковой точкой» самого оргазма. Таким образом, между стимуляцией клитора и собственно коитусом обра­зуется своего рода связующий мост.

Стимуляция клитора может осуществляться как муж­чиной, так и самой женщиной в зависимости от ситуации. Обычно во время начальных попыток осуществления прие­ма «мост» женщине предлагают самой заняться стимуляци­ей клитора. Ее самостимуляция мужчину не утомляет и не отвлекает, женщина при этом имеет больше возможностей для контроля стимуляции и осознания получаемого на­слаждения, ей не приходится волноваться за то, партнеру это надоело или у него устала рука. Основное условие в вы­боре поз, занимаемых партнерами при выполнении приема «мост», - это свободный доступ руки к области клитора.

«Мост» используется только после того, как женщи­на уже испытала интенсивные вагинальные ощущения от предшествующих упражнений. Имеется два типа (по ха­рактеру источника) эротических ощущений, исходящих от влагалища: тактильные и проприоцептивные. Две трети поверхности стенок влагалища не содержат осязательных волокон: они преимущественно нечувствительны. Одна-

151

ко область входа во влагалище и еще 1/3 его поверхности особо чувствительны к тактильной стимуляции, способной привести сексуально чувствительную женщину к пережи­ванию оргазма.

Ощущения от сокращения мускулатуры вагинальной области образуют еще одну составляющую эротической чувствительности. Пролонгированный необязывающий коитус в сочетании с упражнениями лонно-копчи-ковой мускулатуры особенно полезны для более четкого вос­приятия вагинальных ощущений женщинами, у которых эти ощущения были в прошлом заторможены. Изредка эти «обостренные» ощущения, вызванные предшествующи­ми тренировками, приводят к спонтанному переживанию коитального оргазма. Но, как правило, их бывает недоста­точно, и тогда рекомендуется «мост». Паре предлагают после предварительных ласк начать половой акт в удобной для «моста» позе (лучше женщина сверху). Рекомендует­ся совершать неспешные фрикции, чтобы женщина могла сосредоточиться на своих ощущениях, а затем начала бы возбуждать клитор пальцем так, как она это обычно де­лает наедине с собой. (Установку можно изменить с тем, чтобы возбуждал мужчина или использовался вибратор, который представляет собой весьма эффективное средст­во достижения оргазма во время коитуса. Недостаток его использования заключается в нежелании некоторых пар использовать это механическое устройство во время сно­шения.)

Женщина должна сосредоточить свое внимание на воз­буждающих фантазиях. Как только она почувствует при­ближение оргазма, следует немедленно прекратить стиму­ляцию и резко надвинуться на партнера. Такое прерывание может временно затормозить приближение оргазма. Это нормально. Необходимо повторить все снова. И как только женщина почувствует приближение оргазма, стимуляция прекращается и ей следует снова быстро и резко надви­нуться на партнера. Так повторяют несколько раз, пока не наступит оргазм. Если у мужчины эякуляция происходит раньше, пара может повторить «мост» в следующий раз.

*Реакции на «мост».* Обычной реакцией супружеской пары на успешную реализацию «моста» является расслаб­ление и воодушевление. Ведь нередко женщины с коиталь-

152

ной аноргазмией чувствуют свою ущербность и неполноценность по сравнению с теми особами, которые достигают оргазма во время сношения. Это во многом связано с тем, что мужчины часто склонны к эмоционально обостренно­му переживанию аноргазмии своих жен. Так неуверенные в себе мужчины связывают отсутствие оргазма при коитусе с собственными неумелыми действиями или «недостатками» своего пениса. По этой причине так распространено явле­ние имитации оргазма во время полового акта. Некоторые женщины считают, что легче обойтись без оргазма и симу­лировать его, чем открыто признать клиторальный источ­ник его возникновения.

Прием «мост» эффективен не более чем у половины женщин. Остальные получают хороший способ достиже­ния оргазма с введенным во влагалище половым членом, что доставляет наслаждение обоим партнерам. Эти женщины сохраняют потребность в непосредственной стимуляции клитора во время полового акта до наступления оргазма.

Нередко установка женщины по отношению к коитальному оргазму настолько эмоционально заряжена, что не­обходима более глубокая проработка. Переживание оргаз­ма приводит к сладострастным ощущениям, независимо от типа оргазма или его источника. При идеальной ситуации супружеские пары не рассматривают внекоитальный ор­газм как «менее полноценный». Любящие пары, где у обо­их партнеров есть чувство психологической безопасности, приходят к гармоничной и полноценной половой жизни и в том случае, когда женщине требуется предварительная стимуляция клитора для достижения оргазма.

В процессе секс-терапии женщина учится учитывать свои сексуальные потребности и принимает на себя ответст­венность за собственное половое удовлетворение. Это озна­чает, что если раньше в половом акте женщина действовала в большей мере отвечая на эротические запросы и прихоти супруга, то сейчас она занимает позицию сверху, двигаясь вдоль фаллоса в соответствии с собственными вагинальным ощущениями. Переход женщины от пассивного к активному состоянию может вызывать различные реакции у ее парт­нера. Любящие и уверенные в себе мужчины, испытывают радость за партнершу и наслаждаются ее возросшей сексу­альной активностью. Другие выражают опасение и неудо-

153

вольствие, поскольку эти изменения в поведении жены мо­гут ассоциироваться со страхом потери контроля и даже со страхом причинения физического вреда действиями супру­ги. Некоторые мужчины осознают свои страхи и открыто делятся своими опасениями. Другие же не проявляют види­мых признаков беспокойства, но внезапно теряют потенцию и интерес к сексу. В целом, если мужчина не испытывает бес­покойства по поводу собственных сексуальных возможно­стей, он позитивно реагирует на происходящие изменения. Также очень важно убедить партнеров, что для успешного разрешения сексуальных затруднений женщины необхо­димо взаимное признание ее эротических потребностей и желаний. Неспособность мужа признать сексуальную «ана­томию» своей супруги могут стать препятствием на пути к полноценной половой активности женщины.

**F52.4. Преждевременная эякуляция**

Невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.

*Исключаются:*

*-* преждевременное семяизвержение, обусловленное болезнями мужских половых органов (N40 - N51);

- преждевременное семяизвержение, обусловлен­ное органическим поражением головного мозга (F06.82х).

**F52.41. Абсолютное ускорение семяизвержения**

Критерии диагностики: продолжительность полового акта менее одной минуты (менее 20 фрикций) на фоне регу­лярной половой жизни.

**F52.42. Относительное ускорение семяизвержения**

Критерии диагностики: продолжительность полового акта в пределах физиологической нормы (от 1 до 3 минут).

154

Однако этой продолжительности полового акта недоста­точно для получения оргастической разрядки партнер­шей.

**F52.49. Ускорение семяизвержения неуточненное**

*Включается:*

*-* преждевременная эякуляция без дополнительных уточнений (БДУ).

Ускоренная эякуляция является одной из наиболее ча­стых сексуальных проблем мужчин. У. Мастерс и В. Джонсон (1983) полагают, что по крайней мере 15-20 % американцев испытывают трудности при попытках контролировать бы­струю эякуляцию, однако далеко не каждый из них обра­щается за помощью к специалистам. Так, согласно данным опроса NHSLS (1994), 30 % мужчин сообщили, что оргазм у них наступает слишком рано. В обследовании К. Штарке и В. Фридриха (1987) из 78 % мужчин в возрасте до 30 лет, ко­торые смогли указать среднюю продолжительность поло­вого акта, у 7 % она была до 1 минуты, у 23 % - до 3 минут, у 40 % - 4 - 10 минут, у 7 % - свыше 10 минут, у 1 % - семя­извержение отсутствовало.

Следует признать, что на сегодняшний день среди ис­следователей не существует общепринятого определения преждевременной эякуляции. Так, Г. Келли (2000) отмеча­ет, что границы между нормой и патологией здесь не абсо­лютны и во многом культурально обусловлены. Он приво­дит такой пример. Если эякуляция у мужчины из Ист-Бей (Меланезия) происходит более чем через 30 секунд после введения полового члена во влагалище, местные жители считают такой половой акт чрезмерно длительным, что воспринимается ими как отклонение от нормы.

Наряду с подходом, представленным в адаптированном варианте МКБ-10, существуют и другие трактовки ускорен­ного семяизвержения. Например, Ло Пикколо (1978), осно­вываясь на статистических данных обследования 1000 су­пружеских пар, считает, что лечение показано мужчинам, у которых половой акт длится менее 4 минут. В 1970 году У. Мастерс и В. Джонсон высказали мнение, что если муж­чина эякулирует раньше, чем партнерша успевает достичь

155

оргазма по крайней мере в 50 % случаев половых сношений между ними, то он страдает преждевременной эякуляцией. Однако впоследствии Мастерс и Джонсон (1991) сами же признали такое определение неудачным. В частности, оно неприменимо к ситуациям, когда женщина вообще ред­ко испытывала оргазм или никогда не имела его во время коитуса. X. Каплан (1974, 1987) связывает с понятием пре­ждевременного семяизвержения отсутствие произволь­ного контроля над эякуляторным рефлексом. Она пола­гает, что в норме мужчина способен научиться длительно переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения рефлекторной эякуляции. Однако боль­шинство специалистов считает, что полный произвольный контроль над эякуляцией - скорее исключение, чем пра­вило, поэтому связывать его с нормой весьма проблема­тично (С. Кратохвил, 1982; У. Мастерс, В. Джонсон, 1983 и др.). В последнее время получила распространение точка зрения, согласно которой к половым расстройствам сле­дует относить случаи, когда обычно уже при минималь­ной сексуальной стимуляции семяизвержение у мужчины раз за разом наступает раньше, нежели его партнерша успевает получить удовлетворение от коитуса и если он на­столько неспособен управлять процессом эякуляции, что один или оба партнера начинают рассматривать это как проблему (G. Grenier, E. Byers, 1997; M. Metz et al., 1997).

Диагностические критерии преждевременного семяиз­вержения, по версии Американской Психиатрической Ас­социации (АПА), следующие:

а) эякуляция наступает при минимальной сексуальной стимуляции до, в процессе или сразу после пенетрации до того, как этого хотелось бы партнерам;

б) нарушение семяизвержения приводит к проблемам в общении с половым партнером;

в) преждевременное семяизвержение не связано с пря­мым действием препаратов (например, эффект отме­ны опиоидов).

Следует отметить, что мужчины нередко испытывают чувство разочарования и неверия в свои силы из-за неспо­собности контролировать наступление эякуляции, но по­скольку оргазм по-прежнему доставляет им наслаждение, у них может не быть достаточной мотивации для обращения

156

к врачу с этой проблемой (M. Metz et al., 1997). В наибольшей степени страдают их партнерши, которые только начинают приходить в сексуальное возбуждение, когда у мужчины уже наступает эякуляция и половой акт заканчивается. Постоян­ные проблемы с преждевременной эякуляцией могут стать причиной конфликтов между сексуальными партнерами и повлечь за собой другие половые расстройства. Женщины, которые испытывают досаду, разочарование и физический дискомфорт из-за частых сексуальных фрустраций, могут потерять интерес к сексу и перестать испытывать возбужде­ние от него (Г. Келли, 2000). В ряде случаев попытки мужчи­ны сознательно контролировать свое сексуальное возбуж­дение, чтобы не допустить быстрой эякуляции, настолько отвлекают его от полового акта, что это приводит к потере эрекции. Любые затруднения в возникновении и поддержа­нии эрекции на фоне конфликтных отношений с партнершей легко фиксируются по невротическим механизмам, приводя к возникновению тревожного ожидания сексуальной неуда­чи, т. е. вторичной психогенной эрекционной дисфункции.

По некоторым оценкам 35 - 40 % мужчин, получавших лечение по поводу сексуальных расстройств, в основном жа­ловались на преждевременную эякуляцию (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1996).

Несомненно, что при прочих равных условиях способ­ность мужчины в достаточной мере регулировать длитель­ность полового акта позволяет ему лучше подстроиться к партнерше и обеспечить удовлетворяющую ее сексуальную стимуляцию. Кроме того, при большей продолжительности полового акта мужчина и сам, как правило, испытывает бо­лее яркие и интенсивные оргастические переживания.

*Функционально-психогенные причины преждевре­менной эякуляции:*

1. Редкие половые акты, приводящие к сексуальной абстиненции и физиологически обусловленной по­вышенной возбудимости.

2. Тревога и страх во время полового акта, связанные либо с внешними факторами, либо с беспокойством и озабоченностью мужчины возможным неудовлет­ворением своей партнерши, а также проблемами су­пружеских отношений.

157

3. Привычка к быстрому наступлению эякуляции у молодых мужчин из-за неблагоприятных условий для проведения коитуса либо при длительных отно­шениях с фригидной женой, которая настаивает на быстром окончании коитуса.

4. Интенсивное, возбуждающее эротическое влияние партнерши (ее высокая активность во время коитуса или чрезвычайная сексуальная привлекательность для данного мужчины).

5. Установка на быстрое снятие собственного сексу­ального напряжения при отсутствии у мужчины желания доставить партнерше удовлетворение и безразличии к ее чувственным переживаниям.

6. Отсутствие осознания приближения эякуляции, которое позволяет мужчине вовремя предпринять какие-либо действия для пролонгации коитуса (свя­зано с индивидуальной сверхчувствительностью сим­патической нервной системы).

*Органические причины преждевременной эякуляции:*

*-* Заболевания предстательной железы застойного или воспалительного генеза.

- *Вторичная патогенетическая форма преждевре­менной эякуляции* (по Г.С.Васильченко). Является неврологическим осложнением хронического простата (региональный симпатоз). Основное отличие от чисто урологической патологии - сохранение ускоренной эякуляции после санации предстатель­ ной железы.

- *Первичная патогенетическая форма преждевре­менной эякуляции (синдром парацентралъных долек) -* представляет собой первичное поражение корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов в результате действия патогенных факторов в антенатальном периоде, при родовой травме, реже - при черепно-мозговых травмах, фактически речь идет о формировании очень низких порогов возбудимости эякуляторного реф­лекса, в силу чего эякуляция и оргазм у мужчины происходят при минимальной сексуальной стиму­ляции.

158

*Основные диагностические критерии синдрома парацентральпых долек:*

1.Первые эякуляции опережают по времени пробуж­дение либидо, подчас возникая у подростка в не­ адекватной обстановке (бег, испуг).

2. Наличие дневных поллюций (особенно неадекватных).

3. Частые ночные поллюции и поллюции после 40 лет.

4. Психическая мастурбация, когда эякуляция проис­ходит только за счет эротических фантазий без ме­ханической стимуляции.

5. Ускоренная эякуляция с начала половой жизни.

6. Эякуляция уже при поверхностных ласках или по­пытке интроитуса.

7. Эякуляторная атаксия - повторные половые акты вна­чале не влияют на их продолжительность, а затем при очередном коитусе внезапно возникает анэякуляция.

8. Энурез в анамнезе, поскольку корковые центры мо­чеиспускания и эякуляции расположены рядом - в парацентральных дольках.

9. Отсутствие пролонгирующего коитус эффекта при употреблении алкоголя или использовании местно-анестезирующих мазей.

10. Наличие неврологической симптоматики: наиболее типичный признак - *инверсия рефлексогенных зон ахилловых рефлексов,* часто имеются непостоянная анизокория, симптомы орального автоматизма, признаки внутричерепной гипертензии.

*Признаки преждевременной эякуляции психогенно­го генеза:*

1.При коитусе сексуальное возбуждение у мужчины вначале нарастает постепенно, затем неожиданно резко усиливается и приводит к эякуляции.

2. Парадоксальная реакция - эякуляция наступает тем скорее, чем дольше мужчина стремится ее задержать.

3. Из-за повышенной нервной возбудимости семяиз­вержение наступает тем быстрее, чем слабее у муж­чины эрекция (в норме чаще бывает наоборот).

4. Избирательность расстройства (с одной партнер­шей мужчина способен контролировать длитель­ность коитуса, а с другой - нет).

159

5. Эротические сновидения, в которых нередко фигу­рирует преждевременная эякуляция (пациенты счи­тают их свидетельством тяжести расстройства).

6. Атмосфера спешки и нервозности в ходе полового акта, необходимость быстрого выведения полово­го члена из влагалища при практике прерванного коитуса, что способствует усилению возбуждения и ускоряет наступление эякуляции, особенно у лиц с неуравновешенной нервной системой.

7. Спонтанные периоды удлинения коитуса (под влия­нием ситуационных факторов, отдыха),

8. Наличие тревожно-невротической симптоматики.

9. Удлинение полового акта под влиянием транквили­заторов и алкоголя.

*Синдром парацентральных долек* классифицируется в адаптированной МКБ-10 как преждевременное семяизвер­жение, обусловленное органическим поражением головного мозга (F06.82), а ускоренная эякуляция при урогенитальной патологии как преждевременное семяизвержение, обуслов­ленное болезнями мужских половых органов (N40 - N51).

Отметим, что в настоящее время отсутствуют убе­дительные данные в пользу преобладающей роли как органических (возможно, конституциональных), так и психогенных факторов в патогенезе ускоренной эякуля­ции. Большинство зарубежных специалистов связывают преждевременное семяизвержение с наличием психоло­гических причин (К. Имелинский, 1986; X. Каплан, 1987; У. Мастерс и В. Джонсон, 1998 и др.) или указывают на от­сутствие достоверных результатов исследований, которые могли бы объяснить, почему некоторым мужчинам труд­но контролировать свою эякуляторную реакцию (M. Metz et al., 1997). В последние годы было высказано предполо­жение, что преждевременная эякуляция может быть вызва­на нарушением нейротрансмиссии серотонинэргической 5-hydroxytrptamine (5-HT). Это привело к развитию таргетной терапии для лечения преждевременной эякуляции, которая направлена на изменение системы 5-НТ.

Обследование пациентов с преждевременной эякуля­цией включает стандартное сексологическое обследование. Анамнез подразумевает выявление детского энуреза. Нев-

160

рологический осмотр акцентирует внимание на асиммет­рии иннервации (анизокория, инверсия рефлексогенных зон ахилловых рефлексов). При урологическом обследова­нии прежде всего необходимо исключить воспалительные процессы урогенитального тракта, в том числе простатит.

Дополнительные обследования: УЗИ простаты, кон­сультации уролога, невролога, краниография, КТ, психо­диагностика.

Лечение имеет своей целью восстановление или приоб­ретение способности в достаточной мере контролировать наступление эякуляции в соответствии с партнерской си­туацией. Выбор терапии определяется в соответствии со степенью выраженности дисфункции, а также длительно­стью расстройства и сопутствующей психопатологической (урологической либо неврологической) симптоматикой. При наличии обострения хронического простатита на на­чальном этапе лечения проводится санация предстатель­ной железы. На фоне 3 - 4 недельного курса кломипрамина, флувоксамина или сертралина непосредственно перед кои­тусом используют местно анестезирующие средства (на­пример, орошение нижней части головки пениса аэрозолем 10 % раствора лидокаина. Показана массивная рефлексоте­рапия от массажа предстательной железы (6-15 процедур через день) и орошения хлорэтилом ромба Михаэлиса (6-12 процедур) до аурикулотерапии (основные точки 22 и 93) и акупунктуры (седатируют точки R3; R26; F8; RP6; V23; V35; VС4; VС5 и др.). Все терапевтические процедуры про­водятся на фоне регулярной половой жизни.

Психотерапия направлена на снижение тревоги перед коитусом (гипнотерапия, техники НЛП, ДПДГ), улучшение межличностных и сексуальных отношений в паре (приемы супружеской и сексуальной терапии). Самостоятельно или в комбинации с антидепрессантами группы СИРС могут ис­пользоваться специальные секс-терапевтические упражне­ния (техники «сжатие головки», «стоп-старт»).

**F52.5. Вагинизм неэротического происхождения**

Спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия. Введение полового члена или не-

6 Медицинская сексология

161

возможно, или причиняет боль. Вагинизм может быть вто­ричной реакцией на локально обусловленную боль, в таком случае настоящая рубрика не должна использоваться.

*Диагностические критерии.*

Вагинизм, т. е. спазм перивагинальной мускулатуры, проявляется в одном из следующих вариантов:

1) нормальная реакция всегда отсутствовала;

2) расстройство появилось после периода относитель­но нормального сексуального функционирования.

Причем:

а) сексуальные реакции могут протекать нормально при отсутствии попыток проникновения во влагалище;

б) каждая попытка полового сношения ведет к генера­лизованной тревоге и попыткам воспрепятствовать введению члена, в том числе за счет приведения и сжатия бедер.

*Включается:*

*-* психогенный вагинизм.

*Исключается:*

*-* вагинизм (органический) (N94.2).

В литературе обычно подчеркивается, что женщины, страдающие вагинизмом, очень часто имели негативный ранний сексуальный опыт. Например, для тех, кому гово­рили, что первое половое сношение может вызвать сильную боль и кровотечение при наличии неповрежденной девст­венной плевы, оно может стать мучительным испытанием (Г. Келли, 2000). Среди причин вагинизма указывают сексу­альное насилие в прошлом, грубое поведение партнера при попытке дефлорации, страх перед возможной беременно­стью, строгое религиозное воспитание и т. п. И.Л. Ботнева (1990) отмечает, что чаще вагинизм возникает при нереши­тельном, робком и неумелом поведении партнера и опре­деленных чертах характера женщины (мнительность, эмо­циональная неустойчивость, обидчивость, тревожность). Нередко у таких женщин в анамнезе прослеживаются раз­личные фобии, в том числе страх боли либо вида крови.

Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни. Судорожному сокращению мышц влагалища и тазового дна часто предшествует страх боли при дефлорации, но в от­дельных случаях он появляется внезапно и неожиданно в момент дефлорации. Мягкие, тактичные, чувствительные

162

к переживаниям молодой супруги мужья не настаивают на коитусе, перенося дефлорацию на утро, на следующий день. Но при очередных попытках совершить половой акт все повторяется снова и снова. В ряде случаев вагинизм мо­жет прогрессировать, поэтому выделяют три степени его выраженности:

1) спастическая реакция наступает при введении поло­вого члена, пальца либо инструмента при гинеколо­гическом исследовании;

2) реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним;

3) реакция наступает при одном представлении о по­ловом акте или гинекологическом исследовании.

Вагинизм является наиболее частой причиной виргогамии (девственного брака). Интересно, что даже многолет­нее отсутствие дефлорации и половых актов в браке в ряде случаев не ухудшает межличностных отношений супругов. При этом сексуальная адаптация пары достигается за счет использования различных вариантов петтинга и орально-генитальных контактов. Женщины с вагинизмом при этом могут испытывать оргазм, а обращаться к врачу их застав­ляет чувство неполноценности или желание иметь ребенка (И.Л. Ботнева, 1990). Изредка явления вагинизма возника­ют после периода нормальной половой жизни, если по от­ношению к женщине было совершено сексуальное насилие либо она испытывает сильные негативные чувства к своему партнеру. Без соответствующего лечения явления вагиниз­ма у женщины могут привести к серьезным супружеским конфликтам, возникновению сексуальных проблем у суп­руга и разрыву брачных отношений.

Психогенный вагинизм следует дифференцировать от вагинизма органической природы, когда боль при попытке интроитуса, судорожный спазм и оборонительная реакция женщины обусловлены различными гинекологическими заболеваниями (кольпиты, эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу и т. п.), вызывающими резкую болезненность при коитусе.

Обследование:

- стандартное сексологическое обследование;

- гинекологическое обследование (для исключения ор­ганической почвы алгии), в которое должны входить

163

влагалищный осмотр, ультразвуковое исследование органов малого таза, изменение основных разме­ров акушерского таза, желательно - исследование гормонального фона пациентки (уровень эстрогена, прогестерона, ЛГ, ФСГ, пролактина, тестостерона); - исследование психического статуса пациентки (клинико-психопатологическое исследование, психологическое тестирование - тесты Люшера, ММРI, Лири, Кеттела и пр.); - урологическое, сексологическое и психологическое исследование постоянного партнера пациентки. Лечение направлено на устранение спазма окружаю­щих влагалище мышц и приобретение способности жен­щины к половому акту. Терапия вагинизма носит парный и комплексный характер. При наличии у пациенток тех или иных психопатологических расстройств применяют анти­депрессанты, транквилизаторы или нейролептики.

Пехотерапия: гинносуггестия для устранения страха перед половым актом, нейтрализации негативных воспоми­наний о предшествующих болезненных попытках коитуса и усиления эротических переживаний; прогрессивная десен­сибилизация, основанная на применении специальных рас­ширителей влагалища увеличивающихся размеров (когда становится возможным безболезненное введение расшири­теля, имитирующего эрегированный половой орган мужчи­ны, врач санкционирует переход к коитальной активности). Важное место занимает сексуальная реадаптация пары с привлечением на конечных этапах партнера в качестве котерапевта.

**F52.6 Дисмреунда неорганического происшдения**

Диспареуния (боль во время полового акта) возникает как у мужчин, так и у женщин. Часто она может быть отнесена за счет местной патологии и тогда кодируется соответствую­щим образом. Однако в некоторых случаях явные причины не обнаруживаются и важными могут быть эмоциональные факторы. Эта категория должна использоваться только в том случае, если нет другой первичной сексуальной дисфункции (например, ванигизма или влагалищной сухости).

164

*Диагностические критерии:*

1) повторяющаяся или устойчивая боль в гениталиях либо у мужчин, либо у женщины перед, во время или после полового сношения;

2) нарушение не обусловлено исключительно отсутст­вием нормального увлажнения влагалища (любрикации) или вагинизмом.

*Включается:*

- психогенная диспареуния.

*Исключаются:*

- диспареуния (органическая) у женщин (N94.1);

- диспареуния (органическая) у мужчин (Н47-ШО).

Точных сведений о распространенности диспареунии нет, но известно, например, что при хирургических опера­циях на гениталиях она наступает в 30 % случаев, а среди женщин, которые находятся на лечении в клиниках сексо-терапии и предъявляют жалобы на боли при половом акте, в 30 - 40 % случаев имеет место патология тазовых органов (Г. Каплан; Б. Сэдок, 1994).

По данным опроса NHSLS (1994), болевые ощущения во время сексуальных контактов на протяжении несколь­ких месяцев или более в предыдущем году отметили у себя 14 % женщин и 3 % мужчин. В США диспареунические жа­лобы отмечаются у 46 % женщин в возрасте 18 - 45 лет, обра­щающихся к гинекологам и семейным врачам (D.J. Jamieson, J.F. Steege, 1996). В России пациентки с жалобами на боли, связанные с половым актом, составляют до 30 % женщин, обращающихся за cексологической помощью (И.Р. Айриянц, 1999). По данным исследователей, у 48 % женщин, отмечающих боли при половом акте, снижается частота и ритм половых контактов и у 33,7 % на этом фоне проис­ходит нарушение взаимоотношений в семье. (A.E. Glatt, S.H. Zinnner, W.M. McCormic, 1990).

Женскую диспареунию чаще всего вызывают различ­ные органические факторы. Любая причина, приводящая к снижению любрикации, может вызвать дискомфорт во вре­мя коитуса. Так, сухость слизистой оболочки влагалища вызывают прием антигистаминных препаратов, некоторых транквилизаторов и трициклических антидепрессантов, ряд заболеваний (сахарный диабет, бактериальный вагинит и др.). К другим причинам женской диспареунии относятся:

165

поражение кожи (волдыри, сыпь, воспаление) вокруг входа во влагалище или на слизистой оболочке вульвы; раздраже­ние или воспалительные заболевания клитора; патология входа во влагалище вследствие рубцов после эпизиотомии; болезненные остатки девственной плевы; повреждения уретры или ануса; патология влагалища в результате ин­фекционных заболеваний, хирургических рубцов; атрофия стенок влагалища из-за эстрогенной недостаточности или использования химических местных контрацептивов; по­вреждения связочного аппарата матки; опухоли или воспа­лительные заболевания органов малого таза (У. Мастерс, В. Джонсон, 1983). Если боли при половом сношении име­ют соматическую основу, состояние классифицируется как диспареуния (органическая) у женщин (N94.1). Необ­ходимо учитывать, что первично возникший органический симптом может удерживаться по невротическому механиз­му вторичной выгоды, которым для женщины является воз­можность избегать нежелательной половой близости или по крайней мере ограничить ее (С. Кратохвил, 1982).

В основе диспареунии может лежать сильная не­приязнь или физическое отвращение к партнеру, кото­рый тем не менее настаивает на сексуальных контактах. В этих случаях диспареуния носит вторичный характер, а основным расстройством является сексуальное отвра­щение (F52.10).

Психогенная диспареуния возможна у женщин, кото­рые подвергались сексуальному насилию, в т. ч. и в детстве. Боль при коитусе может быть результатом эмоциональ­ного напряжения и тревоги относительно полового акта, которые заставляют женщину непроизвольно сокращать мышцы влагалища (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1994). Обычно в таких случаях имеются серьезные проблемы во взаимоот­ношениях с актуальным партнером либо существует интрапсихический конфликт между сексуальным желанием и неприемлемостью его реализации в интимной связи с кон­кретным мужчиной (например, в ситуации супружеской измены одного или обоих партнеров, которая вызывает у женщины сильное чувство вины).

По мнению К. Имелинского (1986), диспареуния, воз­никшая при сексуальных контактах с одним партнером, может создать предрасположенность для появления ее и с

166

другим партнером. Длительная диспареуния является ис­ходным пунктом для развития вторичных невротических реакций и утраты интереса к половой жизни.

А.И. Федорова (2007) разработала клинико-патогенети­ческую классификацию женской диспареунии. Она выделяет три ее основные формы:

I. ***Органическая диспареуния****,* которая обусловлена структурными изменениями мочеполовой сферы и иннервирующей ее системы, вызванными различными патологи­ческими процессами (воспалительными, атрофическими, рубцово-спаечными, эндометриоидными, травматически­ми и т. д.).

II. ***Психогенная диспареуния****.* Она является собствен­но сексуальной дисфункцией, при которой ведущей причи­ной болей, связанных с половым актом, является психоген­ный фактор.

III. ***Смешанная диспареуния***является следствием со­четания первично развившейся органической диспареунии с различными психогенными факторами, влияющими на восприятие боли, формирование болевого и сексуального поведения и поддерживающими и усиливающими диспареуничес-кие жалобы.

Согласно А.И. Федоровой, психогенная диспареуния, в свою очередь, может быть подразделена на конверсион­ную и психосоматическую. *Конверсионная психогенная диспареуния* рассматривается ей как психогенное наруше­ние телесной функции в рамках истерических расстройств. Она имеет смысл непринятия имеющегося полового парт­нера, самого факта сексуальных отношений или их кон­кретного существующего стереотипа, воплощенный в бо­лях при половом акте. Психологический конфликт и его следствие (неадекватное восприятие полового акта) часто обусловлены иррациональными установками в отношении сексуальных аспектов жизни, сформированными в пери­од психосексуального развития. Болевая симптоматика является результатом объективной или субъективной не­возможности изменить сложившуюся ситуацию. Следует иметь в виду, что боли служат наиболее психологически и социально приемлемым поводом отказа женщины от не­желательной половой жизни. Это позволяет говорить об определенной «рентности» данной формы диспареунии

167

(А.М. Свядощ, 1974). Болевая симптоматика локализуется чаще в области входа во влагалище или в проекции матки. Поскольку задействованные конверсионные механизмы ограничены лишь чувственно-двигательной сферой и ведут, как правило, к обратимым функциональным расстройствам, морфологические изменения гениталий не выявляются или не соответствуют характеру и локализации болей.

*Психосоматическая психогенная диспареуния* являет­ся неспецифическим, не имеющим символического смысла ответом индивидуума на широкий диапазон стрессоров. Сопутствующие стрессу «негативные» эмоции вызывают нейродинамические изменения в вегетативной нервной системе, вподкорковых структурах головного мозга. Они способны приводить к изменениям проведения чувстви­тельной информации, нарушениям функции внутренних органов (нарушению микроциркуляции, венозному застою и даже дистрофическим процессам в гениталиях). Резуль­татом могут являться болезненные ощущения во время по­лового акта. Динамика психосоматического процесса обе­спечивает устойчивость патологического состояния и при отсутствии адекватной терапии может приводить к посте­пенной трансформации обратимых функциональных нару­шений в гениталиях в стойкие, трудно обратимые структур­ные изменения, что постулируется теорией патологических устойчивых состояний и матрицы долговременной памяти. Таким образом, возможность развития структурных изме­нений отличает психосоматическую форму диспареунии от конверсионной. Эта возможность на определенном этапе приближает клинические проявления психосоматической диспареунии к проявлениям органической диспареунии (А.И. Федорова, 2007).

Обе эти формы связаны с психотравмирующими фак­торами, однако их содержание и характер связи имеют определенные различия. Развитию конверсионной диспа­реунии в 100 % случаев предшествуют психотравмирую-щие события, ситуации и состояния, объединенные общим внутренним смыслом непринятия имеющихся партнерских и сексуальных отношений, либо женской роли с ее сек­суальной атрибутикой. При психосоматической диспа­реунии преобладают: изменение партнерских отношений (22 %), общее нарушение ситуации, перемены жизненной

168

обстановки, повышенные нагрузки (19,5 %). В 31,7 % случаев связь диспареунии с какими-либо событиями или пере­живаниями выявлялась только в процессе психотерапевти­ческой работы (А.И. Федорова, 2007).

Диспареуния редко встречается у мужчин и обычно имеет органическую основу. Так, при болезни Пейрони фиброзные бляшки в белочной оболочке и перегородке кавернозных тел полового члена нередко приводят к его деформации во время эрекции и болезненным ощущениям при коитусе.

Известен весьма редкий вариант диспареунии неор­ганического происхождения у мужчин - постэякуляторная боль. Данное расстройство вызвано непроизвольным сокращением эякуляторной мускулатуры и ряда других связанных с ней мышц, которое может иметь место как во время семяизвержения, так и сразу же после него. В ре­зультате мужчина начинает испытывать после эякуляции острую боль. Обычно она проходит в течение нескольких минут, но может продолжаться и дольше. Мужчины, ис­пытывающие постэякуляторную боль, часто начинают из­бегать сексуальных контактов. Поскольку сексуальная ак­тивность приносит им неприятные, болезненные ощущения, у них могут появиться проблемы с эрекцией или оргазмом (Г. Келли, 2000). Хотя непосредственной причиной боли яв­ляется мышечный спазм, это расстройство, по-видимому, имеет глубокие психологические корни. Считают, что муж­чины, страдающие от постэякуляторной боли, испытывают затаенное чувство вины, касающееся сексуального наслаж­дения, амбивалентные чувства по поводу своих отношений с партнершей, а также склонны подавлять чувство гнева и раздражения. Подобные внутренние конфликты могут усу­гублять беспокойство по поводу болезненных ощущений и привести к тому, что каждая эякуляция будет сопровож­даться болью (X. Каплан, 1993). Постэякуляторную боль следует отличать от болезненной эякуляции, обусловлен­ной воспалением семенного бугорка, находящегося в про­статической части мочеиспускательного канала (колликулит).

Обследование. У лиц обоего пола включает стандарт­ное сексологическое обследование. При диагностике дис­пареунии у женщин необходимо проведение следующих

169

исследований: тщательный гинекологический осмотр, УЗИ органов малого таза, определение гормонального профи­ля пациентки (половые гормоны) и бактериологическое исследование влагалищного мазка (с целью исключить ор­ганическую основу болевых ощущений); урологическое и сексологическое обследование постоянного партнера па­циентки.

Дополнительно проводится экспериментально-психо­логическое исследование для всесторонней оценки лич­ностных особенностей и характера межличностного взаи­модействия с партнером.

Лечение ставит перед собой целью уменьшение либо полное устранение болезненных ощущений при кбитусе и повышение удовлетворения от половой жизни. При вы­явлении психопатологической симптоматики, а также при наличии устойчивых гениталий проводится фармакотера­пия с использованием антидепрессантов (миансерин, флувоксамин, кломипрамин, пиразидол), транквилизаторов (альпразолам, феназепам), нейролептиков (тиоридазина гидрохлорид, сульпирид, алимемазин).

Психотерапия: техники визуализации, направленные на работу с болью и дискомфортом; гипносуггестивная те­рапия и аутотреннинговые методики, супружеская терапия для улучшения взаимоотношений между партнерами; секс-терапия и др.

А.И. Федорова (2007) предложила дифференциро­ванный подход к выбору психотерапевтического лечения. При *конверсионной диспарунии* она рекомендует интегративную личностно-ориентированную терапию, направ-леннуя на разрешение ключевых конфликтов, лежащих в основе нарушения сексуальной функции и сексуальную терапию. Поскольку большая часть встречающихся кон­фликтов является результатом нарушений психосексуаль­ного развития, психотерапевтическая работа предполагает их коррекцию. Она проводится в виде информационно-разъяснительных и психотерапевтических бесед, а также путем формирования позитивного опыта при смодели­рованном прохождении пропущенных или искаженных стадий психосексуального развития, в том числе во время секстерапевтических упражнений. Должен учитываться часто встречающийся позитивный и противоречивый лич-

170

ностныи смысл диспареунии, определяющий низкую мотивацию к коррекции болезненных сексуальных контактов в связи с их «вторичной выгодой».

*Основные цели сексуальной терапии:* приобретение позитивного опыта сексуальных контактов, выработка оптимального стереотипа интимных отношений, принося­щих удовольствие, обучение партнеров выражению сексу­альных чувств и желаний, нахождению приемлемого для обоих компромисса. При первичной диспареунии (с самого начала половой жизни) у молодых женщин с задержками психосексуального развития сексуальная терапия должна носить максимально развернутый характер, включая ме­роприятия, направленные на ознакомление с функцией и строением гениталий, адаптацию к вагинальному проник­новению. У женщин старшей возрастной группы с диспареунией, развившейся на фоне неадекватной сексуальной техники, нарушений полового влечения, оргазмической дисфункции, чаще используются стандартные методики чувственного фокусирования, генитального услаждения, «необязывающего» коитуса (Х.С. Каплан, 1994; И. Кемпер, 1994). В случаях развития диспареунии на фоне абсолют­ной аноргазмии и связанного с ней неосознанного отказа от половой жизни, не вызывающей приятных ощущений, используется вибротерапия. Она демонстрирует пациент­кам их сексуальные возможности и создает мотивацию к терапии.

При *психосоматической диспареунии,* по мнению А.И. Федоровой (2007), ведущая роль принадлежит интегративной личностно-ориентирован-ной психотерапии, направленной на выявление связи между психическими факторами и диспареуническими болями, на укрепление уверенности в себе, восполнение женской идентичности, получение эмоциональной поддержки и выработку новых способов эмоциональных проявлений, а также включаю­щая в качестве компонентов телесно-ориентированную и сексуальную терапию. В случае выявления патологических изменений в гениталиях лечение проводится при совмест­ном участии сексолога и гинеколога. При проведении пси­хотерапии акцент делается на проблемах раннего детства, определенных аспектах взаимоотношений с родителями, повлиявших на характер психосексуального развития, от-

171

ношение к телесности, к сексуальным аспектам жизни и коммуникации с мужчинами. В поле внимания удержива­ют отношение к собственной женственности, к получению удовольствия вообще и в интимных контактах с партнером в частности и т. д. Целью такой работы является обеспе­чение восполнения развития женской идентичности, по­степенное приобретение более конструктивных и гибких форм обращения с собой и партнером, которые лишат диспареуническое поведение его функциональной ценно­сти. Эффективными путями терапевтической поддержки и восстановления контакта женщин, страдающих психосо­матической диспауренией со своим телом, трансформации болезненных телесных паттернов, знакомства с новыми способами эмоциональных проявлений являются телесно-ориентированная терапия и сексуальная терапия.

**F 52.7. Повышенное половое влечение**

Как мужчины, так и женщины иногда могут жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в юношеском и молодом возрасте. Ког­да повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30 - F39) или когда оно развивается в течение ранних стадий деменции (F00 - F03), необходимо кодировать основное заболевание.

*Следует отметить:*

*-* в случае, если повышенное сексуальное влечение раз­вивается у больного с умственной отсталостью, то основ­ным заболеванием следует считать умственную отсталость (F70.хх - F79.хх).

*Включаются:*

*-* нимфомания;

- сатириазис.

По мнению К. Имелинского (1986), определение нор­мальной степени выраженности сексуального влечения всегда условно. Если человек ведет интенсивную поло­вую жизнь, но при этом «успевает» проявлять высокую творческую, профессиональную, общественную или иную активность, он не может рассматриваться как человек с патологически усиленным либидо. Патологическая гипер-

172

сексуальность отличается не только количественным увели­чением половых контактов, но и качественным изменением поведения, когда удовлетворение высоких сексуальных по­требностей становится некой сверхценной идеей, целиком поглощающей индивида в ущерб другим сферам жизни.

Повышенное половое влечение проявляется в настоя­тельной потребности вступать в очень частые сексуальные контакты и всячески их разнообразить, а также в очень высо­ких физических возможностях в половой жизни либо соче­танием обоих этих качеств (К. Имелинский, 1986). Чрезмер­ная выраженность либидо обычно приводит к беспрерывной смене сексуальных партнеров, многократным в течение суток половым актам с ними, сексуальным оргиям, эксцессивной мастурбации.

У мужчин патологическое усиление либидо обознача­ется как сатириазис, у женщин - как нимфомания.

Считается, что в основе сатириазиса, кроме чрезмер­ной интенсивности полового влечения, может лежать так­же чувство собственной неполноценности, неуверенности в своих сексуальных возможностях. Такие мужчины нуж­даются в беспрерывном подтверждении своей сексуальной состоятельности. Этот мотив приписывают легендарному соблазнителю Дон Жуану, который постоянно вступал в половые связи с различными женщинами, чтобы убедиться, что его сексуальные возможности не изменились.

X. Эллис (1965) характеризует нимфоманию как по­стоянное стремление к сексуальным контактам, причиной которого являются навязчивости или «аутоагрессивные» тенденции. Это приводит к неконтролируемому поведе­нию, вследствие которого женщина легко вступает в поло­вые связи с любым человеком, независимо от его возраста, внешности и даже пола. Абсолютный промискуитет отли­чает женщину, страдающую нимфоманией, от женщины, проявляющей выраженную сексуальную активность, но с определенным отбором партнеров (своеобразный селек­тивный промискуитет). Сексуальное поведение, в осно­ве которого не лежат навязчивости, можно в значительно большей степени контролировать, что выражается в отборе партнеров (H. Ellis, E. Sagarin, 1965).

Повышенное половое влечение может быть симпто­мом в рамках психического расстройства или органи-

173

ческого заболевания, в частности, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, шизофрении, некото­рых расстройствах личности (при которых утрачивается эмоционально-волевой контроль, что проявляется повыше­нием интенсивности сексуальной жизни, распущенностью, цинизмом), а также при органических поражениях мозга, гормональных нарушениях, наркотических интоксикациях (кокаин, героин, мескалин) и отравлениях угарным газом (К. Имелинский, 1986).

По мнению И.Л. Ботневой, сексолог сталкивается с проблемой гиперсексуальности у женщины в трех основ­ных случаях:

1) при патологии глубинных структур мозга, в частно­сти гипоталамуса;

2) при эндогенных психических заболеваниях (шизо­френия, аффектив-ные психозы, иногда эпилепсия);

3) когда гиперсексуальности как таковой нет, а усиле­ние полового влечения, например в климактериче­ском периоде, воспринимается женщиной как нечто патологическое.

При синдроме гипоталамической гиперсексуальности наблюдается пароксизмальное повышение либидо. Перио­дически возникают приступы сильнейшего полового воз­буждения со специфическими ощущениями в области по­ловых органов, повышением чувствительности гениталий к тактильной стимуляции, могут отмечаться чувство жара, учащенные позывы к мочеиспусканию, боли внизу живо­та и в пояснице. Женщины с синдромом гипоталамической гиперсексуальности мультиоргастичны, причем повторные оргазмы легко возникают у них при любой форме стиму­ляции, эротических сновидениях и даже под воздействием неадекватных раздражителей (общая вибрация и т. п.). В бо­лее тяжелых случаях они испытывают затяжной, волнооб­разный оргазм, который может длиться до 1 часа и более, но не приносит удовлетворения. Сексуальное возбуждение у таких женщин часто возникает в виде кризов и сопровож­дается ухудшением общего самочувствия (побледнение или покраснение кожных покровов, головная боль, головокру­жение, повышение температуры тела). Нарушается сон, по­скольку они часто просыпаются от оргазмов с болью внизу живота. Повышенное половое влечение приводит к сексу-

174

альной расторможенности и многочисленным случайным связям. Многие женщины тяжело переживают невозмож­ность контролировать свое сексуальное поведение, что яв­ляется дополнительным источником психотравматизации, способствуя развитию депрессивной и астеноипохондрической симптоматики. В некоторых случаях женщины вся­чески избегают любых ситуаций, провоцирующих сексу­альные контакты, поскольку, несмотря на многократные оргазмы, коитус не приводит к сколько-нибудь длительной редукции полового возбуждения.

Синдром гипоталамической гиперсексуальности сле­дует относить к рубрике F07.8 «Другие органические рас­стройства личности и поведения вследствие заболевания, повреждения или дисфункции головного мозга».

Гипоталамическую гиперсексуальность необходимо отличать от нимфомании при психических заболеваниях. Например, при шизофрении половое возбуждение носит субъективный характер, проявляясь только на психическом уровне, и не сопровождается соответствующими измене­ниями в гениталиях. Оргазм затруднен или невозможен. Здесь как бы расщеплены биологический и психический компоненты либидо. Влечение носит компульсивный ха­рактер, оно толкает на беспорядочные половые связи, ко­торые не дают сексуальной разрядки. Женщины снова и снова меняют партнеров, надеясь наконец испытать удов­летворение, которое так и не наступает. У них обычно не бывает эротических сновидений, а попытки мастурбации также не приносят полной разрядки. Поскольку нимфома­ния при шизофрении носит вторичный характер по отно­шению к основному заболеванию, в диагнозе используются рубрики F20 или F25.

Обследование. Включает стандартное сексологиче­ское обследование. Особое внимание следует обратить на клинико-психопатологическое исследование, гинекологи­ческий статус. При подозрении на синдром гипоталамиче­ской гиперсексуальности - консультации невролога, эндо­кринолога, определение уровня гонадотропинов и половых гормонов в сыворотке крови; ЭЭГ-исследование.

Лечение направлено на улучшение общего состояния и снижение до приемлемого уровня патологически повы­шенного влечения.

175

Фармакотерапия: психотропные препараты (преиму­щественно нейролептики), антиандрогены. Психотерапия направлена на коррекцию самооценки, выработку более адекватного отношения к своему состоянию, формирова­ние лечебной перспективы.

**F52 8. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью.**

Включены половые расстройства, которые не могут быть классифицированы ни в одной из предыдущих ка­тегорий сексуальных дисфункций и не относятся к рас­стройствам половой идентификации (F64), расстройствам сексуального предпочтения (F65) и психологическим и по­веденческим расстройствам, связанным с сексуальным раз­витием и ориентацией по полу (F66).

Так, к рубрике F52.8 относят посткоитальную дисфо­рию. Это состояние может возникать в фазе разрешения, когда в норме субъект испытывает чувство блаженства, сопровождающееся мышечным и психическим рассла­блением. Посткоитальная дисфория проявляется тем, что после успешного во всех других аспектах коитуса у не­которых лиц возникает депрессия, напряжение, тревога, раздражительность и даже психомоторная ажитация. Им часто хочется освободиться от партнера, и они становят­ся грубыми, а порой агрессивными. Распространенность этого расстройства неизвестна, но оно чаще встречается у мужчин. Предполагается, что причины посткоиталь-ной дисфории связаны с отношением субъекта к сексу в целом и к партнеру в частности. Расстройство иногда на­блюдается при нарушении супружеской верности или при половых контактах с проститутками (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1994).

Сюда же включают посткоитальные головные боли, компульсивную мастурбацию и т. п. Посткоитальные го­ловные боли характеризуются цефалгией, которая воз­никает сразу же после коитуса и может продолжаться несколько часов. Ее описывают как пульсирующую по характеру с локализацией в затылочной или лобной об-

176

ласти. Причины посткоитальной головной боли неизве­стны. По всей видимости, она этиологически связана с изменениями тонуса краниальных сосудов, мышечным сокращением (напряжением) или с психогенными момен­тами (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1994).

Обследование. У лиц обоего пола включает стандарт­ное сексологическое обследование. Дополнительно про­водится экспериментально-психоло-гическое обследование.

Лечение имеет задачу ослабить или полностью устранить симптомы сексуальной дисфункции и повысить удовлетворенность половой жизнью. Фармакотерапия проводится с учетом характера сексуальных нарушений и выраженности психопатологической симптоматики. Пси­хотерапия направлена на коррекцию основных психологи­ческих механизмов, участвующих в формировании половых дисфункций, а также их отдельных проявлений.

**F52.9. Сексуальная дисфункция,**

**не обусловленная органическими нарушениями или болезнью**

К данному таксону относятся сексуальные расстрой­ства неуточненного характера предположительно психо­генного генеза.

**2.9. Зависимость от алкоголя (F10…)**

**и сексуальные дисфункции**

Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) - хроническое прогрессирующее заболевание, на развитие и клинические проявления которого влияют генетические, психосоциальные факторы и условия окружающей среды. Алкоголизм проявляется утратой самоконтроля, неудер­жимой тягой к спиртному, продолжением злоупотребления алкоголем, несмотря на неблагоприятные последствия для здоровья, социального статуса, семейных и супружеских отношений, а также когнитивными нарушениями (от отри-

177

цания очевидного пристрастия к спиртному вплоть до раз­вития грубых интеллектуально-мнестических расстройств и деградации личности).

Для синдрома зависимости от алкоголя характерно на­личие 3-х и более из числа следующих признаков: а) сильная потребность или необходимость в принятии алкоголя; б) на­рушение способности контролировать прием алкоголя (на­чало употребления, его окончание и количество выпиваемого спиртного); в) состояние отмены (алкогольной абстиненции), которое характеризуется комплексом с о мат о-вегетативных и психических нарушений, для облегчения или предупрежде­ния которых субъект прибегает к очередному приему алко­голя; г) развитие толерантности, которая проявляется увели­чением количества употребляемого алкоголя, необходимого для достижения состояния опьянения, ранее вызываемого более низкими дозами; д) прогрессирующее забвение преж­них интересов в пользу употребления алкоголя, а также уве­личение времени, затрачиваемого на приобретение и прием спиртного, или восстановление после окончания его дейст­вия; е) продолжение употребления алкоголя несмотря на очевидные вредные последствия (поражения печени, депрес­сивные состояния, снижение когнитивных функций и т. п.).

Зависимость от алкоголя чаще всего встречается у мужчин, рано начавших пить, с быстрым развитием толе­рантности, физической зависимости с формированием со­стояний отмены, демонстрирующих антисоциальное пове­дение уже в детстве и юности.

Злоупотребление алкоголем представляет собой чрез­вычайно серьезную медико-социальную проблему. Вероят­ность развития злоупотребления алкоголем в течение жизни достигает 10 - 15 %. Число лиц, страдающих алкоголизмом, составляет в ФРГ около 2 млн человек, в США - свыше 10,5 млн мужчин и женщин, а 7,2 млн американцев систе­матически злоупотребляют алкоголем, еще не проявляя признаков зависимости. В 2005 году в наркологических уч­реждениях Беларуси состояло на учете свыше 167 тыс. лиц с алкогольной зависимостью.

От 20 до 40 % всего коечного фонда в больницах стран Европы занято больными алкоголизмом и лицами, состоя­ние которых утяжелилось вследствие злоупотребления спиртными напитками. Средняя продолжительность жиз-

178

ни больных алкоголизмом сокращается примерно на 10 лет. Наличие в семье психосоматических расстройств, невротизация непьющего супруга с большой частотой встречаются в семьях алкоголиков. У женщин с алкогольной зависимо­стью, продолжающих употребление спиртных напитков во время беременности, наблюдается алкогольный синдром плода. Дети рождаются с грубыми морфологическими на­рушениями: неправильные размеры головы и соотношения головы, тела, конечностей, лицевой и мозговой частей че­репа; шарообразные или глубоко посаженные глаза, широ­кая переносица, утопленное основание носа, недоразвитие челюстных костей и т. д.

Дети злоупотребляющих алкоголем родителей часто страдают врожденной малой мозговой недостаточностью (избыточная подвижность, отсутствие сосредоточенности, стремление к разрушению, агрессивность), у них замедля­ется или оказывается неудовлетворительным моторное, психическое развитие, овладение практическими навыка­ми. Во всех случаях при пьянстве родителей дети растут в психотравмирующей обстановке, обнаруживая признаки невротизации (логоневроз, энурез, ночные страхи), рас­стройства поведения (упрямство, агрессивность, побеги из дома) и эмоций (тревога, депрессия, суицидальные попыт­ки); психическое развитие их нарушено, возникают труд­ности в обучении и контактах со сверстниками.

Частота половых расстройств у лиц, длительно стра­дающих алкогольной зависимостью, по различным данным может достигать 55 - 83 %. Среди нарушений половой сфе­ры у мужчин преобладают расстройства эрекции, ускорен­ная эякуляция, реже - снижение либидо и остроты орга­стических ощущений. Сексуальные дисфункции у больных алкоголизмом могут развиваться в результате целого ряда причин: расстройств нейроэндокринной регуляции поло­вой сферы, поражений иннерваторных структур полово­го члена при алкогольных нейропатиях, гиперэстрогении при алкогольных гепатитах и циррозе печени (происходит усиленная биотрансформация андрогенов в эстрогены), ухудшения взаимоотношений с партнершей, обусловлен­ных деградацией личности, и т. д. При любом клиническом варианте сексуальные расстройства у мужчин, страдаю­щих алкоголизмом, являются результатом сложного взаи-

179

модействия конституциональных и личностных факторов, особенностей партнерских отношений, сопутствующих за­болеваний, негативно влияющих на половую сферу, а также интенсивности и длительности алкогольной интоксикации.

Половые нарушения у больных алкоголизмом женщин в одних случаях являются следствием алкогольной инток­сикации и проявляются сексуальной гипо- или гиперфунк­цией, в других - возникают в результате недостаточной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни и нарастающей социально-психологической дезадаптации.

У большинства женщин на начальном этапе формиро­вания алкогольной зависимости сексуальная функция не претерпевает существенных изменений. В ряде случаев усу­губляются уже имеющиеся у них нарушения половой сфе­ры (гиполибидемия, гипооргазмия). Может наблюдаться сексуальная гиперфункция, которая проявляется повыше­нием полового влечения и чувствительности эрогенных зон, а также мультиоргастичностью (см. оргазм). Основные ме­ханизмы развития подобной гиперсексуальности - пора­жение гипоталамической области в результате хронической алкогольной интоксикации и морально-этическое сниже­ние личности, сопровождающееся сексуальной расторможенностью. Снижение сексуальной функции у женщин на поздних стадиях алкоголизма происходит вследствие на­рушений нейроэндокринной и психической ее регуляции и зависит как от длительности и тяжести течения алкого­лизма, так и от типа их половой конституции. Нарушения половой функции у женщин развиваются параллельно раз­витию алкоголизма и чаще всего проявляются алибидемией и/или аноргазмией.

По данным Е. В. Кришталя, у мужей больных алкого­лизмом женщин *в* силу парного характера сексуальной функции нередко отмечаются сексуальные расстройства, проявляющиеся в снижении либидо, ухудшении качества эрекций, преждевременном семяизвержении, психологи­ческой и сексуальной аверсии, а в 22 % случаев имеет место полный отказ от половой жизни с супругой, которая пере­стает вызывать какие-либо сексуальные желания, либо у мужчины возникает непреодолимое отвращение к интим­ным контактам с ней. Впрочем, алкоголизм у мужа (даже при отсутствии выраженных нарушений потенции) также

180

весьма отрицательно влияет на качество половой жизни в браке, поскольку большинство женщин весьма негативно относится к сексуальной близости с пьяным супругом.

Необходимо отметить, что сексуальная дисфункция у одного из партнеров, его систематическое неправильное поведение в ходе интимной близости приводят к частым сексуальным фрустрациям и нарастанию эмоционально­го и физического дискомфорта у другого партнера, ко­торый последний может снимать, регулярно употребляя спиртное. Некоторые мужчины систематически прибега­ют к приему алкоголя перед близостью, используя его для удлинения полового акта. В отдельных случаях алкоголь выступает как средство, стимулирующее половую актив­ность (обычно у тревожных, неуверенных в себе лиц). Подобная практика нередко перерастает в злоупотребле­ние спиртными напитками и может привести к развитию алкогольной зависимости. Возникновение либо усугубле­ние расстройств половой сферы у больных алкоголизмом требует сочетанного лечения как алкогольной зависимости, так и сопутствующих сексуальных дисфункций.

181

**Глава 3. Нарушения**

**психосексуального развития**

В данной главе рассмотрены особенности психосексу­ального развития человека в норме и его различные откло­нения, в том числе и не относящиеся к патологии (задержки психосексуального развития, ускоренное психосексуаль­ное развитие, трансформация половой роли, сексуальные девиации, гомосексуализм).

В разделе F6 «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» МКБ-10 представлены три сексологиче­ские рубрики:

- F64. Расстройства половой идентификации.

- F65. Расстройства сексуального предпочтения.

- F66. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией по полу.

Приведены клинические описания рассматриваемых в рубриках F64-F66 состояний, критерии их диагностики и терапевтические подходы.

**3.1. Психосексуальное развитие человека**

Психосексуальное развитие - один из аспектов ин­дивидуального психического развития, в процессе кото­рого формируются половое самосознание, половая роль и психосексуальная ориентация человека. Начинается с первых месяцев жизни и полностью завершается к 20-25 годам вступлением индивида в период зрелой сексуаль­ности (началом регулярной половой жизни с постоянным партнером).

Фактически уже в пренатальном периоде (с момен­та зачатия до рождения) происходит развитие и половая

182

дифференцировка гонад, гениталий, а также структур мозга, ответственных за половое поведение, агрессив­ность, материнский инстинкт, и т. д. Нарушения половой дифференцировки структур мозга могут происходить, если в критический период беременности (7 - 32 недели внутриутробной жизни) на плод действуют различные Егатогенные факторы (стрессы у беременной, нарушение маточно-плацентарного кровообращения, прием женщи­ной таких лекарственных препаратов, как глюкокортикоиды, анаболические стероиды, прогестины, резерпин и др.). Еще в конце 60-х годов прошлого века было уста­новлено, что девочки, родившиеся у матерей, которые для предотвращения выкидыша получали прогестин, отли­чались высоким интеллектом, по физическому развитию походили на мальчиков, играли в войну, дрались, прояв­ляли независимость и самоуверенность. Вырастая, такие девочки часто становится руководящими работниками, у них слабо выражен материнский инстинкт, они проявля­ют агрессивность, бескомпромиссность и неуживчивость в семье. Известно также, что мальчики, родившиеся в блокадном Ленинграде, напротив, отличались мягкостью, покладистостью, домовитостью, любили играть в куклы, что связывают с феминизирующим влиянием стрессов на мужской плод. Таким образом, профилактика нарушений психосексуального развития должна начинаться еще до рождения ребенка, поэтому для беременной матери необ­ходимо создание условий, исключающих вредные воздей­ствия на плод.

Российские сексологи Г.С. Васильченко, В.М. Маслов и И.Л. Ботнева (1983, 1990) выделяют три этапа психосексуального развития (см. табл. 3.1). Первому и второму этапам и стадиям третьего этапа свойственна определенная фазность, которая является одной из за­кономерностей психосексуального развития. В первой фазе (выработка установки) накапливается и перераба­тывается информация: на I и II этапах - о существова­нии полов, о половой роли, на III этапе - об особен­ностях полового поведения, его внешних проявлениях и сущности. Первую фазу можно считать завершенной только при наличии внутренней готовности к реализа­ции сформированных тенденций. Во второй фазе (на-

183

учение и закрепление установки в игровых ситуациях, т. е. «на практике», происходит научение определению половой принадлежности (I этап) и полоролевому пове­дению (II этап), а на III этапе - реализации полового влечения. В процессе научения апробируются и закреп­ляются выработанные в первой фазе установки. Соци­альная изоляция, в первую очередь лишение общения со сверстниками, ведет к искажению сексуального поведе­ния, нарушениям реализации влечения не только у чело­века, но и у животных.

*Таблица 3.1*

Психосексуальное развитие человека

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возрастные  периоды | Этапы психосексуального развития | Фазы и их основные проявления |
| С первых месяцев жизни до 2-4 лет (максимум 5 лет) | I этап. Формирование полового самосозна­ния | 1-я фаза (выра­ботка установки): осознание собственной половой принадлежности и пола других людей  2-я фаза (научение и закрепление установки): любопытство, направленное на половые признаки, в том числе изучение половых органов |
| От 2- 5 лет  до 7- 10 лет | II этап. Формирова­ние половой роли в  соответствии со своим полом | 1-я фаза: выработка полоролевых установок  2-я фаза: научение полоролевому поведению  в играх |

184

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| От 7-10 лет до 18-20 лет (максимум 25 лет) | III этап. Формирова­ние психосексуальных ориентации, обуславливающих выбор объекта полового влечения и форм его реализации: |  |
| чаще 7-10 лет | 1-я стадия - формирование платониче­ского либидо | 1-я фаза: обожа­ние, платонические мечты, фантазии  2-я фаза: ухажи­вания, платониче­ское общение |
| чаще 11-15 лет | 2-я стадия - формирование эротического либидо | 1-я фаза: эротиче­ские фантазии  2-я фаза: эротиче­ские ласки и игры |
| чаще 16-20 лет | 3-я стадия — форми­рование сексуального либидо | 1-я фаза: сексуаль­ные фантазии  2-я фаза: начало половой жизни, сочетание сексуальных эксцес­сов с периодами воздержания и мастурбации |

***I этап. Формирование полового самосознания***, т. е. осознание собственной принадлежности к тому или иному полу (1 - 4 года) происходит под влиянием микросоциаль­ной среды, но в значительной мере определяется половой дифференцировкой мозга во внутриутробном периоде. На этом этапе формируются сознание половой принадлежно­сти себя и других людей, уверенность в ее необратимости, после чего любые попытки изменить половое самосознание оказываются безуспешными.

С первых месяцев жизни ребенок постоянно полу­чает подтверждения от родителей, кто он - мальчик или

185

девочка. Половые различия в игровом поведении детей об­наруживаются примерно с 12-13 месяцев. Девочки чаще просятся на руки к матери, прикасаются к ней, склонны к пассивным играм на одном месте. Мальчики - более актив­ны, непоседливы, избегают длительных родительских ласк. Дети видят членов семьи и одетыми и неодетыми, поэтому к 1-1,5 годам они уже знают (хотя и неосознанно): так вы­глядит мама, так папа, а так - брат или сестра. В этом же возрасте дети начинают обнажаться и демонстрировать себя окружающим, осматривают и ощупывают свое тело, нередко играют с гениталиями, что обусловлено любозна­тельностью, а не сексуальностью. Именно так они пости­гают половые различия людей. Если ребенок в возрасте 1 - 4 лет не имел возможности хорошо рассмотреть отличия в строении тела мужчины и женщины, в дальнейшем он по­старается восполнить этот пробел, причем чем позже это произойдет (например, в пубертате), тем выше вероятность возникновения отклонений в половом поведении. В норме о завершении этого этапа свидетельствует тот факт, что при определении ребенком пола окружающих он в равной мере учитывает все признаки половой принадлежности (внешний вид, одежда, строение тела и половых органов) и осознание, что он навсегда мальчик или девочка, а когда вырастет, будет мужчиной или женщиной. Возникает по­ловая идентичность - чувство собственного постоянства, тождественности самому себе душевно и телесно.

Первый этап психосексуального развития имеет и дру­гие важные особенности. В первые 2 - 3 года жизни у детей формируется речь, происходит становление самосознания (выделение себя из окружающего мира). Микросоциальная среда в этот период ограничивается близкими родственни­ками, среди которых особую роль играет мать, и небольшим кругом сверстников. Тесный эмоциональный и тактильный контакт с матерью крайне необходим ребенку с первых ме­сяцев жизни примерно до 3 лет, поскольку он способству­ет дозреванию глубоких структур мозга, ответственных за половое поведение человека и закладке эрогенных зон, что в дальнейшем имеет значение для становления сексуально­сти (особенно у женщин). Особая роль здесь принадлежит грудному вскармливанию, которое обеспечивает наиболее тесный телесный контакт между матерью и ребенком. Об-

186

щение с матерью, развитие привязанности к ней дает ребенку ощущение безопасности и закладывает основы адек­ватных, доброжелательных отношений с окружающими. В этом возрасте лишение матери приводит к реагированию на незнакомых людей страхом и агрессией, а затем к фор­мальным отношениям с товарищами, неразборчивости в вы­боре друзей, чрезмерной жестокости. Став взрослыми, эти лица часто не способны испытывать привязанность к другим людям, в том числе к своему половому партнеру. Следует от­метить, что отсутствие материнского ухода, при всех своих проблемах и трудностях, не является фатальным для нор­мального развития ребенка. Многие специалисты считают, что дети со здоровой «почвой» (без органической патологии головного мозга), воспитанные приемными родителями или даже в детском доме, но получившие достаточно ласки и вни­мания, могут вырасти вполне гармоничными личностями.

Отметим, что, согласно взглядам Пиаже, дети снача­ла усваивают стандарты социального поведения, благодаря познанию и исполнению определенных правил, и лишь по­сле этого совершают переход от выученной роли к осозна­нию своей половой принадлежности. Известно, что дети уже в 1 - 1,5 года начинают подражать родителю одного с ними пола и в играх демонстрируют соответствующее по­ведение (мальчики пытаются завинчивать шурупы отверт­кой, стучать молотком; девочки - пользоваться губной помадой, пудрой, надевать на голову платок и т. п.). По мнению И.Д. Исаева и Д.Н. Кагана (1986), ребенок внача­ле переживает себя как представителя пола - эта первич­ная идентичность связана с половой дифференциацией во внутриутробном периоде и стилем общения с ребенком в младенчестве. Затем уже в соответствии с первичной иден­тичностью он отождествляет себя с родителем своего пола и имитирует соответствующее поведение. Только после этого у ребенка окончательно формируется половая иден­тичность. В дальнейшем развитии половая роль и половая идентичность функционируют в системе обратных связей, подкрепляя друг друга.

***II этап. Формирование стереотипа полоролевого поведения****.* На этом этапе (обычно до 9 лет) происходит выбор половой роли, наиболее соответствующей психофи­зиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулин-

187

ности или фемининности, принятым в той микросоциаль­ной среде, в которой он воспитывается.

Второй этап характеризуется интенсивной социализа­цией ребенка. В этот период происходит обучение общению со сверстниками, совершенствуются и дифференцируются эмоциональные реакции, формируется характер. Этому возрасту свойственны недостаточное развитие воли и им­пульсивность поведения, любознательность, доверчивость, подражательность. Развиваются элементы абстрактно-логического мышления. Приобретение личной независимо­сти не означает потери контакта с родителями. Наоборот, родители и их взаимоотношения становятся объектом по­вышенного внимания и подражания. Они воспринимаются ребенком как модель мужественности и женственности, как образец взаимоотношения полов. Правильное полоролевое поведение родителей во многом определяет форми­рование адекватной половой роли у ребенка. В общении со сверстниками, в первую очередь в полоролевых «семейных» играх, требующих выполнения определенной роли - жени­ха, невесты, отца, матери, ребенка и т. д., апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая раз­личные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуальных. Такого рода «семейные» игры в зависимости от информированности детей охватывают широкий диа­пазон полоролевого поведения взрослых: от подражания поведению родителей (чтение отцом газеты в кресле перед телевизором, ведение матерью домашнего хозяйства) до имитации полового акта. С поступлением в школу появля­ются новые образцы для подражания, возрастает роль об­щения со сверстниками. На этом этапе типично разделение коллектива школьников по половому признаку. Во многом благодаря этому возрастают требования к проявлениям мужественности или женственности, окончательно фикси­руя выбранную половую роль.

***III этап. Формирование психосексуальных ориен­тации***. Начинается в 7 - 10 лет, завершаясь к 20-25 годам, вступлением в период зрелой сексуаль-ности, для которого характерна регулярная половая жизнь с постоянным парт­нером или супругом.

Если первые два этапа психосексуального развития протекают на относительно «спокойном» гормональном

188

фоне, то на третьем этапе постепенно начинается и дости­гает максимума функционирование эндокринной системы, и в частности половых желез. Формируются личность, со­циальное сознание, адекватная оценка своих способно­стей. Происходит эмансипация от семьи, вырабатывается собственное мировоззрение, развиваются высшие эмоции. При отсутствии взаимопонимания в семье подросток толь­ко в неформальной группе сверстников может получить интересующую его информацию, обсудить волнующие его вопросы. Увеличение роли стихийных средовых факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благо­датную почву для различного рода нарушений становления сексуальности, чему также способствует отсутствие адек­ватного полового воспитания.

Специфика этапа - формирование психосексуальных ориентации, которые обусловливают в последующем вы­бор объекта влечения с его индивидуальными особенностя­ми (половая принадлежность, внешний вид, телосложение, поведение и т. д.), необходимость для реализации влечения определенной ситуации и ряда последовательных дейст­вий, иногда составляющих целый ритуал.

Третий этап можно условно разделить на три стадии соответственно формированию платонического, эротиче­ского и сексуального либидо. На каждой из них четко про­слеживаются две фазы. Так, платоническое либидо про­ходит первую фазу - «детской» влюбленности, желания духовного общения - и вторую фазу, когда происходит их реализация в ходе совместного приготовления уроков, учебы за одной партой, демонстрации знаков внимания к объекту платонического увлечения. При всей своей внеш­ней эфемерности вторая фаза очень значима, поскольку в ходе ее прохождения формируется умение обращать на себя внимание понравившихся сверстников, знакомить­ся и общаться с ними. Если на этой фазе формирования либидо не происходит его реализации, то романтическая любовь остается не только безответной, но и незамечен­ной, а трудности, сомнения и неуверенность в себе пере­несутся на более поздние стадии формирования либидо, создавая серьезные проблемы при попытках сближения с потенциальным партнером. При гармоничном разви­тии в платоническую влюбленность включаются сначала

189

отдельные элементы эротического фантазирования (же­лание остаться наедине, стремление к прикосновениям и ласкам), которые постепенно нарастают, расширяется их диапазон, и они занимают все большую часть свободно­го времени подростка. При переходе от платонической стадии либидо к эротической подростки начинают про­являть возрастающий интерес к интимной стороне взаи­моотношений полов, эротической литературе и фильмам, содержащим сцены свиданий, объяснений в любви. Но даже при самых ярких эротических фантазиях переход ко второй фазе этой стадии можно считать состоявшимся только после их практического воплощения в интимных ласках с партнером. На эротической стадии реализация влечения чаще бывает без оргазма на уровне фрустраций сексуальных, что побуждает к расширению круга сексу­альных действий и форсирует переход к последней ста­дии. Могут также практиковаться формы эротической реализации, подкрепляемые оргазмом: петтинг и мастур­бация. Однако пока нет реализации сексуального либидо в половом акте (2-я фаза), существует возможность для различных отклонений от нормального психосексуально­го развития, которые в дальнейшем могут затруднять про­ведение гетеросексуального коитуса. Поэтому, чем мень­ше временной разрыв между началом фантазирования и реализацией, тем гармоничнее стадия формирования того или иного компонента влечения; напротив, чем дольше от­кладывается реализация фантазий и мечтаний, тем более вычурными и труднее выполнимыми они становятся, все больше отрываясь от нормативных половых контактов. В результате повышенной склонности к фантазированию и задержек реализации либидо, обусловленных социаль­ными факторами, женщины более подвержены отклоне­ниям в психосексуальном развитии.

Этапу формирования психосексуальных ориентации в норме свойственны, воспринимаемые взрослыми как ве­треность и легкомыслие, смена влюбленностей и идеалов, порой наличие сразу нескольких увлечений. Однако это ни что иное, как нормальные проявления отбора методом проб и ошибок тех признаков, особенностей и нюансов платонических увлечений, эротических предпочтений и сексуальных ориентации, которые в последующем будут

190

включать механизм «неподвластного разуму» полового влечения. Многообразие такого рода признаков в перио­де становления сексуальности в последующем облегчает выбор супруга и достижение с ним гармоничных интим­ных отношений. Напротив, «любовь с первого класса» либо длящаяся годами безответная любовь чаще являет­ся показателем трудностей сексуальной адаптации, что проявляется очень узким, ограниченным индивидуальным выбором, затрудняющим формирование зрелой сексуаль­ности.

Для всех этапов психосексуального развития, а так­же для каждой стадии III этапа существуют общие зако­номерности. Первая из них - фазность, рассмотренная выше. Вторая закономерность - изменение соотношения роли биологического и социального в становлении челове­ческой сексуальности. В процессе психосексуального раз­вития биологическая детерминированность этапа полового самосознания относительно ослабевает при формировании полоролевых установок, когда возрастает относительное значение социальных факторов, и еще более маскируется на этапе становления психосексуальных ориентации, когда гормональный фон определяет лишь интенсивность прояв­лений сексуальности.

Преемственность и взаимосвязь этапов (стадий), а также их нарушений представляет собой третью законо­мерность психосексуального развития. На каждом этапе (стадии) становления сексуальности имеются определен­ные задатки следующего за ним этапа, поэтому выпадение по тем или иным причинам любого из них искажает тече­ние последующих и в итоге становление всей сексуально­сти.

Разделение психосексуального развития на этапы но­сит несколько условный характер, так как половое само­сознание, половая роль и психосексуальные ориентации тесно взаимосвязаны и представляют собой подвижные структуры, которые могут меняться не только в процес­се их формирования, но и в течение всей жизни человека. Однако основы всех компонентов сексуальности заклады­ваются при их становлении. Эти процессы и их последова­тельность достаточно полно отражены в представленной концепции.

191

**3.2. Нарушения темпов**

**и сроков психосексуального развития**

**Ретардации психосексуального развития** проявляются отставанием сроков становления сексуальности от возрас­та субъекта. Выделяют три варианта ретардации психосек­суального развития.

***Соматогенные задержки***имеют биологическую осно­ву и связаны с отставанием в половом развитии. Грубые расстройства эндокринной системы могут привести даже к асексуальности, то есть полному выпадению сексуального компонента а психическом развитии личности.

***Психогенные задержки*** вызваны различными наруше­ниями в становлении психики, включая общее отставание психического развития. Наиболее часто они обусловле­ны психопатическими аномалиями характера (шизоидное, тревожное, ананкастное расстройства личности и т. д.). Их тормозящее влияние заметно уже на этапе формирования полоролевого поведения, а максимально проявляется при становлении психосексуальных ориентации. Так, робость, застенчивость, нерешительность, впечатлительность, сла­бость побуждений, свойственные лицам с тревожным (уклоняющимся) или шизоидным расстройствами лично­сти, затрудняют контакты с окружающими (в том числе и сексуальные), а крайняя изменчивость эмоций, способность к яркому фантазированию, недостаток волевых качеств в сочетании с трудностями общения способствуют форми­рованию и закреплению заместительных форм половой активности (например, стойкой регулярной мастурбацией в сочетании с сексуальными фантазиями и просмотром со­ответствующей видеопродукции).

***Социогенные ретардации*** психосексуального разви­тия чаще всего наблюдаются при гармоничном психофи­зическом развитии личности, но неправильном половом воспитании. Привитие ребенку мысли, что все, связанное с полом, - постыдное и грязное, ограничения в общении со сверстниками, негативная реакция на любые проявле­ния сексуальности ребенка, воспитание у него отношения к «телесному низу» как к чему-то порочному, непристой-

192

ному нередко задерживают психосексуальное развитие, формируя у субъекта устойчивые представления о непри­личном характере не только половых контактов, но даже мыслей на «постыдную» тему.

Ретардации являются одним из вариантов несвоевре­менного становления сексуальности, то есть асинхроний психосексуального развития, отражающих дисгармонич­ность полового созревания. Указанные варианты сексуаль­ных ретардаций относят к простым асинхрониям, которые редко встречаются изолированно. Чаще наблюдаются сочетанные асинхроний, обусловленные воздействием сразу нескольких негативных факторов. Один из наиболее рас­пространенных вариантов сложных асинхроний психо­сексуального развития - совмещение нормального сома­тического полового созревания с задержкой становления сексуальности.

В детстве задержки психосексуального развития не привлекают особого внимания родителей или педагогов и воспринимаются как показатели благополучного воспи­тания. Такие дети не проявляют полового любопытства, а полоролевые игры сведены у них к минимуму или вообще отсутствуют. При этом у них происходит правильное ста­новление полового самосознания и формируется адекват­ная половая роль. Ретардации становятся более заметными в подростковом возрасте, когда затрудняется формирова­ние сексуальной ориентации. В дальнейшем половое влече­ние как у мужчин, так и у женщин не достигает зрелости, оставаясь на стадиях платонического или эротического ли­бидо. В ряде случаев полоролевые игры «в семью», «дочки-матери», типичные для детей 5 - 7 лет, из-за трудностей общения со сверстниками переносятся на школьные годы. «Недоигравшие» в свое время дети группами и поодиноч­ке продолжают увлеченно играть в куклы, порой даже в старших классах. Вместе с тем эти игры уже качественно отличаются от полоролевых игр дошкольников, поскольку осведомленность в вопросах пола к этому возрасту выше, а гормональный уровень существенно изменяется. Эти игры как бы заполняют «брешь» в становлении сексуаль­ности, формируя ролевые установки. Однако совпадение игр с гормональной активностью может привести к фор­мированию суррогатных форм реализации либидо и иска-

7 Медицинская сексология

192

жению направленности полового влечения. Наибольший процент сексуальных ретардаций приходится на этап фор­мирования психосексуальных ориентации. Так, задержки преимущественно на эротической стадии становятся од­ним из важнейших механизмов возникновения сексуаль­ных девиаций. Неправильное половое воспитание и другие отрицательные влияния микросоциальной среды приводят не только к социогенным ретардациям, но и к нарушениям формирования психики ребенка и подростка в целом.

Обычно женщины значительно больше, чем мужчины, страдают от чрезмерной «бдительности» воспитателей на всех этапах становления сексуальности. У мужчин же, ис­пытывающих серьезные проблемы уже при первых сексу­альных контактах, нередко можно выявить своеобразный психологический барьер, затрудняющий интимные отноше­ния с противоположным полом. Как правило, это результат неразвитости платонической и эротической коммуникаций. Отсутствие практических навыков, которые они не смогли получить в процессе становлении сексуальности, значитель­но затрудняет общение с партнершей еще на платоническом уровне, а гармоничный переход к эротической близости с последующим сексуальным контактом практически невоз­можен. В результате без истинного сексуального влече­ния, не умея заранее программировать, а по ходу общения с партнершей корректировать свое поведение, они идут на половую близость, заведомо обреченную на неудачу. Все их попытки, минуя платоническое общение и эротический контакт с партнершей, сразу «перескочить» к сексуальным отношениям принимают утрированный, подчас нелепый ха­рактер, отталкивая большинство женщин. В редких случаях с помощью благожелательной партнерши удается преодо­леть все трудности подготовительного периода, но сам поло­вой акт нередко заканчивается неудачей, усиливая у мужчин чувство сексуальной неполноценности. Особенно наглядно выраженные задержки психосексуального развития прояв­ляются у мужчин отсутствием эякуляции и оргазма, несмот­ря на значительную длительность половых актов.

Коррегирующее лечение ретардаций психосексуально­го развития предусматривает проведение реконструктив­ной психотерапии, которая включает ряд последовательных мероприятий по формированию у пациентов адекватных

194

представлений об интимных отношениях и выборе потенциального сексуального партнера, выработки оптимальной модели поведения на всех этапах сближения (от первого знакомства и платонического ухаживания до эротических ласк и полового акта). Адаптивная поведенческая роль за­крепляется вначале в воображении (на фоне мышечной ре­лаксации или в гипнотическом состоянии), а затем последо­вательно реализуется в реальных партнерских отношениях.

**Преждевременное психосексуальное развитие** - ран­нее становление сексуальности, опережающее средние воз­растные нормы и половое созревание. К его причинам отно­сят врожденное или раннее поражение глубоких структур мозга, проявляющееся снижением порогов оргастического рефлекса, которое способствует быстрому закреплению патогенных влияний социальных факторов (растление и совращение ребенка подростками или взрослыми). Играют роль психические расстройства (шизофрения, начавшаяся в раннем возрасте, расстройства поведения, олигофрения), которые затрудняют коммуникации со сверстниками, спо­собствуя ранней фиксации интереса детей на сексуальной сфере. Реализация различных, часто девиантных форм половой активности в возрасте до 10 лет приводит к их прочной фиксации с формированием выходящего за рам­ки нормы сексуального стереотипа, который в дальнейшем практически не поддается терапевтической коррекции.

Во всех случаях преждевременного психосексуаль­ного развития требуется постоянное индивидуальное на­блюдение за ребенком взрослыми. Семейная психотерапия направлена на выработку у родителей адекватного отноше­ния к ребенку и поведения с ним, обеспечение деликатного, но эффективного контроля его контактов со сверстниками. При психических расстройствах и неврологических нару­шениях проводится их лечение.

**3.3. Нарушение стереотипа полоролевого поведения**

**Трансформация полоролевого поведения** - формиро­вание полового поведения, свойственного другому полу, при правильном половом самосознании (В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С, Васильченко, 1983, 1990). Половая роль

195

(син. тендерная роль) - модель социального поведения, специфический набор нормативных требований и ожи­даний, предъявляемых обществом к лицам мужского или женского пода. Легкие нарушения половой дифференцировки структур мозга в процессе внутриутробного разви­тия являются фоном для основного фактора патогенеза полоролевых нарушений - микросоциальных влияний в раннем детском возрасте. К ним относятся: попытки ро­дителей воспитывать ребенка в «другом поле»; нарушения половых ролей в семье (маскулинное поведение у матери и фемининное у отца); неполные семьи, в которых мать вос­питывает сына «по своему образу и подобию»; изоляция девочек от матери или недостаточная материнская Любовь и отсутствие ласки в детстве.

Полоролевые нарушения проявляются уже с 3 - 6 лет: девочки играют в войну, машинки и самолетики, дерутся, охотно надевают мальчишескую одежду, а мальчики рас­тут мягкими, ласковыми, послушными, избегают конфлик­тов, любят помогать дома по хозяйству, опекают малышей, с удовольствием занимаются музыкой, танцами.

Взрослым женщинам с трансформацией половой роли свойственны негативное отношение к представительницам своего пола, строгая одежда, безразличие к украшениям и косметике, короткая стрижка, выбор мужских профессий, товарищеское отношение к мужчинам, стремление к лидер­ству и социальному продвижению. Характерно запаздыва­ние интереса к половой жизни (причем влюбленность чаще носит платонический характер), а попытки партнера пере­йти к интимным ласкам воспринимаются ими как оскор­бление. Сексуальная адаптация таких женщин протекает легче со старшими по возрасту и положению мужчинами. Реже у них наблюдается раннее начало половой жизни с беспорядочными связями, которые долго не приносят сексуального удовлетворения. Женщины с трансформа­цией полоролевого поведения обнаруживают легкие сади­стические наклонности, которые обычно реализуются ими через моральное унижение партнера.

Феминизированные мужчины достаточно хорошо соци­ально адаптируются. В силу своей мягкости, конформности, домовитости они находят себя в кулинарном искусстве, мо­делировании и пошиве одежды и т. п. В браке - избавляют

196

жену от домашних забот. Однако их пассивность в половой близости может приводить к супружеским конфликтам и даже разрыву отношений.

Мужчины и женщины с трансформацией полоролево­го поведения нередко испытывают затруднения в сексуаль­ных отношениях с противоположным полом. Кроме того, полоролевая трансформация в части случаев сочетается с гомосексуальной ориентацией.

Коррегирующее лечение проводится в случаях семейно-сексуальных дисгармоний либо при неудачных по­пытках наладить партнерские отношения. В этих случаях используется реконструктивная психотерапия с целью ис­правления искажений этапа формирования полоролевого поведения. При выявлении признаков формирования полоролевых нарушений у детей коррекционные мероприятия направлены на акцентирование половой роли, адекватной генетическому полу и половому самосознанию. Родителям важно использовать позитивное подкрепление любых дей­ствий ребенка, которые соответствуют его полу.

Б.Е. Алексеев (2002, 2006) наряду с описанными выше трансформациями полоролевого поведения выделяет его акцентуации, которые характеризуются более сглаженной, частичной инверсией половой роли. Им предложена специ­альная методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (см. приложение).

*Кроссполовая акцентуация полоролевого поведения у женщин.* Их внешность наиболее соответствует портрету деловой женщины. Одежда помогает выразить свою телес­ную идентичность в наиболее желательной форме. Типичен выбор стильного делового костюма или неброской тради­ционно женской одежды. Не стремится сделать макияж заметным, использование косметики носит нерегулярный характер. Отсутствие макияжа не вызывает дискомфорта. Нехарактерно ношение распущенных волос или притяза­тельных дамских причесок. Могут пользоваться отдельны­ми украшениями, что скорее соответствует определенному регламенту, чем стремлению как-то выделиться. Поскольку полоролевое поведение и половая идентичность могут быть рассогласованы, в ряде случаев маскулинно акцентуирован­ному полоролевому поведению женщины может сопут­ствовать традиционная по убранству внешность. Внешность

197

(стиль в одежде, украшениях, косметике) женщин с маску­линной акцентуацией полеролевого поведения в процессе их полоролевой социализации может меняться. Например, от образа унисекса к образу женщины с экстравагантной внешностью. Обычно это обусловлено гиперкомпенса­торными механизмами, направленными на реализацию нормативных установок (привлечение внимания мужчин, создание семьи). В период полового созревания у женщин с кроссполовой акцентуацией несколько чаще, чем у жен­щин без акцентуаций полоролевого поведения, возникает недовольство своим телом, например, они могут тяготиться менструациями. Появление признаков полового созрева­ния (изменение фигуры, появление молочных желез) не сопровождается позитивным чувством «превращения» в девушку, скорее они вызывают душевный дискомфорт. Эмоциональное принятие своего телесного «Я» проис­ходит с некоторым запозданием. Многие девушки с кроссполовой акцентуацией увлечены спортом, в том числе тра­диционно мужскими видами. У них наблюдается некоторая задержка психосексуального развития на платонической или эротической стадии этапа формирования психосек­суальных ориентации (в фазе формирования установки или частичной реализации). Этому способствуют склады­вающиеся с детства «товарищеские» отношения с лицами противоположного пола. Общение, долгое время лишен­ное сексуально-эротической окраски, приводит к тому, что женщины подобного склада плохо распознают ситуа­ции, предполагающие сексуальные притязания со стороны мужчины. Неудивительно, что женщины с акцентуацией полоролевого поведения в подростковом возрасте неред­ко становятся жертвами сексуального насилия. Общение с мужчинами по сравнению с общением с женщинами вос­принимают как более содержательное и интересное, нахо­дят множество общих тем, обнаруживают общие с мужчи­нами подходы к решению многих вопросов. Вместе с тем не избегают общества женщин, обсуждая с ними «женские» темы, которые они не смогли бы обговорить с мужчина­ми. В отношениях с партнером такие женщины стремятся занимать лидирующее положение, проявляют повышен­ную требовательность. Поэтому у них нередко возника­ет проблема: «Почему от меня уходят мужчины». Они не

198

замечают того, что подавляют партнера не только посто­янными требованиями и взыскательностью, но и своим авторитетом, успешностью на социальном поприще. Вза­имоотношения с партнером приобретают конкурентный характер, а негативный душевный осадок, который они оставляют, переносится на сексуальные отношения, разру­шая их. В партнерских отношениях с мужчиной адаптация возможна по принципу взаимодополнения, то есть мужчи­на должен иметь фемининную акцентуацию полоролевого поведения. В этом случае интимные отношения могут скла­дываться вполне удовлетворительно. Однако при наличии дополнительных неблагоприятных факторов такое ролевое соотношение является почвой для развития сексуальных дисгармоний в супружеской паре.

Женщины с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения проявляют высокую стеничность, способны по­стоять за себя и отстоять свои интересы. Их характеризуют деловой стиль и стремление к социальному продвижению. Семья может занимать важное, но не главенствующее место в системе ценностных ориентации.

*Кроссполовую акцентуацию полоролевого поведения мужчин* отличает от трансролевого поведения сглажен­ность фемининных черт. Они носят обычную мужскую одежду. Пластика движений более плавная и тонкая, чем это свойственно маскулинному типу мужчин. В их речи чаще звучат слова в уменьшительно-ласкательной форме, они не склонны к использованию ненормативной лексики. Формальное лидерство часто является для них обремени­тельным, требующим усилий. Среди неформальных лиде­ров они практически не встречаются. В повседневной жиз­ни могут хорошо поддерживать общение как с мужчинами, так и с женщинами, если оно затрагивает формальные вопросы, например профессионального характера. В не­формальной же обстановке таким мужчинам легче и инте­реснее общаться и находиться в женском обществе. Темы, которые любят обсуждать в неформальной мужской ком­пании, для них малоинтересны, поэтому им трудно поддер­живать заинтересованный контакт. В решении жизненных ситуаций избегают открытых конфликтов, склонны приме­нять гибкую тактику (выжидание, отступление, обращение за помощью).

199

Многие мужчины с кроссполовой акцентуацией полоролевого поведения испытывают неуверенность при зна­комстве с понравившейся женщиной, особенно на пути при­обретения такого опыта. В связи с этим им свойственны тайные, неразделенные влюбленности. Они мечтают о том, чтобы женщина сама проявила инициативу. Преодолеть себя и продемонстрировать свою симпатию для них равносильно отчаянному поступку. В семейной жизни делят с женой домашние обязанности и заботу о детях. В сексуальных отношениях ласковые, внимательные к партнерше. Однако, если женщина ожидает от партнера в интимных отношени­ях более маскулинного, завоевательного поведения, воз­можно, включающего легкий садистический компонент, то в этом случае отношения с фемининно акцентуированным мужчиной будут приводить к неудовлетворенности и дис­гармонии а отношениях (Б.Е. Алексеев, 2006).

Гиперролевое поведение - чрезмерная акцентуа­ция некоторых особенностей половой роли (В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, 1983, 1990). Его формиро­вание в определенной мере связано с нарушениями процес­са половой дифференцировки мозга в пренатальном перио­де. В экспериментах на животных установлены заметные половые различия в двигательной активности, уровне агрессивности, материнском инстинкте. Их выраженность определяется чувствительностью глубоких структур мозга к андрогенам или эстрогенам, которая связана с особен­ностями полосой дифференцировки структур мозга плода. Вместе с тем наиболее важное значение имеют прививае­мые нормы микросоциальной среды, например, повсемест­но распространенные высокие требования к маскулинному поведению, которое у многих народов традиционно ценит­ся выше подчиненного и зависимого фемининного (страны мусульманского мира). Формированию гиперролевого по­ведения способствуют и личностные особенности. Гипер­маскулинному поведению больше созвучны гипертимные, эмоционально неустойчивые, диссоциальные, отчасти ис­терические расстройства личности и сходные с ними ак­центуации характера, а гиперфемининному - тревожные, ананкастные, зависимые расстройства личности и акцен­туации психастенического, сенситивного, астеноневротического, конформного, реже истероидного типов.

200

*Гипермаскулинное поведение* проявляется в гипертро­фированно мужском типе поведения, стремлении к получе­нию сугубо «мужских» престижных профессий, занятиям чисто «мужскими» видами спорта (бокс, каратэ, хоккей). Характерно подчеркнуто пренебрежительное отношение к женщинам и всем видам «женского» труда. На этапе фор­мирования половой роли гипермаскулинность выражается в повышенной агрессивности, стремлении к неформальному лидерству. В половой жизни ярко выражено эгоистическое стремление к достижению собственного оргазма при игно­рировании потребностей женщины в ласках и безразличии к ее сексуальной неудовлетворенности. Для гипермаску­линного полоролевого поведения достаточно характерны садистические элементы, которые не выходят за границы крайних вариантов нормы. Элементы садизма проявляют­ся принуждением к половой близости, грубым овладением женщиной, причинением ей боли. Обычно мужчине впол­не достаточно только разыгрывания подобных сцен и его действия носят символический характер. Ведущим являет­ся ощущение безграничной власти, чувство господства над партнершей при ее полной покорности. Мужчины с гипер­ролевым поведением тяжело переживают любое ухудше­ние половой функции и легко дают невротические реакции даже при ее возрастном физиологическом снижении.

Как компенсаторное, гипермаскулинная поведение нередко встречается у подростков, стремящихся утвер­диться как в собственных глазах, так и в глазах сверстни­ков. Такое поведение не всегда выглядит естественным, ча­сто контрастируют возможности и притязания подростка. Нарочитая агрессивность, грубость, готовность в любой момент вступить в драку, курение, употребление психоак­тивных веществ выступают лишь как средство утверждения в мужской роли. Характерно увлечение единоборствами и другими «мужскими» видами спорта, которые дают воз­можность наносить соперникам телесные повреждения. Приемы карате, дзюдо, боксерские навыки они готовы при­менять на «практике», при любом удобном случае участвуя в драках, жестоких избиениях, которые обычно носят груп­повой характер. Гипермаскулинные подростки стремятся к лидерству, которое они поддерживают в группе сверстни­ков не столько силой и уверенностью, сколько жестоко-

201

стью. В большинстве случаев подобное поведение является транзиторным и с возрастом сглаживается. В отдельных случаях оно может приобретать патологический харак­тер, когда садистические элементы уже не носят игровой характер, как это бывает при обычном гиперролевом пове­дении, а проявляются систематическими издевательствами над животными, младшими детьми или более слабыми свер­стниками. Отказ от любой работы по дому и пренебреже­ние к «женским» чертам характера трансформируются в циничное отношение к женщинам вообще и как к сексуаль­ным партнерам в частности. Примитивно-шаблонный сте­реотип сексуального поведения сочетается с грубым при­нуждением к половым контактам, отказ от которыхобычно приводит к избиению партнерши. Если мужчина получа­ет удовлетворение только при унижении партнерши или жестоком обращении с ней, то это говорит о сексуальном садизме, который может быть отнесен к *патологическому гипермаскулинному поведению* и является перверсией (см. далее). Важным фактором формирования патологических форм гипермаскулинного поведения является отсутствие у маленького ребенка тактильного и эмоционального кон­такта с матерью или другим ухаживающим за ним лицом, к которому в норме должна возникать первая привязан­ность. Это способствует развитию у детей агрессивного по­ведения, причем элементы садизма, возникающие в раннем возрасте, в последующем обычно сохраняются, создавая основу для развития перверсного влечения. В наиболее тя­желых случаях садизма половое удовлетворение наступает при нанесении жертве телесных повреждений или даже ее умерщвлении, причем максимальное возбуждение дости­гается при виде агонии.

*Гиперфемининное поведение* характеризуется под­черкнутой пассивностью, подчиняемостью, полной само­отдачей, материнским заботливым отношением не только к детям, но и ко всем окружающим, домовитостью. Повы­шенная конформность, умение приспособиться к любым особенностям и требованиям партнера, порой достигающие степени гротеска, способность испытывать подлинную ра­дость от того, что живешь его интересами, - все это свой­ственно гиперфемининному поведению, блестяще описан­ному А. П. Чеховым в рассказе «Душечка». Женственность,

202

кокетство, увлечение косметикой, нарядами, украшениями свойственны таким женщинам. В половой жизни все их усилия и устремления направлены на удовлетворение муж­чины, порой даже во вред себе. Этих женщин мало волнует отсутствие оргазма, его полностью замещает психологиче­ское удовлетворение от радости, которую она доставляет любимому человеку. Если отсутствие оргазма все же при­водит такую женщину на прием к сексологу, то на первом плане стоит не жажда наслаждения, а страх что мужчина не получит с ней полного удовлетворения. Поскольку в нормальном половом акте нередко имеются определенные мазохистские проявления, гиперролевое поведение жен­щин обычно воспринимается как естественная женствен­ность и особого внимания не привлекает.

Отчетливо выраженные и устойчивые мазохистские элементы в сексуальном поведении женщины представляют собой *патологическое гиперфемининное поведение (мазо­хизм).* В основе формирования мазохистических тенденций и установок, в отличие от садизма, лежит не отсутствие кон­такта с матерью, а наоборот, гиперопека и заласканность. Мазохизм проявляется в получении удовольствия при уни­жении и физических страданиях, доставляемых партнером, и выступает как перверсия. Без подобных действий партне­ра удовлетворение, как правило, не наступает.

И у мужчин, и у женщин гиперролевое поведение обо­стряет сексуальные переживания, способствуя более бы­строму получению удовлетворения от половой близости. Гиперролевое поведение при сексуальных контактах мо­жет сочетаться как с гиперролевым, так и с обычным стилем поведения в остальных сферах жизни. Гиперролевое пове­дение на фоне трансформации половой роли гораздо чаще ведет к патологическим гиперролевым установкам, т. е. к появлению перверсных элементов: у женщин - садизма, у мужчин - мазохизма.

Гиперролевое поведение обычно не является патологией и расценивается как крайний вариант нормы. Б.Е. Алексеев (2006) выделяет более мягкие варианты усиления половой роли: фемининную акцентуацию полоролевого поведения у женщин и маскулинную акцентуацию полоролевого поведе­ния у мужчин. Являясь частыми вариантами нормы, феми­нинные и маскулинные, а также кроссполовые акцентуации

203

полоролевого поведения у мужчин и женщин сужают диа­пазон их адаптационно-приспособительных реакций, что может затруднять создание устойчивых партнерских отно­шений, а в супружестве приводить к сексуальным дисгармо­ниям и конфликтам, обусловленным неадекватным друг для друга стилем поведения и несоответствием представлений о браке и семейной жизни. Этому также, способствует воз­никающий у ряда лиц с полоролевыми акцентуациями внут­ренний конфликт (полоролевой конфликт, по Б. Е. Алек­сееву), обусловленный несогласованностью полоролевого поведения субъекта и его половой идентичности. Поэтому в ходе проведения психотерапии сексуальных дисгармоний и дисфункций, супружеских дисгармоний следует учитывать индивидуальные особенности (акцентуации) полоролевого поведения каждого из супругов.

Гиперролевое поведение, не выходящее за пределы нормы, специального лечения не требует. Однако при явном несовпадении ролевых установок партнеров необходима их психотерапевтическая коррекция. Попытки изменить пове­дение партнера с гиперролевым поведенческим стереотипом обычно малоэффективны, поэтому основные терапевтиче­ские усилия направляют на адаптацию второго партнера.

Диагностика патологического гиперролевого поведе­ния - садизма и мазохизма, бывает затруднена в связи с недостаточной откровенностью пациентов, сознательно скрывающих перверсные проявления. Для их выявления необходимо тщательно анализировать этапы становления сексуальности, условия и ситуации возникновении первых оргазмов, побуждать подробно описывать эротические сновидения и по возможности получать объективные сведе­ния от партнера. Принципы терапии сексуальных перверсий, к которым относят патологическое в гиперролевом поведе­нии в виде садизма или мазохизма, изложены далее, в разде­ле *Расстройства сексуального предпочтения (F65).*

**3.4. Феномен гомосексуальности**

Гомосексуализм - гомогендерная сексуальная ориен­тация, характеризующаяся сексуально-эротическим вле­чением к лицам своего пола. С середины XIX века термин

204

«гомосексуализм» употребляется для обозначения сексуальной активности, сексуальных связей (а не только поло­вого влечения) между лицами одного пола. Гетеросексуальность - феномен, присущий подавляющему большинству людей. Он лежит в основе деторождения, обеспечивает продление человеческого рода, а следовательно, являет­ся биологически целесообразным. Однако во все времена и у всех народностей существовали мужчины и женщины, предпочитающие однополую любовь. Частота гомосексу­ализма по данным разных авторов варьирует от 1 до 4 % у мужчин и от 1 до 3 % у женщин. Следует отметить, что гомосексуальность - неоднозначное явление, ибо в одних случаях влечение к лицам своего пола может проявляться только в сновидениях и фантазиях, но никогда не реали­зуется на практике; в других - при определенных обстоя­тельствах допускаются единичные гомосексуальные кон­такты; в-третьих - субъект имеет сексуальные отношения с лицами обоих полов, причем они в равной мере привле­кательны для него; в-четвертых - гомосексуальные связи являются предпочтительными; в-пятых - сексуальные кон­такты с лицами того же пола, что и субъект, являются для него единственно возможным источником удовлетворения. Выделяют три основных этапа формирования гомосек­суальной ориентации: 1) от первого осознанного интереса к представителю своего пола до первого подозрения о сво­ей гомосексуальности (мужчины - 14,6 лет, женщины - 18,2 года); 2) от первого подозрения о своей гомосексуаль­ности до первого гомосексуального контакта (мужчины - 16,7 лет, женщины - 19,8 лет); 3) от первого гомосексуаль­ного контакта до уверенности в своей гомосексуальности и выработки соответствующего стиля жизни (мужчины - 19,0 лет, женщины - 20,7 года). По ролевому поведению различают активных и пассивных гомосексуалов, исходя из того, что во время половых сношений один из партнеров играет активную (мужскую) роль, а второй - пассивную (женскую). В настоящее время жесткое распределение ро­лей при гомосексуальных половых контактах встречается крайне редко. Значительно чаще, желая доставить боль­шее удовольствие друг другу, партнеры меняются ролями. При половой близости гомосексуалы практикуют поце­луи и объятия, стимуляцию груди мануально или орально,

205

взаимную мастурбацию, трение гениталий друг о друга (трибадия у женщин), орально-генитальные ласки (минет, куннилингус), ласки языком анального отверстия (аннилингус), подовое сношение в прямую кишку (мужеложство или педерастия). У гомосексуален число связей в среднем выше, чем у лиц гетеросексуальной ориентации. Многие из них имеют за время половой активности до 100 партнеров и более. В целом диапазон половых контактов гомосексуадов достаточно широк - от длительных моногамных связей (гомосексуальные браки) до группового секса, от аноним­ных или разовых встреч до романтических ухаживаний и пылкой эротической любви к партнеру. В странах, где уже давно отсутствует социальная дискриминация по признаку сексуальной ориентации, чаще наблюдаются устойчивые связи между гомосексуалами. В некоторых из них (Дания, Норвегия, Швеция и др.) официально разрешено однопо­лое «зарегистрированное партнерство», практически иден­тичное браку.

Обратимся к истории вопроса. Косвенные доказатель­ства давнего существования в человеческой популяции однополой любви можно найти в Ветхом Завете. Гнев Гос­пода возбудили жители Содома и Гоморры, которые были настолько одержимы голубыми страстями, что чуть не из­насиловали ангелов. «И пролил Господь на Содом и Гоморру дождем серу и огонь с неба», показав пример будущим нечестивцам. Святые апостолы Петр и Павел причисляли «мужеложников» к тем «неправедным», кои за грехи свои не будут жить жизнью вечной, ибо Господь проклял их.

Первые упоминания о гомосексуализме обнаружены в папирусах Древнего Египта (2,5 тыс. лет до н. э.). Известно, что гомосексуальные отношения имели место у первобыт­ных народов Африки, Азии и Америки. Особый культ этих отношений отмечается в Древней Греции, где женский го­мосексуализм получил название лесбийской любви, или са­физма, по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос. Древние греки допускали и даже одо­бряли гомосексуальные отношения между взрослым сво­бодным мужчиной и свободным юношей. Древнеэллинская педерастия была формой сексуальной и социальной ини­циации. За любовника-ученика мужчина-воин брал на себя ответственность перед обществом. Гордостью Фив был на-

206

бранный из воинов-любовников и снискавший репутацию непобедимого «священный отряд». Философ Ксенофонт утверждал: «Нет сильнее фаланги, чем та, что состоит из любящих друг Друга воинов!». В Спарте каждый двена­дцатилетний мальчик получал в покровители взрослого и опытного воина. Такой союз спартанцы рассматривали как брачный. Если на поле брани юноша проявлял тру­сость - наказывали его наставника. Спартанские обычаи предписывали расторгнуть гомосексуальный брак сразу после появления волос на теле юноши. В древнегреческом гомосексуальном браке ролевые функции были строго раз­делены. Юноше принадлежала роль «женщины» (что сим­волизировало его подчиненное положение), а взрослый мужчина всегда выполнял активную роль. Считалось, что «женская» роль не роняла достоинства юноши. Но если за деньги или даже по принуждению взрослый эллин разре­шал «войти в себя», он был обречен на несмываемый по­зор.

Древние римляне превыше всего ценили мужествен­ность. Сожительство Гая Юлия Цезаря с царем Вифинии Никомедом навлекло на будущего римского императора «всеобщее поношение». Причем римляне ругали Цезаря не за гомосексуализм как таковой, а за его «пассивность», роль женщины в голубом альянсе. В Риме периода упадка не имела предела развратность императора Нерона. Маль­чика Спора он кастрировал и даже попытался сделать жен­щиной. Когда из этого ничего не получилось, Нерон ре­шил стать законным мужем евнуха! После свадьбы он ввел Спора в императорский дворец и «жил с ним как с женой». Разведясь со Спором, он «вышел замуж» за бывшего раба Дорифора. Нерон любил экзотические бисексуальные по­техи. Светоний пишет: «В звериной шкуре он выскакивал из клетки, набрасывался на привязанных к столбам мужчин и женщин и, насытив дикую похоть, отдавался Дорифору, крича и вопя, как насилуемая девушка». В период правле­ния Нерона весь Рим поглотила пучина разврата.

Первые юридические законы против гомосексуалов мы находим в кодексе византийского императора Юсти­ниана и в своде законов Вестготского королевства (VI век). И все-таки в раннем Средневековье их положение было скорее удовлетворительным. Гомосексуализм был широко

207

распространен среди феодальной знати. Самый известный педераст того времени - английский король Ричард Льви­ное Сердце.

Поначалу каноническое право не карало слишком стро­го за гомосексуализм. Пенитенциарий Папы Римского Гри­гория III (VIII век) покаяние за лесбиянство определил сро­ком в 160 дней, за мужеложство - в один год, а за участие священнослужителя в охоте - в три года. Но уже III Латеранский собор, состоявшийся в 1123 году, установил очень жестокое наказание церковников, уличенных в гомосексу­альных связях: вначале их отправляли в монастырь на по­каяние, потом - на костер. В 1307 году французский король Филипп IV Красивый произвел по всей Франции внезапный арест членов рыцарского ордена тамплиеров. Он приговорил их к смерти, обвинив в надругательстве над святым Распяти­ем, идолопоклонстве и содомии. В XIV веке горькая участь постигла английского короля-гомосексуала Эдуарда II. Ди­настические соображения заставили его жениться на дочери французского короля Изабелле Валуа. Она вскоре завела себе любовника - весьма амбициозного феодала Мортимера. Ко­варные любовники организовали против Эдуарда II заговор, обвинили короля в «грехе содомском» и заточили его в замок Бершиц. Впоследствии Эдуард погиб мучительной смертью - по приказанию Мортимера его посадили на раскаленный до­красна железный прут. К началу XV века из-за эпидемий чумы население Европы уменьшилось почти в четыре раза. Власти начали активно бороться против того, что препятствует де­торождению, прежде всего против онанизма и гомосексуа­лизма. Например, а XVI веке английский король Генрих VIII, который был женат шесть раз, что противоречило тог­дашним церковным и гражданским законам, объявил муже­ложство государственной изменой.

Гуманисты эпохи Возрождения возродили античные традиции телесности. Они воспевали совершенное челове­ческое тело как идеал красоты. Но до реабилитации «со­домского греха» было еще далеко. К концу XVIII века в Европе существовало крайне жестокое, нетерпимое отно­шение к гомосексуализму, во многих странах за гомосек­суальные контакты предусматривалась смертная казнь. В XIX веке в некоторых странах происходит постепенное смягчение законов. Например, кодекс Наполеона призна-

208

ет гомосексуальный контакт между взрослыми преступлением лишь в тех случаях, когда применяется насилие либо контакты осуществляются публично и оскорбляют общест­венную мораль. Аналогичное законодательство было введе­но в Бельгии и Голландии. В других странах, включая царскую Россию, гомосексуализм по-прежнему оставался уголовным преступлением, «неназываемым пороком». С конца XIX века растет волна протестов против уголовного преследования гомосексуалов, многие известные деятели науки, культуры и искусства включаются в это движение. Однако еще в на­чале прошлого века гомосексуальные контакты были уго­ловно наказуемыми. Именно за них староанглийский суд приговорил к двум годам тюремного заключения Оскара Уайльда, который впоследствии так и не смог оправиться от остракизма викторианского общества. В тоталитарных странах гомосексуализм преследовался с жестокостью ни­чуть не меньшей, чем инакомыслие. В гитлеровской Гер­мании наряду с евреями и цыганами физическому уничто­жению подлежали и лица с гомосексуальной ориентацией. В марте 1934 года появилось постановление Президиума ЦИК СССР «Об уголовной ответственности за мужелож­ство», которое установило за него гораздо более жесткие наказания, чем те, которые существовали в дореволюцион­ной России. Статья 121 Уголовного кодекса РСФСР карала мужеложство лишением свободы на срок до пяти лет, при­чем женский гомосексуализм не являлся уголовно нака­зуемым. Несмотря на всю абсурдность статьи по ней было осуждено около 60 000 человек.

После Второй мировой войны на формирование обще­ственного мнения и юридического законодательства зна­чительное влияние оказали работы американских исследо­вателей, в частности, впервые было научно доказано, что гомосексуализм - это не болезнь, не извращение, а иная сексуальная ориентация. В 60 - 70-е годы XX века подав­ляющее большинство стран исключило из уголовного за­конодательства статьи, преследующие за гомосексуальные контакты. В России это произошло в 1993 году. Американ­ская психиатрическая ассоциация в 1974 году официально признала, что гомосексуализм не является заболеванием или патологическим состоянием. Всемирная организация здравоохранения внесла аналогичные изменения в Меж-

209

дународную классификацию болезней 10-го пересмотра (1992). В ней указано, что «сама по себе сексуальная ори­ентация не рассматривается как расстройство». Отмена одиозного диагноза не означает, что все гомосексуалы зо всех отношениях здоровы, и они не могут иметь никаких психических отклонений. Речь идет лишь о том, что сама сексуальная ориентация, подобно полу или расе, больше не считается патологической и не нуждается в обязательном лечении (если субъект испытывает душевные страдания от «аномального», с его точки зрения, полового влечения - ему требуется психотерапевтическая помощь). К началу 80-х годов в США отношение к гомосексуалам становит­ся спокойным и терпимым. Даже сам термин «гомосек­суализм» исчезает из речи: они называют себя «геями», «голубыми», «лесбиянками». В прессе пишут о «лицах, практикующих альтернативный образ жизни». Американ­ская перепись 2000 года зафиксировала свыше 600 000 так называемых однополых домохозяйств. Несмотря на то, что большинство американцев продолжают считать го­мосексуальную ориентацию «неправильной», 85 *%* опро­шенных службой Гэллапа людей убеждены в том, что геи и лесбиянки должны пользоваться теми же правами, что и другие граждане. Аналогичная ситуация наблюдается в Ев­ропе. Первой в 1989 году однополые «зарегистрированные партнерства» узаконила Дания. Ее примеру последовали Норвегия, Швеция, Исландия, Гренландия, Финляндия, Германия. Франция и Бельгия внесли в гражданское право понятие «пакт гражданской солидарности», который мо­гут заключить между собой «двое взрослых разного пола или одного пола для регулирования их совместной жизни». В 2001 году Нидерланды стали первым в мире государст­вом, предоставившим однополым парам абсолютно такие же права по заключению брака, как и разнополым.

Современная наука не может однозначно ответить на вопрос о происхождении гомосексуальности. Выдвину­то множество различных теорий возникновения гомосек­суализма: эндемическая теория Бартона, генетическая, неврогенная, нейроэндокринная Тернера, эндокринная, условно-реф-лекторная, психоаналитическая и др. На За­паде широко распространена теория Э. Хукер, согласно которой люди рождаются сексуально индифферентными

210

и имеют скорее общую сексуальную предрасположен­ность, чем гомо-, гетеро- или бисексуальные предпочте­ния. В дальнейшем же сексуальный опыт определяет выбор сексуального объекта.

З. Фрейд считал, что однополая любовь имеет те же психологические истоки, что и разнополая, а именно - врожденная предрасположенность каждого человека к бисексуальности. В обычной обстановке психосексуальное развитие человека определяет его гетеросексуальный вы­бор. При особых жизненных обстоятельствах (например, неправильное разрешение Эдипова комплекса) нормальное развитие может остановиться на одной из промежуточных стадий и в будущем трансформироваться в гомосексуа­лизм. Считая, что для всех людей без исключения характер­ны скрытые гомосексуальные наклонности, Фрейд был уве­рен, что при определенных условиях они могут проявиться в виде гомосексуального поведения в зрелом возрасте. Ин­тересен отрывок из его письма, адресованного матери од­ного гомосексуала: «Несомненно, гомосексуализм не пре­имущество, но и стыдиться его незачем. Это не порок, не деградация, не болезнь. Мы считаем его разновидностью сексуального развития. Многие глубоко уважаемые лич­ности прошлого и настоящего были гомосексуалами. Вот имена некоторых из них: Платон, Микеланджело, Леонар­до да Винчи и др. Это великая несправедливость - пресле­довать гомосексуализм как преступление - и жестокость тоже».

В. Райх (1971) ссылался на результаты исследований Малиновского (1929), проведенные на островах Тробриан в Меланезии, где у местного населения практически не встречались гомосексуальные связи, мастурбация, садизм, фетишизм, эксгибиционизм и неврозы. Райх объяснял это тем, что тробрианцы с малых лет приобретают знания о сексуальности через собственную практику, которая огра­ничивается лишь существующим в обществе табу, связан­ном с инцестом. Детям и подросткам там разрешается в собственном темпе, без отягощения чувством стыда и вины свободно исследовать собственную сексуальность и уже с раннего пубертатного возраста разряжать накопленную сексуальную энергию естественным путем через дости­жение оргазма при коитусе. В таких условиях, по мнению

211

Райха, формируется естественная, т. е. гетеросексуальная генитальная сексуальность. Человек приобретает оргасти­ческую потенцию и никакие, по терминологии Райха, из­вращенные (негенитальные или негетеросексуальные) фор­мы половых контактов не могут закрепиться.

Согласно нейроэндокринной теории, гомосексуализм предопределяется нарушениями процесса половой дифференцировки мозга, которые приводят к искажению чувст­вительности гипоталамуса к гормональным воздействиям. Предложены гипотезы и теории средовой обусловленно­сти: семейная - материнская гиперопека, «перепутан­ные» половые роли у родителей, негативно воспринимае­мые отцы, отрицательный опыт контактов с братьями и позитивный с сестрами, освоенность с мужской наготой и отсутствие таковой в отношении женской наготы и т. п.; профессиональная (богемная артистическая) среда; обра­за жизни (цыганский табор). Существует гипотеза ситуа­ционной обусловленности и научения (гомосексуальное совращение, гомосексуальные контакты с ровесниками, последствия случайных и транзиторных гомосексуальных контактов). Теория заместительной обусловленности при­писывает основную роль в формировании гомосексуаль­ного влечения однополым сексуальным контактам в изо­лированных мужских коллективах - в местах лишения свободы, в интернатах, в воинских частях и военных учеб­ных заведениях, в монастырях и теологических учебных заведениях и т. п. Выдвинута и гипотеза фантазийной обу­словленности гомосексуализма (например, под влиянием порнографии или сопутствующих мастурбации фантазий гомосексуального содержания).

Сексуальные контакты между особями одного пола описаны более чем у 450 видов животных. Но в большинст­ве случаев однополые контакты в животном мире являются эпизодическими. Исключительно гомосексуальные предпо­чтения встречаются лишь у некоторых птиц (гусей и пингви­нов), а также домашних овец. У японских макак почти все самки являются бисексуальными. Некоторые социобиологи приписывают гомосексуальности адаптивную функцию - она позволяет снизить внутригрупповую напряженность и соперничество. У многих видов животных молодые самцы по достижению половой зрелости далеко не сразу получа-

212

ют доступ к самкам. Поэтому контакты с представителями своего пола уменьшают у них сексуальное напряжение и агрессивность. Нерепродуктивное поведение отдельных особей оказывается социально альтруистическим, посколь­ку сами, не производя потомства, они участвуют в добы­вании еды для своей стаи, защите ее территории, уходе за чужими детенышами (многие стадные животные воспи­тывают потомство сообща). Гипотеза «гомосексуального альтруизма» применима и к людям, поскольку выживание человеческой популяции зависит не столько от темпов рож­даемости, сколько от производства материальных и ду­ховных ценностей. Э. Миллер связывает происхождение гомосексуальности с генетическими факторами, считая ее побочным, но вполне закономерным продуктом эволю­ции. Среди монозиготных (однояйцевых) пар близнецов совпадение по гомосексуальности составляет 48 - 52 %, а у дизиготных (двуяйцевых) -16 - 22 %. Накапливаются данные о биологических коррелятах гомосексуальности (длина пальцев, строение слухового аппарата, соотношение циклов сна и бодрствования и др.), но они не могут служить ни диагностическими критериями, позволяющими отличить гомо- от гетеросексуала, ни достаточным обоснованием са­мого феномена однополой любви. Точно так же ни одна из существующих теорий не объясняет полностью механизм возникновения гомосексуального влечения. Биологическая предрасположенность, даже если она и существует, вряд ли сама по себе является фатальной предопределенностью. Известно, насколько важны среда общения и жизненные обстоятельства для формирования и черт личности, и осо­бенностей сексуального поведения подростков. Юноши и девушки отличаются повышенной впечатлительностью и зависимостью от своей среды общения. Они склонны к ими­тации образцов поведения (в том числе и сексуального), ко­торые в этой среде приняты. Особенно сильны отрицатель­ные влияния среды в интернате, армии, тюрьме и т. п. Опыт, приобретенный в этих «закрытых сообществах», может по­влиять на тех молодых людей, у которых еще не сложился устойчивый стереотип сексуального поведения, и закрепить гомосексуальную форму реализации либидо.

По мнению В.М. Маслова и И.Л. Ботневой, биологические факторы (нарушения дифференциации мозга и гормональные

213

сдвиги) являются почвой для искажений полового самосо­знания и полоролевого поведения, обусловленных влияни­ем микросоциальной среды. По их данным, формирование гомосексуальной ориентации происходит у 30 - 40 % людей с трансформацией половой роли.

К числу важнейших мероприятий по психогигиене пола у детей и подростков, которые способствуют становлению гетеросексуальности, относятся: предупреждение нару­шений внутриутробного развития плода, формирование у ребенка половой идентичности, предполагающей единство полового самосознания и ролевого поведения; выявление и медико-психологическая коррекция искажений психосек­суального развития на его ранних этапах; правильное полоролевое воспитание, направленное на ознакомление детей с половыми различиями и особенностями маскулинного и фемининного поведения; обучение общению со сверстни­ками (в том числе гетеросексуальному); предупреждение растления и совращения детей и подростков.

**3.5. Сексуальные девиации**

К сексуальным девиациям относят различные откло­нения от принятых в современном обществе половых пред­почтений (в направленности либидо и формах его реализа­ции). Некоторыми специалистами сексуальные девиации определяются, как сексуально-эротические нарушения, при которых *половое возбуждение* или *оргазм* достигается с по­мощью атипичных или культурно-запрещенных действий. Известный польский сексолог К. Имелинский под сексу­альными девиациями понимает нарушения в сфере сексу­альных фантазий и форм поведения во взаимоотношениях с реальным или воображаемым партнером.

В зависимости от эпохи и господствующих в той или иной этнической культуре моральных норм и предписаний, одно и то же половое поведение могло быть признано нор­мальным либо напротив - ненормальным. Поэтому рамки сексуальных девиаций то расширялись, то сужались. Кро­ме того, менялось отношение общества к сексуальности и отклонениям от сексуальной нормы. Так, до наступления эпохи Средневековья отношение к сексуальным девиациям

214

было вполне терпимым, а многие из них даже поощрялись. В Средние века всякое отличие от существующих крайне жестких норм полового поведения считалось греховным и преследовалось церковью. В частности, описанные в XVI веке французским врачом А. Паре различные спосо­бы сексуального удовлетворения женщин были признаны аморальными, а самому автору чудом удалось спасти свою жизнь. В дальнейшем общественное мнение постепенно смягчалось, возрастала терпимость к сексуальным отклоне­ниям, но вплоть до настоящего времени сохраняется различ­ная степень осуждения и дискриминации лиц с девиантным поведением: от высмеивания до уголовного преследования.

В зависимости от контекста одни и те же сексуальные действия могут рассматриваться в рамках нормального полового поведения или отклонений от такового. Напри­мер, орогенитальные контакты, если они укладываются в *диапазон приемлемости* обоих партнеров и являются од­ной из возможных форм половой близости, расцениваются как вариант нормы. В других случаях те же орогениталь­ные контакты, если они неприятны одному из партнеров, следует расценить как отклонение, чреватое опасностью невротизации. Наконец, если путем насилия, с целью мо­рального и физического унижения партнера, его понужда­ют к регулярному выполнению оральной стимуляции гени­талий, речь идет о патологическом девиантном поведении садомазохистского круга.

Развитие научных представлений об аномальном сек­суальном поведении привело к попыткам выделения его девиантных (отклоняющихся) и перверсных (патологиче­ских) форм. На сегодняшний день в литературе описаны 132 сексуальные девиации. В своем большинстве они не носят болезненного характера. К непатологическим фор­мам сексуальных отклонений относят, например, различ­ные девиантные тенденции, проявляющиеся лишь в мечтах и фантазиях человека, но по тем или иным причинам ни­когда не реализуемые в реальной жизни. Выделяют также девиантные элементы, которые выполняют роль дополни­тельных стимулов, усиливающих сексуальное возбуждение индивида при половых, контактах, но не являются для него абсолютно необходимыми для достижения полового на­слаждения. В ряде случаев лица с девиантной сексуально-

215

стью способны с эротической любви, тесным партнерским отношениям и супружеству. Это возможно при наличии таких отклонений в сексуальных потребностях и формах их реализации, которые могут быть вполне допустимы для партнера (эфебофилия, геронтофилия, фетишизм, транс­вестизм, элементы садомазохизма). В отличие от девиаций перверсии сексуальные приобретают характер заболева­ния, имеют своеобразное течение и симптоматику, суще­ственно затрудняют или делают невозможной нормальную половую жизнь. Субъекты, страдающие перверсиями, мо­гут даже заключить брак и поддерживать в супружестве невысокий уровень нормативной сексуальной активности, маскируя свое аномальное половое влечение. Однако они вынуждены вступать в случайные половые связи или совер­шать акты сексуального насилия, чтобы время от времени реализовывать перверсные импульсы, которые не поддают­ся волевому контролю.

Сексуальные девиации могут быть классифицированы как отклонения в отношении объекта полового влечения (за­мещающие нормальный объект): педофилия, эфебофилия, геронтофилия, зоофилия, фетишизм, нарциссизм и др.) и от­клонения в способе реализации влечения (садизм, мазохизм, эксгибиционизм, вуайеризм, фроттеризм и др.). Гомосексуа­лизм, фактически являющийся отклонением по полу объ­екта влечения, рассматривается большинством зарубеж­ных специалистов как нетипичное сексуальное поведение. Следует признать, что отнесение той или иной девиации к непатологическим формам либо, наоборот, к патологии, во многом условно и обусловлено критерием тяжести состоя­ния, т. е. глубиной социально-психологической дезадап­тации субъекта и/или общественно опасным характером реализации его сексуальных потребностей. Так, проявле­ния девиантной сексуальности, которые полностью или ча­стично замещают нормальную половую жизнь, препятствуя установлению партнерских отношений, обезличивают и обесценивают «партнера», низводя его до роли инстру­мента, необходимого для получения сексуального удовле­творения, причиняют ему моральные и физические страда­ния, оскорбляют общественную нравственность, являются противоправными и представляют социальную опасность, традиционно относятся к сексуальным перверсиям (пара-

216

филиям). На сегодняшний день вряд ли имеет смысл рас­ширять рамки парафилий, поскольку термин «сексуальные девиации» не имеет столь негативного, уничижительного значения и достаточно точно передает суть отклоняюще­гося полового поведения, которое является отражением огромного диапазона индивидуальных различий в прояв­лениях человеческой сексуальности.

В объяснении механизмов формирования сексуальных девиаций и существует много различных теорий, но ни одна из них полностью не объясняет природу их возникновения. Наиболее обоснована точка зрения о том, что сексуальные девиации представляют собой психологическую регрессию или фиксацию индивида на ранних этапах и стадиях психо­сексуального развития. Формированию девиантных форм сексуального поведения и переживаний могут способство­вать условно-рефлекторные связи, возникающие в период становления сексуальности. При этом не всегда удается четко определить границы нормы и патологии. Если какой-то раздражитель (часть тела, запах, предметы одежды, му­зыка) сочетается с сильным половым возбуждением и под­крепляется оргазмом, то в дальнейшем в силу образования прочных ассоциативных связей он сам становится стиму­лом, усиливающим сексуальное возбуждение при интим­ной близости. Но если этот же раздражитель становится почти обязательным условием полового удовлетворения, то это уже девиация.

Наличие сексуальной девиации может по разному по­влиять на человека. К. Имелинский считает, что существует четыре основных варианта приспособления личности чело­века к сексуальному отклонению, которые оказывают зна­чимое влияние на его существование.

1. *Признание.* Это - принятие личностью своих сек­суальных особенностей, снижающее до минимума возмож­ность возникновения внутренних конфликтов и невроти­ческих расстройств. Чаще этот вариант наблюдается при таких девиациях, которые могут быть приемлемы партне­ром (садомазохистские наклонности, трансвестизм, фети­шизм).

2. *Согласие.* Частичное примирение человека с девиа­цией. Согласие характеризуется противоречивым отноше­нием человека к своим сексуальным особенностям. С одной

217

стороны, он смиряется и принимает их, с другой - оце­нивает эти отличия как предосудительные, недостойные. Девиация может проявляться только частично, например только в фантазиях при мастурбации или половом акте с партнером. Другой формой частичного примирения с девиантными склонностями является их удовлетворение толь­ко с определенными партнерами или в определенной среде (например, с проститутками), тогда как в других обстоя­тельствах не допускаются даже их отдельные проявления. Такая двойственность предполагает параллельное сущест­вование нормальной и девиантной сексуальности. Всегда существует угроза нарушения этого равновесия, которое может проявиться учащением и усилением отклонений в сексуальном поведении, а также проблемами с потенцией в супружестве, когда девиантные фантазии перестают ока­зывать стимулирующий эффект при нормативном половом акте.

3. *Защита.* Если преобладает отвержение личностью девиации, возникает внутрипсихический конфликт, кото­рый тем острее, чем сильнее аномальное половое влече­ние и моральное противодействие ему. Так как полностью подавить влечение обычно не удается, отклоняющаяся сексуальность переживается как нечто чуждое личности, противопоставляется всем остальным чертам характера и поведению человека. Поэтому можно встретить садист­ские наклонности в сексе у человека известного своим доб­родушием и мягкостью, а эксгибиционистские тенденции у робкого, стыдливого мужчины. Попытки защиты от сек­суальной девиации в крайних случаях могут выражаться самоубийством. Подобное трагическое решение проблемы отмечается у людей высоконравственных или верующих, которые не в состоянии примирить свои идеалы и пороч­ное, с их точки зрения, половое влечение.

4. *Вытеснение.* Это полное подавление девиации, вы­теснение ее в бессознательную часть психики. Полное по­давление девиантных склонностей достигается за счет переключения их в несексуальную социальную активность человека, которая субъективно не осознается как сексу­альная. Примером могут послужить дисциплинарные нака­зания с целью воспитания, которые могут быть мотивиро­ваны неосознаваемыми садистскими наклонностями.

218

Таким образом, по своим проявлениям, степени выраженности и субъективному отношению к ним сексуальные девиации весьма неоднородны и представляют целую гамму вариантов полового поведения, отклоняющихся от социаль­ных, моральных или правовых норм. Одни из них не нуж­даются в какой-либо специальной медицинской помощи, другие - требуют психотерапевтического вмешательства в связи с развитием вторичных невротических расстройств как следствия внутрипсихических или межличностных кон­фликтов, обусловленных аномальными сексуальными пред­почтениями индивида.

**3.6. Сексуальные перверсии**

Сексуальные перверсии (синонимы - половые из­вращения, парафилии) - это патологические отклоне­ния направленности полового влечения или способов его удовлетворения. Прежде к ним относили все сексуальные девиации, т. е. любые сексуальные потребности и дейст­вия человека, которые отличаются от господствующей в обществе модели полового поведения. Они считались болезненными проявлениями психических нарушений и других заболеваний и, кроме того, всячески осуждались с точки зрения морали. Одно из первых определений па­тологического сексуального поведения принадлежит Р. Крафт-Эбингу, по мнению которого извращением - при существующей у индивида возможности естественного по­лового удовлетворения - необходимо считать всякое про­явление полового инстинкта, не соответствующее целям природы, т. е. размножению. В настоящее время большин­ство сексологов придерживается мнения, что только часть сексуальных девиаций носит явно патологический харак­тер. Так, К. Имелинский (1986) указывает на два специфи­ческих признака парафилии: 1) навязчивое (принудитель­ное) желание реализовывать только перверсные формы сексуальной активности и нарушения в создании тесного партнерского союза; 2) отсутствие жажды наслаждения от близости с половым партнером и подмена ее стремлением к наслаждению от выполнения определенных действий сек­суального характера. Таким образом, парафилии исключа-

219

ют глубокие партнерские связи, поскольку роль партнера сводится к функции обезличенного стимула, сексуального раздражителя, запускающего механизмы удовлетворения аномального полового влечения в типичных для каждого больного ситуациях. Сексуальные контакты лиц, страдаю­щих парафилиями, характеризуются анонимностью и про­явлениями промискуитета.

А. А. Ткаченко (1999), обобщая многочисленные иссле­дования, выделяет целый ряд специфических особенностей в сексуальных предпочтениях лиц с парафилиями (в той или иной степени многие из них присущи всей девиантной сек­суальности). Партнер для парафильных актов подбирается по наличию каких-то чисто внешних сексуально возбужда­ющих символов (в каждом случае сугубо индивидуальных), а его собственные чувства и желания игнорируются. Фор­мальными критериями выбора объекта для парафильных реализаций являются определенный возраст или тип телос­ложения, особенности одежды, цвет волос, обильная кос­метика и др. У лиц с парафилиями садомазохистского круга часто отмечается сексуальное возбуждение при виде крови - своей или чужой. Причем они утверждают, что с детства плохо переносили кровь, каждый раз ощущая непонятную взвинченность или слабость. Похожее действие оказывает черный цвет, например сексуальное поведение запускается при виде черных колготок или лосин. Известно, что черная кожа широко используется в садомазохистских практи­ках. В других случаях сексуальное возбуждение может на­ступать при виде льющейся мочи, звонком детском смехе. В качестве стимула, запускающего аномальное сексуальное поведение, могут выступать запахи. Например, запах духов и алкоголя, исходивший от жертвы, порождал неумолимое желание совершить изнасилование, а затем нанести ей мно­жество ударов ножом.

В большинстве случаев лица с парафилиями склонны к стереотипному, клишированному сценарию поведения, что проявляется в тенденции каждый раз проводить одни и те же сексуальные действия (однообразное ощупывание половых органов, фелляция, особые ритуалы, предваряю­щие или даже замещающие коитус) в строго определенной окружающей обстановке (парк, кабина лифта и др.). При этом осуществление стереотипа в полном объеме, равно

220

как и степень наслаждения, во многом зависят от желаемой эмоциональной и поведенческой реакции партнера, порой весьма жестко обусловленной (испуг, стыд, оцепенение либо сопротивление насильнику).

Сексуальные действия лиц, страдающих парафилия­ми, часто приобретают самоценный характер, в результате чего процесс исполнения вынашиваемого замысла (начиная с поиска объекта) оказывается важнее и приносит большее наслаждение, чем его логическое завершение. Поэтому не являются редкостью отсутствие эякуляции и оргазма, не­смотря на выполнение субъектом достаточно сложного и длительного ритуала, связанного с реализацией аномаль­ного полового влечения.

Прослеживается своеобразный возврат на более ран­ние этапы индивидуального развития. Примером является типичное поведение педофила с разглядыванием и ощупы­ванием половых органов ребенка: при нормальном психо­сексуальном развитии такие действия свойственны детям 2 - 4 лет. Манипуляции с жертвами и трупами, их расчле­нение сходны с играми ребенка, когда он с любопытством разбирает игрушки.

У парафиликов нарушено осознавание себя (субъекта), мотивов своего поведения и окружающей реальности, ча­стью которой является объект их вожделения. Поэтому для них свойственно ощущение непроизвольности или насильственности собственных сексуальных переживаний, отчуж­дение себя от своих действий и искажение самосознания вплоть до отождествления себя с женщиной (в ощущениях, эмоциях, мышлении) в ситуации полового контакта.

Истинные парафилии являются для субъекта практи­чески единственным источником полового удовлетворе­ния (обычный половой акт если и возможен, то все равно не дает необходимых ему ощущений и полной сексуальной разрядки). Часть из них имеет тенденцию к прогрессированию (учащению и расширению круга перверсных сексу­альных действий, постепенному подчинению всей жизни человека удовлетворению аномального полового влече­ния) - прогрессирующие формы парафилии. Так, единич­ные акты эксгибиционизма могут постепенно учащаться и в наиболее тяжелых случаях поиск возможностей для со­вершения эксгибиционистских актов становится смыслом

221

существования человека с данной перверсией и вытесняет все остальные интересы, грубо нарушая социальные связи. Нарастание частоты перверсных действий нередко сочета­ется со снижением остроты сексуальных переживаний и одновременным усилением раздражительности, ощущения пустоты, чувства неудовлетворенности, что, в свою оче­редь, побуждает человека все чаще прибегать к перверсным реализациям, приносящим хотя бы временное облегчение. Сексуальные переживания приобретают характер неодо­лимой болезненной привычки, постепенно нарастает соци­альная неприспособленность, изоляция от окружающего мира. Такие лица могут ощущать свою ущербность, внут­реннее раздвоение переживаний, после снятия сексуального напряжения у них нередко появляется чувство отвраще­ния к себе.

Импульсивные формы парафилий проявляются пе­риодическим нарастанием желания патологической сексу­альной активности в промежутках между периодами нор­мального полового поведения. Такой человек временами начинает испытывать сильное беспокойство на фоне усиле­ния сексуального напряжения, которое требует разрядки, достигаемой путем совершения парафильного акта. Боль­ные, страдающие импульсивными формами парафилий, в социальном плане лучше адаптированы, часто имеют се­мью, не привлекают к себе особого внимания и после совер­шения насильственных действий сексуального характера долгое время не попадают в поле зрения правоохранитель­ных органов. В связи с высокой вероятностью повторения парафильных реализаций они представляют наибольшую социальную опасность.

Психологические механизмы аномальной сексуально­сти разнообразны. Считается, что существенная роль в ее развитии принадлежит нарушениям половой идентично­сти, т. е. осознанной половой принадлежности индивида, с которой соотносятся прочие свойства его самосознания. Результаты исследований свидетельствуют о большей вы­раженности фемининных психологических черт при парафилиях, а у подавляющего числа сексуальных насильни­ков имеются нарушения полоролевого поведения. Лицам с парафилиями свойственны нарушения эмпатии, т. е. спо­собности идентифицировать и понимать чувства и эмоцио-

222

нальные реакции других людей. Следствием этого является развитие неконтролируемых влечений, в русле которых другой человек может восприниматься как обезличенное средство для удовлетворения собственных половых потреб­ностей. Дефицит эмпатии приводит к тому, что выражение жертвой боли, страха и других сильных отрицательных эмоций вызывает чувство удовольствия, сексуального воз­буждения или гнева, облегчая выполнение парафильного акта, даже если он носит криминальный характер. Сниже­ние способности к сопереживанию сочетается с затрудне­ниями в общении с другими людьми, трудностью в принятии новых форм поведения, настойчивом следовании строгим ритуалам половых контактов, возникновением тревоги и страха при малейшем отступлении от выработанного пове­денческого стереотипа. Характерной особенностью пара­филий является регресс к детскому игровому поведению, которое отчетливо прослеживается в сексуальных действи­ях больных. Причем такие его элементы, как отсутствие ре­гуляции поведения общественными нормами, «зачарованность» выполняемыми действиями с исчезновением к ним критики, потеря ощущения собственной индивидуальности и утрата границы между воображаемым миром и социаль­ной действительностью, позволяют говорить о наличии у лиц, страдающих парафилиями, патологического (аутистического) игрового поведения. Аномальной сексуально­сти также свойственны «изменения» объекта сексуального влечения (доведение его до определенного эмоциональ­ного состояния, например, испуга и удивления при экс­гибиционизме) либо «избегание» нормативного объекта и поиск нового ненормативного объекта с определенными характеристиками (полоролевая и личностная незрелость ребенка при педофилии). В целях преодоления внутреннего дискомфорта и оправдания своих поступков (при формах реализации, связанных с грубым нарушением моральных и правовых норм) лица с парафилиями используют психоло­гический механизм деперсонификации, т. е. обезличивание объекта патологического влечения и обесценивание собст­венных действий по отношению к нему. Это способствует реализации собственных агрессивных импульсов, позволя­ет преступить морально-этические барьеры, связанные со значимостью и ценностью другого человека как личности.

223

У части больных с парафилиями возникает внутрен­ний конфликт между перверсной сексуальностью и обще­принятыми нормами полового поведения, что приводит их к депрессии, попыткам самоубийства, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, тяжелым невротическим рас­стройствам. В других случаях аномальное половое влече­ние настолько тесно связано с деформированной лично­стью субъекта, что не вызывает у него серьезных душевных переживаний и чувства вины за содеянное даже после са­мого тяжкого сексуального насилия.

Причины перверсий до конца не изучены. Считается, что в формировании всех сексуальных отклонений, включая и их патологические, перверсные формы, играет роль мно­жество биологических и социально-психологических фак­торов. Существуют данные о связи парафилий, в частности, садизма с органическими поражениями мозга вследствие родовой травмы, роста опухоли, перенесенной нейроинфек-ции. Главным образом повреждается лимбическая система, ответственная за агрессивность индивида, в результате чего мозг патологически активируется для передачи сигналов к нападению одновременно с сигналами полового возбужде­ния. Имеют значение неблагоприятная наследственность; гормональные нарушения; различные искажения психосек­суального развития, в том числе обусловленные дефицитом эмоционального и телесного контакта с матерью в первые три года жизни ребенка, неправильным половым воспита­нием, изоляцией от сверстников, асоциальным окружени­ем; психические расстройства при шизофрении, эпилепсии (особенно височной локализации), расстройствах личности (тяжелых психопатиях) и т. д. В основе парафилий чаще всего лежит сочетание нескольких факторов, негативно воздействующих на сексуальную сферу человека и препят­ствующих становлению зрелой сексуальности.

Лечебно-реабилитационная программа строится с учетом выявленной психической патологии, личностных особенностей больных, их социальной адаптации. В комплексном лечении парафилий важнейшая роль принадлежит психо­терапевтической коррекции. Психотерапия направлена на ослабление, а затем и устранение патологического сексу­ального влечения и связанных с ним душевных переживаний, постепенное формирование эстетического восприятия лиц

224

противоположного пола, этически правильного отношения к ним, отработку и закрепление навыков естественного и непринужденного общения, а на завершающем этапе - развитие адекватного отношения к потенциальному сек­суальному партнеру и обучение соответствующим формам полового поведения (см. далее). За рубежом периодически предпринимаются попытки устранения некоторых видов перверсий с помощью хирургических операций на головном мозге. Однако против данного способа лечения существу­ют серьезные возражения: необратимость хирургическо­го воздействия на мозговые центры, опасность для жизни и здоровья человека.

Далее последовательно будут рассмотрены все рас­стройства, обусловленные нарушениями психосексуаль­ного развития, представленные в разделе *Расстройства зрелой личности МКБ-10 (F6).*

**3.7. Расстройства половой идентификации (F64)**

**F64.0. Транссексуализм**

Ощущение собственной принадлежности к противо­положному полу. Желание жить и быть принятым в каче­стве лица противоположного пола, обычно сочетающееся с чувством неадекватности или дискомфорта от своего ана­томического пола и желанием получать гормональное и хи­рургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу.

*Диагностические указания.*

Для диагностики данного расстройства необходимо существование стойкой транссексуальной идентифика­ции по крайней мере в течение 2 лет, что не должно быть симптомом другого психического заболевания, такого как шизофрения, или дополнительного признака каких-либо межполовых, генетических или хромосомных аномалий.

*Следует отметить:*

*-* как правило, у включенных в эту подрубрику транс­сексуалов должны наблюдаться расстройства половой идентификации в детском возрасте (F64.21).

8 Медицинская сексология

225

Транссексуализм может быть определен как стойкое несоответствие полового самосознания человека его ис­тинному генетическому и гонадному полу. Нормальное анатомическое строение собственного тела и половых ор­ганов воспринимается транссексуалами как неправильное и противоестественное, что приводит к сильному психи­ческому дискомфорту и сопровождается настойчивым стремлением изменить свою половую принадлежность. Частота транссексуализма составляет примерно 1 : 100 - 200 тыс. человек. В основе его лежат грубые нарушения формирования структур мозга, ответственных за половое поведение индивида, что ведет к искажению полового са­мосознания и ощущению принадлежности к другому полу. Причиной транссексуализма могут быть различные нару­шения внутриутробного развития ребенка в результате нервных стрессов у беременной, приема некоторых лекар­ственных препаратов, недостаточного питания плода и т. д. Выраженность подобных нарушений варьирует в широких пределах, чем объясняется многообразие клинических ва­риантов транссексуализма. Половое воспитание практиче­ски не влияет на становление полового самосознания при ядерном (выраженном) транссексуализме, но оказывает положительное влияние при коррекции его краевых (не­резких) проявлений.

Для транссексуализма характерны нарушения поведе­ния, связанные с ощущением своей принадлежности к дру­гому полу. Так, дети просят называть их именами и хотят носить одежду противоположного пола, мальчики охотно играют с девочками в куклы, девочки дерутся с мальчика­ми, играют в футбол и прочие мальчишеские игры. Попыт­ки родителей уговорами или наказаниями изменить пове­дение детей - транссексуалов обычно не достигают цели. Они настойчиво борются за признание окружающими их в том поле, в котором они сами себя ощущают. Особенно резко усиливается стремление утвердиться в принадлеж­ности к другому полу с началом активного функциони­рования половых желез. Подростки с ужасом отмечают рост гениталий и развитие вторичных половых признаков, противоречащих их самосознанию. Увеличение грудных желез и начало менструаций воспринимается девушками-транссексуалами как катастрофа. Формирующееся в под-

226

ростковом возрасте половое влечение обычно искажено: у женщин-транс-сексуалов оно возникает к женщинам, а у мужчин - к мужчинам. Внешне подобное влечение вос­принимается как гомосексуальное, но по сути таковым не является. Например, мужчины-транссексуалы в соответст­вии со своим половым самосознанием расценивают интим­ные контакты с женщинами как гомосексуальные и на этом основании отвергают их. Напротив, сексуальное влечение транссексуала к лицам с противоположным генетическим и гонадным полом фактически является гомосексуальным, хотя внешне выглядит как гетеросексуальное.

Половая жизнь большинства транссексуалов сопря­жена с серьезными трудностями в выборе сексуального партнера, поскольку обычно предмет ухаживаний реши­тельно противится попыткам установить близкие отно­шения, расценивая их как гомосексуальные. Примерно четверть из них (чаще мужчины) пытаются вступить в сек­суальные контакты с представителями противоположного пола, но разочаровываются после нескольких попыток. Если транссексуалам удается найти постоянного полово­го партнера одного с ними пола, то рано или поздно у них возникают различные сложности, поскольку окружающие негативно воспринимают такую связь. Но все же сексу­альные проблемы не являются для транссексуалов самы­ми главными в жизни. Все их устремления прежде всего сосредоточены на приведении своего внешнего облика и строения тела в соответствие с половым самосознанием, а также на общественном признании своей принадлеж­ности к другому полу. При этом они не останавливаются перед длительным гормональным лечением и сложными хирургическими вмешательствами. В случаях более легких форм транссексуализма, хотя и имеется психическое чув­ство иной половой принадлежности, большая часть транс­сексуалов постепенно адаптируется, находя компенсацию в работе, привычках и поведении, свойственных противо­положному полу. Например, женщины выбирают наибо­лее престижные мужские профессии: летчиков, капитанов дальнего плавания, следователей и т. д., что помогает им не только самоутвердиться, но и на равных вращаться в муж­ском обществе. Профессия оправдывает их мужские при­вычки, манеру поведения, стиль одежды. При выраженных

227

формах транссексуализма полноценная социальная адап­тация без смены пола практически невозможна. Решение вопроса о смене паспортного пола является компетенцией специальной комиссии, состоящей из сексологов, психоло­гов, психотерапевтов, психиатров, урологов, юристов. На основании данных комплексного обследования (включая стационарное психиатрическое) и динамического наблю­дения комиссия выдает соответствующее заключение. По­сле определенного периода адаптации к новому паспорт­ному полу возможна хирургическая коррекция половой принадлежности.

**F64.1. Трансвестизм двойной роли**

Ношение одежды противоположного пола как часть образа жизни с целью получения удовольствия от времен­ного ощущения своей принадлежности к противополож­ному полу, но без малейшего желания более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекции. Переодевание не сопровождается возбужде­нием, что отличает данное расстройство от фетишистского трансвестизма (F65.1).

*Включаются:*

*-* нарушения половой идентификации нетранссексу­ального типа в подростковом возрасте;

- нарушения половой идентификации нетранссексу­ального типа в зрелом возрасте.

*Исключаются:*

*-* дисфорическая ориентация по полу (F66.3х);

- фетишистский трансвестизм (F65.1).

Трансвестизм относится к числу наиболее распростра­ненных сексуальных девиаций. С современной точки зре­ния трансвестизм - неоднородное явление, поскольку мо­тивы ношения одежды противоположного пола могут быть совершенно различными.

Выделяют фетишистский трансвестизм, при котором надевание одежды противоположного пола происходит главным образом для достижения сексуального возбуж­дения. От простого *фетишизма* он отличается тем, что фе­тишистские предметы или одежда не просто одеваются, но

228

и используются субъектом для того, чтобы на некоторое время изменить свой облик на свойственный противопо­ложному полу. При этом одевается несколько предметов или полный комплект одежды, включая парик и космети­ку. Фетишистский трансвестизм отличается своей четкой связью с сильным половым возбуждением, возникающим, например, у мужчины при надевании женского белья, пла­тья, чулок. Обычно переодевание сочетается с разгляды­ванием себя в зеркале и *мастурбацией*, причем после до­стижения оргазма и снижения сексуального возбуждения субъект испытывает сильное желание снять одежду дру­гого пола.

При трансвестизме ношение одежды противополож­ного пола является частью образа жизни субъекта. Обла­чение в одежды другого пола используется для получения удовольствия от чувства своей принадлежности к противо­положному полу, причем у субъекта никогда не возникает желания постоянной смены пола хирургическим путем, а само переодевание не сопровождается половым возбуж­дением.

При гомосексуальном трансвестизме женоподобный мужчина-гомо-сексуал пользуется косметикой, специаль­но переодевается и пытается подражать женским манерам поведения. Однако такая «гомосексуальная королева» в своем перевоплощении выглядит весьма вычурно и явля­ется скорее карикатурой на женщину. Основной целью подобного маскарада является желание обратить на себя внимание потенциальных гомосексуальных партнеров.

При транссексуализме мужчины и женщины с дет­ских лет ощущают свою принадлежность к другому полу. Поэтому они считают совершенно естественным постоян­ное ношение одежды того пола, который соответствует их самоощущению. Наряду с переодеванием транссексуалы всегда стремятся соответствующим образом изменить и свою внешность.

Профилактика трансвестизма заключается в правиль­ном половом воспитании, а также раннем выявлении и медико-психологической коррекции нарушений психосек­суального развития на его ранних этапах. В необходимых случаях при трансвестизме проводится психотерапевтиче­ская коррекция.

229

**F64.2. Расстройства половой**

**идентификации в детском возрасте**

Расстройства, обычно впервые появляющиеся в раннем детстве (и всегда до начала пубертата), характеризующиеся постоянной интенсивной неудовлетворенностью по поводу зарегистрированного пола вместе с настойчивым желанием принадлежать (или убежденностью в принадлежности) к про­тивоположному полу. Это стойкая озабоченность одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу, и/или отвергание своего собственного пола. Эти расстройства относительно редки и не должны смешиваться с гораздо бо­лее часто встречающейся нонконформностью к общепринято­му полоролевому поведению. Диагноз предполагает наличие глубокого нарушения чувства принадлежности к мужскому или женскому полу; явно мальчишеского поведения у девочек или девчачьего поведения у мальчика для этого недостаточ­но. Этот диагноз не может устанавливаться, если индивидуум достиг пубертатного возраста. Поскольку расстройство по­ловой идентификации детского возраста имеет много общих признаков с другими расстройствами идентификации в этом разделе, оно помещено в рубрике F64, а не в F90-F98.

***Диагностические указания.***

Необходимым диагностическим критерием является наличие постоянного желания принадлежать (или убеж­денность в принадлежности) к полу, противоположному зарегистрированному, в сочетании с выраженным отказом от поведения, признаков и/или одежды, присущих зареги­стриро-ванному полу. Обычно это расстройство проявляется в дошкольном возрасте, но для постановки диагноза необ­ходимо, чтобы оно манифестировало до начала пубертата. У обоих полов может иметь место отвергание анатомиче­ских структур, присущих собственному полу; однако такое необычное проявление редко. Характерной особенностью является то, что дети с расстройством половой идентифика­ции отрицают наличие переживаний по этому поводу, хотя они могут быть огорчены конфликтом, связанным с ожида­ниями и надеждами своих родителей или сверстников и на­смешками над ними и/или отверганием их.

Больше известно о таких расстройствах у мальчиков, чем у девочек. Обычно, начиная с дошкольного возраста и в по­следующем, мальчики увлечены играми и другими формами

230

деятельности, традиционно считающимися девчачьими, и часто при переодевании ими может отдаваться предпочтение де­вичьей или женской одежде. Однако подобное переодевание не вызывает полового возбуждения в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых (F65.1). Мальчики могут иметь очень сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек; куклы женского пола часто являются их любимыми игрушками; в качестве партнеров своих игр они постоянно вы­бирают девочек. Общественный остракизм чаще возникает в период обучения ребенка в младших классах школы и дости­гает максимума в среднем школьном возрасте в связи с уни­зительными насмешками со стороны других мальчиков. От­кровенное женское поведение может уменьшаться в период ранней юности, но катамнестические наблюдения показывают, что в юношеском возрасте и позже у мальчиков с расстройст­вом половой идентификации в 1/3 - 2/3 случаев проявляется гомосексуальная ориентация. Однако очень немногие демон­стрируют транссексуализм во взрослой жизни (хотя большин­ство взрослых с транссексуализмом сообщают, что в детстве у них существовала проблема половой идентичности).

В клинической практике расстройство половой иденти­фикации у девочек наблюдается реже, чем у мальчиков, од­нако неизвестно, является ли такое соотношение полов ис­тинным. Для постановки диагноза необходимо, чтобы оно манифестировало до начала пубертата. У девочек, как и у мальчиков, обычно рано начинается увлечение поведением, традиционно ассоциирующимся с противоположным полом. Девочки обычно имеют друзей мальчиков и высказывают жадный интерес к спорту, дракам, не интересуются куклами и женскими ролями в построенных на воображении играх, та­ких как «папа с мамой» или игра в «дом». Девочки обычно не подвергаются социальному остракизму в такой же степени, как мальчики, хотя они могут страдать от насмешек в позд­нем детстве или в юности. Большинство из них отказывается от преувеличенной настойчивости в мужских видах деятель­ности и одежде после достижения юношеского возраста, но у некоторых из них сохраняется мужская идентификация и может проявиться гомосексуальная ориентация.

Расстройство половой идентификации может соче­таться с постоянным отверганием анатомических структур пола. У девочек это обычно про-является в виде периодиче-

231

ских утверждений о том, что у них имеется или вырастет половой член; в отказе мочиться в сидячем положении; или утверждениях о том, что они не хотят, чтобы у них выросли молочные железы или начинались менструации. У мальчи­ков это может проявляться периодическими утверждения­ми о том, что когда они вырастут, то превратятся в жен­щину; что половой член и яички отвратительны, что они исчезнут и/или что будет лучше, если их не иметь.

*Исключаются:*

- эгодистоническая ориентация по полу (F66.1);

- расстройство формирования сексуальности (F66.0);

- расстройство психосексуального развития (F66.0).

**F64.21 Расстройство половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа**

**F64.22. Расстройство половой идентификации в детском возрасте трансролевого типа**

**F64.29. Расстройство половой идентификации в детском возрасте неуточненное**

*Включается:*

*-* расстройство идентификации в детском возрасте БДУ.

**F64.8. Другое расстройство половой идентификации**

**F64.9. Расстройство половой неуточненное**

*Включаются:*

- отклонение от поведения, свойственного данному полу БДУ;

- расстройство половой роли БДУ.

232

**3.8. Расстройства сексуального предпочтения (F65)**

*Включаются:*

- сексуальная девиация;

- парафилии.

*Исключаются:*

*-* проблемы, связанные с ориентацией по полу (F66).

Вне зависимости от конкретного типа расстройств сек­суального предпочтения (парафилии) общими для всех них являются следующие *диагностические критерии:*

1) повторно возникающие интенсивные сексуальные импульсы и фантазии, связанные с необычными предметами или поведением;

2) эти импульсы в существенной мере определяют или нарушают общий рисунок поведения больного;

3) расстройство проявляется в течение не менее шести месяцев.

**F65.0. Фетишизм**

Использование какого-либо неодушевленного пред­мета в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения. Многие фетиши являются дополнениями к человеческому телу, такие как предметы одежды или обуви. Другая часть характеризуется особым материалом, таким как резина, пластик или кожа. Фетиши могут варьировать в их значимости для индивидуума. В не­которых случаях они просто служат для повышения сек­суального возбуждения, достигаемого обычным путем (на­пример, надевая на своего партнера какую-нибудь особую одежду).

*Диагностические указания.*

Фетишизм может быть диагностирован лишь тогда, когда фетиш служит наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или является необходимым для удовлетворительного сексуального ответа.

Фетишистские фантазии встречаются часто, но они не считаются расстройством до тех пор, пока они не приво­дят к ритуальным действиям, которые являются столь не­преодолимыми и неприемлимыми, что препятствуют осу-

233

ществдению полового акта и вызывают страдания у самого индивидуума.

Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

**F65.1. Фетишистский трансвестизм**

Надевание одежды противоположного пола главным образом для достижения сексуального возбуждения.

*Диагностические указания.*

Это расстройство необходимо дифференцировать от простого фетишизма на основании того, что фетиши­стские предметы или одежда не только одеваютбя, но и используются таким образом, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свойственную противо­положному полу. Обычно одевается больше одного пред­мета и часто полный комплект одежды, включая парик и косметику. Фетишистский трансвестизм отличается от транссексуального трансвестизма своей четкой связью с сексуальным возбуждением и сильным желанием снять одежду после достижения оргазма и снижения сексу­ального возбуждения. О фетишистском трансвестизме обычно сообщается как о ранней фазе у транссексуалов, и, вероятно, в этих случаях он представляет собой стадию в развитии транссексуализма.

*Включается:*

- трансвестистский фетишизм.

**F65.2. Эксгибиционизм**

Периодическая или постоянная наклонность к демон­страции собствен-ных половых органов незнакомым лю­дям (обычно лицам противоположного пола) или в обще­ственных местах без предложения или намерений более близкого контакта. Обычно, но не всегда, во время демон­страции имеет место половое возбуждение, которое часто сопровождается мастурбацией. Эта наклонность может проявляться только в периоды эмоционального стресса или кризиса, перемежаясь длительными периодами без по­добного поведения.

234

**F65.21. Эксгибиционизм, садистический тип**

Эксгибиционист получает максимальное удовлетворе­ние, видя страх (испуг) жертвы.

**F65.21. Эксгибиционизм, мазохистский тип**

Эксгибиционист получает максимальное удовлетворе­ние при агрессивной реакции жертвы.

**F65.29. Эксгибиционизм неуточненный**

*Включается:*

*-* эксгибиционизм БДУ.

**F65.3. Вуайеризм**

Периодическая или постоянная наклонность наблю­дать за людьми, занимающимися сексом или «интимными делами», такими как раздевание. Это обычно приводит к половому возбуждению и мастурбации и осуществляется тайно от наблюдаемой особы.

**F65.4. Педофилия**

Сексуальное предпочтение детям обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста. Одних педофилов привлекают только девочки, других - только мальчики, а третьи интересуются детьми обоего пола.

Педофилия редко встречается у женщин. Контакты между взрослыми и половозрелыми лицами юношеского возраста являются социально неодобряемыми, особенно если их участники одного пола, но они не обязательно свя­зываются с педофилией. Отдельный случай, особенно если виновник сам юношеского возраста, не свидетельствует о наличии постоянной или доминирующей наклонности, не­обходимой для постановки диагноза. Однако в число педо-

235

филов включены мужчины, которые, предпочитая взрос­лых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов привычно обращаются к детям в качестве замены. Мужчины, которые сексуально посягают на собственных детей препубертатного возраста, иногда обращаются также к другим детям и в обоих случаях их поведение определяется как педофилия.

**F65.5. Садомазохизм**

Предпочтение сексуальной активности, включающей в себя причинение боли или унижения. Если индивидуум пред­почитает быть подверженным такого рода стимуляции - это называется мазохизмом, если же он предпочитает быть ее источником - садизмом. Часто индивидуум получает сексу­альное удовлетворение как от садистической, так и от мазо­хистской активности.

Слабые проявления садомазохистской стимуляции обычно применяются для усиления в остальном нормаль­ной сексуальной активности. Эта категория может ис­пользоваться лишь а тех случаях, когда садомазохистская активность является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовлетворения.

Сексуальный садизм часто трудно ограничить от про­явлений в сексуальных ситуациях жесткости или гнева, не связанных с половым чувством. Диагноз может легко устанавливаться там, где насилие необходимо для эротиче­ского возбуждения.

*Включаются:*

*-* мазохизм;

- садизм.

**F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения**

Иногда у одного человека наблюдается более одного нарушения сексуального предпочтения без четкого преоб­ладания одного из них. Наиболее часто сочетаются фети­шизм, трансвестизм и садомазохизм.

236

**F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения**

Может встречаться множество других видов наруше­ний сексуального предпочтения и сексуальной активности, каждое из которых наблюдается относительно редко. Они включают такие виды, как непристойные телефонные звон­ки, прикосновения к людям и трение о них в многолюдных общественных местах для сексуальной стимуляции (т. е. фроттеризм), сексуальные действия с животными (зоофи­лия, содомия); сдавление кровеносных сосудов или удуше­ние для усиления полового возбуждения (синдром сексу­альной асфиксии); отдавание предпочтения партнерам с какими-либо особыми анатомическими дефектами, напри­мер с ампутированной конечностью (апотемнофилия).

Эротическая практика также является разнообразной, и многие отдельные ее виды встречаются слишком редко, что­бы было целесообразным использовать специальный термин для каждого из них. Глотание мочи, пачкание испражнения­ми, уколы кожи или сосков могут быть частью поведенческо­го репертуара при садомазохизме. Часто встречаются различ­ного рода мастурбаторные ритуалы, однако крайние степени такой практики, такие как вставление предметов в прямую кишку или мочеиспускательный канал полового члена либо неполное самоудушение, когда это происходит при обычных сексуальных контактах, относятся к патологии. В данную ру­брику также включена некрофилия, т. е. половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий.

*Включаются:*

*-* фроттеризм (фроттаж);

- некрофилия.

**F65.9. Расстройство сексуального предпочтения неуточненное**

*Включаются:*

- парафилия БДУ;

- сексуальная девиация БДУ.

Лечебно-диагностические мероприятия у пациентов с расстройствами сексуального предпочтения включают диагностическое обследование и коррегирующее лечение.

237

Перечень необходимых обследований:

- подробное анамнестическое обследование, по воз­можности с получением данных объективного анам­неза, что позволяет проследить динамику психосек­суального развития;

- клинико-психопатологическое обследование для вы­явления/ исключения психической патологии у паци­ента;

- сексологическое обследование;

- экспериментально-психологическое исследование с применением тра-диционных и специфических (для определения особенностей сексуальных предпочтений) методик;

- при необходимости дифференциальной диагности­ки с органической патологией головного мозга - нейрофизиологическое обследование (ЭЭГ, РЭГ, М-ЭХО).

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы расстройств полового предпочтения, она на­правлена на выявление психопатологической отягощенности и социальной опасности пациентов - Диагностика прово­дится в первую очередь с группой эндогенных психических заболеваний (шизофрения, эпилепсия, аффективные рас­стройства), группой расстройств личности и поведения в зрелом возрасте, а также органическими психическими расстройствами и умственной отсталостью.

Цели и ожидаемый результат лечения - ослабление аномального полового влечения и повышение социально-психологической и сексуально-пове-денческой адаптации.

Наиболее адекватным следует считать амбулаторное лечение, не нарушающее привычный ритм жизни боль­ных. Стационарное - при выраженной тяжести состоя­ния, наличии критериев для недобровольной госпитали­зации. Продолжительность - варьирует в зависимости от тяжести состояния, индивидуальных особенностей пациента от полугода-года до нескольких лет. Лечебно-реабилитационная программа строится с учетом выявлен­ной психической патологии, личностных особенностей больных, их социальной адаптации.

Выделяют следующие *противопоказания к сексологи­ческому лечению:*

- психические заболевания, зависимость от психоактивных веществ; расстройства личности, приводя­щие к грубым нарушениям социальных связей;

- интеллектуальная недостаточность;

- безволие и пассивность пациента, а также личност­ная и эмоциональная незрелость с нечетким осозна­нием своих мотивов и побуждений.

Терапия должна быть комплексной, сочетанной, по­следовательной.

Комплексное коррегирующее лечение включает ряд последовательных этапов, каждый из которых решает свои задачи.

***I этап*** *-* коррекция эмоционального фона и закреп­ление установки на лечение. Важное место при этом зани­мает нормализация соматических функ-ций, оптимизация режима сна - бодрствования. При астенических явлениях используются ноотропы, адаптогены. Наличие в структуре расстройства сексуального предпочтения психопатологи­ческих образований служит основанием для проведения психофармакотерапии. Так, для коррекции аффективных нарушений депрессивного круга применяют амитрипти-лин, мапротилин, кломипрамин, флувоксамин, сертралин. По показаниям применяют транквилизаторы: клоназепам (антилепсин), феназепам, алпразолам (ксанакс) или ней­ролептики: тиоридазин, перициазин (неулептил), сульпирид, хлорпротиксен, галоперидол и клозапин (лепонекс). Психотерапевтическое лечение включает рациональную психотерапию, гипносуггестию, элементы аутотренинга с использованием модифицированных методик самовнуше­ния.

***II этап*** *-* ослабление, а затем и устранение пато­логического сексуаль-ного влечения и связанных с ним переживаний. Могут использоваться психотропные препараты. Так, при лечении парафилий с обсессивно-компуль-сивным характером аномального полового вле­чения (случаи фетишизма, вуайеризма) применяются флуоксетин (прозак), кломипрамин. Связь парафильных реализаций с психомоторными пароксизмами при ви­сочной эпилепсии определяет показания к назначению антиконвульсантов, в частности карбамазепина. Психо­терапия направлена на последовательное разрушение

239

паттерна аномального сексуального поведения, который состоит из трех компонентов - мышечного (двигательно­го), эмоционального и сенсорного. На мышечный компо­нент воздействуют с помощью телесно-ориентирован-ных техник (например, больному предлагают представить в воображении привычное для него парафильное поведе­ние, но при этом его телу придается неестественная для данной ситуации поза, что влечет развал всего поведен­ческого паттерна). Приемы гештальттерапии направлены прежде всего на отщепление эмоционального компонен­та. Техники НЛП и эриксоновского гипноза применяются для трансформации всех модальностей сенсорного ком­понента парафильного акта. Также проводится психоте­рапевтическая коррекция личностных нарушений в виде чувства неполноценности, страха перед общением, труд­ностей социальных контактов. Это необходимое условие для повышения самооценки пациентов и формирования у них чувства уверенности в себе.

***III этап*** *-* создание своеобразного «социально-психологического вакуума», при котором происходит регресс психического «Я», выражающийся в ощуще­нии собственной бесполости с дезактуализацией поло­вой жизни в рамках снижения актуальности настоящего. Для этой цели чаще всего используются трансовые техники. Затем постепенно формируется адекватное эстетическое восприятие лиц противоположного пола, этически пра­вильное отношение к ним. Пациентам рекомендуют занятия силовыми видами спорта, бальными танцами, с ними про­водят тренинги по полоролевому поведению. В состоянии релаксации или гипнотического транса в воображении пациента формируются и закрепляются навыки есте­ственного и непринужденного общения с лицами проти­воположного пола, которые в дальнейшем отрабатыва­ются в ситуациях реального взаимодействия с ними.

***IV этап*** *-* формирование и закрепление адекватно­го эротического отношения к лицам противоположного пола с последующей выработкой и реализацией соответ­ствующих форм сексуального поведения. Используют­ся приемы когнитивной терапии, техники визуализации, гипносуггесия, секс-терапия (чувственное фокусирова­ние). Поощряется постепенный переход к нормативной

240

сексуальной активности (от эротических ласк и петтинга к половым актам).

У больных без установки на сексологическое лечение, представляющих социальную опасность, для снижения ли­бидо парафилической направленности и упорядочивания их поведения (в том числе и сексуального) используются ней­ролептики пролонгированного действия - галоперидола деканоат, пипотиазин пальмитат (пипортил Л4). Наиболее эффективно курсовое назначение депонированных форм ципротерона ацетата (андрокур-депо) либо метоксипрогестеронацетата (депо-провера), которые подавляют либидо и снижают общую активность пациентов, а в ряде случаев приводят к утрате сексуальной мотивации.

При отсутствии эффекта показано проведение по­вторных курсов психотерапии, назначение психотропных препаратов, антиандрогенов, изменение их дозировок. При сохранении расстройств сексуального предпочтения, не представляющих какой-либо социальной опасности, психотерапевтические мероприятия могут быть сфоку­сированы на устранении внутреннего конфликта, приня­тии пациентом собственной девиантной сексуальности и улучшение его социально-психологической адаптации.

**3.9. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу (F66)**

Примечание: сама по себе ориентация по полу не рас­сматривается в качестве расстройства. Для регистрации вариантов сексуального развития и ориентации по полу, которые могут обусловливать проблемы для индивидуума, используются следующие пятизначные коды:

- F66.х0 Гетеросексуальный тип.

- F66.х1 Гомосексуальный тип.

- F66.х2 Бисексуальный тип. Используется только при очевидности сексуальной привлекательности обоих полов.

- F66.х8 Другой тип, включая препубертатный.

241

Пациент страдает от сомнений в собственной половой принадлежности или ориентации по полу, что приводит к тревоге или депрессии. Наиболее часто имеет место в юно­шеском возрасте у лиц, которые не уверены в том, явля­ются ли они гомосексуальными, гетеросексуальными или бисексуальными; или у лиц, которые после периода явно стабильной ориентации по полу, часто со стабильными от­ношениями, обнаруживают, что их ориентация по полу из­меняется.

*Включается:*

*-* расстройство формирования сексуальности.

Обследование:

- исследование половой идентификации: тест Маховера (рисунок человека), рисунок семьи, ММРI;

- определение личностных акцентуаций (опросник Шмишека, ПДО);

- клинико-психопатологическое исследование (выяв­ление расстройств тревожного и депрессивного кру­га).

Лечение - направлено на разрешение сомнений паци­ентов в своей половой принадлежности либо сексуальной ориентации, повышение их психосексуальной и социальной адаптации. Психокоррегирующее лечение включает приме­нение небольших доз транквилизаторов и антидепрессантов с седативным Действием. На этом фоне проводится рацио­нальная психотерапия, направленная на разъяснение осо­бенностей психосексуального развития и ослабление навяз­чивых сомнений по поводу собственной сексуальности.

**F66.1. Эгодистоническая ориентация по полу**

Половая принадлежность или сексуальное предпо­чтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имею­щихся психологических или поведенческих расстройств и может искать лечение с целью изменить их.

Следует отметить: сюда же относятся случаи, при ко­торых сексуальное предпочтение не вызывает сомнений.

242

Однако индивидуум, не желая его изменить, готов на хи­рургическую и/или гормональную коррекцию собственно­го тела.

*Исключается:*

*-* транссексуализм (F64.0).

Обследование:

- исследование половой идентификации (тест Маховера (рисунок человека), рисунок семьи, ММРI);

- исследование особенностей эмоционально-личност­ной сферы и межличностного взаимодействия (опро­сники ММРI, Кеттелла, Лири, «семантический диф­ференциал»);

- клинико-психопатологическое исследование для ис­ключения шизофрении, шизотипических и шизоаффективных расстройств.

Лечение направлено на повышение социально-психо­логической и сексуальной адаптации пациентов. Включает психотерапию в индивидуальном, парном, семейном и груп­повом форматах.

Если эго-дистоническая сексуальная ориентация по полу возникла как одно из проявлений психического рас­стройства - лечение основного заболевания.

**F66.2. Расстройство сексуальных отношений**

Нарушения половой принадлежности или сексуально­го предпочтения вызывают трудности в формировании или обеспечении отношений с сексуальным партнером.

Обследование:

- выявление аномалий половой идентификации, ис­следование характера сексуального влечения (тест Маховера, кех-тест, ММР1);

- исследование эмоционально-личностных особен­ностей и особенностей межличностных отношений (ММР1, опросники Кеттелла, Лири, рисунок семьи, «семантический дифференциал»);

- клинико-психопатологическое исследование для исключения шизофрении, шизотипических, шизоаффективных расстройств и расстройств лично­сти.

Лечение включает различные формы психотерапии в индивидуальном, парном, семейном и групповом фор­матах. Его целью является улучшение межличностного и сексуального взаимодействия с партнером и повышение социально - психологической адаптации пациентов.

243

**F66.8. Другие расстройства психосексуального развития**

**F66.9. Расстройства психосексуального развития неучтенное**

244

**Глава 4. Фармакотерапия**

**сексуальных расстройств**

Лечение большинства сексуальных дисфункций явля­ется комплексным и предполагает использование фарма­котерапии, которая сочетается с методами психотерапев­тической коррекции. Выбор лекарственных средств при нарушениях половой функции определяется причиной расстройства, характером его течения, возрастом паци­ентов, сопутствующей соматической либо психической патологией. В соответствии с этим медикаментозное ле­чение может быть этиологическим, патогенетическим или симптоматическим (В.В. Кришталь, Б.Л. Гульман, 1997). Чтобы облегчить специалистам выбор наиболее подходя­щих лекарственных средств для коррекции тех или иных половых расстройств ниже представлен ряд препаратов из различных фармакологических групп, которые наибо­лее широко используются в сексологической практике. Приведены их названия, основные характеристики и ре­комендации по применению у пациентов сексологическо­го профиля.

**4.1. Адаптогены**

**и сходные с ними стимулирующие вещества**

**А. Средство растительного происхождения и продукты пчеловодства**

*Корень женьшеня.* Химический состав сложен - со­держит эфирные масла, пектины, специфические гликозиды (панаксозиды и глизенозиды), сапонины и другие вещества. Издавна применяется в качестве тонизирующе­го средства при гипотонии, переутомлении и астенических

245

состояниях. Является неспецифическим стимулятором по­ловой сферы человека. Усиливает либидо и повышает по­тенцию у мужчин и способность к переживанию оргазма у женщин. Назначают внутрь (до еды) в виде 10 % спиртовой настойки по 10 - 25 капель 1 - 3 раза в день, либо в капсулах, содержащих по 1 г экстракта корня женьшеня, 1 - 2 раза в день. Курс лечения женьшенем при половых дисфункциях составляет 30 - 40 дней.

*Противопоказания:* артериальная гипертензия, повышенная нервная возбудимость, бессон­ница.

*Лимонник китайский.* Содержит схизандрин, эфир­ные масла, органические кислоты, углеводы, витамин С и другие вещества. Лечебные препараты готовят из дико­растущей лианы китайского лимонника, причем наиболее выраженным стимулирующим действием обладает 10 % настойка семян растения. Оказывает возбуждающее влия­ние на ЦНС, стимулирует сердечно - сосудистую систему и дыхание. Улучшает работоспособность при умственном и физическом утомлении. Способствует повышению полово­го влечения и потенции, а также усилению сперматогенеза. Применяют по 20 - 30 капель 1 - 3 раза в день (до еды) не ме­нее 1 месяца.

*Противопоказания:* заболевания желудочно - кишечного тракта, нарушения сна, повышенное артериаль­ное давление.

*Сапарал.* Содержит сумму аммонийных оснований солей тритрерпеновых гликозидов, получаемых из кор­ней аралии маньчжурской. Оказывает стимулирующее влияние на ЦНС. Применяют при гипотонии, астении. Как тонизирующее и стимулирующее средство при сни­жении потенции назначают по 0,05 г (1 таблетка) 2 - 3 раза в день в первой половине дня. Курс лечения 15 - 30 дней. После 1 - 2 недельного перерыва можно проводить по­вторные курсы по 0,05 - 0,1 г в день в течение 10 - 15 дней.

*Противопоказания:* эпилепсия, гиперкинезы, гиперто­ния, бессонница.

*Тентекс - форте.* Препарат, разработанный с исполь­зованием рецептов древней индийской медицины, со­держит 10 ингредиентов растительного происхождения. Обладает стимулирующим и тонизирующим эффектом. У мужчин повышает либидо и улучшает качество эрек­ций. Может назначаться для повышения сексуальной ак -

246

тивности после перенесенных соматических заболеваний, облучения; для поддержания сексуальной активности в пожилом возрасте. Эффективен при снижении потенции у пациентов с алкогольными ремиссиями (в сочетании с гепатопротекторами и поливитаминами). Рекомендуемая дозировка: по 1 таблетке 2 - 3 раза в день, при недоста­точном эффекте суточная доза может быть увеличена до 6 таблеток. Курс лечения 30 - 40 дней. В инволюционном периоде тентекс - форте назначают по 1 таблетке дважды в сутки в течение 50 дней. Курс лечения повторяют каждые 6 месяцев. Эффективность препарата усиливается при со­вместном применении с кремом химколин (см. ниже). *Про­тивопоказания:* артериальная гипертензия, выраженный атеросклероз, хронические заболевания почек и сердечная недостаточность.

***Верона*** *-* комплексный природный препарат на осно­ве лекарственных трав. Верона стимулирует клетки Лейдига, улучшает сперматогенез. Препарат увеличивает по­движность сперматозоидов, а также объем выделяющейся спермы. Является биостимулятором, повышает умственную активность, устойчивость к стрессам. Оказывает иммуномодулирующее действие. Верона усиливает половое влече­ние и способствует улучшению качества эрекций. Может применяться при климактерическом синдроме у женщин. Выпускается в капсулах, которые назначают по 1 - 2 дваж­ды в сутки. Капсулы принимают утром перед завтраком и вечером перед сном, запивая молоком. Курс лечения со­ставляет от 4 до 6 недель. Передозировка препарата мало­вероятна. В единичных случаях возможно возникновение аллергических реакций.

***Бука - Бука*** *-* натуральная смесь из десяти растений южноафриканского региона. За счет афродизиатического действия (усиления полового влечения, эрекций и обо­стрения сексуальных переживаний) обладает симптома­тическим действием при снижении либидо и потенции у мужчин. Усиливает половое влечение, чувствительность эрогенных зон, воллюст и оргазм у женщин. Выпускается в таблетках по 550 мг. Способ применения: по 2 таблетки ежедневно. При разовом использовании рекомендуется принимать по 4 - 5 таблеток вместе с едой за 2 - 3 часа до по­ловой близости.

247

***Леветон -*** комбинированный препарат, состоящий из цветочной пыльцы, порошка корней левзеи (содержит фитоэкдистероид - экдистен), витаминов Е и С. Эффекти­вен при астенических состояниях и переутомлении. Сти­мулирует иммунитет и обладает общеукрепляющим дей­ствием у людей пожилого возраста. Усиливает либидо и улучшает качество эрекций. Для повышения потенции особенно эффективен у лиц с алкогольной зависимостью, находящихся в ремиссии. Рекомендуется по 3 - 4 таблетки в день непрерывно на протяжении 20 - 30 дней (до 4 - 5 кур­сов в год). *Противопоказания:* артериальная гипертензия и бессонница.

***Элтон*** *-* композиция из порошка корней элеутеро­кокка, витаминов Е, С и цветочной пыльцы. Препарат сти­мулирует ЦНС, повышает физическую и умственную ра­ботоспособность, особенно при астенических состояниях и переутомлении. Способствует регенерации поврежден­ных тканей, является иммуностимулятором. Усиливает либидо у лиц обоего пола и эрекцию у мужчин, повышает уровень сексуального возбуждения. Применяется по 1 таб­летке 3 раза в день в течение 30 дней. В год может быть проведено до 4 курсов лечения препаратом.

*Противопо­казания:* повышенное артериальное давление, нарушения сна.

***Апилак*** *-* сухое вещество нативного пчелиного ма­точного молочка (секрета аллотрофических желез рабо­чих пчел). Маточное молочко содержит микроэлементы, в частности цинк, который играет у человека огромную роль для поддержания нормальной генеративной и сек­суальной функций, В нем также представлены витамины, аминокислоты, ферменты, гормоноподобные вещества и биокатализаторы. Маточное молочко способствует более интенсивному обмену веществ, стимулирует синтез гор­монов, улучшает физическое самочувствие. Препарат ока­зывает позитивное влияние на сексуальную активность и качество эрекций у мужчин. К его достоинствам следу­ет отнести возможность применения у лиц, страдающих сердечно - сосудистыми заболеваниями. Апилак назначает­ся сублингвально по 10 мг (1 таблетка) 3 раза в день. Курс лечения в среднем составляет 20 - 25 дней. *Противопоказа­ния:* болезнь Аддисона, идиосинкразия к препарату.

248

**Б. Средства животного происхождения**

***Пантокрин -*** наиболее распространенный адаптоген животного происхождения. Представляет собой жид­кий спиртовой экстракт (на 50 % спирте) из пант (молодых неокостенелых рогов) марала, изюбра и пятнистого оленя. Также выпускается в таблетках по 0,15 г (соответствует 1 мл спиртового экстракта с активностью 30 - 35 %) и в виде раствора для инъекций по 1 и 2 мл. Применяют в качестве тонизирующего средства при переутомлении, астенических состояниях, гипотонии. В ряде случаев приводит к усиле­нию полового влечения у лиц обоего пола и эрекций у муж­чин. Эффект от приема пантокрина по 45 капель 2 раза либо по 1 таблетке 2 - 3 раза в день (за полчаса до еды) наблюда­ется уже через 6 - 8 дней, достигая максимума на 3 - 4 неделе. Препарат вводят подкожно или внутримышечно по 1 - 2 мл в день на протяжении 2 - 3 недель. Существуют данные, что частые повторные введения пантокрина ослабляют и даже полностью угнетают реакцию организма на этот препарат. *Противопоказания:* выраженный атеросклероз, заболева­ния сердца, нефриты, диарея.

***Касолин -*** сложная смесь химических соединений, полу­чаема я из сп ирто в ого экстракта бобровой струи, переэкстрагированного в растительное масло, выпускается в желатиновых капсулах по 0,1 г и 0,2 г. Бобровая струя - мускусоподобный секрет касторовых или препуциальных желез преимуществен­но самцов бобра речного, содержащий около 40 биологически активных ингредиентов. Касолин оказывает общетонизирую­щий эффект, стимулирующе воздействует на репродуктивную функцию, может повышать уровень тестостерона в плазме крови, способствует усилению либидо и потенции у мужчин. Рекомендуется применять внутрь по 0,1 - 0,2 г (1 - 2 капсулы) 3 раза в день во время еды в течение 15 - 30 дней.

*Противопока­зания:* органические поражения мочеполовой системы, вене­рические заболевания и патология надпочечников.

**В. Комбинированные средства (животно -**

**растительного прохождения)**

***Нань - бао -*** комбинированный препарат, составлен­ный по китайским традиционным рецептам. В состав вхо -

249

дит около 30 трав, а также почки осла, панты, зори, мор­ской конек, эвкоммию. Оказывает мягкий стимулирующий эффект, повышает потенцию, при ускоренной эякуляции может увеличивать продолжительность коитуса, улучшает функциональную активность предстательной железы при хронических простатитах. Применяют у мужчин внутрь 2 раза в день по 3 капсулы (утром и вечером после еды). Курс лечения - 1 месяц. Противопоказания не выявлены.

*Тестис - композитум -* представляет собой многоком­понентный гомеопатический препарат, состоящий из адаптогенов, микроэлементов, витаминов и ингредиентов из эндокринных желез животных. Оказывает регулирующее воздействие на эндокринный аппарат мужчины, приводя к постепенному усилению либидо, остроты оргастических ощущений и возникновению более качественных эрекций. Эффективен при сексуальных дисфункциях у мужчин в периоде возрастной инволюции. Способствует редукции астенического симптомокомплекса. Выпускается в ампу­лах для инъекций по 2,2 мл. Препарат вводят подкожно либо внутримышечно 2 раза в неделю на протяжении 5 не­дель (на курс 10 инъекций). В зависимости от достигнуто­го эффекта количество инъекций может колебаться от 1 до 3 в неделю. Противопоказания неизвестны.

**4.2. Витамины и поливитаминные комплексы, содержащие макро - и микроэлементы и биоактивные вещества**

*Токоферола ацетат -* синтетический препарат вита­мина Е. Токоферолы содержатся в зеленых частях расте­ний, особенно в молодых ростках злаков, В растительных маслах, в меньших количествах - в яйцах, жире, мясе и молоке. Витамин Е тормозит перекисное окисление липидов, являясь природным антиоксидантом. Он участвует в важнейших процессах тканевого метаболизма, в регуля­ции функции репродуктивных органов. Выпускается в виде капсул по 0,05 и 0,1 г, а также в виде 5, 10 или 30 % раствора для внутримышечных инъекций в ампулах по 1 мл соответ -

250

ственно (50, 100 или 300 мг). Используется в комплексном лечении мужчин с нарушениями сперматогенеза и потен­ции по 150 - 300 мг в сутки в течение 4 - 6 недель. Токоферола ацетат в суточной дозе 600 - 800 мг применяется в лечении болезни Пейрони (особенно на начальной стадии заболева­ния при наличии болевого синдрома). Необходимо с осторожностью назначать препараты витамина Е у больных с тяжелым кардиосклерозом.

***Юникап - Т -*** комбинированный поливитаминный пре­парат, содержащий макро - и микроэлементы. Использует­ся для профилактики и лечения гиповитаминоза и дефици­та минеральных веществ, в частности в период реконвалес - ценции после продолжительных или тяжело протекающих заболеваний, а также при алкогольной зависимости. Пре­парат усиливает неспецифическую резистентность орга­низма, повышает общий тонус, позитивно влияет на сек­суальную активность (особенно при гиповитаминозах, астенических состояниях любого генеза и алкогольной за­висимости). Юникап - Т выпускается в таблетках, которые на­значают 1 раз в сутки на протяжении одного - двух месяцев.

**4.3. Половые гормоны и средства влияющие на гормональное обеспечение половой сферы**

**А. Андрогены и их синтетические аналоги**

***Тестостерона пропионат -*** синтетический аналог эндогенного андрогена тестостерона. Постоянная выра­ботка тестостерона в мужских половых железах начи­нается в период полового созревания и продолжается до периода угасания сексуальной функции в глубокой старо­сти. Циркулирующий в крови тестостерон превращается в органах - мишенях в дегидротестостерон (с помощью фер­мента 5а - редуктазы), который связывается с рецепторами андрогенов, обеспечивая специфическое действие, прису­щее мужским половым гормонам. Тестостерона пропионат выпускается в ампулах по 1 мл 1 % или 5 % раствора в масле для внутримышечных инъекций. Его применение у мужчин

251

способствует повышению либидо, однако на частоту и ка­чество эрекций препарат отчетливо влияет лишь при имею­щейся андрогенной недостаточности (содержание тес­тостерона в плазме крови ниже 5 нг/мл). Неоправданное назначение препаратов мужских половых гормонов явля­ется наиболее частой ошибкой в терапии эректильных дис­функций различной этиологии. Напротив, проведение за­местительной терапии андрогенами у мужчин, страдающих первичным (тестикулярным) гипогонадизмом, приводит к усилению у них либидо, появлению сексуальных фантазий и желания близости, увеличивает частоту возникновения эрекций и эякуляции, активизирует сперматогенез. Обыч­но назначают по 1 мл 5 % раствора тестостерона пропионата внутримышечно 2 - 3 раза в неделю в течение 1 - 2 ме­сяцев. Необходимо отметить, что применение у мужчины андрогенов, особенно в высоких дозах, приводит к сниже­нию секреции гипофизарных гонадотропинов, что в свою очередь ведет к угнетению выработки собственного (эн­догенного) тестостерона, а также может способствовать развитию гипертрофии простаты. Тестостерона пропионат влияет на водно - электролитный баланс, вызывая задержку в организме натрия и воды. Как и любые другие андрогены, препарат противопоказан при раке предстательной желе­зы и опухолевых процессах печени.

Для повышения реактивности генитальных эрогенных зон тестостерона пропионат иногда применяется у жен­щин местно. В этом случае его масляный раствор регуляр­но втирают в область клитора и входа во влагалище (2 - 3 недели). Поскольку препарат практически не всасывается через кожные покровы и слизистые оболочки, он не оказы­вает на женский организм побочных эффектов, присущих андрогенам, но может усилить специфическую тактильную чувствительность половых органов.

А.М. Свядощ (1987) с целью усиления либидо назначал фригидным женщинам с хорошо развитыми вторичными половыми признаками тестостерона пропионат по 50 мг внутримышечно через день (на курс 4 инъекции).

***Тестостерона андеканоат (андриол)*** *-* препарат тестостерона, активен при пероральном применении. Дей­ствующим веществом является тестостерона андекаонат, который в отличие от чистого тестостерона не подвергает -

252

ся первичному печеночному метаболизму, распределяясь в лимфатической системе. Андриол выгодно отличается от активных при пероральном использовании С-17 метилиро­ванных производных тестостерона (например, метилтестостерона) тем, что не оказывает отрицательного влияния на функцию печени. Препарат применяется для гормоноза - местительной терапии при нарушениях, связанных с дефи­цитом тестостерона: посткастрационном синдроме; евну­хоидизме, гипопитуитаризме, некоторых видах бесплодия, обусловленных нарушением сперматогенеза, половых рас­стройствах эндокринного генеза.

Рекомендуемая начальная доза составляет 120 - 160 мг/ сутки (3 - 4 капсулы) в течение 2 - 3 недель. Поддерживающая доза - 40 - 80 мг/сутки. В отдельных случаях может вызы­вать задержку воды и солей в организме, поэтому лечение пациентов с сердечной недостаточностью, нарушениями функции почек, артериальной гипертонией, эпилепсией и мигренью следует проводить под постоянным врачебным контролем.

***Местеролон (провирон)*** *-* синтетический андроген для приема внутрь. Выпускается в таблетках, содержащих 25 мг местеролона. В отличие от препаратов тестостеро­на провирон не превращается в соединения, обладающие эстрогенной активностью, и практически не влияет на уро­вень гонадотропинов в крови. В терапевтических дозах препарат не подавляет синтез собственного тестостерона, а также не оказывает гепатотоксического действия. Для проведения стимулирующей сперматогенез терапии препа­рат используется в дозе от 75 до 150 мг/сутки в течение 3 - 9 месяцев. Провирон устраняет обусловленные недостат­ком эндогенных андрогенов снижение либидо и нарушения потенции. Рекомендуемая доза составляет 75 мг/сутки в начале лечения с постепенным ее снижением (через 2 - 4 не­дели) до 50 - 25 мг/сутки.

Противопоказан больным с раком предстательной же­лезы, а также при имевших место или существующих опу­холях печени.

***Метилтестостерон*** *-* синтетический аналог тесто­стерона. Выпускается в таблетках по 5 и 10 мг. Для боль­шего эффекта рекомендуется задерживать таблетку метилтестостерона в полости рта под языком до полного

253

рассасывания. При сублингвальном применении препарата он примерно в 3 - 4 раза уступает по активности тестосте­рона пропионату, вводимому внутримышечно. У мужчин метилтестостерон назначают по 10 - 20 мг/сутки при сни­жении либидо и потенции в период возрастной инволюции, а также при первичном гипогонадизме.

У женщин с вторичным снижением или отсутствием полового влечения (например, после родов) для усиления либидо рекомендуются короткие (запускающие) курсы метилтестостерона (по 5 - 10 мг/сутки) во второй фазе мен­струального цикла. С этой же целью возможно комбини­рованное применение этинилэстрадиола (микрофоллина) по 0,05 - 0,01 мг/сутки в первую фазу цикла и метилтестостерона по 10 мг/сутки - во вторую фазу на протяжении 1 - 2 менструальных циклов. А.М. Свядощ (1987) для усиле­ния полового влечения и способности переживать оргазм рекомендовал женщинам принимать метилтестостерон в дозе 5 мг 2 - 3 раза в день в течение одного цикла, начиная с первого дня после окончания менструаций и до наступле­ния следующих либо по 5 мг 5 раз в день 4 - 6 дней подряд. Андрогены подлежат немедленной отмене, если у женщи­ны появляется охриплость голоса, растительность на лице, усиливается выпадение волос, возрастает масса тела, на­рушается менструальный цикл и резко увеличивается гемо­глобин крови.

Иногда метилтестостерон применяют при патологиче­ском климаксе (если имеются противопоказания к назначе­нию эстрогенных препаратов). Рекомендуемая доза - 5 мг 1 - 3 раза вдень.

Возможные осложнения и противопоказания такие же, как при применении тестостерона пропионата.

***Тестостерона ундеканоат (небидо).***Выпускает­ся в ампулах, каждая из которых содержит 1000 мг дей­ствующего вещества в 4 мл раствора для внутримышеч­ных инъекций (250 мг тестостерона ундеканоата в 1 мл). Небидо является первым препаратом для лечения гипогонадизма у мужчин, который применяется 1 раз в 3 ме­сяца. После одной инъекции уровень тестостерона под­держивается в физиологических пределах в течение 3 месяцев без патологических повышений и снижений. Небидо эффективно снижает проявления гипогонадиз -

254

ма и предотвращает осложнения, связанные с дефицитом тестостерона, такие как: ослабление эрекции и полово­го влечения, уменьшение мышечной массы и силы, повы­шенная утомляемость, депрессивные состояния, слабая выраженность вторичных половых признаков, риск воз­никновения остеопороза. Преимуществом небидо для пациента является быстрое наступление эффекта и дли­тельность действия препарата. Исходя из оптимального сочетания эффективности, физиологического действия и безопасности, небидо в ближайшем будущем имеет все основания, чтобы стать «золотым стандартом» для про­лонгированной терапии как при «классическом» гипогонадизме, так и при возрастном дефиците андрогенов. Небидо вводится очень медленно, глубоко в ягодичную мышцу. После введения, тестостерона ундеканоат посте­пенно высвобождается из депо и расщепляется эстеразами сыворотки крови на тестостерон и ундеканоат. Действие тестостерона ундеканоата на организм идентично дей­ствию эндогенного тестостерона. Повышение уровня те­стостерона в сыворотке крови по сравнению с исходным отмечается уже на следующий день и достигает физиоло­гических значений через три дня после первой инъекции. Препарат обладает хорошей переносимостью. При дли­тельном применении небидо рекомендуется измерять уро­вень тестостерона крови 1 раз в год.

*Противопоказания:* злокачественные опухоли про­статы или молочной железы, опухоли печени, повышенная чувствительность (аллергия) на тестостерона ундеканоат или на любой из остальных компонентов препарата.

**Б. Анаболические стероиды**

***Метандростенолон*** *-* обладает андрогенной ак­тивностью примерно в 100 раз меньшей, чем тестостерона пропионат при примерно одинаковом анаболическом эф­фекте. Стимулирует синтез белка в организме. Выпуска­ют в таблетках по 5 мг. В эндокринологии применяют при межуточно - гипофизарной недостаточности, хронической недостаточности надпочечников, тиреотоксикозе, в комп­лексном лечении диабетических ангиопатий, в том числе

255

с вовлечением генитальных артерий. Снижение либидо и потенции у реконвалесцентов после перенесенных травм, операций, ожогов, соматических заболеваний, а также при затяжных астенических состояниях различного генеза яв­ляются показаниями для назначения метандростенолона по 1 таблетке (5 мг) 1 - 2 раза в день в течение 4 - 8 недель. Метандростенолон противопоказан при раке простаты, остром простатите, тяжелых заболеваниях печени.

***Нандролона деканоат (ретаболил)*** *-* обладает силь­ным и длительным анаболическим действием. Андрогенные эффекты выражены мало. Стимулирует белковый синтез, способствует фиксации в костях кальция. Клинически его действие проявляется в повышении аппетита, улучшении общего состояния и постепенном увеличении мышечной массы. Выпускается в ампулах по 1 мл 5 % раствора (50 мг) в масле. После инъекции эффект достигает максимума к 7 - му дню и продолжается не менее 3 недель. У лиц пожилого и старческого возраста ретаболил используют для улучше­ния компенсаторных и адаптационных процессов. Препа­рат можно применять в комплексном лечении мужчин со снижением либидо и потенции на фоне выраженной астенизации. Назначают внутримышечно по 1 мл 1 раз в 3 - 4 не­дели. На курс 3 - 4 инъекции. Ретаболил с осторожностью используется при недостаточной функции печени и почек. У больных сахарным диабетом применение ретаболила мо­жет уменьшать потребность в инсулине, в связи с чем необ­ходимо тщательно проверять толерантность к глюкозе.

**В. Гонадотропины**

*Хорионический гонадотропин (прегнил, крофази) -* активное вещество, которое представляет собой хорионический гонадотропин, получаемый из мочи беременных женщин. У мужчин препарат стимулирует развитие интер - стициальных клеток Лейдига в семенниках и выработку тестостерона. Выпускают в виде сухого вещества для инъ­екций по 1000,1500, 2000, 5000 МЕ в ампулах в комплекте с растворителем. При гипогонадотропном гипогонадизме у мужчин в целях нормализации уровня тестостерона в сы­воротке крови вводят подкожно или внутримышечно до

256

4000 МЕ профази еженедельно в течение 3 недель. Для индукции сперматогенеза назначают до 12 000 МЕ хорионического гонадотропина каждую неделю на протяжении 6 - 9 месяцев. При идиопатическом отсутствии или выражен­ном снижении полового влечения у мужчин иногда исполь­зуют короткие «триггерные» курсы лечения, где 6 - 8 инъ­екций тестостерона пропионата (по 1 мл 5 % раствора), осуществляемых через день, чередуются с аналогичным числом инъекций профази (прегнила) по 1500 МЕ, вводи­мых также через день. Данная комбинация позволяет до­биться усиления либидо и максимально ослабить побочные эффекты синтетических андрогенов в виде снижения секре­ции гипофизарных гонадотропинов и угнетения выработки эндогенного тестостерона. Хорионический гонадотропин может вызывать задержку жидкости в организме и отеки.

У женщин хорионический гонадотропин применяются прежде всего при ановуляторной дисфункции яичников и связанным с ней бесплодием.

Препарат противопоказан при опухолях гипофиза и предстательной железы, а также воспалительных заболе­ваниях половой сферы.

**Г. Ингибиторы секреции пролактина**

***Бромкриптин (парлодел)*** *-* полусинтетическое про­изводное алкалоида спорыньи эргокриптина. Выпускают в таблетках по 2,5 мг и в капсулах по 5 мг. Стимулируя цен­тральные допаминовые рецепторы, оказывает тормозящее влияние на секрецию гормонов передней доли гипофиза, особенно пролактина и соматотропина. В результате сти­муляции допаминергической передачи в нигростриальной системе уменьшает симптомы паркинсонизма. Эффективен при различных расстройствах, обусловленных повышен­ным уровнем пролактина. У мужчин гиперпролактинемия может проявляться снижением либидо и потенции, гипогонадизмом, галактореей и гинекомастией. В 50 % случаев гиперпролактинемию вызывают пролактинсекретирующие макро - и микроаденомы гипофиза. Другие причины гиперпролактинемии - параселлярная опухоль (менингиома, краниофарингиома), которая сдавливает ножку гипофиза

9 Медицинская сексология

257

или гипоталамус, гипотиреоз, патология печени, почек, прием медикаментов, стимулирующих секрецию пролактина. Иногда возникает умеренная, но стойкая пролактинемия неясного происхождения (идиопатическая). У женщин гиперпролактинемия встречается чаще, чем у мужчин, и яв­ляется причиной 20 - 25 % случаев аменореи. Ее основные симптомы: вторичная аменорея, ановуляторные циклы, галакторея, снижение либидо, слабо выраженные гирсутизм и акне.

При пролактиномах назначают ежедневно по 2,5 - 3,75 мг (по 0,5 таблетки 2 - 3 раза в сутки) с постепенным повыше­нием дозы до терапевтически эффективной. В небольших дозах (1,25 мг/сутки) бромкриптин как стимулятор Д2 - допаминовых рецепторов может применяться для повы­шения либидо даже при отсутствии стойкой гиперпролактинемии. *Противопоказания:* гипотония, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при нарушениях сер­дечного ритма; ангиоспазмах, заболеваниях желудочно - кишечного тракта и психических расстройствах.

***Каберголин (достинекс)*** *-* производное алкалоида спорыньи эрголина. Выпускается в таблетках, содержащих по 0,5 мг каберголина. Является новым селективным агонистом допамина. Его сродство к допаминовым рецепторам в 20 раз выше, чем у бромкриптина. Достинекс - препарат выбора для терапии гиперпролактинемических состояний. Обеспечивая снижение уровня пролактина, он не влияет на концентрацию других гормонов, в частности гормона ро­ста. Препарат обеспечивает восстановление либидо у муж­чин и женщин и потенции у мужчин, обусловленных гипер - пролактинемией.

*Режим назначения достинекса.*

I этап - подбор оптимальной дозы:

- начальная доза: 0,5 мг в 2 приема (1/2 таб. 2 раза в неделю);

- «титровка» дозы (увеличение недельной дозы на 0,5мг с интервалом в 4 недели) с подбором оптималь­ной в течение 12 недель под контролем уровня про­лактина. Оптимальная доза - минимальная доза, обеспечивающая снижение уровня сывороточного пролактина до нормальных значений при условии хорошей переносимости терапии.

258

II этап - поддержание терапевтической дозы:

- обычно 1 мг/нед. (от 0.5 до 2.0 мг).

*Критерии эффективности лечения гиперпролактинемии:*

- концентрация пролактина в сыворотке - не выше 20 нг (600 мкМЕ) в 1 мл;

- уменьшение размеров пролактиномы;

- восстановление полового влечения, у мужчин - спонтанных и адекватных эрекций.

*Противопоказания:* индивидуальная непереносимость каберголина или других алкалоидов спорыньи; печеночная недостаточность. С осторожностью назначают больным с сердечно - сосудистой патологией, синдромом Рейно, пече­ночной недостаточностью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, психическими заболеваниями в анамнезе. Побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, тошнота, головная боль, головокружение, боли в жи­воте, диспептические явления.

***Ципротерона ацетат (андрокур)*** *-* оказывает выра­женный антиандрогенный эффект за счет конкурентного ингибирования андрогенных рецепторов. Дозозависимые эффекты препарата: атрофия половых желез, уменьшение оволосения кожных покровов, снижение сперматогенеза и полового влеченияю. Ципротерона ацетат выпускают в таб­летках по 50 мг и в ампулах по 300 мг для внутримышечных инъекций.

У мужчин препарат угнетает либидо без изменения психосексуальной ориентации. Применяется при патоло­гической гиперсексуальности, особенно если повышенное половое влечение направлено на детей, выражается в угро­жающих актах насилия или других сексуально мотивиро­ванных действиях противоправного характера (эксгибицио­низм). Терапия антиандрогенами не устраняет сексуальных парафилий, однако вследствие снижения либидо пациенты становятся более управляемыми, упорядочивается их по­ведение, облегчается проведение обязательных в этих слу­чаях психокоррекционных и социотерапевтических меро­приятий. Предпосылкой к назначению антиандрогенов, как

259

правило, является осознание пациентом необходимости те­рапии и добровольное согласие на лечение. Для устранения сексуальной расторможенности и склонности к импульсив­ным поступкам андрокур назначают в дозе от 100 до 200 мг в сутки в течение 2 - 4 недель или до достижения отчетливого эффекта (снижение либидо, ослабление эрекции и оргазма). Затем дозу постепенно снижают до 75 - 50 - 25 мг в сутки, этого обычно достаточно для длительного поддерживаю­щего лечения. В ряде западных стран для принудительного лечения по приговору суда применяется андрокур - депо по 300 мг (1 ампула) внутримышечно 1 раз в 10 - 14 дней с после­дующим уменьшением дозы.

Среди побочных эффектов ципротерона ацетата отме­чают геникомастию, снижение фертильности, депрессив­ные состояния. Препарат противопоказан при гепатитах, депрессии, наклонности к тромбоэмболиям.

У женщин, страдающих гирсутизмом, обусловленным поликистозом яичников, ципротерона ацетат применяют в сочетании с этинилэстрадиолом или местранолом, что в течение года уменьшает рост волос и приводит их к обес­цвечиванию более чем у 70 % больных. Имеются сведения об эффективном снижении либидо у пациенток с синдро­мом гипоталамической гиперсексуальности (с этой целью применяют андрокур - депо).

**Е. Эстрогены**

***Этинилэстрадиол (микрофоллин)*** *-* по характеру действия сходен с другими эстрогенными препаратами, ко­торые вызывают пролиферацию эндометрия, стимулируют развитие матки и вторичных женских половых признаков (при их недоразвитии), смягчают и устраняют климактери­ческие и посткастрационные расстройства. Микрофоллин выпускают в таблетках по 0,01 и 0,05 мг этинилэстрадиола. В сексологической практике его применяют у фригидных женщин (особенно при явлениях гипооваризма) в первой половине менструального цикла в суточной дозировке 0,01 - 0,05 мг. Возможно его сочетание с метилтестостероном, ко­торый назначается во второй половине цикла. Хотя основ­ную роль в сексуальном влечении женщины и ее способно -

260

сти переживать оргазм играют андрогены, ряд специалистов считает, что эстрогены также способствуют поддержанию полового чувства у женщины (А. М. Свядощ, 1987 и др.).

Эстрогены противопоказаны при фибромиоме, масто­патии, эрозии шейки матки, полипозе, заболеваниях пече­ни и почек, туберкулезе и эпилепсии.

**Ж. Гестагены**

***Медроксипрогестерон (провера)*** *-* производное прогестерона. В соответствующих дозах угнетает секре­цию гонадотролных гормонов и предотвращает овуляцию. Выпускается в таблетках по 5и 10 мг. Применяют при эндо - метриозе (30 мг/сутки, курс 90 дней), дисфункциональных (ановуляторных) маточных кровотечениях (по 5 - 10 мг/ сутки в течение 10 дней).

В ряде случаев снижает половое влечение у женщин при синдроме гипоталамической гипосексуальности (для этой цели более эффективна депонированная форма медроксипрогестерона - *депо - провера).*

В отдельных случаях депо - провера может применять­ся для подавления аномального полового влечения у мужчин, страдающих парафилиями. Лечение проводится по следующей схеме: 300 - 400 мг внутримышечно 1 раз в 10 дней - 1 месяц, затем 200 мг 1 раз в 15 дней - 1 месяц, затем 150 мг 1 раз в 15 дней - 2 месяца.

*Побочные эффекты:* аллергические реакции, тромбо­эмболия, тромбофлебит, бессонница, депрессия, головная боль, тошнота, галакторея, повышенная чувствительность молочных желез. Применение препарата во время беремен­ности не рекомендуется.

**4.4. Вазоактивные препараты**

**А. Общего действия**

*Ницерголин (сермион) -* обладает а2 - адреноблоки - рующим, а также активизирующим метаболизм действием.

261

Выпускают в таблетках для приема внутрь, содержащих по 5, 10 или 30 мг ницерголина, а также в виде порошка для инъекций в ампулах по 4 мг действующего вещества в комп­лекте с растворителем. Препарат уменьшает сопротивление мозговых и легочных артерий, расширяет периферические сосуды. Повышает скорость кровотока в артериях верхних и нижних конечностей. У пациентов с артериальной гипертензией сермион может вызывать постепенное снижение кровяного давления. Препарат применяют при наличии по­казаний для усиления церебрального кровотока и активи­зации метаболических процессов мозга, а также для улуч­шения периферического кровоснабжения. Курс лечения может составлять до 3 - 4 месяцев.

*Рекомендуемые терапевтические режимы:*

*- лечебный* 30 мг X 2 раза в день внутрь или в/м по 4 мг *2* раза в день;

- *поддерживающий* 10 мг X 3 раза в день;

- *профилактический* 5 мг X 3 раза в день.

В случаях выраженных нарушений кровотока начина­ют с внутривенного капельного введения препарата в дозе 4 - 8 мг, разведенной в 100 мл физиологического раствора или 5 % раствора глюкозы.

Основным показанием к применению сермиона в сек­сологической практики являются умеренно выраженные нарушения гемодинамических механизмов эрекции атеросклеротического генеза со следующими клиническими проявлениями: торпидность (замедленное возникновение) эрекции и недостаточная ригидность полового члена, за­трудняющие интроекцию; ослабление эрекции во время копулятивных фрикций до эякуляции. В первую очередь пре­парат показан пациентам с эректильными дисфункциями на фоне артериальной гипертензии, церебрального атероскле­роза, облитерирующих заболеваний конечностей.

При эректильных дисфункциях вследствие патологии артериального русла, кровоснабжающего гениталии, сер­мион применяется в вышеуказанных дозировках, нередко в сочетании с другими вазоактивными препаратами: тренталом, ксантинола никотинатом, актовегином. Следует от­метить, что в случаях выраженного атеросклеротического поражения артерий малого таза сосуды могут утратить способность реагировать даже на высокие дозировки со -

262

судорасширяющих средств. Иногда это приводит к большему ослаблению эрекций у больных при назначении им сермиона и других вазоактивных препаратов, что свя­зано с развитием своеобразного феномена «обкрадывания тазового кровотока», т. е. перераспределением крови через непораженные артерии в пользу нижних конечностей. Сер­мион противопоказан при повышенной к нему чувствитель­ности.

*Йохимбин -* блокатор пресинаптических централь­ных и периферических а2 - адренорецепторов. Повышает двигательную активность. Оказывает антидиуретическое действие. Улучшает периферический кровоток, способ­ствует усилению кровенаполнения пещеристой ткани ка­вернозных тел за счет некоторого увеличения притока кро­ви по гениталъным артериям. При сексуальной стимуляции йохимбин уменьшает спастические реакции артерий, кровоснабжающих половой член, чем можно объяснить пози­тивный эффект в ряде случаев психогенных эрекционных дисфункций. В комплексе с другими препаратами показан при сексуальных дисфункциях инволюционного генеза. Назначают по 5 мг 3 раза в сутки. Курс лечения около одно­го месяца. Йохимбин может применяться по 1 - 2 таблетки перед предстоящим половым актом. Курение существенно ослабляет действие препарата.

*Противопоказания:* ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, забо­левания печени и почек.

*Экстракт листьев гингко билоба (танакан) -* рас­тительный препарат, который выпускают в таблетках и в растворе для приема внутрь. Одна таблетка содержит 40 мг стандартизированного экстракта из листьев реликтового дерева Гингко билоба, в 1 мл раствора - 40 мг действующе­го вещества. Препарат улучшает мозговое кровообращение, обладает вазорегулирующим влиянием на всю сосудистую систему (артерии, вены, капилляры). Уменьшает агрегацию эритроцитов и тромбоцитов. Нормализует метаболические процессы, обладает антигипоксическим действием на тка­ни. Препятствует перекисному окислению липидов кле­точных мембран. Оказывает противоотечное действие как на уровне головного мозга, так и на периферии. Влияет на нейромедиаторные системы, усиливая высвобождение из пресинаптических терминалий и ингибируя обратный за -

263

хват биогенных аминов, чем объясняется определенный антидепрессивный эффект тонакана. Отмечен положитель­ный эффект препарата при периферических нейропатиях. Танакан применяется при дисциркуляторных энцефало - патиях различного генеза, нарушениях периферического кровоснабжения и микроциркуляции. Его назначают по 1 таблетке или 1 мл раствора (40 мг) внутрь 3 раза в сутки во время еды. Средняя продолжительность курса лечения - 3 месяца.

Уменьшая церебрастенические явления, танакан спо­собствует улучшению общего тонуса и может усиливать либидо у мужчины пожилого возраста, а также у лиц, перенесших черепно - мозговую травму либо инсульт. При нарушениях эрекционной функции вследствие атеросклеротического поражения артерий, кровоснабжающих по­ловой член (в том числе при диабетических ангиопатиях и сопутствующих иннерваторных нарушениях генитальной области), препарат используется в дозе 120 - 160 мг/сутки в течение 2 - 4 месяцев. Наилучший эффект у больных с васкулогенными эрекционными дисфункциями достигает­ся при сочетанном применении танакана, сермиона и раз­личных общетонизирующих средств. Противопоказания к приему танакана не установлены.

**Б. Вазоактивные препараты селективного действия**

***Папаверина гидрохлорид*** *-* миотропное спазмоли­тическое средство. Препарат является ингибитором фер­мента фосфодиэстеразы и вызывает внутриклеточное накопление цАМФ, способствующее релаксации гладкомышечных волокон органов брюшной полости и пери­ферических сосудов. При интракавернозном введении 2 % раствора папаверина гидрохлорида от 20 до 100 мг (1 - 5 мл) усиливается кровенаполнение пещеристых тел по­лового члена, что вызывает эрекцию. С 1982 года препа­рат используется в лечении эректильных дисфункций различного (преимущественно органичес-кого) генеза. Эффективная доза подбирается индивидуально, начиная с 20 мг (1 мл). Такое количество препарата в ряде случа­ев способно вызвать полноценную эрекцию у больных с

264

поражениями проводящих нервных путей, например диабетических нейропатиях. Оптимальной является до­зировка препарата, которая обеспечивает возникновение полноценной эрекции продолжительностью от 30 до 90 ми­нут. Причем фармакологически индуцированная эрекция сохраняется у мужчин на протяжении этого отрезка вре­мени даже после эякуляции.

В 80-х годах прошлого века препарат широко приме­нялся в терапии эректильных дисфункций у мужчин. Од­нако вскоре выяснилось, что интракавернозные инъекции папаверина гидрохлорида приводят к многочисленным осложнениям и побочным эффектам, что существенно ограничивает его использование у пациентов, особенно для длительного курсового лечения. Наиболее серьезное осложнение - развитие затяжной эрекции, которая со­храняется свыше 4 часов. В ряде случаев мужчина может добиться ее исчезновения самостоятельно: приняв ванну с прохладной водой и/или при помощи физической нагрузки на нижние конечности (приседания и т. п.).

Эрекция продолжительностью более 6 часов свидетель­ствует о *приапизме.* При интракавернозном введении папаве­рина гидрохлорида вероятность его возникновения состав­ляет 5 - 7 %. Длительно сохраняющийся приапизм приводит к деструктивным изменениям в пещеристых телах полового члена с постепенной заменой гладкой мускулатуры пеще­ристых тел фиброзной тканью, что в дальнейшем влечет за собой грубые и стойкие нарушения эректильной функции. Основным способом лечения данного осложнения является аспирация сгустков и застойной крови из кавернозных тел при помощи инъекционных игл. При сохраняющейся эрек­ции дополнительно вводят раствор одного из адреномиметиков: адреналина или норадреналина (0,05 - 0,1 мг), допамина (0,04 - 0,12 мг) интракавернозно, чтобы вызвать сужение артерий, кровоснабжающих половой член.

Приапизм продолжительностью свыше 12 часов мо­жет быть купирован применением 10 % метараминала по следующей схеме: 1 мл препарата растворяют в 10 мл фи­зиологического раствора и вводят в кавернозное тело че­рез иглу - бабочку со скоростью 0,75 мл/мин. Максимальная однократная доза метараминала - 3 мл. Как правило, этих действий бывает достаточно для снятия фармакогенного

265

приапизма. Методы хирургического лечения показаны при безуспешности консервативных мероприятий или в сроки свыше 24 - 36 часов с момента развития приапизма. Чаще всего накладывают анастомоз между кавернозным телом и большой подкожной веной нижней конечности (обычно проводится двухстороннее сафено - кавернозное шунтиро­вание) либо создают анастомоз между кавернозным и спонгиозным телами. После хирургического лечения приапизма примерно в 50 % случаев развивается полная импотенция, причем до настоящего времени не установлено является она следствием операции или осложнением затянувшегося приапизма.

Другие ранние осложнения интракавернозного приме­нения папаверина гидрохлорида - гематомы в месте инъ­екций, понижение артериального давления из-за выхода сосудорасширяющего препарата в общий кровоток. Среди поздних осложнений описаны нарушения сердечного ритма, токсические поражения печени и почек. Однако наибольшие проблемы связаны с развитием фиброзов и деформаций ка­вернозных тел, которые наблюдаются у 16 - 57 % больных при регулярном использовании препарата свыше 12 меся­цев (E. Wespes, 1989). Интракавернозное введение проти­вопоказано больным с нарушениями атриовентрикулярной проводимости сердца, заболеваниями крови, болезнью Пейрони.

*Алпростадил (каверджект) -* синтетический простагландин Е1. Выпускается в виде стерильного порош­ка алпростадила для интракавернозного введения по 10 и 20 мкг во флаконе в комплекте с растворителем.

Простагландин Е1 (алпростадил) стимулирует аденилатциклазу, что приводит к увеличению цАМФ, которая вызывает расслабление гладкомышечных волокон кавер­нозных артерий и синусоидов пещеристых тел, обеспечи­вая развитие эрекции полового члена.

*Основные показания к применению алпростадила.*

Для диагностики:

1. В качестве интракавернозного теста для скрининг - диагностики нарушений генитального кровотока.

2. В качестве фармакологической нагрузки при ульт­развуковой допплерографии сосудов полового чле­на и фаллоартериографии.

266

Для лечения:

1. Как альтернатива хирургическому лечению при гру­бых нарушениях кровоснабжения кавернозных тел.

2. Как эффективное средство, обеспечивающее полно­ценную эрекцию даже при отсутствии полового вле­чения.

3. С целью коррекции выраженных эректильных дис­функций у больных с коронарной патологией, при­нимающих нитропрепараты.

Внутрикавернозное введение каверджекта используется в терапии наиболее тяжелых нарушений эректильной функ­ции, в первую очередь при патологии генитального кровото­ка и поражениях структур, связанных с иннервацией поло­вого члена. В зависимости от характера расстройства доза препарата, обеспечивающая достаточную для полового акта эрекцию, может составлять от 2,5 до 60 мкг. Подбор эффек­тивной дозировки осуществляют в кабинете врача, начиная с интракавернозной инъекции 5 - 10 мкг алпростадила. Если у пациента возникла полная эрекция, продолжающаяся свыше 2 часов, доза для следующего введения уменьшается в 1,5 - 2 раза, при недостаточной эрекции она увеличивается на 5 мкг. Оптимальной считается наименьшая дозировка пре­парата, обеспечивающая полноценную эрекцию через 5 - 10 минут после его введения длительностью 30 - 60 минут. Ре­комендуемая частота инъекций не превышает одной в день и не более 3 раз в неделю. При хранении в холодильнике в оригинальном флаконе разведенный раствор алпростади­ла сохраняет свою стабильность 7 суток и в течение этого времени может использоваться повторно. Для проведения длительной терапии в домашних условиях пациентов обу­чают самостоятельному выполнению инъекций препарата. Непосредственный эффект при использовании каверджекта наблюдается по разным данным в 70 - 94 % случаев (B. Morik et al., 1988; W. Michaelis,1989 и др.). Имеются указания, что, в случаях длительного применения препарата при различных эрекционных дисфункциях органического генеза, около тре­ти пациентов отмечает улучшение качества самостоятельных эрекций, которые начинают возникать и без предварительно­го введения алпростадила (A. Bucher et al., H. Porst, 1992).

Побочные эффекты отмечаются существенно реже чем при использовании папаверина гидрохлорида. В месте инъ -

267

екции иногда возникают гематомы. Некоторые больные от­мечают болезненные ощущения и жжение в половом члене после введения препарата. Затяжная эрекция и приапизм наблюдаются примерно у 1,3 % пациентов, причем в подав­ляющем числе случаев они самостоятельно редуцируются. Доля пациентов, потребовавших медицинского вмешатель­ства для устранения приапизма, составляет 0,2 %. При дли­тельном применении каверджекта описаны лишь единичные случаи фиброза кавернозной ткани и искривлений полового члена. Системные побочные эффекты также редки. При ис­пользовании препарата в дозах более 20 - 30 мкг иногда сни­жается артериальное давление, учащается пульс, возможны кратковременные нарушения сердечного ритма.

*Противопоказания:*

*-* установленная гиперчувствительность к алпростадилу;

- заболевания крови, предрасполагающие к приапизму (миеломная болезнь, лейкозы, серповидноклеточная анемия);

- анатомические деформации полового члена (напри­мер, в результате болезни Пейрони);

- наличие имплантированного в половой член про­теза.

***Силдепафил (виагра)*** *-* первый в мире пероральный препарат, который оказывает прицельное активизирующее воздействие на гемодинамические механизмы эрекции. Вы­пускается в таблетках для приема внутрь, содержащих со­ответственно 25, 50 или 100 мг активного вещества силденафила цитрата. Препарат облегчает естественный ответ на половое возбуждение в виде наступления эрекции.

При сексуальной стимуляции в тканях полового члена мужчины происходит высвобождение оксида азота, кото­рый активизирует образование цГМФ. Повышение уровня цГМФ ведет к расслаблению гладких мышц кавернозной ткани и усиленному кровенаполнению полового члена. Силденафил является мощным селективным ингибитором фосфодиэстеразы 5 - го типа (ФДЭ5), которая расщепляет цГМФ. Поэтому при наличии у мужчины полового возбуж­дения препарат, угнетая ФДЭ5, активно усиливает расслаб­ляющий эффект оксида азота на пещеристую ткань, облег­чая возникновение полноценной эрекции.

268

Силденафил применяется при эректильных дисфунк­циях различного генеза (органических, психогенных, сме­шанных) у мужчин в любом возрасте. Препарат обнару­живает отчетливый клинический эффект в 78 % случаев. Силденафил недостаточно эффективен у мужчин со сни­женным половым влечением или его отсутствием, а также при наиболее выраженных нарушениях генитального кро­вотока. Сильный страх перед возможной сексуальной не­удачей в некоторых случаях может блокировать действие препарата, вероятно, из-за нарушений тонуса генитальных артерий и биохимического дисбаланса в кавернозной тка­ни. Поэтому при наличии у пациента коитофобии парал­лельно с назначением виагры должны быть проведены со­ответствую-щие психотерапевтические мероприятия.

После перорального приема силденафила его действие начинается через 30 - 60 минут и продолжается около 5 часов, облегчая достижение полноценной эрекции. Наряду с усиле­нием эрекции препарат может вызывать повышение яркости сексуальных переживаний и остроты ощущений при оргазме.

Рекомендуется первый прием виагры в дозе 50 мг (1 таблетка) примерно за час до планируемой сексуальной активности. В последующем в зависимости от эффективно­сти и переносимости дозы может быть увеличена до 100 мг или уменьшена до 25 мг. Максимальная частота примене­ния препарата - 1 раз в сутки.

Силденафил можно принимать независимо от приема пищи, хотя ее присутствие в желудке (особенно жирной) мо­жет снизить скорость абсорбции. Не отмечено существенного отрицательного взаимодействия виагры с алкоголем, анти­биотиками, ант и депрессантами, сахароснижающими и гипо­тензивными препаратами. Среди побочных эффектов отмеча­ются головная боль, приливы жара к лицу, головокружение, диспептические явления, заложенность носа, легкие и прехо­дящие изменения цветовосприятия и кратковременное нару­шение четкости зрения. Частота побочных эффектов возрас­тает с увеличением дозы препарата.

*Противопоказания к применению виагры.*

*-* совместный прием любых форм нитратов. Эти пре­параты включают нитроглицерин (аэрозоли, мази, пластыри или пасты и таблетки для рассасывания под языком) или любые донаторы окиси азота;

269

*-* препараты, предназначенные для лечения эректильной дисфункции, не должны применяться у мужчин, которым не рекомендована сексуальная активность (например, пациентам с серьезными сердечно-­  
сосудистыми заболеваниями, такими как нестабиль­ная стенокардия или тяжелая форма сердечной не­достаточности);

*-* противопоказано применение виагры пациентами с тяжелыми нарушениями функции печени, с гипотензией (кровяное давление < 90/50 mmHg), недавно перенесенным инсультом или инфарктом миокарда  
и наследственными дегенеративными нарушениями сетчатки глаза;

*-* препарат с особой осторожностью должен использо­ваться у лиц с анатомической деформацией полового члена (фиброз кавернозных тел, болезнь Пейрони), а также заболеваниями крови, предрасполагающими к приапизму (лейкозы и др.).

*Тадалафил (сиалис)* является эффективным, обра­тимым селективным ингибитором фосфодиэстеразы 5 - го типа (ФДЭ5). Выпускается в таблетках, содержащих по 20 мг активного вещества. Когда сексуальное возбуждение вызывает местное высвобождение оксида азота, ингибирование ФДЭ5 тадалофилом ведет к повышению уровня ци­клического гуанозин монофосфата (цГМФ) в кавернозных телах полового члена. Следствие этого является релаксация гладких мыши, артерий и приток крови к половому члену, что вызывает его эрекцию. Тадалафил не оказывает эффек­та в отсутствие сексуального стимулирования. Тадалафил улучшает эрекцию и возможность проведения полового акта. В отличие от силденафила препарат действует в тече­нии 36 часов. При наличии полового возбуждения эффект проявляется уже через 20 минут после приема препарата. Максимальная концентрация в плазме крови достигается в среднем через 2 часа после приема внутрь. Скорость и степень всасывания препарата не зависит от приема пищи. Препарат применяется для лечения эректильной дисфунк­ции любой этиологии. Эффективность действия составля­ет от 75 до 85 % - Рекомендованная доза препарата сиалис 20 мг. Побочные действия: головная боль (11 %), диспеп­сия (7 %), боль в спине, миалгия, заложенность носа, «при -

270

ливы» крови к лицу. Изредка - отек век, боль в глазах, гиперемия конъюнктивы и головокружение.

***Варденафил (лебитра)*** *-* селективный ингибитор фосфодиэстеразы 5 - го типа (ФДЭ5). Механизм действия аналогичен таковому у силденафила и тадалафила. Выпу­скается в таблетках по 5, 10 и 20 мг. Варденафил начинает действовать уже через 15 - 25 минут после приема внутрь. Продолжительность действия препарата составляет от 5 - 6 до 8 - 12 часов. Используется при эректильных дисфункци­ях любой этиологии. В начале лечения рекомендуемая доза составляет 10 мг, в дальнейшем в зависимости от эффек­тивности и переносимости она может быть увеличена до 20 мг или уменьшена до 5 мг/сутки. Эффективность при длительной терапии достигает 80 %. Прием пищи и алкого­ля не влияет на эффективность действия левитры. Головная боль и «приливы», которые являются наиболее частыми по­бочными эффектами при приеме всех ФДЭ5, наблюдаются более чем у 10 % лиц, принимавших левитру.

В много центровом двойном слепом исследовании - PROVEN (реакция на варденафил пациентов, ранее безу­спешно принимавших силденафил) участвовали 463 боль­ных с умеренной и тяжелой эректильной дисфункцией. Больные были рандомизированы на прием плацебо или левитры в дозе 10 мг в течение 4 недель с возможностью продолжения приема препарата в такой же дозе или титро­вания ее до 5 мг или 20 мг каждые 2 недели на протяжении 12 недель. Анализ полученных результатов показал, что применение левитры привело к статистически и клинически значимому улучшению эректильной функции по сравнению с плацебо у больных, ранее безуспешно принимавших сил­денафил (G. Carson et al., 2003).

**4.5. Препараты стимулирующие центральную и**

**периферическую нервную систему.**

***Стрихнина нитрат*** *-* главный алкалоид семян чибулихи. В медицинской практике применяют 0,1 % раствор стрихнина нитрата в ампулах для инъекций по 1 мл. В те­рапевтических дозах стрихнин оказывает стимулирующее

271

действие на органы чувств (обостряет зрение, вкус, слух, тактильную чувствительность), возбуждает дыхательный и сосудодвигательные центры, тонизирует скелетную муску­латуру и сердечную мышцу, усиливает процессы обмена.

Действие стрихнина связано с облегчением проведения возбуждения в межнейронных синапсах спинного мозга.

Стрихнин применяется как тонизирующее средство при выраженной астенизации, гипотонии, парезах и па­раличах, атонии желудка и т. п. Усиление рефлекторной деятельности может оказывать благоприятный эффект при эректильных дисфункциях, обусловленных невроло­гической патологией, или в структуре затяжных астени­ческих состояний различного генеза. Препарат назначают в виде подкожных инъекций по 1 мл 1 - 2 раза в день. В необходимых случаях доза может быть увеличена до 2 мл (0,002) 2 раза в день. Курс лечения 10 - 15 дней. У женщин применяется для стимуляции рефлекторной деятельности спинномозговых центров, а также обострения тактильной чувствительности (дважды в день по 1 мл подкожно, курс составляет 10 - 14 дней).

В случаях передозировки возможны напряжение ли­цевых, затылочных и других мышц, затруднение дыхания, тетанические судороги.

Стрихнин противопоказан больным с гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, стенокардией, при выра­женном атеросклерозе, тиреотоксикозе, заболеваниях пе­чени и почек,склонности к судорожным реакциям.

***Прозерин*** *-* синтетическое антихолинэстеразное ве­щество. Выпускается в таблетках по 15 мг и в ампулах по 1 мл 0,05 % раствора (0,5 мг) для инъекций. Препарат об­легчает проведение импульсов в холинэргических синапсах ЦНС, улучшает нервно - мышечную проводимость, усиливая процессы возбуждения, повышая тонус гладкой и попереч­нополосатой мускулатуры.

Прозерин применяют при миастении, двигательных и чувствительных расстройствах, связанных с травмами спинного мозга, радикулитами, невритами либо обуслов­ленных последствиями острых нарушений мозгового кро­вообращения.

При эректильных дисфункциях и вялом истечении се­мени в момент эякуляции вследствие нарушений путей ин -

272

нервации мужских гениталий прозерин назначают в виде ежедневных подкожных инъекций по 1 мл (на курс 15 - 25 инъекций) или по 1 таблетке (15 мг) 2 раза в день (20 - 30 дней). Для усиления эффекта прозерин нередко сочета­ют с подкожным введением 1 - 2 мл 0,1 % стрихнина нитрата (курс 10 - 20 инъекций) и приемом тиамина хлорида. В слу­чае необходимости курс лечения повторяют после 3 - 4 не­дельного перерыва.

При передозировке возможен «холинэргический криз»: гиперсаливация, тошнота, миоз, усиление пери­стальтики, понос, частое мочеиспускание, мышечные по­дергивания, развитие общей слабости. Антидотом являет­ся атропин. Противопоказан при эпилепсии, гиперкинезах, бронхиальной астме, стенокардии, выраженном атероскле­розе.

***Дистигмин бромид (убретид)*** *-* антихолинэстеразный препарат с пролонгированным действием. Выпуска­ется в таблетках, содержащих по 5 мг действующего веще­ства дистигмина бромида, и в виде раствора для инъекций по 1 мл (0,5 и 1 мг) в ампуле. Препарат вызывает аккуму­ляцию ацетилхолина в синаптической щели, продлевая и усиливая связанные с ним процессы в скелетных мышцах и парасимпатических нервах. Убретид повышает тонус желудочно - кишечного тракта, мочевого пузыря, сфинкте­ров и мочеточников, вызывает умеренную вазодилатацию и повышение тонуса поперечнополосатых мышц. В сексо­логической практике препарат можно использовать при расстройствах эрекции, затрудненной либо ускоренной эякуляции, обусловленных частичными нарушениями про­водимости спинного мозга, а также при поражениях пери­ферических нервных образований, участвующих в иннер­вации половых органов, например при диабетических или алкогольных нейропатиях. Убретид вначале назначают по ½ - 1 таблетке (2,5 - 5 мг) 1 раз в сутки. В зависимости от эффекта доза может быть увеличена до 2 таблеток в сутки или уменьшена до I таблетки один раз в 2 - 3 дня. Таблетки принимают натощак утром за 30 минут до завтрака. В тя­желых случаях препарат используют в виде внутримышеч­ных инъекций по 0,5 мг 1 раз в сутки. Продолжительность лечения убретидом 3 - 4 недели. При передозировке препа­рата отмечают мускариновые (тошнота, рвота, понос, по -

273

вышение перистальтики, слюноотделения, бронхоспазмы, брадикардия, миоз, потливость) и никотиновые (мышечные спазмы, затруднения при глотании) эффекты. Побочные явления снимаются атропином.

*Противопоказания:* гипотония, хроническая сердеч­ная недостаточность, недавний инфаркт миокарда, тирео­токсикоз, бронхиальная астма, эпилепсия, миотония, ги­пертонус кишечника, желчных и мочевых путей, язвенная болезнь желудка.

**4.6. Метаболиты и ферменты,**

**регулирующие обмен веществ**

***Милдронат*** *-* структурный аналог гамма у - бутиробетаина - предшественника карнитина. Выпускается в кап­сулах для приема внутрь по 0,25 г и в виде инъекционного раствора по 5 мл (0,5 г) в ампуле. Препарат улучшает ме­таболические процессы, повышает работоспособность, уменьшает симптомы психического и физического перена­пряжения, оказывает антиишемическое и кардиопротективное действие, регулирует клеточный иммунитет, купи­рует соматовегетативные расстройства при алкогольном абстинентном синдроме.

Милдронат применяют при физическом и умственном перенапряжении, снижении работоспособности, а также для лечения заболеваний сердечно - сосудистой системы и нарушений мозгового кровообращения.

Учитывая энергезирующее, антистрессорное и вегетостабилизирующее действие милдроната, его использу­ют у мужчин в комплексном лечении нарушений потенции функционально - психогенного характера (на фоне психоте­рапии), а также при различных эректильных дисфункциях органического генеза. Поскольку милдронат существенно не влияет на артериальное давление, он является одним из немногих препаратов с тонизирующим действием, который может применяться у больных, страдающих гипертониче­ской болезнью. В сексологической практике милдронат на­значают внутрь по 0,25 - 0,75 г (1 - 3 капсулы) 2 раза в день на протяжении 3 - 4 недель. Для достижения более отчет -

274

ливого и быстрого тонизирующего эффекта в начале курса лечения милдронат иногда вводят внутривенно струйно по 0,5 - 1 г (5 - 10 мл) 1 раз в сутки 7 - 10 дней. Препарат мало­токсичен и лишь в редких случаях вызывает кожный зуд, диспептические явления, тахикардию, возбуждение, пони­жение артериального давления. Противопоказания к прие­му милдроната не описаны.

***Аденозинтрифосфорная кислота (АТФ)*** *-* естест­венная составная часть тканей организма. Особенно ею бо­гаты мышцы. АТф участвует во многих процессах обмена веществ и рассматривается как один из медиатров нервного возбуждения; усиливает коронарное, церебральное и пери­ферическое кровообращение.

Для медицинского применения выпускается 1 % раствор натрия аденозинтрифосфата для инъекций в ампулах по 1 мл. Препарат применяют в комплексном лечении ишемической болезни сердца, облитерирующего атеросклероза, спазмов периферических сосудов, мышечной дистрофии. Вместе с вазоактивными препаратами АТФ используется в лечении васкулогенных эректильных дисфункций. У па­циентов со снижением потенции различного генеза АТФ находит применение в комбинации с адаптогенами. АТФ может оберегать гипофизадреналовую систему от чрез­мерного реагирования в стрессовых ситуациях вследствие активации обменных процессов в других тканях (Г.С. Васильченко, 1983). Курс лечения - 20 внутримышечных инъ­екций по I мл ежедневно. Препарат противопоказан при выраженной гипотонии и свежих инфарктах миокарда.

**4.7. Психотропные препараты**

**А. Транквилизаторы**

***Алпразолам (ксанакс)*** *-* производное триазолобензодиазепина. Оказывает выраженный анксиолитический эффект. Уменьшает беспокойство, чувство тревоги, страха, напряжения. Отмечена антидепрессивная актив­ность препарата, обладает вегетостабилизирующим, миорелаксирующим и умеренным снотворным действием.

275

Ксанакс выпускается в таблетках, которые содержат по 0,25; 0,5; 1; 2 мг действующего вещества алпразолама. На­значают больным с тревожными и смешанными тревожно - депрессивными состояниями, включая панические рас­стройства. При психогенных и смешанных сексуальных дисфункциях, сопровождающихся тревожно - депрессивной симптоматикой, алпразолам назначают в небольших дозах (0,5 - 1,0 мг/сутки в 2 - 3 приема) на протяжении 2 - 3 недель в комбинации с методами психотерапии. У мужчин, стра­дающих преждевременной эякуляцией, алпразолам, сни­жая тревогу и общую возбудимость, может способствовать удлинению полового акта при его приеме по 0,25 - 0,5 мг за 1 - 2 часа до предполагаемой сексуальной активности.

У женщин алпразолам используют при сексуальной аверсии, вагинизме, диспареунии, тревожных сомнениях и чувстве вины по поводу половой жизни.

Препарат с осторожностью назначают больным с на­рушениями функции печени и почек, дыхательной недоста­точностью, а также лицам склонным к злоупотреблению транквилизирующими средствами,

***Тофизопам (грандаксин)*** *-* вызывает анксиолитический эффект без выраженного седативного, миорелаксирующего, противосудорожного действия. Является психовегета­тивным регулятором. Обладает умеренной стимулирующей активностью, относится к «дневным» транквилизаторам. Выпускается в таблетках, содержащих по 50 мг действующе­го вещества тофизопама. Применяется при невротических расстройствах и других состояниях, сопровождающихся эмоциональным напряжением, вегетативными нарушения­ми, умеренно выраженным страхом, пониженной актив­ностью и навязчивыми переживаниями. В сексологической практике тофизопам используют при тревожном ожида­нии сексуальной неудачи и страхе перед коитусом (обычно в сочетании с методами психотерапевтической коррекции). Препарат назначают внутрь по 50 - 100 мг 1 - 3 раза в сутки. Курс лечение 2 - 4 недели.

*Противопоказания:* психомоторное возбуждение, глубокая депрессия и декомпенсированная дыхательная недостаточность.

***Мезапам*** *-* дневной транквилизатор из группы бензодиазепинов. Препарат вызывает отчетливый анксиоли -

275

тический эффект. Седативное действие выражено слабо. Снижает состояние тревоги, чувство страха, внутреннее напряжение, общее двигательное беспокойство. Стабили­зирует физическую активность. Выпускается в таблетках, содержащих по 10 мг действующего вещества медазепама. Применяется при тревожно - невротических расстрой­ствах, психовегетативных жалобах. Пациентам с тревож­ным ожиданием сексуальной неудачи препарат назначают по 5 - 10 мг (1/2 - 1 таблетке) 2 - 3 раза в день в течение 2 - 3 недель. При психогенных эрекционных дисфункциях для коррекции нейровегетативной регуляции тонуса генитальных артерий мезапам, как и другие транквилизаторы, ча­сто сочетают с приемом а2 - адреноблокаторов (сермион, редергин и т. п.). Может применяться у женщин, испыты­вающих различного рода тревожные опасения по поводу сексуальных контактов. Препарат с осторожностью назна­чают больным с тяжелыми нарушениями функции почек или печени.

**Б. Нейролептики**

*Тиоридазина гидрохлорид (сонапакс) -* оказывает умеренное антипсихотическое действие, которое сочета­ется с успокаивающим влиянием с известным стимулирую­щим компонентом и мягким антидепрессивным эффектом. Выпускается в драже по 10 и 25 мг препарата. Использу­ется при психических и эмоциональных расстройствах, сопровождающихся страхом, тревогой, напряженностью, ипохондрией, навязчивостями, фобиями, сенестопатиями. Амбулаторно для лечения пограничных состояний сона­пакс применяют в дозе 30 - 100 мг/сутки. В сексологической практике тиоридазин чаще всего используется у пациентов с преждевременной эякуляцией. Для удлинения коитуса препарат обычно назначают по 20 - 25 мг за 1 - 1,5 часа до половой близости. В целях снижения местной реактивно­сти на головку полового члена перед половым актом допол­нительно могут наноситься местноанестезирующие сред­ства. Следует учесть, что сонапакс, как практически любой нейролептик, способен угнетающе влиять на потенцию, по­этому его не следует использовать у мужчин, предъявляю -

277

щих жалобы на ускоренную эякуляцию и слабость эрекции одновременно.

Сонапакс противопоказан при возникновении к нему аллергических реакций, изменениях картины крови после применения других лекарств.

**В. Антидепрессанты**

***Сертралин*** *(золофт) -* типичный представитель анти­депрессантов - селективных ингибиторов реаптейка серо - тонина (СИРС), которые увеличивают нейротрансмиссию 5 - hydroxytrptamine (5 - НТ). Блокадой обратного захвата серотонина пресинаптическими окончаниями нейронов и стимуляцией серотонинергических структур мозга объяс­няют основное тимоаналептическое действие препаратов данной группы. Считается, что этот же механизм обеспе­чивает терапевтический эффект СИРС при обсессивно - компульсивных и панических расстройствах, дисморфофобии, синдроме хронической усталости, нервной анорексии и булимии, ипохондрическом расстройстве и разнообразных хронических болевых синдромах, расстройствах привычек и влечений, личностной патологии, которая сопровожда­ется чрезмерной раздражительностью и агрессивностью, включая сексуальное агрессивное поведение.

Важная особенность всех препаратов группы СИРС - практически полное отсутствие прямого воздействия на холинергические, адренергические гистаминергические, серотонинергические, дофаминергические и ГАМК - ергические рецепторы, что существенно снижает риск побочных эф­фектов или серьезных осложнений при передозировке.

Сертралин выпускается в таблетках по 50 мг и 100 мг. Наряду с отчетливым тимоаналептическим эффектом пре­парат оказывает анксполитическое, антиобсессивное и вегетостабилизирующее действие. Применяется для лечения депрессий, тревожно - депрессивных состояний, панических и обсессивно - фобических расстройств. Препарат назнача­ют 1 раз в день. Терапевтическая доза составляет от 50 до 200 мг/сутки.

Использование сертралина у сексологических паци­ентов основано на известном клиническом факте: все пре -

278

параты группы СИРС, существенно не влияя на потенцию, тормозят наступление семяизвержения (в наибольшей сте­пени пароксетин и сертралин). В целях удлинения коитуса у мужчин с преждевременной эякуляцией золофт назнача­ют по 1/2 таблетке (25 мг) 1 раз в сутки во второй половине дня. При отсутствии необходимого эффекта после двух не­дель приема дозу увеличивают до 1 таблетки (50 мг) в сутки. Длительность терапии составляет около 2 месяцев. Возмож­но, потенцирование эффекта золофта местным применени­ем 10 % раствора лидокаина в аэрозоле непосредственно перед коитусом. Пациентам также рекомендуется активно использовать приемы древних восточных практик, позво­ляющие пролонгировать половой акт. (У мужчин с преж­девременной эякуляцией в чистом виде они, как правило, малоэффективны.) К таким приемам, например, относятся неоднократное сжатие анальной мускулатуры и повторные круговые движения глазных яблок при резком усилении возбуждения во время коитуса. На фоне употребления зо­лофта, повышающего порог возбудимости эякуляторного центра, эти приемы оказывают дополнительный эффект и, кроме того, выступают в качестве своеобразных «яко­рей», формируя при регулярных повторениях условно - рефлекторную связь между их выполнением и задержкой эякуляции. После окончания курса лечения золофтом это позволяет многим пациентам успешно использовать ука­занные приемы для пролонгации коитуса.

У женщин сертралин применяется при диспареунии психогенного генеза, сексуальной аверсии, гениталгиях, алибидемии на фоне депрессивной симптоматики. Средняя суточная дозировка составляет от 25 до 75 мг.

К возможным побочным эффектам при приеме сер­тралина относят нарушения желудочно - кишечного трак­та (тошнота, диарея), снижение аппетита, головную боль, редко потливость и тремор. У пациентов, страдающих тре­вожными расстройствами, в первые недели приема могут отмечаться усиление тревоги и беспокойства, расстройства сна и другие симптомы гиперактивации. Препарат не реко­мендуется применять у больных с нарушениями функции печени и почек.

***Дапоксетина гидрохлорид -***новый селективный ингибитор обратного захвата серотонина с коротким пе-

279

риодом полураспада. В силу своей фармакокинетики он не обладает выраженным антидепрессивным эффектом, но используется специально для лечения мужчин с прежде­временной эякуляцией. Все наиболее известные препараты этой группы (флуоксетин, сертралин, пароксетин) увеличи­вают интравагинальное латентное время эякуляции (IELT), однако они не достигают пиковых плазменных концентра­ций даже *в* течение нескольких часов. Это затрудняет их применение как препаратов «по требованию», т. е. в целях удлинения продолжительности полового акта незадолго до его начала. Дапоксетин ингибирует эффект обратного захвата серотонина и достигает максимальной пиковой концентрации в плазме крови всего за 1 час. Начальный пе­риод полураспада составляет 1,2 часа, через 24 часа в крови обнаруживается менее 5 % препарата от его максимальной концентрации. Поэтому дапоксетин может использовать­ся «по требованию», т. е. примерно за 1 час до полового акта. В двойном плацебо контролируемом исследовании, включающем более 2600 пациентов с преждевременной эякуляцией, дапоксетин назначался в дозе 30 мг или 60 мг за 1 - 3 часа до полового контакта. Средний возраст участни­ков составлял 40 лет. О постоянной преждевременной эя­куляции (с начала половой жизни) сообщили более 65 % участников, у 35 % участников имела место преждевремен­ная эякуляция после периода нормальных сексуальных от­ношений (F. Giuliano, 2007). Первым моментом исследова­ния было изучение интравагинального латентного времени эякуляции (IELT), которое было измерено секундомером во время полового акта. Анализ результатов показал ста­тистически значимое дозозависимое увеличение средне­го 1Е1/Г: 0,9 - 1,75 минут, 0,92 - 2,78 минут и 0,91 - 3,32 для плацебо, дапоксетина 30 мг и дапоксетина 60 мг соответ­ственно. Этот эффект был одинаков для начальной дозы, для последующих применений препарата, причем улуч­шение сохранялось в течение 12 - недельного периода ис­следования. Дапоксетин хорошо переносился участника­ми исследования. Побочные эффекты выражались в виде тошноты и головной боли. В группе, принимающей дапок­сетин в дозе 30 мг, 3,7 % пациентов сообщили о тошноте и 5,9 % пациентов сообщили о головной боли. В группе, при­нимающей дапоксетин в дозе 60 мг, о тошноте сообщили

280

20,1 % пациентов и о головной боли - 6,8 % пациентов. Прекращение лечения из-за побочных эффектов в группе плацебо, дапоксетин 30 мг и дапоксетин 60 мг было отме­чено у 0,9 %, 4 % и 10 % пациентов соответственно.

***Тианептин (коаксил)*** *-* трициклический антиде­прессант, обладающий анксиолитическими и вегетостабилизирующими свойствами. Выпускают в таблетках по 12,5 мг. Механизм действия тианептина связывают с по­вышением обратного захвата серотонина нейронами го­ловного мозга и гиппокампа. Препарат применяют при нерезко выраженных депрессиях и тревожных состояни­ях различного генеза, а также у больных алкоголизмом с аффективными нарушениями. Рекомендуемая доза 37,5 мг в сутки (по 1 таблетке 3 раза в день перед едой). Тианептин лишен отрицательного влияния на половую сферу, поэто­му без каких - либо ограничений его можно использовать у пациентов с психогенными и смешанными сексуальными дисфункциями.

Прием препарата в суточной дозе 25 - 37,5 мг приводит к ослаблению навязчивых сомнений и тревожных опасений перед возможной неудачей при коитусе. Курс лечения 3 - 4 недели.

Коаксил хорошо переносится, поскольку не оказывает холинолитического действия. Изредка могут отмечаться быстро преходящие боли в эпигастрии, сухость во рту, тош­нота, запоры, нарушения сна, головокружение, головная боль, тахикардия, экстрасистолия, мышечные боли.

Препарат не имеет противопоказаний, за исключением одновременного применения ингибиторов МАО и детского возраста пациента (до 15 лет).

*Тразодон (триттико) -* антидепрессант сложной бициклической структуры с недостаточно ясным механизмом действия. Препарат блокирует обратный нейрональный захват серотонина, а также обладает адренолитическими, антисеротониновыми и некоторыми антигистаминными свойствами. Выпускается в таблетках по 50 мг. Тразодон оказывает умеренное антидепрессивное действие, а также седативный, анксиолитический и в меньшей степени антифобический эффекты. Чаще применяется при неглубоких тревожных депрессиях различного происхождения и дисфорических состояниях органического генеза, психосома –

281

тических заболеваниях. Рекомендуемые дозы варьируют от 200 до 600 мг в сутки в три приема. Тразодон способен усиливать эрекции, а при его приеме в высоких дозиров­ках у мужчин иногда даже развивается приапизм. Поэто­му в небольших дозах (100 - 200 мг/сутки) препарат можно использовать при эректильных дисфункциях различного генеза, сопровождающихся тревожным ожиданием сексу­альной неудачи и пониженным настроением. Курс лечения около 1 месяца. Прием тразодона иногда сопровождается побочными эффектами: сонливостью, сухостью во рту, го­ловокружением, утомляемостью, снижением артериаль­ного давления, сердечными аритмиями и раздражением желудочно - кишечного тракта. Противопоказан при ин­фаркте миокарда.

***Миансерин (леривон)*** *-* антидепрессант тетрациклической структуры с седативным компонентом. Выпуска­ется в таблетках по 30 мг миансерина гидрохлоридз. По антидепрессивной активности эффективность леривона сопоставима с другими современными антидепрессантами. При этом его особенностью является отчетливое анксиолитическое действие, позитивное влияние на сон и анальгезирующее действие при преобладании затяжных болевых синдромов и отсутствии указаний на их органическое про­исхождение. В сексологической практике чаще применя­ют при гениталгиях и диспареунии на фоне явной или ла­тентной депрессивной симптоматики (типичные суточные колебания болевой интенсивности, ранние пробуждения, сезонные обострения и т. п.). Препарат назначают с 15 мг на ночь. Обычно терапевтическая доза не превышает 30 - 60 мг/сутки. При наиболее упорных гениталгиях психосо­матического генеза миансерин комбинируют с ингибито­рами обратного захвата серотонина (флувоксамин, посте­пенно повышая с 25 мг до 100 - 150 мг/сутки, сертралин - с 12,5 мг до 50 - 100 мг/сутки).

При назначении леривона рекомендуется соблю­дать осторожность у больных с заболеваниями сердечно­сосудистой системы, печеночной и почечной недостаточ­ностью.

В терапевтических дозах леривон в отличие от трициклических антидепрессантов не имеет антихолинергического и кардиотоксического эффектов.

282

**Г. Психостимуляторы**

***Сиднокарб*** *-* психостимулирующее средство. Сти­мулирующий эффект препарата связан с его воздействием на норадренергические и в некоторой степени дофаминергические структуры головного мозга. Выпускается в таблетках по 5 и 10 мг. Применяется при затяжных асте­нических состояниях различной этиологии. Уменьшает яв­ления алкогольной абстиненции. В сексологической прак­тике сиднокарб используется при снижении либидо, реже - в случаях ухудшения эрекций у мужчин на фоне выражен­ной астенизации, вялости и апатии. Дозы подбирают ин­дивидуально. Начальная доза - 5 мг в сутки в один прием. При необходимости ее постепенно увеличивают до 15 - 30 мг/сутки, разделив на два приема в первой половине дня. Курс лечения 2 - 3 недели. Сиднокарб не следует назначать возбужденным пациентам и при явлениях раздражительной слабости. Осторожность требуется при выраженном атеро­склерозе и гипертонической болезни.

**Д. Ноотропы**

***Пикамилон*** *-* ноотропный препарат, сочетающий свойства гамма - аминобутировой и никотиновой кислоты. Препарат улучшает память, увеличивает устойчивость ЦНС к воздействию неблагоприятных факторов. Оказывает неко­торое анксиолитическое и психостимулирующее действие, восстанавливает умственную и физическую работоспособ­ность при переутомлении. Улучшает церебральный крово­ток, имеет антигипоксический и антиоксидантный эффекты. Выпускается в таблетках по 20 мг и 50 мг. В сексологической практике применяется в комплексном лечении сексуальных дисфункций, развившихся после перенесенных черепно - мозговых травм, ишемического инсульта, нейроинфекции, а также не фоне астенических и астенодепрессивных состо­яний, обусловленных нервно - психическими заболеваниями. Пикамилон назначают по 20 - 50 мг 2 - 3 раза в сутки. Курс лечения 1 - 2 месяца. Побочные эффекты наблюдаются редко. Возможны аллергические реакции, тошнота, голов­ная боль и головокружение.

*Противопоказания:* острые и хронические заболевания почек.

283

**4.8. Гепатопротекторы**

*Эссенциале -* комплексный препарат, содержащий «эссенциальные» фосфолипиды (субстанцию EPL) вместе с витаминами. Главное действующее вещество препарата субстанция EPL - основной элемент в структуре клеточной оболочки и органелл гепатоцитов. Эссенциале оказывает нормализующее действие на метаболизм липидов, белков и дезинтоксикационную функцию печени, восстанавливает и сохраняет клеточную структуру печени, тормозит форми­рование в ней соединительной ткани. Препарат выпускает­ся в капсулах и в виде раствора для инъекций по 5 мл в ампу­ле. Применяют при гепатитах и циррозе печени, жировой дегенерации печени различной этиологии, лекарственных и алкогольных поражениях печени. Лечение рекомендует­ся начинать с комбинированного введения эссенциале вну­тривенно (по 1 - 2 ампулы ежедневно) и внутрь по 2 капсулы 2 раза в день. По мере улучшения состояния печени пол­ностью переходят на пероральный прием препарата по 2 капсулы 2 - 3 раза в сутки во время еды. Курс лечения со­ставляет 3 месяца и при необходимости может быть про­должен или повторен.

Известно, что при выраженных нарушениях функ­ции печени у мужчин может развиваться гипогонадизм и феминизация организма (геникомастия, уменьшение оволосения тела). Отмечаются снижение полового вле­чения, ослабление эрекций, уменьшение объема эякуля­та и количества сперматозоидов. В плазме крови падает содержание тестостерона, а уровень пролактина по­вышается, увеличивается суточная экскреция эстроге­нов с мочей. В этих случаях использование препаратов, улучшающий функциональное состояние печени и уско­ряющих процесс восстановления гепатоцитов, - обя­зательный элемент в комплексной терапии сексуальных дисфункций. Как правило, проводят повторные курсы лечения эссенциале или другими гепатопротекторами в сочетании с адаптогенами, поливитаминами и амино­кислотами. Эссенциале обычно хорошо переносится. Крайне редко возникают неприятные ощущения в эпигастральной области.

284

***Лив - 52*** *-* комбинированный препарат, изготовляемый из лекарственных растений по рецептам древней индийской медицины. Оказывает гепатостимулирующее, гепатопротективное и холеретическое действие, тонизирует желудочно - кишечный тракт. Лив - 52 выпускается в виде таблеток и каплей для приема внутрь, содержащих 19 растительных ингредиентов. Препарат используется при гепатитах и цир­розах печени, хроническом жировом гепатите, а также для профилактики и лечения поражений печени лекарствен­ными препаратами, химическими веществами и алкоголем. Лив - 52 назначают по 2 - 3 таблетки по 3 - 4 раза в день на про­тяжении 2 - 3 месяцев и более. При нарушениях потенции у больных алкоголизмом, в том числе в периоды алкогольной ремиссии, Лив - 52 применяют в вышеуказанной дозиров­ке вместе с адаптогенами, метаболитами, поливитаминами. Курс лечения 1,5 - 2 месяца. Крайне редко Лив - 52 вызывает аллергические реакции и диспептические явления.

**4.9. Препараты, действующие**

**в области периферических нервных окончаний**

**А. Местноанестезирующие средства**

*Лидокаин* в виде дозированного аэрозоля для местно­го применения. Содержит 790 доз во флаконе (одна доза - 4,0 мг). Используется у мужчин, страдающих преждевре­менной эякуляцией, как правило, на фоне приема препара­тов центрального действия, повышающих пороги эякуляторного рефлекса (спеман - форте, резерпин, анафранил, золофт и др.). Обычно на головку полового члена в обла­сти уздечки за несколько минут до коитуса наносится 1 - 2 дозы аэрозоля лидокаина, что вызывает локальное сни­жение чувствительности примерно на 15 минут. В ряде случаев это способствует увеличению продолжительно­сти полового акта. При обильном орошении аэрозолем лидокаина всей головки и других участков полового члена тотальное снижение его чувствительности может тормо­зить эрекцию или приводить к временному исчезновению

285

сладострастных ощущений при копулятивных фрикциях. Наружное применение лидокаина противопоказано при повышенной чувствительности к препарату.

**Б. Местнораздражающие мази**

*Химколин -* сексуальный стимулятор для местного применения. Выпускается в виде крема, содержащего мас­ла лекарственных растений по 10 или 21 г в тубах. Препарат увеличивает кровенаполнение полового члена, способствуя достижению эрекции. При эректильных дисфункциях химколин применяется вместе с препаратом тентекс - форте либо с другими адаптогенами. Обычно крем наносят на по­ловой член и лобковую область, втирая его путем легкого массирования 1 - 2 раза в день в течение месяца. Химколин также используют примерно за 1 час до предстоящей бли­зости, смывая его непосредственно перед коитусом или не делая этого, поскольку крем не оказывает раздражающего воздействия при попадании во влагалище женщины. Допу­скается местное применение химколина у женщин для по­вышения чувствительности генитальных эрогенных зон.

**4.10. Препараты улучшающие функцию простаты**

***Спеман - форте*** *-* содержит ряд экстрактов раститель­ного происхождения. Выпускается в таблетках по 100 штук в упаковке. Снижает возбудимость центров, регулирующих половые функции у мужчин, улучшает функциональную активность предстательной железы.

Основными показаниями к приему препарата явля­ются преждевременная эякуляция, сперматорея, частые ночные поллюции, половые дисфункции, обусловленные возрастной инволюцией. При ускоренном семяизвержении спеман - форте назначают по 1 - 2 таблетке 2 - 3 раза в день на протяжении 3 - 4 недель. При сперматорее назначают по 1 - 2 таблетке в день 4 - 6 недель.

***Простанорм*** *-* жидкий экстракт для приема внутрь. Содержит травы зверобоя и золотарника канадского, ко­рень солодки, корневища с корнями эхиноцеи пурпурной.

286

Препарат обладает простатотропным действием, обусловленным умеренной андрогенной активностью, противо­воспалительным, анальгезирующим свойствами, а также способностью улучшать микроциркуляцию тканей пред­стательной железы, нормализует диурез. Оказывает бактериостатическое действие на грамположительные бактерии (энтерококки, стрептококки и стафилококки).

Применяется при лечении хронического неспецифиче­ского простатита внутрь по и чайной ложки (2,5 мл), раз­веденной в ¼ стакана воды, 3 раза в день за 30 минут до еды. Курс лечения 4 - 6 недель.

**4.11. Другие методы коррекции эректильных дисфункций у мужчин**

**1. Использование эректоров**

Эректор - специальная механическая конструкция, которая надевается на член перед половым актом и позво­ляет осуществить интроитус и последующие фрикции даже при значительном снижении эрекции у мужчины. Суще­ствует несколько модификаций механических эректоров. Для успешного использования эректора необходимо макси­мально точно подобрать его размер. Эректоры обычно при­меняются у мужчин, страдающих грубыми эректильными дисфункциями (чаще органического генеза), резистентны­ми к проводимому лечению (при сохранности у них либидо и эякуляции). Рекомендуя эректор, необходимо учесть, что многие пациенты и их партнерши весьма негативно отно­сятся к подобному способу коррекции нарушений эрекции. Вместе с тем низкая стоимость приспособления делает его вполне доступным даже для малообеспеченных лиц.

**2. Вакуумная терапия эректильных дисфункций**

В России первую попытку использовать вакуумную те­рапию предпринял И. В. Заблудовский, который в 1909 го -

287

ду предложил «пневмомассаж». Впоследствии метод был усовершенствован Р.В. Беледой (1981) и получил название «локальная декомпрессия» (ЛД). Во время сеанса половой член пациента помещают в прозрачную мини - барокамеру из органического стекла, из которой вакуумным насосом АЛИ - 01 откачивают воздух до появления выраженной эрекции и чувства распирания в головке полового члена (соответствует разрежению 0,3 - 0,4 кг/см2), затем разреже­ние плавно уменьшают, что приводит к ослаблению эрек­ции. Попеременно чередуя уровень декомпрессии в колбе, проводят своеобразный пневмомассаж полового члена. При этом рабочее разрежение в колбе колеблется от 0,1 до 0,37 кг/см2. Время одной процедуры ЛД устанавливаются врачом индивидуально при их общем количестве до 10 - 12 на курс.

Основные терапевтические механизмы локальной де­компрессии следующие. Артериальная кровь в условиях пониженного барометрического давления более интенсив­но насыщает кислородом окружающие ткани. Это благо­приятно воздействует на трофику тканей полового члена и способствует активизации кровотока в сосудистом аппарате кавернозных тел. Имеет значение восстановление во время сеансов специфических сексуально окрашенных ощущений, сопровождающих полную эрекцию. Возникая в эрогенных зонах полового члена, они запускают, а затем поддержи­вают нормальные механизмы сексуального возбуждения. Нервные окончания, раздражаемые приливом к половому члену насыщенной кислородом крови, порождают импуль­сы, поступающие в сексуальные центры головного мозга. В результате оживляются угасшие нервные связи, улучша­ется нервная регуляция генитальных сексуальных реакций мужчины. Процедура имеет отчетливый психотерапевтиче­ский эффект, поскольку вид эрегированного полового члена создает у больного уверенность в успехе лечения. ЛД широ­ко применяется при эректильных дисфункциях различной этиологии (психогенной, сосудистой, инволюционной и др.). Например, в сочетании с сосудорасширяющими препара­тами это - наиболее эффективный физиотерапевтический метод лечения нарушений эрекции у больных с патологией кровоснабжения гениталий. Противопоказаниями к исполь­зованию ЛД являются тяжелые психические расстройства,

288

злокачественные опухоли, сердечно - сосудистая недостаточность, некоторые местные заболевания (фимоз, парафимоз, варикозное расширение вен семенного канатика, водянка яичка, пахово - мошоночные грыжи).

За рубежом с 70 - хгодов применяются различные приспо­собления по созданию разрежения (вакуума) в прозрачной колбе, надетой на половой член, благодаря чему происходит усиление притока крови к кавернозным телам и возникает принудительная эрекция. Затем для ее поддержания на ко­рень эрегированного полового члена надевается специальное резиновое кольцо, которое затрудняет отток крови от кавер­нозных тел. Вакуумные устройства (E/P System, ErecAid System, VTU System и др.) способны обеспечить эрекцию, достаточную для осуществления коитуса в 80 - 85 % случа­ев, однако сжимающее основание полового члена эластичное кольцо может изменить характер ощущений во время фрик­ций и ослабить эякуляцию. Мужчине необходимо помнить, что оставлять стягивающее кольцо на корне полового члена более 30 минут опасно, так как ригидность, полученная при помощи вакуумного приспособления, является причиной венозного застоя всех тканей полового органа. Некоторые пациенты жалуются на чувство онемения, болезненность и изменения цвета эрегированного члена. Использование ва­куумных приспособлений исключает спонтанность при ин­тимной близости и может вызывать психологический дис­комфорт у одного иди обоих партнеров,

**3. Хирургическое лечение**

1. *Реваскуляризация кавернозных тел.* При окклюзионных поражениях артериального русла, кровоснабжающего гениталии, применяются различные варианты шунтирования артерий полового члена, обеспечивающие усиление притока крови к пещери­стым телам.

2. *Резекция глубокой тыльной вены полового члена.* Выполняется при патологическом венозном оттоке из кавернозных тел.

3. *Иссечение фиброзной бляшки с последующим заме­щением кожного дефекта* производят при грубых

10 Медицинская сексология

289

деформациях полового члена, обусловленных болезнью Пейрони.

4. *Фаллопротезиробание.* Используется при наиболее тяжелых эректильных дисфункциях органической генеза, резистентных к другим способам лечения. Применяется несколько типов протезов. Выбор оптимальной конструкции - важное условие для успешной сексуально - психологической реабилитации пациентов и их партнерш в послеоперационном периоде. Имеются различ ные модели полужестких, гибких, мягких и гидравлически; протезов. Наиболее совершенные на сегодняшний день трехкомпонентные гидравлические протезы, которые позволяют достичь почти физиологического состояния расслабления полового члена, а при необходимости получить полноценную имитацию эрекции. К их недостаткам следует отнести техническую сложность имплантации и высокую стоимость трехкомпонентных моделей гидравлически; протезов. По некоторым оценкам, не менее 90 % мужчин подвергшихся эндофаллопротезированию, остались до­вольны достигнутым результатом, однако со временем. (5 лет и более после операции) этот показатель уменьшается до 48 % (E. Montors et. al., 1993).

Следует подчеркнуть, что восстановление генитального кровотока хирургическим путем, равно как и успешное проведенное эндофаллопротезирование, сами по себе не ведут к автоматическому решению пациентом всех своих сексуальных проблем, многие из которых лежат совершен­но в иной плоскости - зафиксированных страхов, навяз­чивых опасений, комплексов неполноценности, нарушений партнерского взаимодействия и т. п. Поэтому даже самое эффективное хирургическое лечение, обеспечивая лишь механическую сторону половой активности, должно быть подкреплено соответствующими психотерапевтическими мероприятиями, которые направлены на решение главной, конечной цели лечения данного контингента больных - восстановление психологических и физиологических воз­можностей к выполнению партнерских функций, т. е. их сексуальной реабилитации.

290

**Глава 5. Психотерапия сексуальных**

**дисфункций**

**5.1. Место психотерапии в сексологическом лечении**

Психотерапия играет важную роль в сексологическом лечении. В ряде случаев она является единственной формой терапии сексуальных расстройств либо - используется как форма дополняющего лечения или как один из компонен­тов комплексного лечения (К. Имелинский, 1986). Половые расстройства в силу большой личностной значимости сексу­альной сферы могут привести к различным невротическим нарушениям, депрессии с суицидальными тенденциями, что еще больше повышает значение психотерапии в лечении та­ких больных (Г.С. Кочарян, 1994). Так, по данным суицидо­логической службы Москвы, среди лиц, обратившихся за помощью, 26 % составляют пациенты с интимно - личными и сексуальными проблемами (Н.Д. Кибрик, 1999).

В одних случаях, невротические нарушения и психоло­гические проблемы являются основной причиной сексуаль­ных дисфункций, а в других — возникают вторично, на фоне уже имеющихся расстройств половой сферы органическо­го генеза, усугубляют их течение, препятствуя полноцен­ному восстановлению сексуальной активности пациентов даже при эффективном лечении основной патологии. При­чем сексуальные нарушения невротической природы явля­ются самой частой формой половых расстройств у мужчин (X. Каплан,1987; Г.С. Васильченко,1990; З. Старович, 1991 и др.). В связи с этим важнейшее место в сексологическом лечении принадлежит эффективной психотерапевтической коррекции психологических механизмов (травмирующих переживаний и воспоминаний, неадекватных представле­ний, страхов и т. п.) половых дисфункций.

По мнению Л. Камерон-Бэндлер (1985), коррекция половых расстройств занимает уникальное место в психо­терапии. В отличие от других психологических проблем,

291

относительно которых сам психотерапевт должен интер­претировать достигнутые результаты лечения, успех или неудача в сексуальном функционировании вполне опреде­лены. Явные физиологические реакции пациента, его удов­летворенность половой жизнью являются прямой демон­страцией того, достигнуты ли желаемые изменения.

Безусловно, что огромный арсенал психотерапевти­ческих приемов и практик предполагает необходимость выбора наиболее адекватных из них, с учетом специфики сексологической проблематики и тесного взаимовлияния интимной жизни и супружеских отношений в целом.

Различные психотерапевтические школы по-разному объясняют причины половых расстройств и предлагают весьма отличающиеся друг от друга подходы к их коррек­ции. Так, например, применение классического психоана­лиза основывается на представлении, что, например, на­рушения эрекции являются результатом подсознательных страхов мужчин, связанных с Эдиповым комплексом, в силу чего супруга воспринимается в качестве объекта, с которым должна существовать эмоциональная, но не половая бли­зость (W. Lauman, 1972; J. Bieber, 1974). Сторонники другой психодинамической ориентации полагают, что сексуальные дисфункции у мужчин связаны с общими аспектами межлич­ностных взаимоотношений и рассматриваются как проявле­ния враждебности, направленной на партнершу (D. Hasting, 1971; L. Salzman, 1972). Через призму базового внутреннего конфликта, обусловленного конфронтацией индивида с данностями человеческого существования, экзистенциаль­ная психотерапия в ряде случаев позволяет понять истоки и найти адекватные пути решения сексуальных проблем, подчас являющихся лишь фасадом, за которым скрывают­ся глубинные страхи пациентов перед конечностью бытия, личной свободой и вытекающей из нее ответственностью за свою жизнь, возможным одиночеством и отсутстви­ем самоочевидного смысла жизни. (И. Ялом, 1999). Пред­ставители рационально-эмотивной психотерапии (РЭТ) помогают пациентам преодолевать затруднения в интим­ной сфере путем активной коррекции их иррациональных представлений, нереалистичных убеждений и надежд в отношении половой жизни, уделяя наибольшее внимание эмоциональным и когнитивным проявлениям сексуальных

292

дисгармоний и улучшению межличностных отношений су­пругов (А. Эллис, 1985, 1990). Большое распространение получили приемы бихевиоральной (поведенческой) тера­пии, основанные на тщательном анализе проблематичного сексуального поведения и использовании положительных и отрицательных подкреплений, наиболее подходящих для данного случая (D. Wolpe, 1958, 1982; A. Mathews et al., 1976). Бихевиоральные техники используют как для устра­нения тревоги, являющейся стержнем любых невротических расстройств, в том числе и в сексуальной сфере (системати­ческая десенсибилизация на фоне мышечной релаксации, тренинг уверенности и т. п.), так и для уменьшения супру­жеских конфликтов и мотивации партнеров к конструк­тивному взаимодействию (структурированный тренинг общения, техника позитивных обменов и др.) (D. Wolpe, 1958; N. Jacobson, G. Margolin, 1979). Для коррекции психогенных сексуальных дисфункций также применяют гештальтподход (F. Perls, 1973); телесно-ориентированные методы психотера­пии (W. Reich, 1949; А. Lowen, 1965); гипнотерапию (D. Araoz, 1980; D. Harmond, 1991); нейролингвистическое програм­мирование (L. Cameron-Bandler, 1985); метод десенсиби­лизации и переработки движениями глаз (V. Wernie, 1993); символдраму или метод кататимного переживания образов (X. Лейнер, 1996; В. Стюарт, 1998) и др. Следует отметить, что отличительной чертой всех перечисленных подходов является «встроенность» приемов работы с лицами, предъ­являющими сексологические жалобы, в определенную мо­дель психотерапии, например психоаналитическую либо бихевиоральную.

Автор мультимодальной психотерапии А. Лазарус (1985, 2001) предлагает опираться в выборе наиболее под­ходящих для конкретного пациента методов и техник пси­хотерапии на тщательное изучение его BASIC I. D. Это со­кращение, составленное из первых букв семи исследуемых модальностей: поведение, аффективные реакции, ощуще­ние, воображение, когнитивные элементы, межличност­ные отношения, медикаментозное воздействие или иные биологически факторы. Согласно Лазарусу, полноценное лечение любых нарушений, включая сексуальные, заключа­ется в коррекции дезадаптивного и девиантного поведения, неприятных чувств, негативных ощущений, нежелательных

293

фантазий, дисфункциональных убеждений и биохимиче­ского дисбаланса. Мультимодальная терапия предполагает технически эклектичный подход, а использование тех или иных психотерапевтических методов основывается на оп­ределении того, «какое и кем проводимое лечение и при ка­ких обстоятельствах окажется наиболее эффективным для этого человека, с этой конкретной проблемой. По мнению А. Лазаруса (1990), такой подход в высокой степени соот­ветствует требованию, выдвинутому М. Эриксоном: «Каж­дый человек уникален. Поэтому психотерапия должна осуществляться так, чтобы соответствовать потребностям именно этого человека, а не пытаться приспособить инди­вида к прокрустову ложу той или иной гипотетической тео­рии человеческого существования».

Следует отметить, что, по свидетельствам его учеников, сам М. Эриксон весьма эффективно работал с пациентами, имеющими сексуальные проблемы. Эриксоновский подход к лечению половых дисфункций основан на определении и гибком изменении имеющихся дезадаптивных стереотипов межличностного взаимодействия и/или сексуального по­ведения одного из партнеров либо супружеской пары. Он базируется на широком использовании многоуровневого (по сути, гипнотического даже без формальной трансовой индукции) метода воздействия. Применяют различные ва­рианты косвенных суггестии, включая сообщения метафо­рического типа и сложные аналогии, которые позволяют обойти сопротивление, реорганизовать бессознательные процессы и активизировать внутренние ресурсы пациента для улучшения его интимных отношений. Кроме предъяв­ления адекватной информации о психофизиологии сексу­альности и помощи супругам в обнаружении всего лучшего в их взаимоотношениях; партнерам даются рекомендации по совместному выполнению специальных упражнений, во многом сходных с приемами из арсенала сексуальной те­рапии (Д. Зейг, 1990; Д. Хейли, 1991). Характерной чертой эриксоновского подхода также является использование парадоксальных интервенций. Например, в терапии муж­чин с психогенным торможением эрекции - наложение «строжайшего» запрета на любую сексуальную активность партнеров, которые при этом должны продолжать спать в одной постели. Или смена «ярлыков», навешиваемых на

294

супружеские проблемы. Суть этого приема состоит в позитивном переопределении симптома или дисфункциональ­ного поведения, которое дает паре возможность по-новому взглянуть на всю ситуацию в целом. Ситуация фиаско в первую брачную ночь может быть переопределена как следствие того ошеломляющего впечатления, которое про­извела на мужа красота молодой жены, в результате чего он начал опасаться возможной неудачи, что фактически и произошло (Д. Уикс, Л.Л. Абат, 2002). Применение эриксоновских стратегий и недирективных гипнотических тех­ник в коррекции психогенных нарушений половой сферы и семейно-сексуальных дисгармоний облегчает и существен­но ускоряет достижение устойчивых позитивных измене­ний сексуального взаимодействия партнеров.

В настоящее время преобладающей тенденцией в сек­сологическом лечении является сочетанное использование различных методов психотерапии, нередко подкрепляемых назначением лекарственных препаратов, физиотерапевти­ческим воздействием и т. п. Такая интегрированная тера­пия часто используется в виде специальных лечебных про­грамм, т. е. систематизированного и планового применения нескольких методов психотерапии (вместе со вспомога­тельными средствами) для устранения соответствующих сексуальных дисфункций или девиаций (К. Имелинский, 1986). Первой из подобных программ была сексуальная те­рапия, предложенная У. Мастерсом и В. Джонсон (1970) для лечения партнерской пары. Они разработали способы коррекции различных вариантов сексуальных дисфункций с использованием в ходе интимного взаимодействия парт­неров специальных технических приемов. В основе модели У. Мастерса и В. Джонсон лежит бихевиоральный подход, а терапевтические усилия направлены на модификацию индивидуальных вариантов сексуального поведения и раз­витие подлинной, адекватной взаимосвязи между партне­рами.

X. Каплан (1974, 1994) объединила методы Мастерса и Джонсон с принципами психоаналитической терапии. В дан­ном подходе симптомы психогенных сексуальных наруше­ний рассматриваются как результат непосредственно дей­ствующих деструктивных ментальных и эмоциональных процессов и проявлений психологической защиты. Соглас-

295

но многофакторной модели X. Каплан (1979), все половые дисфункции имеют непосредственные (поверхностные) причины, например, беспокойство мужчины по поводу «изъянов» своих сексуальных действий, которое тормозит сексуальные рефлексы и/или блокирует эротические пере­живания. Вместе с тем во многих случаях эти непосредст­венно действующие факторы связаны с более глубокими проблемами человеческих взаимоотношений. Неосознан­ные сексуальные конфликты, негативные «сообщения» о сексе, неврозы, корни которых находятся в раннем психо­сексуальном развитии пациента, образуют глубинную эти­ологическую структуру в сексологической симптоматике супружеской пары.

По мнению X. Каплан (1994), основная цель секс-терапии в ее поведенческом аспекте заключается в измене­нии «непосредственных» причин полового расстройства, ибо до тех пор, пока не устранены постоянно действующие стрессогенные факторы, пациенты сохраняют дисфункциональность, даже если они получили четкое представление о своих глубинных конфликтах, и ощущение вины, связан­ное с сексуальным удовлетворением. В то же время, если у супружеской пары имеются скрытые конфликты и про­блемы во взаимоотношениях, нередко можно наблюдать сопротивление сексотерапевтическому вмешательству, для ослабления которого и требуются сеансы активной психо­динамической терапии.

G. Arentewicz, G. Shmidt (1986) предложили несколь­ко иную терапевтическую модель, отличающуюся боль­шей интегрированностью сексотерапевтической практики и психоанализа. Она ставит перед собой следующие цели: 1) ослабление механизмов самоукрепления полового рас­стройства в результате проведения парной психотерапии, которая способствует устранению страхов сексуальной не­состоятельности или стратегии уклонения; 2) ликвидация дефицита просвещенности в сексуальной сфере; 3) разъ­яснение значения сексуального расстройства в отношени­ях между партнерами и проработка лежащих в его основе конфликтов; 4) разъяснение и проработка первопричинных психодинамических конфликтов и страхов. К условиям успешной психотерапии G. Arentewicz und G. Schmidt (1986) относят многократные предварительные собеседования

296

с целью обследования партнеров вместе и по отдельности для установления вида сексуального расстройства и опре­деления предварительных показаний к лечению; урегули­рование вопросов контрацепции; выяснение жилищных условий и распределения свободного времени пар; их сек­суального поведения в настоящее время; истории полового воспитания и отношения к сексу на данный момент. Все это позволяет разработать конкретную терапевтическую стра­тегию для пары и дать необходимые рекомендации относи­тельно дальнейших совместных действий партнеров.

Следует отметить, что «в последние годы все большее число сексологов в США прибегают к эклектичным методам при лечении сексуальных расстройств, т. е. они используют самые разнообразные сочетания приемов терапии, учитывая особенности конкретного пациента настолько, насколько это возможно. Хотя они и могут заимствовать уже отрабо­танные методы какой-либо известной научной школы, име­ется понимание того, что необходимо проявлять гибкость и идти в ногу с меняющимися подходами и все возрастающим объемом научных знаний» (R. Rosen, S. Leiblum, 1995).

В России и других странах СНГ в работе с сексоло­гическими пациентами наиболее широко используются традиционные для отечественных специалистов психоте­рапевтические методы и приемы: рациональная психоте­рапия (И. Е. Вольперт, 1972; Н. Д. Кибрик, 1999 и др.), ауто­генная тренировка и самовнушение (В. В. Андрианов, 1968, 1993; Г. С. Кочарян, 1991 и др.), гипносуггестивная терапия (Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, 1974; А. М. Свядощ, 1982); методики семейной и супружеской психотерапии (Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис, 2002 и др.). В последние годы появи­лись сообщения о применении в сексологической практике иных психотерапевтических подходов: гештальттерапии (Л. И. Козловская, 1996, 2001), психоанализа (Л.М. Щеглов, 1998; И. В. Белокрылов, 1999 и др.), нейролингвистического программирования (Г. С. Кочарян, 1994, 2002; В. А. Доморацкий, К. Ю. Королев, 1995), эриксоновского гипноза (В. А. Доморацкий, 1997).

В 1994 году в издательстве «Медицина» вышла в свет монография Г.С. Кочаряна, А.С. Кочаряна «Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов », в ко­торой излагаются различные психотерапевтические методы,

297

применяемые в сексопатологии. В книге описаны приемы и техники рациональной, косвенной, гипносуггестивной, по­веденческой, групповой и семейной психотерапии. Кратко рассмотрены аутогенная тренировка, наркопсихотерапия, секс-терапия и психоаналитический подход, некоторые тех­ники нейролингвистического программирования. Касаясь вопросов методологии, при выборе конкретной психотера­певтической стратегии авторы предлагают ориентировать­ся на диагностику у пациента психологических системных механизмов (защитных процессов и стратегий совладания). Они указывают на необходимость срыва в ходе психотера­певтического воздействия психологической защиты, дезор­ганизующей сексуальное поведение пациента, при одновре­менном усилении (формировании) механизмов совладания за счет правильного подбора компенсаторных техник и до­стижения устойчивой разрядки эмоционального напряже­ния (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1994).

В.В. Кришталь и Б.Л. Гульман (1997) разработали целостный подход к психотерапии нарушений сексуального здоровья, опирающийся на системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской пары. В соответствии с трехкомпонентной структурой межличностного взаимодействия ими выделены три элемента системы психотерапевтической кор­рекции: 1) когнитивный (информационный); 2) аффективный (эмоциональный); 3) конативный (поведенческий). Цепь ле­чебных воздействий носит непрерывный, последовательный (этапный), комплексный и дифференцированный характер. В общем виде первый этап состоит в формировании у пациен­тов здоровых психологических установок с помощью цикла индивидуальных и групповых психотерапевтических бесед. Второй этап психотерапии служит преодолению невротических реакций больных на свою сексуальную несостоятельность и супружескую дисгармонию. Рекомендуется использовать рациональную и гипно-суггестивную психотерапию, аутоген­ную тренировку и самовнушение, наркопсихотерапию, груп­повую патогенетическую психотерапию, опосредованную и потенциирующую психотерапию. Третий этап имеет целью непосредственно восстановление и активизацию сексуаль­ных функций пациентов, научение правильному поведению, в частности сексуальному. С этой целью проводятся парная, супружеская психотерапия, тренинг общения, сексуально-

298

эротический тренинг, а также сексуальная терапия. Отметим, что данная, по сути интегративно-эклектическая, психотера­певтическая модель, достаточно хорошо разработана, но в нее не вошел целый ряд современных методов психотерапии (эриксоновский гипноз, НЛП, ДПДГ и т. п.). Кроме того, ори­ентация на супружескую пару с обязательным привлечением партнера к обследованию и лечению, безусловно, логична (с учетом парного характера сексуального функциониро­вания), но не всегда полезна и осуществима на практике. По мнению Ю.А. Решетняка (1974), вопрос об участии обо­их партнеров в лечении следует решать дифференцированно с учетом мотивов брака и факторов, связывающих супругов в их совместной жизни. Психотерапевтическая работа не только с пациентом, но и его партнершей, при всех ее оче­видных положительных моментах, невыполнима, например, у одиноких лиц либо при категорическом отказе супруги от сотрудничества в терапевтическом процессе. Поэтому ни коим образом не отрицая значения подходов, всецело сосре­доточенных на межличностной и сексуально-поведенческой адаптации пары, современные психотехнологии существен­но расширяют возможности для индивидуальной терапии лиц, испытывающими сексуальные затруднения, а при необ­ходимости позволяют эффективно работать с обоими парт­нерами.

Таким образом, большой удельный вес психогенных механизмов в развитии половых расстройств требует совер­шенствования психотерапевтических подходов в лечении пациентов сексологического профиля. Анализ имеющей­ся литературы показывает, что существуют две основные тенденции применения психотерапии в сексологической практике. Большинство зарубежных психотерапевтов осу­ществляют лечение психогенных сексуальных дисфункций исключительно в рамках того психотерапевтического под­хода, которого они придерживаются в своей работе. На­против, сексологи ориентированные психотерапевтически, чаще используют интегрированные лечебные программы, в которых на Западе чаще сочетаются бихевиоральный и психодинамический подходы, а в странах СНГ наиболее широко применяется эклектичный набор приемов рацио­нальной, поведенческой и гипносуггестивной психотера­пии, реже - некоторые техники семейной и супружеской

299

терапии. Несмотря на предпринимаемые исследователями попытки выделить последовательные этапы психотерапии половых дисфункций, за исключением сексотерапевтических программ, большинство психотерапевтических моделей в сексопатологии отличают декларативность и недостаточная структурированность. При этом используется достаточно ограниченный арсенал методов психотерапевтического воз­действия. Игнорируются возможности дифференцирован­ного подхода к выбору наиболее адекватных психотерапев­тических вмешательств у пациентов, страдающих половыми дисфункциями, с учетом особенностей психологических механизмов их сексуальной дезадаптации. Это существенно затрудняет воспроизводимость большинства из предлагае­мых психотерапевтических моделей в реальной сексологи­ческой практике.

Все вышесказанное и побудило автора к поиску и си­стематизации наиболее адекватных в сексологической практике методов психотерапии, которые были интегри­рованы в единую систему и легли в основу оригинального психотерапевтического подхода, первоначально приме­ненного у мужчин, страдающих половыми дисфункциями, а в дальнейшем (с учетом ряда особенностей женской сек­суальности) и при обращении за сексологической помощью женщин.

**5.2. Основные принципы и составляющие**

**интегративной психотерапии сексуальных**

**дисфункций у мужчин**

На основании проведенного анализа многочисленных данных литературы и результатов собственных исследова­ний мы выделили ряд психологических факторов, способ­ствующих возникновению и/или усугублению сексуальных затруднений у мужчин. С помощмо факторного анализа была проведена интегральная оценка их значимости в фор­мировании половых дисфункций психогенного и смешан­ного генеза у 180 мужчин (В.А. Доморацкий, 2004). Ее ре­зультаты представлены в табл. 5.1.

300

*Таблица* 5.7

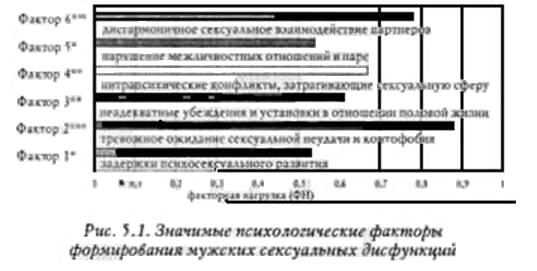
Интегральная оценка значимости различных психологических факторов в формировании сексуальных дисфункций у 180 мужчин

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Факторный анализ | Факторные нагрузки (Варимакс нормализованный)  Выделение: главные компоненты | | | | | |
| Переменные (х) | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 3 | Фактор 4 | Фактор 5 | Фактор 6 |
| Задержки психосексуального развития | **,533380\***  **(р<0,02)** | ,1551264 | ,335526 | ,284911 | -,089427 | ,311046 |
| Полороленые нарушения | ,045713 | ,116542 | ,204231 | ,-073241 | ,154322 | ,021763 |
| Наличие тех или иных акцентуаций характера | ,140089 | ,054091 | ,311046 | -,010773 | -,016701 | -,009355 |
| Воспитание в неполной семье | ,170310 | -,122836 | ,025066 | -,030918 | ,052247 | ,133046 |
| Негативный первый сексуальный опыт | ,195595 | ,152048 | -,002223 | -,145415 | ,074433 | ,193082 |
| Тревожное ожидание сексуальной неудачи и коитофобия | ,448-171 | **,877685\* (р<0,001)** | ,348433 | ,015855 | ,140889 | ,079056 |
| Неадекватные убеждения и установки в отношении половой жизни | ,025066 | -0,18713 | **,606698\* (о<0,01)** | ,132686 | -,010733 | ,294925 |
| Нарушение межличностных отношений в паре | 0,01392 | -,03371 6 | ,335526 | -,055640 | **,672579\* (р<0,01)** | ,063800 |
| Интрапсихические конфликты, затрагивающие сексуальную сферу | -,130315 | -,072982 | ,074466 | **,546284\* (р<0,05)** | -,030918 | ,083728 |
| Отсутствие эротической любви к партнерше | -,429528 | -,221348 | ,083728 | -,099792 | ,124910 | ,273286 |
| Дисгармоничное сексуальное взаимодействие партнеров | -,009355 | ,099792 | ,427830 | -,097210 | ,196491 | **,783766" (р<0,001)** |
| Тревожные переживания в связи с профессиональной деятельностью | -, 196082 | ,151264 | -,063911 | -,014332 | ,294925 | ,1511264 |

301

Примечание: \* - *значимые факторные нагрузки (ФН). Ниже в скобках приведены соответствующие им значения р*

Выявлено, что значимые факторные нагрузки (ФН) приходятся на шесть психологических факторов: 1) за­держки психосексуального развития (ФН = 0,53, р < 0,02); 2) тревожное ожидание сексуальной неудачи и коитофобия (ФН = 0,88, р < 0,001); 3) неадекватные убеждения и уста­новки в отношении половой жизни (ФН = 0,61, р < 0,01); 4) интрапсихические конфликты, затрагивающие сексуаль­ную сферу (ФН = 0,54, р < 0,05); 5) нарушения межличност­ных отношений в паре (ФН = 0,67, р < 0,01); 6) дисгармонич­ное сексуальное взаимодействие партнеров (ФН = 0,78, р < 0,001). Полученные данные подтвердили роль указанных факторов в развитии половых дисфункций у мужчин и не­обходимость акцентирования психотерапевтического воз­действия на их нейтрализации (рис. 5.1).



*Примечание: В диаграмме приведены только значимые ФН, выявленные с помощью факторного анализа. \* - p < 0,05; \*\* - р < 0,01; \*\*\* - р < 0,001*

С этой целью нами разработана оригинальная мо­дель психотерапии сексологических пациентов (В. А. Доморацкий, 1999; 2002; 2004). Ее отличают универсальность и структурированность, активность и краткосрочность, широкие терапевтические возможности для эффективной коррекции наиболее значимых психологических механиз-

302

мов сексуальной дисфункции, основанные на гибком под­боре оптимальных психотерапевтических методов. Она предполагает дифференцированное использование целого ряда сравнительно новых для отечественной сексопатоло­гии приемов и техник психотерапии (вне зависимости от направлений и школ, в рамках которых были разработа­ны те или иные методики), интегрированных в единую те­рапевтическую систему, сфокусированную на устранении у пациентов основных психологических препятствий для полноценных интимных отношений.

Теоретическая основа предлагаемой модели - меж­дисциплинарная (системная) концепция сексопатологии (Г.С. Васильченко); стратегический подход в психотерапии (M. Erikson, J. Haley); концепция технического эклектизма в психотерапии (A. Lasarus).

Технический (методологический) эклектизм - заим­ствование в клинической работе методов и процедур из разных психотерапевтических подходов, руководствуясь их практической полезностью для решения конкретных проблем конкретного пациента. Именно терапевтическим прагматизмом обусловлен выбор используемых нами тех­нических приемов и методов психотерапии. Они относятся к различным психотерапевтическим школам и направлени­ям, включая эриксоновский гипноз, нейролингвистическое программирование (НЛП), десенсибилизацию и переработ­ку движениями глаз (ДПДГ), когнитивно-бихевиоральную, семейную и супружескую терапию, а также элементы символдрамы, краткосрочной мультимодальной психотерапии и ряд других.

В зависимости от особенностей патогенеза сексуаль­ного расстройства психотерапия может выступать в ка­честве ведущего метода лечения, либо дополнять фарма­котерапию и другие методы лечебного воздействия. Для коррекции идентифицированных негативных психологиче­ских факторов и порождаемых ими сексуальных проблем применяются наиболее адекватные им по направленности терапепевтического воздействия психотехнологии. Сосре­доточение основного психотерапевтического воздействия на достижении позитивных результатов в сексуальном функционировании может показаться односторонней, ис­кусственно ограничивающей возможности психотерапии

303

в решении широкого круга когнитивных, поведенческих и эмоциональных проблем, нередко сопутствующих поло­вым дисфункциям. Однако в сексологической практике хо­рошо известно, что при успешном разрешении интимных затруднений пациентов, как правило, улучшается их пси­хическое самочувствие и социальное функционирование, способствуя, в свою очередь, позитивным изменениям и в других сферах жизни. По-видимому, здесь приложим за­кон общей теории систем, гласящий, что изменения в од­ной области какой-либо системы способствуют перемеще­ниям во всей системе и тем самым изменениям в ней. Это в полной мере относится и к сексуальности, которая не является изолированным фрагментом человеческого существования, а хотим мы того или нет, буквально пронизы­вает все стороны нашего бытия, будучи значимой частью индивида как сложной динамической, саморегулирующей системы. Согласно L. Bertalanffy (1968), система - набор взаимодействующих элементов в гипотетических грани­цах, оставляющих большую или меньшую открытость для взаимодействия с окружающей средой. В психотерапевти­ческой практике оно осуществляется через информацион­ное влияние. Психотерапия оказывает неспецифическое и разноплановое воздействие на многих уровнях. Поэтому, даже будучи адресованная достаточно узкой сексологи­ческой проблематике, она, безусловно, приводит к более широким позитивным изменениям, что в конечном итоге и создает необходимые предпосылки для обретения психи­ческого комфорта и улучшения качества жизни лиц, обра­тившихся за помощью.

Структурированность психотерапии предполагает вы­деление последовательных этапов психотерапевтического процесса (В. А. Доморацкий, 2002):

1. *Создание устойчивых доброжелательных отноше­ний с пациентом, как основы для эффективного психоте­рапевтического взаимодействия.*

С этой целью используется подстройка (присоедине­ние) к пациенту через уподобление ему в позе, движени­ях, дыхании, особенностях речи. В частности, чтобы быть лучше понятым, врач употребляет в беседе наиболее часто используемые пациентом процессуальные слова (глаголы, прилагательные и наречия), отражающие предпочитаемую

304

сенсорную систему (визуальную, аудиальную либо кине­стетическую), посредством которой он воспринимает, хра­нит и извлекает из памяти наибольшее количество инфор­мации. К приемам, облегчающим терапевтический контакт, относят употребление врачом ключевых слов, которыми больной описывает свои сексуальные затруднения, эмпатическое слушание, выражение искренней заинтересован­ности проблемами пациента и готовности помочь в их раз­решении.

2. *Изложение пациентом жалоб и собственной точ­ки зрения на существующие проблемы в половой жизни, включая его «субъективную теорию болезни».* Важно вы­явить личностную значимость сексуальной дисфункции и представления пациента о возможных причинах ее воз­никновения, мотивированность к психотерапевтическому лечению. Прояснению интимных проблем в ряде случаев может помочь предложение пациенту закончить три сле­дующие фразы: а) «Я хочу избавиться от...»; б) «Я хочу получить (в результате лечения)...»; в) «Моя основная проблема заключается...» При этом мы получаем возмож­ность для оценки соответствия жалоб пациента предъяв­ляемой проблеме и получить кратко сформулированное им самим описание ее сути.

Дополнительную информацию о субъективной кар­тине полового расстройства дает использование метафо­рического образа проблемы. Пациенту говорят: «Любая проблема похожа на стену. Если представить, что ваша проблема - это стена, то какая это была бы стена?» Важ­но получить детальное описание созданной воображени­ем мужчины стены, которая символизирует актуальность и выраженность его затруднений в половой жизни. Далее пациенту предлагают подумать о том, как можно было бы преодолеть эту стену и оказаться по другую ее сторо­ну. Очевидно, что образ монолитной, сделанной из очень прочного материала многометровой высоты и большой протяженности стены, которая представляется практиче­ски непреодолимым препятствием, в метафорической фор­ме отражает представления пациента о всей серьезности и трудноразрешимости проблемы, его переживания безыс­ходности и неверия в свои силы, что необходимо учесть при планировании психотерапевтических мероприятий.

305

3. *Анализ возможных психологических причин сексу­альных нарушений с учетом анамнеза жизни и полового расстройства, личностных особенностей и психосексу­ального развития индивида, предшествующего сексуаль­ного опыта, характера партнерских отношений либо от­сутствие таковых.*

4. *Выявление ключевых психологических факторов сексуальной дезадаптации пациента («мишеней» для пси­хотерапевтического воздействия) и планирование курса психотерапии.*

Как показано выше, к факторам, подлежащим психо­терапевтической коррекции, относятся:

1) нарушения темпов и сроков психосексуального раз­вития в виде его задержек (ретардаций психосексу­ального развития);

2) фобические факторы, проявляющиеся в форме тре­вожных опасений возможной сексуальной неудачи или коитофобии (являются наиболее частой непосредственной причиной сексуальных срывов у муж­чины и закрепления дисфункционального стереоти­па половой близости);

3) убеждения пациента (когнитивные конструкты), связанные со способом восприятия, неадекватными попытками решения и фиксацией сексуальных про­блем, а также дисфункциональные схемы мышле­ния;

4) интрапсихические конфликты, затрагивающие сек­суальную сферу;

5) нарушения межличностных отношений с партнершей;

6) дисгармоничное сексуальное взаимодействие парт­неров (несоответствие взаимных экспектаций и сек­суальных сценариев).

Выделение указанных факторов, приводящих к раз­витию психогенных половых расстройств у мужчины либо способствующих нарастанию сексуальной дезадаптации при изначально непсихогенном характере половой дис­функции, является важнейшей предпосылкой для проведе­ния психотерапии в рамках разработанной стратегии. Еще раз подчеркнем, что негативные психологические факторы являются основными точками приложения, «мишенями» для прицельной, последовательной коррекции при помощи

306

специально отобранных, адаптированных и модифицированных нами психотерапевтических техник. Поскольку пе­речисленные факторы могут сочетаться друг с другом или с патологией других систем, обеспечивающих копулятивную сферу, необходим дифференцированный подход к выбо­ру психотерапевтической стратегии в каждом конкретном случае.

На четвертом этапе важно сформулировать у пациента «лечебную перспективу» через разъяснение ему обрати­мого характера полового расстройства, функциональных механизмов, приводящих к неудачам в интимной жизни, конкретных путей восстановления собственных сексуаль­ных возможностей.

5. *Осуществление последовательных психотерапев­тических интервенций для устранения выявленных у пациента психологических механизмов сексуальной дез­адаптации* (ликвидация тревожного ожидания неудачи при коитусе и страха перед половой близостью; коррекция ког­нитивных ошибок и неадекватных установок, внутренних противоречий, проблем в межличностном и сексуально-поведенческом взаимодействии партнеров). Это основной и наиболее трудоемкий этап психотерапии. Он заканчива­ется, когда пациент приобретает способность переносить результаты психотерапии и полученные навыки в реальную жизненную ситуацию, что проявляется устойчивым улуч­шением сексуального функционирования и партнерского  
взаимодействия.

6. *Завершение психотерапии.* Сфокусированность пси­хотерапии на сексуальной проблематике и ее краткосроч­ный характер предполагают проведение ограниченного ко­личества терапевтических сессий (от 2-3 до 12) с частотой 1-2 раза в неделю при средней продолжительности одного сеанса 45-60 минут. В отличие от завершения длительного курса глубинной (психодинамической) психотерапии про­блемы, связанные с прекращением терапевтических отно­шений, здесь не столь выражены. В значительной степени этому способствует изначальная договоренность о кон­кретных целях психотерапевтического лечения и устанав­ливаемый врачом и пациентом консенсус по поводу того, что считать позитивным результатом психотерапии. При устранении коммуникативных затруднений, достижении

307

пациентом приемлемого уровня психологического ком­форта и восстановлении удовлетворяющих его параметров сексуальной активности, основные задачи психотерапии считаются выполненными.

На рис. 5.2 схематично представлены вышеизложен­ные этапы психотерапии сексологических пациентов.



*Рис. 5.2. Этапы интегративной психотерапии сексуальных дисфункций у мужчин*

Психотерапия является комплексным процессом с задействованием множества взаимосвязанных элементов, ко­торые в совокупности и обеспечивают ее конечные резуль­таты. Практически для всех направлений психотерапии, включая интегративные подходы, можно выделить общие элементы, составляющие основу психотерапевтического процесса и в конечном счете обеспечивающие его эффек­тивность J. Marmor, 1979, 1998; Yalom, 2000; J. Kottler, 2002 и др.). К ним относят:

1. *Позитивные экспектации пациента и психо­терапевта.* Известно, что результативность пси­хотерапевтического лечения нередко зависит от

308

ожидаемой клиентом степени его эффективности. Хотя эффективность психотерапии нельзя отнести только за счет ожидания благоприятных измене­ний считается, что почти треть успешных результа­тов психотерапии можно объяснить тем, что и це­литель и пациент твердо верили в эффективность лечения

2. *Терапевтические отношения* (установление на­дежного терапевтического альянса). В основе про­дуктивных терапевтических отношений лежат уважение, доверие, рапорт, эмпатия, искренний интерес к обратившемуся за помощью и понимание его проблем. Психотерапия, по существу, является осо­бой формой межличностных отношений.

3. *Хоторнский эффект* (особое внимание психоте­рапевта к пациенту ведет к улучшению состояния последнего). В классических Хоторнских исследо­ваниях (1939), посвященных влиянию улучшения освещения на производительность труда на пред­приятии, впервые было замечено, что наблюдаемые улучшили свои показатели работы лишь потому, что являлись объектами изучения и получали осо­бое внимание. Было обнаружено, что внимание к пациенту может приводить к улучшению независи­мо от того, дополняется ли это внимание какими-то иными психотерапевтическими воздействиями.

4. *Раскрепощение эмоций и снижение в ходе психо­терапии эмоционального напряжения* (связаны с тем, что пациенту предоставляется возможность открыто обсуждать свою проблему с лицом, от ко­торого он надеется получить помощь).

5. *Когнитивное научение* (объяснения и интерпрета­ции терапевта ведут к повышению осознавания, т. е. дают пациенту понятную, значимую и рациональ­ную основу для понимания того, почему и как воз­  
никли его проблемы, каковы пути их разрешения и что для этого необходимо сделать).

6. *Оперантное обусловливание -* особый вид фор­мирования условно-рефлекторных связей посред­ством явной или скрытой демонстрации врачом своего одобрения-неодобрения, поощрения-осуждения тех

309

или других форм поведения и эмоционального реаги­рования пациента. Другой вид оперантмого обуслов­ливания - корректирующий эмоциональный опыт. Его сущность состоит в том, что врач, как правило, объективнее и реалистичнее, более эмпатически, чем окружение пациента, реагирует на его эмоциональ­ные проявления и поведение. Все это дает пациенту новый эмоциональный опыт, позволяет по-иному взглянуть на существующие проблемы и отношения с окружающими людьми.

7. *Идентификация,* основанная на сознательном или бессознательном стремлении пациента видеть в пси­хотерапевте модель для подражания, в силу чего он перенимает некоторые ценности и поведенческие особенности врача.

8. *Суггестия (явная и скрытая) -* терапевтиче­ский фактор, присутствующий во всех видах пси­хотерапии (даже в тех школах, которые пытают­ся это отрицать). В одних случаях, например, при проведении гипнотерапии, прямые или косвенные внушения являются важнейшей составляющей психотерапевтических интервенций. В других - суггестивный акцент в психотерапии менее выра­жен. Но «всякий раз, когда врач представляет суть своего метода и подразумевает или открыто фор­мулирует, что пациент почувствует себя лучше, если наследует этой терапевтической модели, - будь она динамической, гештальтистской или бихевиоральной, - он использует внушение» (J. Marmor, 1998). Кроме того, известно, что чем сильнее вера пациента во врача, чем выше его идеализация, тем больший круг терапевтических действий обла­дает суггестивным потенциалом и тем мощнее воз­действие внушений.

9. *Приобретение в ходе терапии и закрепление в реальной жизни новых, более адаптивных пове­денческих паттернов.* При этом широко исполь­зуются «репетиции» и повторения в форме домаш­них заданий. Фактически это процесс обучения путем конструирования в воображении и неодно­кратного проигрывания пациентом желательных

310

поведенческих паттернов в ситуациях психотера­певтического сеанса с последующей реализаци­ей вновь приобретенных навыков в повседневной жизни.

10. *Возможность катарсиса.* Со времен выхода в свет в 1885 году трактата Брейера и Фрейда по ле­чению истерии многие психотерапевты пытались помочь пациентам избавиться от подавленного аф­фекта через катарктическое отреагирование, вслед за которым следовало уменьшение аффективного напряжения и чувство облегчения. Как указывает И. Ялом (2000), катарсис может играть важную роль в терапии, но одного лишь отреагирования часто бывает недостаточно. На протяжении жизни все мы испытываем порой очень сильные эмоциональные переживания, однако далеко не всякое пережива­ние ведет к изменению.

11. *Десенсибилизация к психотравмирующим об­стоятельствам.*

12. *Вызывающий доверие, способный вдохновлять, профессионально подготовленный специалист.* По мнению группы экспертов, наибольший вклад в результаты психотерапии вносят личностные ка­чества пациента (в частности, его мотивация к из­менению), на втором месте находятся личностные параметры психотерапевта и лишь на третьем - ис­пользование определенных психотерапевтических техник (Бейтман, 1989).

**Использование психотерапевтических техник**

В большинстве психотерапевтических подходов ис­пользуются различные технические приемы (техники). Техника представляет собой систематическую процедуру, посредством которой решается та или иная комплексная или научная задача. Это тщательно разработанный план действий, основанный как на теории, так и на практических наблюдениях. Каждая техника имеет определенную цель и должна использоваться в подходящих для нее обстоятель­ствах (R. Sherman, N. Fredman, 1997). Применение той или

311

иной техники предполагает, что, выполняя ряд конкретных приемов, предписаний и предложений, которые исходят от врача, пациент совершит серию действий (в воображении или в реальности), в результате чего он сможет лучше по­нять свое поведение, изменить его в позитивную сторону или освободиться от тревожащих его симптомов. Создате­ли техник отталкиваются от представления, что если у че­ловека имеется А (нежелательное поведение или симптом), вводится определенная последовательность событий или шагов В (техника), на выходе получаем С (желаемый ре­зультат). По словам А. Бека (1990), «коммуникация - это почва для эффективной психотерапии, но именно техники приводят к росту на этой почве того, в чем нуждается па­циент, т. е. ведут к позитивным изменениям. Проблема со­стоит в том, чтобы адекватно применять соответствующие вмешательства к соответствующему пациенту и соответст­вующим нарушениям».

Все вышеперечисленные элементы (факторы) терапев­тического влияния в той или иной степени задействованы при проведении психотерапии у сексологических пациен­тов. Предложенная стратегия психотерапевтической кор­рекции сексуальных дисфункций у мужчин может быть отнесена к инструментально-технической модели психо­терапии интегративного типа (В.А. Ташлыков, 1992), где наряду с высокой активностью врача и структурированно­стью многофакторного психотерапевтического процесса особое значение придается технической стороне работы. Выбор конкретных приемов и методик воздействия опреде­ляется их терапевтическими возможностями, т. е. способ­ностью наиболее эффективно корригировать выявленные у пациентов дезадаптивные психологические механизмы, препятствующие полноценным сексуальным отношени­ям. Причем для каждой психотерапевтической «мишени» предложены альтернативные (взаимозаменяемые) методи­ки с тем, чтобы практикующие специалисты имели возмож­ность выбирать для работы наиболее приемлемые для них психотехники.

Рассмотрим подробнее «технический инструмента­рий» интегративной психотерапии сексуальных дисфунк­ций у мужчин. Применяемые приемы и методы система­тизированы нами в соответствии с основными точками

312

приложения психотерапевтического воздействия. В зависимости от степени участия тех или иных психологических механизмов в формировании полового расстройства у па­циента психотерапия фокусируется на коррекции наруше­ний психосексуального развития, тревожного ожидания неудачи и коитофобии, внутриличностных проблем и дис­функциональных убеждений, неадекватного межличност­ного взаимодействия и сексуальной дисгармонии в паре. Следует отметить, что в одних случаях для полного вос­становления сексуальной активности пациента требуется 1 - 2 сеанса психотерапии с использованием техник, позво­ляющих нейтрализовать страх перед коитусом, тогда как в других - необходим курс из 8 - 10 и более психотерапевти­ческих сессий, направленный на параллельную коррекцию сразу нескольких негативных психологических факторов, приводящих к сексуальной дезадаптации мужчины.

В табл. 5.2 представлены систематизированные нами критерии выявления основных психологических факторов, дезадаптирующих сексуальную сферу мужчины, которые подлежат психотерапевтической коррекции.

*Таблица 5.2*

Критерии выявления ключевых психологических факторов сексуальной дезадаптации мужчины

|  |  |
| --- | --- |
| Психологические факторы | Основные критерии |
| Задержки психосек­суального развития | а) отставание в сроках становления сек­суальности по данным сексологического анамнеза;  б) трудности в установлении и поддержа­нии коммуникаций с лицами противопо­ложного пола;  в) эротические и сексуальные фантазии при отсутствии  устойчивых навыков их реализации;  г) инфантильные взгляды на интимные отношения людей |

313

|  |  |
| --- | --- |
| Фобические факторы  (тревожное ожидание  сексуальной неудачи и коитофобия) | а) навязчиво возникающие опасения не­удачи при коитусе или страх, заставляю­щий уклоняться от половых контактов;  б) появление или усиление психических и соматических проявлений тревоги в ин­тимных ситуациях либо при одних только мыслях о половой близости;  в) повторяющиеся ситуации фиаско при отсутствии значимой органической патологии в системах, обеспечивающих сексуальную функцию мужчины |
| Неадекватные убеждения и установки в отношении половой жиз­ни дисфунк­цио-нальные схемы мыш­ления | а) убежденность в собственной сексуальной несостоятельности и наличие системы алогичных аргументов, подтверждающих наиболее пессимистичные прогнозы мужчины;  б) неадекватные и ригидные установки, ожидания, предубеждения пациента в отношении различных сторон интимной жизни, затрудняющие терапевтический процесс |
| Интрапсихические конфликты, затрагиваю­щие сексуаль­ную сферу | а) наличие внутренних противоречий между желанием половой близости и отношением к сексуальности, как к пугающей либо низменной стороне человеческого бытия;  б) столкновение с экзистенциальными проблемами человеческого существования (болезненным осознанием конечности собственного бытия или угрозы одиночества) при возникновении сексуальных затруднений |
| Нарушения межличност­ных отноше­ний в паре | а) трудности в общении и непродуктивное взаимодействие между партнерами;  б) конфронтация с частыми конфликтами и предъявлением претензий;  в) взаимное охлаждение и отсутствие с обеих сторон реальных шагов для изменения партнерской ситуации к лучшему;  г) непонимание и/или игнорирование потребностей друг друга |

314

|  |  |
| --- | --- |
| Дисгармонич­ное сексуаль­ное взаимодействие партнеров | а) выраженные различия в сексуальных предпочтениях партнеров;  б) несоответствие в частоте, продолжительности и формах сексуальной стиму­ляции;  в) неадекватное выражение одним или обоими партнерами своих чувств и переживаний по поводу половой близости (упреки, обвинения, угрозы, безразличие) |

**5.3. Принципы коррекции нарушений**

**психосексуального развития**

Наиболее частый вариант нарушений психосексуаль­ного развития - его задержки (ретардации), что подтвер­дило проведенное нами исследование. Задержки психо­сексуального развития нередко приводят к нарушениям коммуникаций уже на платонической и эротической ста­диях формирования либидо, что придает отношениям под­ростков с представительницами противоположного пола исключительно товарищеский характер. У них складывает­ся весьма узкий и ригидный поведенческий репертуар, ис­пользуемый при контактах со сверстницами. В дальнейшем у таких мужчин могут возникать затруднения при попыт­ках познакомиться с понравившейся женщиной, ухажи­вать за ней, в приемлемой форме выразить свои чувства и желания, наконец вступить с ней в интимную связь. Психо­генные сексуальные расстройства в начале половой жизни достаточно характерны для мужчин с задержками психо­сексуального развития. В этих случаях непосредственное устранение сексуальных дисфункций - лишь завершаю­щий этап терапии. Неудачи, преследующие таких пациен­тов с первых в жизни половых актов, прежде всего связаны с трудностями коммуникации из-за отсутствия необходи­мых навыков общения с противоположным полом. Поэто­му вначале такому мужчине нужно помочь сформировать адекватные представления об интимных отношениях и выборе потенциальной сексуальной партнерши. Необхо-

315

димо совместно с пациентом определить основные крите­рии наиболее подходящего объекта для поиска (с учетом индивидуальной привлекательности женщины, особенно­стей характера, а не ее сексуальной доступности), вырабо­тать оптимальную для него модель поведения на всех эта­пах сближения (от первого знакомства и платонического ухаживания до эротических ласк и полового акта). Далее пациенту, находящемуся в состоянии мышечной релакса­ции или легкого транса, предлагают проиграть в вообра­жении разработанный сценарий, мысленно «примерить» новую, адаптивную поведенческую роль на себя. При этом врач может суггестивно усиливать возникающие у муж­чины картины благоприятного развития событий и давать соответствующие постгипнотические внушения, направ­ленные на последующую реализацию данного сценария с партнершей. Для закрепления моделируемых навыков па­циент получает домашнее задание, которое выполняется несколько раз. Ему предлагают выделить для упражнения 10-15 минут, принять удобную позу и, находясь в спо­койном и расслабленном состоянии, последовательно и ассоциирование (т. е. погрузившись в представляемое со­бытие, как если бы оно происходило с ним на самом деле) проиграть в воображении возможные варианты все более интимного общения с понравившейся женщиной. Поло­жительный эффект конструирования зрительных образов и предвосхищения желаемых событий, их мысленных по­вторений находит объяснение в ряде нейрофизиологиче­ских исследований. Так, работы D. Bennet (1989) показали, что, когда человек создает воображаемый образ какого-либо события, в его мозге возникает электрическая актив­ность строго определенной нейронной сети точно так же, как если бы он принимал реальное участие в этом событии (D. Bennet, 1989). Поэтому мысленные репетиции действий в каких-то трудных для индивида ситуациях создают по­стоянную нейронную цепочку, которая фиксирует же­лаемую поведенческую модель, постепенно превращая ее в привычный способ реагирования. Вероятно, сходные механизмы лежат в основе широко используемого при­ема эриксоновской терапии - формирования у пациента в трансовых состояниях «образа достижения», т. е. пред­ставлений и картин успешного разрешения жизненных

316

затруднений. Применительно к психотерапевтической работе с пациентами, у которых на фоне задержек пси­хосексуального развития возникли неудачи при интимных контактах в дебюте половой жизни, это означает создание в воображении мужчины четкого представления самого себя в недалеком будущем как человека, располагающе­го широкими коммуникативными возможностями и спо­собностями для гармоничного перехода от ухаживаний и поверхностных ласк к более глубокому эротическому контакту с женщиной и его логическому завершению - коитусу.

Практическая реализация модели интимного сближе­ния, как правило, должна осуществляться такими пациен­тами постепенно, на протяжении ряда встреч с женщиной. С началом взаимных глубоких эротических ласк целесооб­разно предложить пациенту не стремиться к немедленному их завершению половым актом, а некоторое время (обыч­но в ходе нескольких интимных контактов) использовать для достижения сексуальной разрядки петтинг. В ходе петтинга мужчина сосредоточен не столько на качестве собственной эрекции (поскольку отсутствует тревожное ожидание наиболее «ответственного» для дебютанта, уже терпевшего ранее неудачи, момента интроитуса), сколько на сладострастных ощущениях при взаимной стимуляции гениталий и чувственных переживаниях женщины. Все это создает у пациента предпосылки для возникновения сильного полового возбуждения, сопровождающегося эрекцией, и позволяет закрепить адекватные сексуальные реакции в процессе парного взаимодействия. Только при условии установления хорошего эмоционального и эро­тического контакта с постоянной партнершей возможен успешный переход к коитальной активности мужчины с задержкой психосексуального развития, который ранее не имел позитивного сексуального опыта. Причем крайне важно помочь пациенту создать весьма привлекательный для него, но вместе с тем реально-воспроизводимый об­разец коитального поведения, который вначале закрепля­ется в сфере воображения, лучше всего в гипнотическом состоянии, а в дальнейшем - на практике.

С целью глубинной коррекции задержек становле­ния сексуального либидо и устранения малоосознавае-

317

мых страхов перед проявлениями сексуальности могут ис­пользоваться приемы символдрамы и, в частности, мотив «куст розы», предложенный X. Leuner (1980) для диагно­стики мужской сексуальности и коррекции психогенно обусловленных половых расстройств.

При неоднократных неудачных попытках в начале по­ловой жизни для нейтрализации негативного сексуального опыта пациентов и устранения у них тревожных опасений нового фиаско применяются техники НЛП, эриксоновский гипноз, ДПДГ и другие методы психотерапевтической кор­рекции, изложенные далее.

Нарушения стереотипа полоролевого поведения у мужчин, как правило, не вызывают серьезных проблем с сексуальной адаптацией, что и подтвердили приведенные выше результаты интегральной оценки значимости психо­логических механизмов в нарушении сексуального функ­ционирования пациентов, вошедших в исследование (см. табл. 3.1). Для полноты представленной психотерапевти­ческой модели все же отметим, что своеобразие поведения мужчины с трансформацией половой роли, его мягкость, покладистость, а в сексуальной сфере - ожидание ини­циативы сближения от женщины и пассивность в процессе полового акта могут приводить к сексуальным дисгармони­ям, поскольку вызывают недовольство и упреки со стороны партнерши, способствуя невротической фиксации пациен­тов на половой сфере. Это происходит в тех случаях, когда для женщины наиболее привлекательным и возбуждающим является энергичное, напористое поведение сексуального партнера, совершенно не свойственное таким мужчинам, которые порой даже не улавливают суть предъявляемых к ним претензий, полагая, что основная проблема состоит в неполной эрекции либо в недостаточной продолжительно­сти коитуса.

Психотерапия пациентов с полоролевыми нарушения­ми направлена на исправление искажений соответствую­щего этапа психосексуального развития. В коррекции по­веденческого стереотипа при интимной близости основной акцент сосредоточен на моделировании в воображении па­циента все более активных сексуальных действий и побуж­дении его к следованию разработанному сценарию в ходе половых контактов.

318

**5.4. Психотерапия тревожного**

**ожидания сексуальной неудачи и коитофобии**

Для успешной ликвидации тревожных опасений и страха мужчины перед коитусом необходимо: 1) устра­нить у него навязчивые воспоминания о предшествующих сексуальных срывах; 2) разрушить триггеры (устойчивые внутренние либо внешние стимулы), запускающие дис­функциональные сексуальные реакции; 3) создать условия для исчезновения у пациента тревожного гиперконтроля за собственными генитальными реакциями на всех этапах коитуса и обучить его ассоциированному восприятию по­ловой близости.

Для нейтрализации негативного сексуального опыта пациентов применяется ряд альтернативных психотерапев­тических методик. Одним из простых способов трансфор­мации психотравмирующих воспоминаний и ослабления связанных с ними отрицательных эмоциональных реакций пациента является использование *техники интеграции якорей,* разработанной в НЛП (L. Cameron-Bendler, R. Bandler, J. Grinder, 1997 и др.). Якорь - это специфиче­с-кий стимул, предъявление которого позволяет перенести прошлый опыт человека в настоящий момент и воссоздать связанные с ним состояние и переживания. В основе при­менения техник «якорения» лежат классические работы И.П. Павлова об условных рефлексах. Чтобы добавочный стимул стал якорем, повторное использование которого приводило бы к обретению человеком требуемого пережи­вания, необходимо соблюсти следующие условия; 1) вы­бранный стимул, чаще всего кинестетический (сжатие пле­ча, надавливание на колено либо на пястные кости), вводят в момент максимальной погруженности пациента в воспо­минание на высоте связанных с ним эмоциональных про­явлений; 2) для быстрого возвращения в это воспоминание якорь должен быть воспроизведен предельно точно (лока­лизация, интенсивность давления). В зависимости от ха­рактера переживаний, с которыми сформирована условно-рефлекторная связь, якоря могут быть положительными (ресурсными) или отрицательными (проблемными).

319

Мы проводим «интеграцию якорей» следующим об­разом. Вначале пациенту предлагается как можно ярче и ассоциирование оживить в памяти проблемную ситуацию (особенно запомнившуюся сексуальную неудачу). В момент возникновения наиболее дискомфортных представлений осуществляется постановка негативного якоря, например путем нажатия пальцами руки на левое колено пациента в течение 25 - 40 секунд. После короткого перерыва, уже на высоте приятных переживаний, связанных с удачным сек­суальным опытом, на его правое колено аналогичным об­разом накладывается позитивный якорь. Если в прошлом у пациента не было сколько-нибудь успешных половых кон­тактов, в качестве ресурсного можно использовать любое воспоминание, где он проявил себя как стеничный, уверен­ный в своих силах человек, успешно справившийся с той или иной задачей. Иногда для формирования более мощ­ной положительной альтернативы один позитивный якорь последовательно соединяют сразу с несколькими ресурс­ными воспоминаниями. Далее производится собственно интеграция якорей. Для этого вначале накладывается нега­тивный якорь, предлагая пациенту вновь погрузиться в сце­ну сексуального фиаско, а при возникновении отчетливых невербальных признаков страха перед близостью (побледнение кожи лица и изменение мимики, учащение дыхания, мышечное напряжение и т. п.) вводится позитивный якорь, причем не менее 30 - 40 секунд оба якоря удерживаются од­новременно, а затем еще столько же - один позитивный. Если в результате совмещения якорей отрицательное пере­живание ослабло, подверглось нейтрализации - это отра­жается в изменении внешних реакций пациента, а при рас­спросе он отмечает, что воспоминание о предшествующей сексуальной неудаче поблекло, воспринимается с меньшим драматизмом, порой отстранение. Для этой же цели мы ис­пользуем более эффективный, модифицированный вари­ант методики - «замену двигательных якорей».

*Замена двигательных якорей* выполняется в три эта­па. На первом пациенту, который стоит напротив врача на расстоянии вытянутой руки, предлагается представить себя в психотравмирующей ситуации сексуального срыва. При этом его просят почувствовать некий внутренний ритм своего тела, а затем постепенно начать раскачиваться на

320

прямых ногах в такт негативному воспоминанию, соеди­няя с ним темп, ритм и амплитуду раскачиваний. Врач суг­гестивно усиливает переживания пациента, способствуя большему погружению в образы, мысли, ощущения и, не­однократно подчеркивая, что они связываются, соединя­ются с движениями, которые совершает его тело. Затем пациента необходимо взять за плечи, чтобы точнее уловить «ритм негативного воспоминания» и, определив характер движений, можно даже несколько их усилить. Если об­разовалась устойчивая связь между определенным типом раскачиваний пациента (негативным якорем) и пережива­ниями сексуальной неудачи, то при увеличении амплитуды этих движений обычно усиливается яркость воспоминания и интенсивность эмоционального реагирования. На втором этапе пациент максимально отчетливо представляет себе ситуацию наиболее удачного сексуального контакта (воз­можно, даже с другой партнершей), которая, так же как и в первом случае, связывается с раскачиваниями тела (по­зитивным якорем). Чтобы движения пациента как можно больше отличались от первоначально установленного нега­тивного якоря, ему предлагается найти тот их ритм, темп и амплитуду, которые символизируют качественный половой акт. Затем пациента следует взять за плечи и, определив ха­рактер раскачиваний, усилить их, чтобы убедиться в нали­чии связи между ними и ресурсным воспоминанием. При выполнении третьего этапа данной методики пациент вновь должен обратиться к негативной ситуации, причем, как правило, он спонтанно начинает воспроизводить связан­ные с ней движения тела. При появлении явных невербаль­ных признаков оживления дискомфортного воспоминания врач берет пациента за плечи и начинает его раскачивать в ритме позитивного якоря. На фоне выполнения движе­ний, соответствующих ресурсным переживаниям, пациен­ту предлагается еще некоторое время удерживать в вооб­ражении сцену фиаско, суггестируя, что «она постепенно начинает стираться, распадаться на отдельные фрагменты, превращаться в случайный эпизод, о котором прямо сейчас можно начать забывать вспоминать, одновременно при­поминая самые приятные моменты интимного общения, ощущая в себе особую силу духа, твердость характера и удивительную легкость на подъем». Во время проведения

11 Медицинская сексология

321

завершающего этапа процедуры у многих пациентов возни­кает легкий гипнотический транс. Используемые прямые и косвенные внушения существенно усиливают нейтрализу­ющее воздействие введенного в негативное воспоминание позитивного якоря. Суггестии строятся с учетом характера сексуальных проблем конкретного мужчины, а их продол­жительность может варьировать от 2-3 до 5-8 минут. Уже во время сеанса ряд пациентов отмечает замещение негативных представлений сценой успешного полового акта, а после его завершения меняется субъективное восприятие сексуаль­ной неудачи, которая нередко предстает малозначительным жизненным эпизодом (В.А. Доморацкий, 2002).

*Визуально-кинестетическая диссоциация (ВКД),* ис­пользуемая в НЛП, позволяет отделить в сознании картину негативных событий прошлого от связанных с ними чувств и таким образом существенно уменьшить аффективные ре­акции, возникающие у человека при оживлении их в памяти либо в сходных ситуациях (R. Bandler, J. Grinder, 1997). Тех­ника основана на представлении о том, что если индивид зрительно вспоминает драматичное или, наоборот, очень приятное событие так, как будто в нем находится (ассо­циирование), он начинает испытывать прежние сильные чувства. Но если человек увидит себя участником этого со­бытия со стороны (диссоциирование), интенсивность пе­реживаний оказывается значительно меньшей. Если сцена сексуального фиаско длительно удерживается в памяти мужчины аccоциированно, то она легко всплывает в со­знании при последующих интимных контактах, вызывая у него множество отрицательных чувств и эмоций, которые тормозят адекватные генитальные реакции. Применение БКД способно обеспечить эмоциональную отстраненность пациента от прежнего негативного опыта и существенно снизить у него интенсивность наиболее дискомфортных переживаний, связанных с предшествующими неудачами в интимной жизни. В свою очередь это способствует редук­ции тревожного ожидания новой неудачи и позволяет до­стичь большей вовлеченности в реальную близость.

Рассмотрим последовательность выполнения основ­ных элементов модифицированного нами с учетом сексо­логической проблематики варианта техники ВКД (В.А. До­морацкий, 2002, 2003).

322

1. Формирование у пациента «базисного» состояния безопасности и уверенности в успехе лечения, кото­рое строится на взаимном уважении и доверии меж­ду ним и врачом.

2. Перевод пациента в позитивное состояние. Для это­го просят его вспомнить ситуацию, когда он чувство­вал себя особенно спокойно и комфортно, испыты­вал положительные эмоции. Достигнутое состояние внутреннего комфорта ставится на якорь, что обес­печивает возможность легко возвратиться к нему в ходе дальнейшей работы.

3. Пациенту предлагают представить себя в уютном безлюдном кинозале, где он чувствует себя в полной безопасности. Перед ним экран, где сейчас будет демонстрироваться черно-белый фильм о досадном эпизоде в его интимной жизни. Экран освещается, и он видит себя там, в прошлом, рядом с женщи­ной, и еще ничто не предвещает возможное фиаско. На этой сцене делается стоп-кадр, превращали ее в слайд.

4. Далее пациент мысленно представляет себе, как он словно бы выходит из собственного тела и переме­щается в задние ряды кинозала или в будку кино­механика. Фактически ему предлагается увидеть из  
третьего места себя в настоящем, сидящего в кино­зале в ожидании предстоящего просмотра фильма о неприятном событии, произошедшем с ним в прош­лом. После того как трехместная диссоциация осу­ществлена, она также ставится на якорь.

5. На следующем этапе работы пациент в своем вооб­ражении должен просмотреть этот фильм от нача­ла (первый стоп-кадр) до самого конца, когда он потерпел очевидную неудачу и предстает на экране растерянным и подавленным, а женщина в той или иной форме проявляет свое недовольство (второй стоп-кадр). Принципиально важный технический момент - на протяжении всего фильма мужчина должен сохранять кинестетическую диссоциацию от травматического переживания. Он, как посто­ронний зритель, наблюдает за своими неудачными действиями, отделяя себя от тех чувств, которые

323

испытал когда-то. Для этого врач, удерживая яко­ря внутреннего комфорта и диссоциации, время от времени подчеркивает, что пациент, ощущая полную безопасность, сохраняя спокойствие, видит себя си­дящим в кинозале, где на экране идет фильм о нем в прошлом. Иногда, чтобы усилить кинестетическую диссоциацию от просматриваемого эпизода, можно предложить понаблюдать за разворачивающимися на экране событиями, как если бы они демонстри­ровались в режиме ускоренного показа (в несколько раз быстрее, чем в реальности).

6. Когда эпизод полностью просмотрен уже без преж­него оживления негативных чувств и эмоций по по­воду пережитой неудачи, пациента просят вернуться с третьего места на второе, т. е. мысленно воссоеди­ниться с собой, сидящим в кинозале.

7. Затем пациенту предлагают мысленно подняться с кресла в кинозале, подойти к экрану, где демонстри­руется заключительный эпизод черно-белого филь­ма о ситуации фиаско (второй стоп-кадр). Он дол­жен войти в этот завершающий кадр фильма и очень быстро прокрутить весь фильм назад (за 1,5-3 се­кунды), сделав его цветным. Пациенту разъясняют, что это похоже на то, как; будто он заново оказался внутри сцены сексуальной неудачи, и время быстро побежало назад. Тогда все события и действия разворачиваются в противоположном направлении, и весь процесс происходит от конца к началу. Мож­но привести пример с видеомагнитофоном, в ко­тором включена быстрая перемотка видеоленты назад с ее просмотром на экране. После быстрой прокрутки ситуации в обратном порядке (до перво­го стоп-кадра) пациент вновь возвращается в свое кресло.

8. Пациенту предлагается представить, что он «сам себе режиссер», поэтому у него имеется возмож­ность переписать неудачный сценарий фильма так, чтобы все происходило по-другому, к обоюдному  
удовольствию участников вновь отснятого эпизода. Затем он мысленно встает из кресла и переносится в прошлое, где оказывается наедине с самим собой

324

незадолго до начала событий, закончившихся сексуальным срывом. Воображение мужчины должно нарисовать картину этой встречи, целью которой является предложение разыграть этот эпизод в со­ответствии с новым сценарием. В своих фантазиях пациент-режиссер может дать прямые инструкции не только самому себе как непосредственному уча­стнику происходивших событий, но и партнерше, если ее поведение в реальной ситуации близости было не вполне адекватным.

9. Мысленно пациент вновь возвращается в свое крес­ло в кинозале и заново перепросматривает отрежессированный эпизод, где все заканчивается бла­гополучно. В ходе этого просмотра врач использует якорь комфорта и безопасности, всячески поощряя мужчину к тщательному выполнению данного эта­па работы, и подчеркивает, что из прошлых ошибок важно извлечь необходимый опыт, который позво­лит ему в самом недалеком будущем вести и чувст­вовать себя иначе.

10. Заключительный этап данного варианта техники - про­екция в будущее. С этой целью, удерживая якорь без­опасности и комфорта, пациента просят нарисовать возможную сцену интимной встречи с актуальной партнершей, где события с самого начала развива­ются по наиболее благоприятному сценарию. Ему предлагают дать волю своим фантазиям и предста­вить тот чрезвычайно притягательный вариант бли­зости, одна мысль о котором заставляет чаще биться сердце, вызывает растущее желание реализовать его наяву.

Предложенная нами модификация методики ВКД позволяет пациенту не только дистанцироваться от весь­ма болезненного опыта сексуального срыва, но нередко прояснить для себя непосредственные причины неудачной попытки полового контакта, а также создать в воображе­нии новый, более адекватный сценарий интимных отноше­ний.

*Техника взмаха,* применяемая в НЛП, позволяет бы­стро и эффективно менять ригидный стереотип поведен­ческого реагирования человека на какие-то другие, более

325

его устраивающие (R. Bandler, J. Grinder, 1997). У мужчин с тревожной фиксацией на сексуальных неудачах мы выпол­няем «взмах» как самостоятельно, так и вслед за техникой ВКД, которая в этом случае проводится без последнего эта­па (проекции в будущее).

В технике взмаха можно выделить три основных блока.

1. Определение триггера (негативного стимула), от ко­торого начинается «взмах». У любого проблемного пове­дения есть свои собственные стимулы (триггеры), активи­зирующие нежелательные поведенческие стереотипы. При возникновении у мужчины дисфункциональных сексуаль­ных реакций (например, резкого ослабления эрекции при попытке интроитуса) также выявляются некие внешние или внутренние стимулы, которые запускают процессы, блоки­рующие нарастание либо поддержание полового возбуж­дения, в частности его физиологические проявления.

Наша практика показывает, что такими тормозящими триггерами могут быть как буквально на несколько мгно­вений вспыхивающие в сознании мужчины сцены предше­ствующих неудач (внутренний негативный стимул), так и реальная картина какого-то момента сближения - образ возбужденной партнерши, не оставляющий сомнений в ее крайне негативной реакции в случае возможной неудачи, или вид обнаженных тел, свидетельствующий о том, что кульминация интимной встречи близка, и сейчас потребу­ется «настоящая» эрекция (внешний негативный стимул). Когда негативный стимул найден, следует определить, ка­кие изменения в зрительном восприятии меняют реакцию человека на него. Обычно для большинства людей увеличе­ние размера и яркости мысленного образа усиливают его воздействие, а их уменьшение - ослабляет.

2. Моделирование в воображении желаемого образа самого себя. Для этого пациенту предлагают подумать о том, как он хотел бы вести себя в ситуации половой бли­зости. Просят его в воображении нарисовать оптимальный вариант сексуального контакта, когда все происходит так, как при наиболее запомнившихся ему интимных встречах и даже еще лучше. Если мужчина не имеет подобного по­зитивного сексуального опыта, врач помогает ему создать в своей фантазии некое представление о весьма удачном  
половом акте. Важно, чтобы этот новый, ресурсный образ

326

обладал всеми желаемыми качествами и возможностями, буквально притягивал к себе, вызывал у мужчины сильное желание отождествиться с ним. Для усиления привлека­тельности сконструированной диссоциированной картины можно отрегулировать ее по размеру, цвету, яркости.

3. Быстрая повторная трансформация негативного сти­мула в желаемый образ. Пациенту говорят, чтобы он представил себе картинку негативного стимула. В углу этой картинки размещается маленький и темный желаемый (ресурсный) образ. Врач просит пациента приготовиться к тому, что, когда он скажет слово: «взмах», - большая не­гативная картинка (триггер) мгновенно начнет стираться, разрушаться, а маленький ресурсный образ взорвется все­ми красками и быстро заместит ее, станет большим и ярким. Чем быстрее удается стереть негативный образ при одно­временном росте позитивного, тем эффективнее техника взмаха. Процедуру смены негативной картинки (триггера) позитивной (ресурсной) повторяют от 5-6 до 10 раз. После каждого такого замещения пациент выходит из сферы во­ображения, как бы «очищает» внутренний экран, глядя по сторонам, затем вновь сосредотачивается на картинке не­гативного стимула и превращает ее в ресурсный образ.

В заключение осуществляется проверка, которая со­стоит в том, что пациента просят вновь представить себе не­гативный образ. Если «взмах» был эффективным, ему будет трудно это сделать, а если и удастся, то образ будет туск­лым, размытым, удаленным и, главное, неприятным. Кар­тинка будет стремиться исчезнуть и заместиться другим об­разом, желательным. При правильном выполнении техники взмаха визуальные триггеры, запускающие дезадаптивное поведение пациента, разрушаются, что позволяет ему в дальнейшем проявлять в интимных ситуациях более адек­ватные эмоциональные и физиологически реакции.

Если установлено, что в роли триггера выступает так­же определенный звук или ощущение, «взмах» может быть проведен в слуховой либо кинестетической (связанной с ощущениями) системе. Однако, как показывает практика, эффективность данной методики наиболее высока именно в визуальной системе.

Нередко удается выявить своего рода цепочку внутрен­них триггеров, принадлежащих к различным сенсорным

327

каналам, последовательное включение которых блокирует генитальные реакции пациента при половом возбуждении. Для разрушения этих внутренних пусковых стимулов (ви­зуальных, аудиальных, кинестетических) нами применяется *комбинированное мулътимодалъное воздействие,* впервые предложенное А. Лазарусом (1976). Используя процедуру «отслеживания», пациент проигрывает в воображении си­туации фиаско и определяет, в какой последовательности у него возникают мысли, образы и чувства, непосредственно предшествующие торможению сексуальных реакций. На­пример, вначале возникает мысль: «Опять ничего не по­лучится». Затем воображение рисует картину неудачи, а далее появляются дискомфортные ощущения в эпигастрии и чувство неприятного холодка в области промежности. Стратегия работы предполагает последовательное исполь­зование различных психотерапевтических приемов, воз­действующих на модальности в том же порядке, в котором они включаются в реальной ситуации срыва, т. е. вначале проводится коррекция нежелательных мыслей, затем пере­ключаются на сферу воображения (меняем картинку) и за­канчивают трансформацией ощущений.

Автоматически возникающие мысли о возможной неудаче во многом влияют на дальнейший ход реально­го события, предопределяя его, и фактически становят­ся «самосбывающимися пророчествами». Их устранение мы осуществляем несколькими путями. Наиболее простой прием - *раскрутка мыслей.* Пациенту предлагают про себя проговаривать нежелательную фразу, начиная с очень медленной скорости (растягивая слова), затем медленно, средне, быстро и очень быстро. При этом он представляет себе, что мысль раскручивается как волчок, и когда дости­гает очень большой скорости, вылетает из головы, уносясь прочь. С короткими перерывами процедура повторяется 5 - 6 раз подряд, а для закрепления она рекомендуется в фор­ме домашнего задания. Другой вариант работы - при­менение бихевиоральной *техники остановки мыслей.* В ходе сеанса пациента просят закрыть глаза и прогово­рить мысль, подлежащую контролю. Без промежуточной паузы врач резко и громко произносит слово «стоп!», ко­торое должно прозвучать неожиданно и даже пугающе. Эта процедура повторяется несколько раз. Затем пациент

328

произносит негативную мысль про себя, каждый раз под­нимая при этом палец. Врач реагирует немедленным вос­клицанием «стоп!». Процедура многократно повторяется. Далее пациент обучается выкрикивать слово «стоп!» при преднамеренном вызывании у себя негативной мысли. На заключительном этапе пациент мысленно говорит себе «стоп!» сначала при намеренном, а затем и в случае непро­извольного появления нежелательной мысли. Процедура повторяется до выработки у пациента полного автоматиз­ма. Мы также использовали вариант, когда внутренняя команда «стоп!» сочеталась с легким болевым раздражи­телем (сдавливание мочки уха) для резкого прерывания нежелательных мыслей. Для закрепления и поддержания необходимого уровня автоматизма пациенту рекомен­дуется повторять упражнения самостоятельно 2-3 раза в день по 5 минут.

Может быть использована техника, предложенная Л. Сандерсом (США), которая специально предназначена для устранения навязчивых неприятных мыслей. Вначале субъект должен определить, какая мысль или образ застав­ляет его чувствовать себя плохо. Затем ему даются следую­щие инструкции: «Встаньте прямо. Правую (или, для людей с инвертированными глазными сигналами, левую) руку вытяните вперед, перпендикулярно туловищу, наподобие створки люка в полу, который открывается вниз, в черный провал». (Сам специалист при этом встает напротив субъекта и держит свою полусогнутую руку со сжатыми в кулак пальцами на уровне его глаз на расстоянии примерно полуметра.) «Те­перь, - говорит он клиенту, - подумайте о том, что застав­ляет вас чувствовать себя плохо. Сделайте глубокий вдох, а затем с силой выдохните, "выдувая" все плохие чувства вниз, в черный провал. Одновременно *с* этим резко бросьте руку вниз, *сильно* ударив ей по передней части бедра. Сразу же после этого проследите глазами, как я поднимаю свой кулак вверх и вправо. Как только ваш взгляд поднимется, я разожму пальцы. По этому сигналу вы делаете глубокий вдох, а затем снова выдыхаете, на этот раз вперед, в на­правлении горизонта». Все должно быть проделано очень быстро, так, что едва клиент войдет в одно состояние, его немедленно выталкивают в следующее. Важно также, что­бы шлепок по бедру был достаточно сильным. Процесс по-

329

вторяют 4-5 раз, пока он уже не сможет снова получить от той мысли плохие чувства. Таким способом происходит своеобразная перенастройка нервной системы, результа­том чего является разрыв причинной связи между опреде­ленной мыслью (чем-то, что субъект говорит себе или пред­ставляет) и тем чувством, которое она вызывает.

В качестве домашнего задания предлагается следую­щее упражнение. Пациент, устроившись удобно, сосре­доточивается на своем дыхании и добивается, чтобы оно стало спокойным. Затем он делает 4-5 глубоких вдохов и выдохов, ощущая, как с каждой выдыхаемой порцией воз­духа негативные мысли выбрасываются из головы. Если мысли возвращаются, предлагается понаблюдать за ними со стороны (диссоциированно), как будто это медленно плывущие облака или пролетающие птицы.

Для разрушения внутренних негативных образов мы чаще всего применяем вышеописанную технику взмаха либо сокращенный вариант метода ДПДГ, который изло­жен далее.

Устранение кинестетических триггеров также мо­жет быть осуществлено различными приемами. Наиболее результативно использование техник визуализации дис­комфортных ощущений или болезненных симптомов. Они основаны на многочисленных наблюдениях, свидетель­ствующих о том, что если человек создает в своем вообра­жении некий образ неприятного ощущения, который затем подвергаете трансформации вплоть до полного исчезно­вения, сцепленное с ним ощущение также ослабевает или полностью редуцирует. Одним из таких приемов визуали­зации является *техника «светового потока»* (S. Levine, 1991), а своем первоначальном варианте предложенная для помощи лицам, переживающим эмоциональные страдания, а также при острой и хронической боли.

Рассмотрим основные этапы данной техники, исполь­зуемой нами с некоторыми изменениями:

1. Врач предлагает пациенту сосредоточиться на вос­поминании о сексуальной неудаче и погрузиться в ощу­щения, которые предшествовали ослаблению либо изна­чальному отсутствию эрекции в ходе взаимных ласк. Когда неприятные ощущения возникают, пациента просят опи­сать их локализацию. Его спрашивают: «Каким видится вам

330

это ощущение? Имеет оно форму? Каковы его размеры? Какого оно цвета? Какова его консистенция? Какая у него температура?» В абсолютном большинстве случаев, часто совершенно неожиданно для себя, пациенты начинают от­вечать на эти вопросы, постепенно создавая некий метафо­рический образ ощущения.

2. У пациента спрашивают: «Какой из любимых вами цвет ассоциируется у вас с исцелением, избавлением от все­го, что мешает вам чувствовать себя здоровым и уверенным в себе мужчиной?» Принимается любой ответ, даже если назван тот же цвет, который пациент избрал для описания ощущений в теле. В этом случае ему предлагают подумать и назвать еще один цвет.

3. Пациенту предлагают представить, что световой луч того цвета, который он выбрал, проникает в голову и постепенно начинает распространяться по всему телу. Источник этого света - космос, наполненный энергией, самое огромное из всего, что он может себе представить. Свет устремляется в тело, пронизывает его, вибрируя и переливаясь, заполняет голову, затем, струясь и перете­кая, мягко, без усилия опускается через шею в плечи, руки до самых кончиков пальцев. Свет проникает в грудную  
клетку, живот, струясь, спускается в область таза, потом через ягодицы идет в ноги и дальше к ступням. Пациенту предлагают обратить особое внимание, как исцеляющая световая энергия направляется в то место, где локализо­вано дискомфортное ощущение, образ которого начинает изменяться. По ходу сеанса у него уточняют, что проис­ходит с этим образом. Как меняются его форма, разме­ры и цвет? Необходимо продолжать внушение целебного воздействия светового потока, пока образ негативного  
ощущения не подвергнется существенным изменениям или полностью не растворится в исцеляющем свете. Па­раллельно меняются или исчезают сами ощущения. В ходе выполнения упражнения пациенты, как правило, достига­ют релаксации, которая может быть усилена внушениями чувства умиротворения и глубокого спокойствия, после чего следует возвратить их в обычное состояние. Если при выполнении техники не удается полностью убрать образ негативного ощущения, процедуру можно повторить на следующем сеансе.

331

Мы применяем и несколько иной вариант работы, когда мужчине, находящемуся в гипнотическом состоянии, пред­лагается совершить воображаемое путешествие внутрь себя и описать, что он видит в той области тела, где перед предсто­ящей близостью возникает дискомфорт. В ряде случаев па­циенты приводят метафорические описания испытываемых ими неприятных ощущений: «они похожи на кусок льда го­лубоватого цвета и грушевидной формы », «это напоминает темно-коричневую пористую губку величиной с ладонь с изъеденными краями». Далее пациенту в трансе предлага­ют найти способ, который позволит избавить себя от этой визуализации либо превратить ее во что-то незначительное и малозаметное. Обычно пациенты легко представляют не­кие метафорические варианты решения поставленной за­дачи. Например, растопить кусок льда сфокусированным пучком солнечного света или растворить губку, локализо­ванную в надлобковой области, а затем вывести ее наружу при мочеиспускании. Воображаемые сцены освобождения от образов негативных ощущений могут суггестивно усили­ваться, а в конце сеанса, перед реориентацией и выведением из состояния гипноза, пациенту дается закамуфлирован­ное постгипнотическое внушение о том, что «комфортные ощущения, испытываемые им в трансе, заменят те, другие ощущения, которые были у него ранее».

Последовательное разрушение всех выявленных не­гативных внутренних стимулов способствует восстановле­нию нарушенных в ситуациях интимного контакта с парт­нершей генитальных реакций пациента.

В 1987 году Ф. Шапиро (США) разработала оригиналь­ный психотерапевтический метод *десенсибилизации и пе­реработки движениями глаз (ДПДГ).* С этого времени он с успехом применяется для лечения посттравматических стрессовых расстройств у участников боевых действий, жертв насилия, катастроф и стихийных бедствий, а также лиц, страдающих фобиями, паническими и диссоциативны­ми расстройствами (F. Shapiro, 1994, 1998).

Метод основан на активизации с помощью повторных серий движений глаз процесса ускоренной переработки и нейтрализации травматических воспоминаний, а также любой другой негативной информации, заблокированной в нейронных структурах мозга. Предполагается, что дви-

332

жения глаз, используемые при ДПДГ, запускают процессы, аналогичные происходящим во сне, в фазе быстрого дви­жения глазных яблок. В ходе процедуры ДПДГ происходит быстрая десенсибилизация и переработка травматического материала. Воспоминания, имеющие высокий отрицатель­ный эмоциональный заряд, переходят в более нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают адаптивный характер (F. Shapiro, 1994).

ДПДГ - психотерапия тревожного ожидания сексу­альной неудачи и коитофобии у мужчин осуществляется нами в последовательности, предложенной автором ме­тода, с некоторыми сокращениями и изменениями. Она включает следующие основные этапы (В.А. Доморацкий, 2000):

1. Подготовка. На этом этапе устанавливаются тера­певтические отношения с пациентом, разъясняется сущность ДПДГ-психотерапии, обосновываются ее высокие возможности в избавлении от чувства не­  
уверенности в своих силах и тревоги перед близо­стью, формируется «лечебная перспектива».

2. Определение предмета (цели) воздействия. Основ­ная цель воздействия - хранящаяся в памяти инфор­мация о психотравмирующих событиях, связанных с половой жизнью индивида, которая подвергается последовательной переработке: а) наиболее запом­нившиеся сексуальные неудачи; б) воспоминания о негативной оценке партнершей сексуальных ка­честв мужчины и навязчивые мысли о собственной неполноценности; в) неадекватная информация о сексуальности, приводящая к формированию лож­ных убеждений и искаженных установок в отно­шении половой жизни; г) любые события, ведущие к появлению тревоги и страха перед проявлениями сексуальности или самим половым актом.

3. Определение типа и выраженности негативного эмо­ционального реагирования и телесного дискомфор­та, возникающих в травмирующих ситуациях. Чаще всего такими эмоциями являются тревожное беспо­койство и страх перед предстоящей близостью, ино­гда - раздражение, растерянность. Выраженность

333

отрицательных эмоций определяют по шкале субъек­тивного беспокойства (ШСБ), где 0 баллов - полное спокойствие, а 10 баллов - крайняя степень тревоги и панический страх. Беспокойство, как правило, свя­зано у пациента с мышечным напряжением и непри­ятными ощущениями в различных участках тела, ко­торые также следует выявить.

4. Определение негативного самопредставления - от­рицательного убеждения, отражающего представ­ление пациента о себе в момент сексуальных неудач, новых попыток и других тревожащих ситуациях. Это убеждение типа: «У меня ничего не получится», «Я не могу справиться с этим» и т. п.

5. Определение положительного самопредставле­ния, т. е. того убеждения, которое пациент хотел бы иметь в отношении себя в интимных ситуациях: «У меня все получается», «Я могу испытывать ра­дость от близости» и т. п. Затем по шкале соответ­ствия представлений (ШСП) определяют, насколь­ко истинным (на уровне чувств и интуиции) кажется пациенту желаемое представление о себе сейчас. По ШСП 1 балл - это полное несоответствие пред­ставления, а 7 баллов - полное соответствие (ис­тинное убеждение).

6. Десенсибилизация и переработка. На этом эта­пе пациенту проводят серии движений глаз от одного края визуального поля до другого. Чаще всего используются серии из 24 движений глаз (туда и обратно - 1 движение). В разных сериях движения глаз могут изменяться: горизонталь­ные, вертикальные, круговые, в виде восьмерки. В качестве точки фокусировки взгляда пациента используются пальцы руки врача. Он перемеща­ет их с максимальной скоростью, не вызывающей дискомфорта у больного. Пациент должен вна­чале сосредоточить внимание на мысленном об­разе психотравмирующей ситуации (особенно запомнившаяся сексуальная неудача и т. д.), от­рицательном самопредставлении и ассоциативно связанных с воспоминанием негативных эмоциях и дискомфортных ощущениях.

334

Далее начинают серии стимулирующих движений глаз, после каждой из которых пациенту предла­гают на время отбросить травматический образ и сообщить об ощущениях в теле, эмоциях и мыслях, которые приходят ему в голову. Врач повторяет се­рии стимуляций, периодически направляя внимание больного на наиболее тягостные ассоциации, спон­танно возникающие у него во время процедуры, а затем снова возвращаясь к основной цели - пер­воначальному негативному воспоминанию. Проце­дуру повторяют до тех пор, пока уровень беспокой­ства (тревоги, страха) при воображении исходной ситуации не снижается до 0-1 балла по ШСБ. Па­раллельно нивелируется образ травматического со­бытия и происходит дезактуализации первоначаль­ного негативного представления о себе.

7. Инсталляция. Пациенту предлагают снова обра­титься к травматическому инциденту, но при этом использовать положительное самопредставление (позитивное убеждение в своих возможностях), по­вторяя его про себя на фоне очередных серий дви­жений глаз. В результате степень соответствия по­ложительного представления по ШСП постепенно достигает 6 - 7 баллов, т. е. пациент по-новому начи­нает оценивать предшествующий опыт, проникаясь убеждением, что он вполне способен справиться со своей проблемой. При этом у пациента нередко воз­никают спонтанные представления успешно прово­димой половой близости.

8. Сканирование тела. На этом этапе предлагают паци­енту закрыть глаза и, удерживая в сознании первона­чальное воспоминание и положительное представле­ние о себе, мысленно пройтись по всему телу. Любое  
остаточное напряжение или телесный дискомфорт перерабатываются дополнительными сериями дви­жений глаз до их устранения. Это своего рода про­верка результатов переработки, поскольку при пол­  
ной нейтрализации травматического воспоминания оно теряет не только отрицательный эмоциональный заряд, но и перестает вызывать связанные с ним дис­комфортные ощущения.

335

9. Завершающий этап - присоединение к будущему. Пациенту предлагают представить ситуацию воз­можной половой близости в ближайшем будущем. При возникновении дисфункциональных эмоций, мыслей, образов и ощущений проводится их допол­нительная переработка. Позитивные образы и пред­ставления, которые приходят им на смену, закреп­ляют несколькими сериями движений глаз.

Работа с будущим проводится на заключительной ста­дии психотерапии, когда переработке подверглись основ­ные травмирующие воспоминания пациента, содержащие негативную информацию о его сексуальности и вызываю­щие внутренний дискомфорт.

Если в ходе сеанса ДПДГ дисфункциональный матери­ал полностью не переработан, перед его окончанием паци­ента возвращают в состояние эмоционального равновесия и предлагают запомнить (записать) беспокоящие воспоми­нания, мысли и ситуации, которые могут возникнуть у него между психотерапевтическими сессиями. На следующем сеансе они могут быть также подвергнуты десенсибили­зации и переработке. Продолжительность одного сеанса составляет около 1 часа. Частота сеансов - 1-2 раза в не­делю, при общем количестве от 2 до 6*.*

Нами предложена и широко используется аппарат­ная модификация метода ДПДГ, где серии движений глаз пациента вызываются при помощи аппарата визуальной цветоимпульсной стимуляции «АСИР». Для этого пациен­ту надевают специальные очки со светофильтрами, цвета которых по возможности подбирают с учетом предпочте­ний индивида. (К аппарату прилагается набор из 24 свето­фильтров различных оттенков.) Обычно десенсибилизация и переработка негативного материала проводится с ис­пользованием успокаивающих цветов (голубого, зеленого), для работы с ресурсами и присоединения к будущему ис­пользуется импульсное воздействие активирующего свето­вого потока (оранжевого, красного). Диапазон периодов повторения световых импульсов - 1-2 секунды. Пациен­ту предлагают, удерживая дискомфортное воспоминание, одновременно следить за попеременно вспыхивающими то в правом, то в левом окуляре огоньками. При этом его глаз­ные яблоки совершают быстрые горизонтальные движе-

336

ния, обеспечивающие переработку негативного материала. После выполнения всех необходимых этапов процедуры ДПДГ врач устанавливает седатирующие светофильтры (синий, темно-зеленый), а цветоимпульсная стимуляция в течение 5-7 минут проводится в режиме поочередного постепенного увеличения и уменьшения яркости свето­вого потока с длительностью световых импульсов от 5 до 8 секунд и паузами между ними 1 - 1,5 секунды. Заключи­тельный этап визуальной цветостимуляции, особенно при использовании дополнительных суггестии, обеспечивает снятие эмоционального напряжения и мышечную релак­сацию даже в тех случаях, когда наиболее травмирующие переживания пациента не были до конца переработаны в ходе одного сеанса (В.А. Доморацкий, 2002).

В ряде случаев ДПДГ-психотерапия может быть вполне самостоятельным методом лечения психогенных сексуаль­ных дисфункций у мужчин, поскольку позволяет эффек­тивно нейтрализовать воспоминания о предшествующих сексуальных срывах; добиться существенной редукции тревожного ожидания новой неудачи при попытках коиту­са; обеспечить когнитивное переструктурирование, след­ствием чего является трансформация убеждений пациента в своей сексуальной несостоятельности в растущее пони­мание того, что он сможет успешно разрешить проблемы в интимной жизни. Но чаще мы дополняем им иные психоте­рапевтические процедуры, целенаправленно используя на одном-двух сеансах метод ДПДГ для быстрой переработки наиболее болезненных переживаний мужчины, связанных с сексуальными неудачами в прошлом, а также с целью ней­трализации опасений по поводу возможных неудач в буду­щем и закреплении в воображении пациента оптимальной модели интимной близости.

Сокращенный вариант процедуры ДПДГ использу­ется нами в рамках мультимодальной стратегии как один из возможных способов нейтрализующего воздействия на визуальные и кинестетические триггеры, провоцирующие у мужчины дезадаптивные сексуальные реакции. При его выполнении пациенту вначале предлагают сосредоточить­ся на приятном (ресурсном) воспоминании, которое за­крепляется в ходе 1-2 серий движений глаз, описывающих горизонтально расположенную восьмерку. Затем мужчина

337

должен переключиться на ситуацию неудачной попытки коитуса и отчетливо вспомнить негативный образ или ощу­щение, предшествующие сексуальному срыву. Далее прово­дят повторные серии движений глаз (горизонтальных либо вертикальных), во время каждой из них пациент фиксиру­ется на соответствующем визуальном или кинестетическом объекте воздействия. Обычно требуется от 4 до 8 серий движений глаз, чтобы произошло размывание (стирание) неприятной картинки или исчезновение дискомфортных ощущений. Позитивный эффект может быть усилен допол­нительными внушениями, проводимыми на фоне движе­ний глаз пациента. Процедура завершается возвращением в приятное воспоминание, которое подкрепляется серией движений глаз в виде восьмерки.

Следующая группа техник используется для устране­ния тревожного гиперконтроля пациентов за состоянием половой сферы в интимных ситуациях и выведения из при­вычного для них диссоциированного состояния наблюда­теля, опасливо оценивающего свои сексуальные реакции и действия партнера при попытках совершить коитус. Для этой цели может быть применена парадоксальная такти­ка «мнимого запрета», позволяющая уменьшить у мужчин произвольный контроль эрекции путем временного запре­щения коитуса и параллельного поощрения интимных ласк, включая петтинг. Фактически данный принцип во многом определяет успешное использование нами в этих же случа­ях сексуальной, терапии в виде ряда последовательных эта­пов: эротическое наслаждение без эрекции (на фоне ласк, исключающих непосредственную стимуляцию гениталий мужчины); эрекция без оргазма (при прямой стимуляции полового члена, но без попыток вызвать эякуляцию); экс­травагинальный оргазм (при мануальной либо оральной стимуляции); интромиссия без оргазма (введение полового члена во влагалище и копулятивные фрикции при запрете завершать их эякуляцией); коитус (H. S. Kaplan, 1994).

Усилить вовлеченность мужчины в чувственные пере­живания коитуса помогает *техника ассоциирования в пере­живание* (L. Cameron-Bandler, 1994). Используется процесс обратный визуально-кинестетической диссоциации. Паци­ент создает яркую визуализацию самого себя в ситуации, где он совершенно очевидно наслаждается сексуальной

338

близостью. Мужчина отчетливо представляет себя реагирующим полной эрекцией на чувственные ласки женщины, потом создает картинку самого коитуса, в котором партне­ры всецело захвачены упоительными ощущениями теле­сного контакта. Пациент улучшает воображаемую сцену до степени, когда он будет полностью доволен увиденным. Затем мужчина мысленно входит в этот нарисованный во­ображением образ самого себя, отождествляясь с ним. Та­ким образом, он ассоциируется в кинестетическую часть желательного визуального переживания половой близо­сти, обретая соответствующие эмоции и ощущения. Данная техника помогает фиксировать мужчину на чувственном компоненте сексуального взаимодействия, повышая его способность к восприятию всей гаммы островозбуждаю­щих тактильных ощущений при половом контакте.

В случаях выраженной диссоциации пациентов от чув­ственных переживаний половой близости у них возникает своеобразный кинестетический блок. При этом мужчи­ны парадоксальным образом реагируют на попытки пар­тнерши использовать мануальную или оральную стимуля­цию для достижения качественной эрекции, которая еще больше ослабевает либо вообще не возникает. Пациенты указывают, что, наблюдая в этот момент за собственными генитальными реакциями, они практически не ощущают ласк женщины, а отсутствие должной эрекции, несмотря на все попытки партнерши вызвать ее, столь резко усили­вают тревогу, чувство бессилия и стыда, что вынуждает их немедленно прекращать интимный контакт. Для коррек­ции нарушений такого рода нами предложена специальная техника, сочетающая процедуру локальной декомпрессии (ЛД) с визуализацией пациентом различных ситуаций по­ловой близости (В.А. Доморацкий, 2002). Для проведения локальной декомпрессии используют вакуумные насосы различных образцов, создающие в прозрачной колбе, наде­той на половой член мужчины, пониженное давление воз­духа, которое приводит к возникновению принудительной эрекции за счет возрастающего притока крови к каверноз­ным телам. Врач, регулируя уровень декомпрессии в колбе, осуществляет своеобразный пневмомассаж полового члена пациента. По достижении выраженной эрекции мужчине предлагается 3 - 5 минут разглядывать свой максимально

339

напряженный половой член, одновременно отмечая все нюансы и оттенки испытываемых генитальных ощущений. Параллельно врач суггестирует усиление переживаемых пациентом сексуально окрашенных «форлюстических» ощущений. Затем пациент закрывает глаза и, сохраняя фиксацию на сенсорных импульсах, исходящих из эреги­рованного полового члена, последовательно представляет себе сцены интимного контакта, включая эпизоды непо­средственной стимуляции гениталий партнершей, а также сам половой акт. Он мысленно соединяет эти картинки с образом только что увиденного в колбе полового члена в состоянии полной эрекции и собственными ощущения­ми. При этом происходит своеобразное «якорение» т. е. устанавливается ассоциативная связь между нарисован­ными в воображении сексуальными действиями, видом на­пряженного полового члена и ощущениями, испытываемы­ми пациентом в момент эрекции. Чтобы добиться большей ассоциированности пациента в чувственные переживания, связанные с половым возбуждением и наступившей эрек­цией, процедуры ЛД с визуализацией сцен сексуального взаимодействия с партнершей проводят 2 - 3 раза в неделю. Средняя продолжительность одного сеанса 15 - 20 минут при общем их количестве от 3 до 8.

Использование гипнотических техник позволяет су­щественно повысить восприятие мужчиной специфиче­ских телесных ощущений, возникающих в ходе интимной близости, и одновременно высвободить связанные с ними генитальные реакции из-под жесткого сознательного кон­троля. Причем применение приемов и техник из арсенала эриксоновского гипноза существенно расширяет возмож­ности гипнотерапии пациентов, испытывающих страх пе­ред предстоящим коитусом.

В эриксоновском гипнозе используется модель наве­дения транса, основанная на взаимодействии и сотрудни­честве между пациентом и гипнотерапевтом. Применяют­ся гибкие, адаптивные стратегии достижения состояния измененного сознания: врач вначале следует за текущим поведением пациента (присоединяется к позе, дыханию, особенностям речи субъекта), а затем, незаметно, все боль­ше начинает им руководить, постепенно вводя в гипноти­ческий транс. На стадии индукции транса и в ходе терапев-

340

тической утилизации трансовых состоянии нами широко используются разнообразные косвенные суггестии: после­довательность принятия, иллюзия выбора, сложные со­ставные и негативные парадоксальные внушения, пресуб-позиции, трюизмы, аллюзии, контекстуальные внушения, метафоры и др. Эриксоновский подход существенно по­вышает восприимчивость пациентов к гипнозу, позволяет избежать или изящно обойти сопротивление, которое не­редко возникает у субъекта при использовании директив­ных, традиционно-однообразных методов гипнотизации, а также прямых императивных внушений, ориентирован­ных на снятие симптомов или изменение поведения.

В работе с сексологическими пациентами мы исполь­зуем трансовые состояния в качестве своеобразной страте­гической рамки, внутри которой осуществляют различные терапевтические интервенции. Мы считаем, что наиболее универсальным способом работы в гипнозе с пациентами с выраженной невротической фиксацией на половой сфе­ре (особенно в начале курса лечения) является *погружение в ресурсное воспоминание.* Данная техника способствует активизации внутренних ресурсов пациента за счет вос­создания в гипнотическом трансе ранее пережитого им состояния физического и душевного комфорта, удовле­творенности, радости, уверенности в себе. Она позволяет работать с сексологической проблематикой даже без непо­средственного обращения пациента к его противоречивому опыту интимных отношений. Для «сопровождения в при­ятном воспоминании» пациента предварительно расспра­шивают о различных деталях той комфортной ситуации, в которую он хотел бы перенестись в своем воображении. Последующие внушения направлены на то, чтобы помочь пациенту постепенно представить себе эту картину прош­лого более отчетливо, во всех красках, погрузиться в нее, услышать ее звуки, заново пережить прежние ощущения и эмоции.

Например, если мужчина пожелал мысленно оказать­ся в ситуации отдыха на море, фрагмент суггестивного тек­ста может выглядеть следующим образом: «...Берег моря. Пляж с золотистым песочком, нагретым солнечными луча­ми... И как приятно удобно расположиться на этом песке, ощутить его тепло... Ощутить, как струятся по всему телу

341

солнечные лучи, наполняют его энергией, силой, создают удивительное чувство внутреннего комфорта, легкости и свободы... Какое это удовольствие - нежиться под ласко­выми лучами солнца, ощущая всей кожей дуновение свеже­го ветерка... И можно наблюдать за неумолимым, разме­ренным движением морских волн, которые то набегают на песчаную косу пляжа, то вновь откатываются назад... что­бы вобрать в себя всю мощь бескрайних морских просторов и снова решительно двинуться на побережье... А можно обернуться и окинуть взором горные вершины, горделиво возвышающиеся вдали, обратить внимание на высокие мо­гучие деревья, произрастающие по их склонам... Или про­сто наслаждаться этим прекрасным "ничегонеделанием", когда можно просто смотреть, просто слушать и, главное, чувствовать всем телом... радость жизни, ее дыхание, вкус и аромат... соприкасаясь с самыми желанными ее момен­тами... И как важно, что все это можно сохранить и даже усилить внутри себя... на уровне чувств, которые способ­ны оживать каждый раз, когда действительно захочется... окунуться в те другие... еще более прекрасные и удивитель­ные ощущения, которые знает и любит тело... Потому что существует возможность испытывать их всякий раз, когда твердое желание обрести эти чувства... придает телу осо­бенную способность... легко войти в них, пропитаться ими изнутри...» (В.А. Доморацкий, 2002).

Подобная трансовая индукция позволяет осущест­вить одновременное воздействие на многих уровнях. Через погружение в приятное воспоминание реализуется непо­средственная цель гипнотического сеанса - достижение пациентом в трансе ресурсного состояния, связанного с по­зитивными эмоциями, спокойствием и уверенностью, фи­зическим комфортом как мощного противовеса тревогам и волнениям повседневной жизни. Широкое использование контекстуальных внушений, т. е. интонационного подчер­кивания определенных слов (ощутить, почувствовать, не­житься, наслаждаться и т. п.), способствует активизации у пациента чувственного канала восприятия. Постгипно­тическая суггестия, осуществляемая в последних фразах, перекидывает своеобразный мостик между способностью мужчины концентрироваться на своих телесных ощущени­ях в трансе и его возможностью в дальнейшем полнее ассо-

342

циироваться с другими чувственными переживаниями. При этом пациенту не дается прямого указания на сексуальный характер последних, что само по себе является косвенным внушением через «отсутствие упоминания». Намеренное опущение того, что достаточно явственно подразумевает­ся, выделяет недостающий фрагмент для бессознательного восприятия. К другим терапевтическим элементам приве­денного текста относятся активизирующие внутренние ре­сурсы пациента, динамичные, наполненные энергией обра­зы морских волн, а также фаллическая символика (горные вершины, высокие могучие деревья), затрагивающие наи­более глубокие уровни бессознательного.

Другая трансовая модель активизации внутренних ре­сурсов пациента - *сопровождение в приятном воспомина­нии* (J. Beccio, Ch. Jousselin, 1998). До начала гипнотической индукции пациент фокусируется на цели (на том, что можно считать решением беспокоящей его проблемы), фактически ориентируя всю последующую работу бессознательного на поиск оптимальных путей для достижения намеченной цели. По мере погружения в транс, через возрастную ре­грессию (ее стимулирует врач, используя пространственно-временное искажение при описании собственного приятно­го воспоминания), пациент отыскивает в памяти ресурсное событие и постепенно углубляется в него, последовательно обретая картину того места, звуки и наконец физические ощущения. Достигнутое в трансе состояние душевного и телесного комфорта является весьма благодатной почвой для «посева» различного рода косвенных суггестии, на­правленных на снижение беспокойства пациента по поводу возможных сексуальных неудач и обретение уверенности в своих силах. Ниже приведена стенограмма авторского сеанса, в которой отражены специфические особенности трансовой речи и основные терапевтические элементы дан­ной гипнотической индукции.

«Начнем сеанс. Вы можете делать что хотите. Вы мо­жете оставить глаза открытыми, а можете их закрыть. Вы абсолютно свободны. И сейчас мы попробуем приблизить­ся к цели или достичь той цели, которую вы зафиксировали в своем уме. Вы готовы? Начнем. Итак, начинайте делать ничего не делать. Потому что ничего не делать - это уже делать что-то. Ничего не делать, это, например, слушать

343

звуки, которые нас окружают. Вот так. Просто слушайте их, не пытаясь как-то интерпретировать... Просто получать их, принимать как показатели того, что вокруг что-то про­исходит, и люди заняты своим делом, а вы заняты своим... Смотрите, как Вы это делаете не глядя... просто позволяя блуждать своему разуму и осознавать на несколько секунд положение своего тела, чувствовать, как ноги твердо стоят на полу и чувствовать контакт собственного тела со стулом. Просто чувствовать, не пытаясь расслабляться, потому что то, что мы делаем, отличается от расслабления... Но если во время сеанса расслабление приходит, мы принимаем его с радостью. Хотя это и не та цель, которую мы ищем... Цель, которую мы ищем, мы попытаемся достичь или престо приблизиться к ней через то, что можно было бы назвать приятным воспоминанием... И через несколько секунд Вы отправитесь на поиски этого приятного воспоминания. Приятное воспоминание - это может быть самый прекрас­ный день в Вашей жизни. Может быть это обычный день, час или два, утро или вечер, или поздняя ночь, в общем один из тех моментов, когда чувствуешь себя хорошо, когда все идет хорошо, и даже не можешь этого объяснить. Один из тех моментов, когда все просто замечательно... Есть такие моменты, и я, например, припоминаю, как впервые отды­хал на Черном море вместе с родителями... И этот восторг маленького мальчика, который наконец наяву увидел, как выглядит море. И те чувства и эмоции, которые я испы­тал, когда впервые окинул взглядом бескрайние морские просторы, когда услышал звуки чаек и шум прибоя, когда почувствовал дуновение ветерка, наполненного запахами моря и какой-то особой свежестью, и нагретый солнцем песок под босыми ногами... И вот через 20 лет случай еще раз привел меня на тот же берег моря. Это место не очень сильно изменилось. И я нашел странным оказаться почти в том же самом месте, которое практически не изменилось: то же море, солнце, голубое небо, теплый песок, крики чаек и шум прибоя, веселые голоса загорающих на пля­же людей - все как прежде, а я изменился, повзрослев на 20 лет. В нашей жизни есть такие моменты, когда обретаешь ощущения, которые позволяют приходить воспоминаниям об эмоциях... Эмоциях, связанных с приятными момента­ми, которые мы можем использовать... И через некоторое

344

время мы попросим Вашу память, или Ваше бессознатель­ное (и я не знаю, кто из них ответит) отправиться на поис­ки и предоставить нам то, что является для вас приятным воспоминанием. И чтобы сообщить мне об этом Вам нет не­обходимости говорить вслух... Вы можете дать знать мне о том, что уже обрели приятное воспоминание очень просто, например движением указательного пальца правой руки... И я вижу по движению этого пальца, что Вы сейчас обре­ли это воспоминание... Представьте себе тот момент дня, когда разворачивается это воспоминание. Очень хорошо... Представьте себе ту обстановку, в которой разворачивает­ся приятное воспоминание. Как если бы Вы были художни­ком и, может быть, Вы немножко являетесь им... И Вы хо­тите нарисовать картину того места. Поэтому Вы изучаете его, окидывая взором все, что Вас окружает, глядя на раз­ные объемы этого пространства, расположение различных элементов, составляющих его. Также Вы изучаете цвета, их нюансы и оттенки. И среди этих оттенков, многообра­зия этих цветов Вы можете развлекаться, выбирая тот цвет, который Вам подходит, который гармонирует с Вами неиз­вестно почему. И когда Вы выберете этот цвет, Ваш палец даст об этом знать... Очень хорошо. А теперь попытайтесь увидеть, обладает ли Ваша память способностью позво­лить Вам обрести то, что можно назвать музыкой воспоми­нания, т. е. звуки, шумы, которые Вы слышали в тот день. И если Вы обретете некоторые из этих звуков, то Вы уже прекрасно знаете, как можно дать знать мне об этом... Очень хорошо. Оставайтесь в контакте с этой музыкой. Слушайте ее как будто в первый раз... Ведь она позволяет Вам обрести физические ощущения, которые бы испытали в тот день. Обретаете положение Вашего тела в тот день. Располагайте временем, чтобы как следует обрести эти приятные ощущения. Используйте время, которое Вам не­обходимо... Потому что в то время как одна часть Вас само­го ищет эти ощущения, другая часть осуществляет работу на другом уровне, приятную и полезную работу, которая обладает способностью мобилизовать все, что может быть в Вас мобилизовано... И пока Ваше тело комфортно распо­ложено, в течение нескольких мгновений у Вас будет время, чтобы иметь время для себя.., время, которое принадлежит только Вам... Возможно в Вашей жизни было не слишком

345

много времени, когда в течение нескольких мгновений, ко­торые здесь будут несколькими секундами, а может быть станут несколькими минутами, которые Ваше вообра­жение сможет превратить в несколько часов... Это будет Ваше собственное время, личное время, которое Ваше бессознательное сможет использовать с наибольшей пользой. А пока у Вас есть время, чтобы помечтать и позволить себе еще какое-то время побыть в этом удивительном ресурсном воспоминании, пропитываясь теми чувствами, эмоциями и физическими ощущениями, которые и сделали его столь приятными и радостными для Вас... Обретая энергию этого воспоминания, которая поможет Вам приблизиться к по­ставленной цеди, а быть может достичь ее... уже сейчас... или чуть позднее. Впрочем, это неважно. Сегодня Вы хо­рошо поработали на разных уровнях себя и вправе расcчитывать на успех. И энергия Ваших ресурсов может быть направлена в то место Вашего тела, а быть может Вашего духа, которые в наибольшей степени будут нуждаться в этом... Чтобы обрести особую силу духа, твердость харак­тера и легкость на подъем... И сейчас, когда наша работа подошла к концу, Вы можете начать возвращение обратно в реальный мир. Туда, где время течет как обычно, и Ваш мышечный тонус становится обычным. Сделав это быстро или медленно, так как Вам было бы удобнее всего перенес­ти эти комфортные ощущения, силу и уверенность в реаль­ность сегодняшнего дня...»

Один из эффективных способов работы в гипнозе с симптомами, порождаемыми страхом перед сексуальными контактами, - рименение трансов с заданной фабулой, где пациенту предоставляется возможность в метафори­ческой форме расстаться с беспокоящей его проблемой. Вариантом такой работы является гипнотическая техника *мост в прошлое.* Ниже дана сокращенная стенограмма ав­торского сеанса, в которой отражены его основные тера­певтические элементы.

Вначале пациенту предлагают подумать и вместе с врачом четко сформулировать проблему или симптом, с которыми он готов работать на сеансе. Например: «Я ис­пытываю чувство сильной тревоги и неуверенность в себе каждый раз, когда оказываюсь наедине с женщиной». Да­лее следует наша трансовая индукция и работа в гипно-

346

тическом состоянии: «Хочу попросить Вас начать с очень обычной вещи... с достижения комфорта вашей позы и мо­жет быть поиска того положения в кресле, когда Вам будет по-настоящему удобно... И Вы можете обратить внимание на свое тело... попытаться почувствовать себя целиком... Почувствовать, как Вы дышите... по мере поиска удобства зашей позы... И можете еще раз подумать о проблеме, с ко­торой Вам хотелось бы расстаться... И пусть она всплывет сама... просто оттого, что Вы можете позволить себе рас­слабиться и погрузиться внутрь себя... просто ощущая себя здесь в этой комнате, в этом кресле... И в то же время, об­ретая возможность уйти внутрь своего воображения... сде­лав это быстро или медленно... так, как Вам удобно... чтобы там, в глубине себя... выполнить достаточно необычную, но очень важную работу... Я хочу попросить Вас представить себе, что вы стоите где-то там, где перед Вами начинает­ся мост... И пусть Ваше воображение нарисует сейчас, как выглядит этот мост... Потому что он может быть вполне реальным, пришедшим из Ваших воспоминаний... А мо­жет быть это мост, увиденный Вами однажды на картин­ке... И мне бы хотелось, чтобы Вы... прежде чем вступить на этот мост, который поведет Вас в прошлое... в то место и в то время, когда Вашей проблемы еще не было... прежде чем ступить на него... очень ясно представьте себе, с чем Вы готовы расстаться... с чем вы могли и хотели бы рабо­тать уже сейчас... И думая об этой волнующей проблеме, Вы можете даже усилить ее на уровне Ваших чувств... на уровне Ваших воспоминаний. Потому что Вы находитесь в полной безопасности... и Ваше тело остается здесь, в этой комнате... а Ваше воображение может отправиться на ту сторону, в то место и то время, когда этой проблемы еще не было у Вас... И Вы можете вступить на этот мост и идти по нему... возможно, оживляя в памяти свои воспомина­ния, картинки прошлого... И Вы можете делать это очень сознательно... но в то же время можно просто довериться своему бессознательному, в котором хранится так много знаний... И пусть оно пошлет вам какие-то воспоминания о том пространстве... в котором Вы существовали когда-то, когда этой проблемы еще не было... И тогда, ступая на этот мост, идя по нему туда, где этой проблемы еще не было... Вы сможете почти реально ощутить, как Вы движетесь...

347

увидеть, из чего сделан этот мост и как он устроен... И про­должая идти, разрешите себе одновременно погружаться в свои воспоминания, в свои ощущения, образы или чувства... Потому что Вы очень свободны сейчас... И это время, и это пространство принадлежит только Вам... И в конце концов Вы сможете оказаться на той стороне, в том месте и в том времени, когда Вашей проблемы действительно не было... И пусть Ваше бессознательное вернет Вам картины имен­но того места и времени, которые Вы ищите там... внутри своей памяти... И у Вас есть время для этого... И как важно, что Вы можете использовать его... и побыть на той сторо­не... А может быть, даже увидеть себя со стороны... там на той стороне... И можно отчетливо вспомнить то, о чем? ка­залось, давно забыл... о своих возможностях жить иначе... чувствовать себя иначе: раскованно и свободно... И я хочу попросить Вас прежде, чем вернуться обратно... оставить эту проблему где-то там, в прошлом... когда она еще только начиналась, и Вы даже не подозревали об этом... Оставить ее на той стороне времени, на той стороне пространства... И есть очень много способов оставить ее... И важно найти свой собственный, наиболее подходящий способ расстать­ся с проблемой... И может быть, даже попрощаться с ней или уйти сразу, оставив ее там, где Вы хотели бы ее оста­вить, оставив ее так, как Вы хотели бы ее оставить... И тогда Вы можете вернуться обратно старым путем, снова прой­дя по уже виденному вами мосту... А возможно, это будет совсем другой мост, который создает ваше воображение... И Вы сами выбираете, каким путем Вам было бы удобнее возвратиться в свой сегодняшний день из этой картинки... И тогда Вы можете идти быстро или медленно... так, как это будет комфортно для Вас. И по дороге обратно, воз­вращаясь в реальность сегодняшнего дня... Вы можете очень отчетливо представить себе, что изменится в Вашей жизни, когда этой проблемы не будет вовсе... И если у Вас есть не­которое ощущение незавершенности, а возможно, желание еще раз вернуться к работе над этой проблемой или над тем, что от нее осталось... Вам важно помнить о том... что до­статочно устроиться удобно и Вы снова сможете проделать этот путь... ступая на этот мост или совсем другой... Мост, который приведет Вас в прошлое, где Вы сможете сделать что-то еще... и в конце концов окончательно расстаться с

348

тем, что вам мешало... а затем вернуться обратно самым удобным и подходящим способом... так как Вы это сде­лали сейчас, обретая чувство реальности... И время снова будет течь, как обычно, и Ваш мышечный тонус станет обычным... но все то полезное и важное, что произошло в ходе этого путешествия, останется с Вами» (В.А. Доморацкий, 2002).

Применение данной гипнотической техники позволя­ет, максимально сконцентрировав пациента на сексуальной проблеме, затем осуществить диссоциацию сознательных и бессознательных процессов с последующей возрастной ре­грессией при прохождении моста (метафорического пути в прошлое), что позволяет ему отчетливо вспомнить себя, лишенного каких-либо сексуальных комплексов; ориенти­рует на нахождение метафорического способа расставания с беспокоящей проблемой, который ярко визуализируется, активизируя бессознательные возможности ее разрешения в реальной жизни; обеспечивает при возвращении обратно «присоединение к будущему», т. е. моделирование пациен­том в воображении удовлетворяющего образа самого себя; в случае необходимости создает установку на продолже­ние начатой работы в аутогипнозе.

Наряду с использованием в гипнозе метафорических образов важная роль принадлежит суггестивному воз­действию с помощью терапевтических метафор (J. K. Zeig, 1994; D. Gordon*,* 1998; М.Н. Гордеев, 2001 и др.). В широком смысле, метафора - иносказание вообще или перенос по сходству, а в более узком смысле - обозначение предметов или явлений одного ряда с помощью свойств, характерных для предметов или явлений другого ряда. Терапевтическая метафора представляет собой новеллистический способ презентации психологических затруднений пациента и способов их разрешения. Она является особым видом вер­бального косвенного внушения и действует на нескольких уровнях. Буквальное (явное) значение метафоры обраще­но к сознанию пациента, в то время как второе, скрытое значение адресовано к его подсознанию, оказывая акти­вирующее и реорганизующее влияние на бессознательные процессы (J. Beccio, Ch. Jousselin, 1998). Установлено, что обработка сообщений метафорического типа происходит в правом (недоминантном) полушарии, которое в наиболь-

349

шей степени связано с формированием невротических и психосоматических симптомов (J. Mills, R. Crowley, 1996). Поэтому метафора движется к терапевтической цели по прямой, приводя в действие правополушарные процессы, активизируя неосознаваемые ассоциативные способности и ответные реакции, в результате чего возникает конечный продукт, который даруется сознанию в виде нового знания или поведенческой реакции (M. Ericson, E. Rossi, Sh. Rossi, 1997).

Согласно Л. Камерон-Бэндлер (1996), в общем виде правила построения эффективной терапевтической мета­форы таковы: она должна быть изоморфной (подобной) проблеме пациента; метафора должна предлагать заме­щающий опыт; в ней должны содержаться примеры таких способов разрешения проблемы, которые пациент может обобщить и спроецировать на себя (найти подсказку, как можно справиться с собственными трудностями). Такие, специально сконструированные терапевтические мета­форы, можно предлагать пациентам как без формальной трансовой индукции в ходе беседы с ними, так и использо­вать на гипнотических сеансах.

В гипнотическом трансе терапевтическая метафора может быть особым образом встроена в текст. Этот прием встраивания получил название *тройной спирали.* Встроен­ная метафора состоит из трех ступеней. Она представляет собой историю-матрешку, когда один сюжет вкладывается в другой, а тот - в третий. Первым этапом тройной спирали может быть трансовое сопровождение в ресурсное воспоми­нание (например, пациента отправляют погулять в осенний лес, предоставляя ему возможность полюбоваться красотой увядающей природы, послушать шуршание опавших листьев под ногами, ощутить свежесть осеннего ветерка и запахи леса. Когда замечают признаки углубления транса, вводят метафору изменений (второй этап). Отметим, что к метафо­рам изменений относятся описания любых динамических явлений, подразумевающих движение, возможность превра­щений, трансформации, например смена времен года, смена погоды, цикл развития бабочки, рост какого-либо растения и т. п. Предположим, психотерапевт обращает внимание субъ­екта на большое дерево с подернутой золотом листвой. Он может сказать о том, что произойдет, когда придут холода

350

и дерево полностью сбросит свой наряд из желтых листьев. Что будет зимой, когда деревья спят, а их стволы и ветви по­крыты белым снегом. Белым снегом покрыта поляна, на кото­рой стоит это дерево, тропинки влесу, вся земля. Примерно на середине повествования (после описания дерева осенью и зимой) второй рассказ прерывают и вводят терапевтическую метафору, которую рассказывают целиком (третий этап). Она является основной и, разумеется, находится под двой­ным покровом защиты, который закрывает ее от сознания, что еще вернее отправляет встроенную метафору на рассмо­трение бессознательной части психики пациента. Завершив ее, психотерапевт снова возвращается к зиме, которая про­должает царствовать до той поры, пока не приходит весна. Дается развернутое описание признаков весны, которая сменяется жарким летом. Описывают все изменения, кото­рые происходят с деревом весенней порой, а затем летом (четвертый этап). Но лето тоже проходит и осень все больше вступает в свои права... И пациент снова оказывается в том месте и времени года, с которого начиналась метафора из­менений. Он опять гуляет некоторое время по осеннему лесу (пятый этап), после чего возвращается в реальность. Такая последовательность работы позволяет обеспечить структу­рирование амнезии той части сеанса, где использовалась те­рапевтическая метафора. Ибо важно, чтобы метафора была усвоена на бессознательном уровне, которому она адресо­валась, и амнезировалась на уровне сознания. Отметим, что при переходе от одного этапа к другому нередко происхо­дит автоматическое углубление транса, поскольку внимание разделяется, создавая перегрузку сознательных процессов. Дополнительно в эти моменты можно дать еще и внушение на углубление транса. По завершении встроенной метафоры, несмотря на то, что сама идея тройной спирали предполага­ет амнезию, можно специально дать установку на амнезию с целью облегчения передачи метафорического материала для обработки бессознательному.

Несмотря на отсутствие в настоящее время научно обоснованной концепции терапевтического воздействия метафорических сообщений, целесообразность примене­ния метафор в психотерапии неоднократно подтвержда­лась эмпирически (M. Erikson, J. Haley, 2001; J. Mills, R. Crowley, 1996 и др.). Метафоры, равно как

351

и другие косвенные суггестии, позволяют успешно решать проблему сопротивления пациента психотерапевтическому воздействию. Метафорический рассказ о ком-то или о чем-то другом в принципе неспособен вызвать сопротивление. В то же время, если события метафоры чем-то напоминают личные проблемы человека, он подсознательно начинает «примерять» на себя рассказ, содержащий то или иное их решение. Если это решение подходит пациенту, он примет его как свое собственное, а не навязанное извне (J. Beccio, Ch. Jousselin, 1998).

Например, при нарушении эрекции по механизмам тре­вожного ожидания неудачи в сексуальной связи с новой партнершей в трансе пациенту (особенно, если он водитель со стажем) нами иногда предлагается следующая метафора: «Вы хорошо можете припомнить, как когда-то учились во­дить машину, как впервые сели за руль, постепенно обретая необходимые навыки и автоматизмы. С течением времени Вы очень хорошо освоили свой автомобиль, все особенно­сти его управления, и тогда поездки на нем стали доставлять все большее удовольствие. Потому что Вы легко и свободно вели машину, наслаждаясь самим процессом езды не ней... Но в какой-то момент Ваш старый автомобиль перестал вас устраивать. Может быть, Вам слишком часто приходилось чинить его или расход топлива был слишком велик. И это не­важно... Потому что в один прекрасный момент Вы решились купить другой автомобиль, более красивый, более мощный. Но когда Вы впервые сели на место водителя этой более со­временной машины, то почувствовали некоторую растерян­ность. Другая приборная доска, иное переключение скоро­стей и еще масса разных нюансов, которые призваны сделать поездку в этом автомобиле более комфортной… Но их надо изучить, к ним нужно привыкнуть и приспособиться. И это несложно сделать, ведь каждый автомобилист знает, что на­выки вождения сохраняются очень долго, даже если некото­рое время вообще не водил машину. И важно просто сесть за руль, чтобы разобраться в некоторых отличиях в управлении данным автомобилем, а затем тронуться в путь, потому что тело очень хорошо сохраняет все автоматизмы, связанные с вождением... И важно просто поверить в себя и свои возмож­ности сделать это. И тогда очень быстро езда на новом авто­мобиле станет чрезвычайно приятным занятием. Когда мож-

352

но прибавить газу или замедлить скорость, остановиться, чтобы затем снова двинуться в путь, наслаждаясь этим упои­тельным ощущением полного единения с этой прекрасной и очень надежной машиной...» Здесь врач в метафорической форме сообщает, а фактически косвенно суггестирует, что прежние навыки сексуального взаимодействия не исчезли в никуда, и пациенту нужно просто поверить в себя, а также адаптироваться к новой партнерше, чтобы обрести сексуаль­ную гармонию в общении с ней (В.А. Доморацкий, 2002).

Следующая метафора адресована проблеме прежде­временной эякуляции, обусловленной тревожным ее ожи­данием и чрезмерным беспокойством мужчины по поводу качества полового акта, возможных упреков со стороны женщины: «Когда сильно проголодался, может возникнуть желание поесть в ресторане. И тогда, устроившись удоб­но за столиком, можно сделать заказ, выбрав из меню свои любимые блюда. И, находясь в предвкушении обильной и вкусной трапезы, волноваться, когда же наконец официант принесет заказ, или даже переживать и сомневаться, хватит ли денег на его оплату. Но когда стол накрыт, расставлен­ные на нем блюда выглядят столь заманчиво, что вызывают желание буквально наброситься на пищу, быстро поглощая ее, чтобы мгновенно наполнить желудок и утолить чувст­во голода... Но при этом, напротив, лишить себя возмож­ности насладиться едой по-настоящему, ощутить ее тонкий аромат и нежный вкус... Но лучше поступить иначе. Ведь даже если человек голоден, можно позволить себе есть не торопясь, тщательно пережевывая, смакуя каждый кусо­чек пищи, на все лады ощущая изумительные вкусовые ка­чества любимого блюда... Как это здорово - вкушать пищу спокойно и размеренно, время от времени приостанавлива­ясь, чтобы с еще большим удовольствием продолжать да­лее... до полного удовлетворения от этой неторопливой и очень приятной трапезы «Данная метафора проводит под­сознательно улавливаемую параллель между неспешной едой, позволяющей в полной мере насладиться ее вкусом, и половой близостью, которая происходит без спешки и тревожной суеты. Для пациента в гипнотическом состоя­нии - это суггестивное обращение к его бессознательным возможностям прервать прежний, дисфункциональный поведенческий паттерн (В.А. Доморацкий, 2002).

12 Медицинская сексология

353

Мы также используем многоуровневые метафо­рические сообщения, адресованные некоторым про­фессиональным навыкам пациентов. Например, мужчине с психогенным расстройством эрекции, архитектору по про­фессии, в гипнотическом трансе словесно изобразили вы­сокое здание, которое имеет солидный фундамент. В опи­сании особое внимание было уделено мощному основанию этого высотного, очень прочного и устойчивого здания цилиндрической формы, где в полной исправности водо-канализационная система и электрическая проводка. Таким образом, пациенту дается скрытое послание об отсутствии серьезных нарушений потенции, а также установка на вос­становление мощной и устойчивой эрекции.

Практика показывает, что метафорические по­слания в гипнозе, равно как и другие варианты косвен­ных суггестии, особенно эффективны при сочетании трансовых техник и различных сексотерапевтических (бихевиоральных) приемов. Так, например, в случае пре­ждевременной эякуляции психогенного генеза допол­нительно нами применяется *техника сжатия,* которая позволяет мужчине усилить произвольный контроль над эякуляцией. Ее суть состоит в том, что в интимной ситуации партнерша пациента мануально стимулирует половой член, а при приближении эякуляции на 3-4 се­кунды сдавливает его головку. При этом женщина кладет свой большой палец на уздечку полового члена, а указа­тельный и средний пальцы с противоположной стороны у венечной борозды (чуть ниже головки). Сдавление, про­изведенное своевременно и с достаточной интенсивно­стью, подавляет эякуляторный рефлекс, одновременно несколько снижая эрекцию. Через 20 - 30 секунд стиму­ляцию возобновляют до нового всплеска возбуждения, которое тормозится в предоргастической фазе при помощи очередного сжатия головки. Процедура вы­полняется не менее 4 - 5 раз, после чего мужчина может эякулировать экстравагинально либо в ходе последую­щего коитуса (W. Masters, B. Jonson, R. Kolodny, 1998). При регулярном применении «техники сжатия» создаются условия для разрыва условно-рефлектор-ной связи между началом копулятивных фрикций и резко возникающим, неконтролируемым позывом к эякуляции.

354

С аналогичной целью мы рекомендуем пациентам ис­пользовать некоторые приемы, известные из древнеин­дийских источников. Например, неоднократное сжатие мускулатуры анального сфинктера, сопровождающееся втягиванием заднего прохода, которое может сочетаться с одновременным выполнением нескольких круговых дви­жений глазных яблок, совершаемых мужчиной во время фрикций при высоком уровне полового возбуждения либо энергичное надавливание пальца женщины ему на «особую точку» на промежности (посередине между гениталиями и анусом) при приближении эякуляции. Применение этих приемов, описанных в старинных тантрических текстах, также может способствовать пролонгации полового акта

В работе с пациентами, которые испытывают сильный страх потерпеть неудачу при половом акте, на наш взгляд, весьма перспективна гипнотическая идеомоторная *техни­ка левитации руки.* Хотя ряд специалистов считает данную технику весьма сложной и трудоемкой для широкого прак­тического использования (И.Е. Вольперт, 1972; В.Т. Кон­дратенко, Д.И. Донской, 1997 и др.), многолетняя препо­давательская и практическая работа автора скорее говорит об обратном. Перечислим основные технические моменты для успешного выполнения данной техники: 1) зафиксиро­вать внимание пациента на собственных телесных ощуще­ниях, суггестируя постепенное усиление их комфортности; 2) перевести его внимание на руки и предложить макси­мально сосредоточиться на них; 3) усилить ощущения в ру­ках за счет концентрации внимания пациента на том, как по-разному лежат они на бедрах, как чувствуют сопри­косновение с тканью одежды, давление ремешка от часов на запястье левой руки или обручального кольца на безы­мянном пальце правой руки; 4) связать движения грудной клетки пациента при дыхании с легкими, едва заметными движениями рук, которые на вдохе слегка приподнима­ются, а на выдохе опускаются; 5) предоставить возмож­ность для одной из рук ощутить это особенно отчетливо, связать ее с желанием почувствовать эту руку особенно свободно и легко, освободить ее от какого-либо сознатель­ного контроля, предоставив возможность управлять ру­кой бессознательному (момент диссоциации сознательных

355

и бессознательных процессов); 6) усилить нарастающее ощущение легкости и невесомости в руке, вводя соответ­ствующие образы ее движения (к запястью на тонкой ни­точке привязаны воздушные шарики, наполненные гелием, которые, устремляясь вверх, подталкивают руку за собой, и т. п.); 7) отслеживать любые микродвижения, возникаю­щие в пальцах, или малейшие движения кисти руки и пред­плечья вверх, комментируя их и усиливая с помощью суг­гестии «почувствовать в полной мере эту удивительную легкость, которая позволяет теряющей вес руке двигаться кверху»; 8) подтвердить, что бессознательное пациента дей­ствительно способно быстро или медленно поднимать руку на наиболее удобную высоту, одновременно погружая его на ту глубину, где он может проделать важную и нужную работу для себя, решить некую проблему; 9) осуществить собственно терапевтическое внушение, направленное на успешное разрешение сексуальных затруднений пациента, с последующей его реориентацией и выведением из транса по мере того, как рука снова постепенно опустится вниз.

Считается, что левитирующая рука - хороший инди­катор той глубины трансового погружения, которая поз­воляет осуществить любые терапевтические интервенции. Причем собственно левитация руки является прекрасной телесной метафорой возникающей эрекции: «Как интерес­но узнавать, что рука может стать настолько свободной, что начинает двигаться вверх сама по себе, так легко и ес­тественно... И может быть, это похоже на движение квер­ху другой части вашего тела, которая вновь обретает важ­ную способность каждый раз, когда возникает желание, сделать это... ощущая в себе силу и особенную легкость на подъем».

Обобщая вышесказанное, следует отметить, что гип­нотические индукции с использованием разнообразных косвенных внушений, включая терапевтические метафоры, приводят к редукции тревоги перед возможной неудачей, способствуют ассоциированному восприятию пациентом полового контакта и оптимизируют сексуальные реакции на всех его фазах.

У пациентов с высоким самоконтролем и скептиков с негативной установкой на проведение гипноза суггестив­ное воздействие, направленное на устранение страха перед

356

половой близостью, может быть осуществлено в состоянии измененного сознания, обусловленном вдыханием ими за­киси азота. Мы существенно модифицировали *наркопсихотерапию с использованием закиси азота,* практически отказавшись от жестко-директивных форм ее проведения. На фоне действия закиси азота используются современные психотерапевтические стратегии, основанные на депотенциализации сознательных процессов, косвенной суггестии и визуализации (В.А. Доморацкий, 1999). При этом учиты­вается стадийность развития наркотического эффекта:

I - эйфория (сопровождается общим расслаблением, чувством легкости, эмоциональным подъемом, приятной эйфорией, облегчением способности к визуализации, уско­рением ассоциативных процессов и повышением внушае­мости);

II - сонливость (напоминает процесс засыпания и со­провождается чувством отрешенности и душевного покоя, спонтанным наплывом мыслей, образов, на которых трудно сосредоточиться, иногда возникают легкие парестезии, внушаемость повышена);

III - легкая анестезия (сопровождается дремотным состоянием, возможно искажение чувства собственного тела, снижены болевая чувствительность и самоконтроль, сохраняется повышенная внушаемость);

IV - оглушенность (сознание сужено, возможна дез­ориентировка, могут возникать галлюцинаторные пере­живания, поддержание раппорта затруднено или невоз­можно).

Во время сеанса подача газовой смеси и регуляция со­отношения кислорода и закиси азота осуществляется с по­мощью наркозного аппарата любого типа. Концентрация закиси азота может варьировать в пределах 25-75 %, что зависит от индивидуальной чувствительности пациента и необходимости достижения той или иной наркотической стадии.

Большинство терапевтических интервенций, связанных с управляемой визуализацией, использованием метафор и других косвенных внушений, осуществляется на стадии эй­фории с переходом в сонливость (I - II ст.). Средняя про­должительность процедуры составляет 10-15 минут. Об­щее количество сеансов от *1-2* до 6 - 8.

357

Перечислим некоторые из психотерапевтических ме­тодик, которые мы наиболее широко используем на фоне наркотического действия закиси азота. Это приемы, свя­занные с формированием у пациента «образа достижения» (ресурсного и весьма притягательного); создание в вообра­жении метафорического визуального образа сексуальной проблемы или отдельных симптомов половой дисфункции с его последующей трансформацией (изменением цвета, формы и консистенции, уменьшением размеров, а затем полным исчезновением); использование различных кос­венных внушений, терапевтических метафор, которые кон­текстуально соответствуют проблеме пациента и содержат скрытые указания на возможные пути ее успешного разре­шения; диссоциация от ситуации фиаско с последующим моделированием в сфере воображения оптимальных вари­антов собственного сексуального поведения и закрепления их в форме своеобразных постнаркотических суггестии.

В некоторых случаях при сохранении зафиксирован­ных дисфункциональных сексуальных реакций (после тща­тельной проработки лежащих в их основе психологических проблем) нами используются короткие, прямые суггестии, направленные на ликвидацию симптома и формирование его позитивной альтернативы. Такие внушения осуществ­ляются в III и даже в IV стадии развития наркотического эффекта, а после сеанса у пациента, как правило, возника­ет частичная амнезия.

Таким образом, наркопсихотерапия при адекватном и умелом использовании позволяет в ряде случаев облегчить и ускорить решение конкретных терапевтических задач, свя­занных с коррекцией дезадаптивного сексуального поведения мужчин и устранения у них страха перед половой близостью.

В качестве домашнего задания для пациентов с тревож­ным ожиданием сексуальной неудачи нами дополнительно применяется *методика мысленной тренировки* (А. Лазарус, 2001). Она заключается в том, что мужчина, находящийся в расслабленном состоянии, в воображении представляет себя участвующим в страстных сексуальных сценах, где он обнаруживает полноценную эрекцию и добивается успеха в половом акте. А. Лазарус считает, что мысленной трениров­кой потенции мужчине необходимо заниматься при отсутст­вии у него сильного полового возбуждения, так как фанта-

358

зии, связанные с мастурбацией, не способствуют улучшению качества эрек-ции при реальном сексуальном контакте. Ко­нечной целью таких неоднократных мысленных репетиций является способность пациента без малейшего внутреннего напряжения представлять себе благоприятный исход вооб­ражаемой интимной близости, что, в свою очередь, приво­дит к угасанию прежних страхов и облегчает восстановле­ние нормальных генитальных реакций при коитусе.

**5.5. Модификация неадекватных убеждений и**

**установок в отношении половой жизни,**

**коррекция дисфункциональных схем мышления**

При коррекции половых дисфункций необходимо учи­тывать, что сфера сексуальности насыщена у человека ког­нитивными конструктами, которые в немалой степени влия­ют на его ожидания, убеждения и установки в отношении интимной жизни. Нередко сексуальные проблемы возни­кают или приобретают остроту в результате недостаточной либо искаженной информации. Поэтому разъяснение и со­общение пациентам адекватных сведений о различных сто­ронах психологии и физиологии половой жизни, а нередко и технических нюансах интимного взаимодействия - важная составная часть психотерапевтического процесса. Кроме того, используются специальные приемы когнитивной тера­пии, направленные на выработку более реалистичных ожи­даний и установок в сфере сексуальных отношений. Причем высокоинтеллектуальные пациенты - не самые подходящие кандидаты для когнитивной психотерапии, поскольку они оказывают самое сильное сопротивление попыткам изме­нить их привычные схемы мышления. А. Бек (1993) считает, что более открыты когнитивному подходу пациенты, кото­рые мало размышляют о своих чувствах и поведении, а так­же в случае расстройств, затрагивающих лишь отдельные ас­пекты их жизни (неуверенность в определенных ситуациях, в частности, при интимных встречах, трудности общения и ограниченные фобии). Используемые в рамках интегративного подхода элементы когнитивной терапии позволяют

359

установить рациональные причинно-следственные связи и нейтрализовать дисфункциональные схемы мышления па­циента, что способствует выработке у него более адаптив­ных образцов сексуального поведения. Для этой цели мы применяем следующие когнитивные техники: обнаружения автоматических мыслей, когнитивных ошибок и искажений, а также эмпирическая проверка реалистичности.

Автоматические мысли отличаются тем, что возникают очень быстро, не являясь плодом размышлений, и часто не замечаются пациентом. Они существуют в вербальной форме или в виде образов и картинок, а их появление предшествует возникновению негативных эмоций, неприятных ощущений или подавлению активности определенных функциональных систем организма человека (например, функциональной си­стемы, обеспечивающей копуляцию). В когнитивной тера­пии *коррекция автоматических мыслей* осуществляется в четыре этапа. Применительно к сексуальной проблематике это выглядит следующим образом:

1. Распознавание автоматических мыслей, для чего па­циенту предлагают представить сексуальную неуда­чу и вспомнить, какие мысли обычно приходят при этом.

2. Вербализация. Пациент должен произнести эти мысли вслух, от первого лица и, по возможности, в утрированно преувеличенной форме: «У меня опять ничего не получается с женщиной - пора уходить в монастырь».

3. Анализ. Вместе с пациентом анализируются при­чины возникновения и негативные последствия по­добных установок. Соответствует ли констатация неудачи реальным фактам? Что конкретно утвер­дило пациента во мнении о своей сексуальной не­состоятельности? Соответствует ли этот вывод дей­ствительности? Не является ли он односторонним и нелогичным? (Например, учитывая сохранные спон­танные утренние эрекции, эрекции при мастурбации и в обстановке, исключающей интимную близость.)

К каким возможным негативным последствиям ведут эти «самореализующиеся пророчества» новых сексуальных неудач? Что произойдет, если и в даль­нейшем все останется по-прежнему?

360

4. Изменения. Уже первые три этапа создают предпосылки для более реалистичной оценки пациентом сво­их сексуальных проблем, могут вести к изменениям установки. Дополнительно врач указывает пациенту на те его качества, опыт, предшествующие события, которые несовместимы с его негативной установ­кой. Если в истории жизни пациента удается найти убедительные факты, которые говорят об обратном (случаи весьма успешной половой близости, полно­ценные эрекции при просмотре эротического фильма или взаимных поверхностных ласках с партнершей), то существующая установка в силу потребности в согласованности убеждений и личного опыта начи­нает осознаваться как неадекватная, подлежащая ис­правлению. Полезно продемонстрировать пациенту ошибочный характер автоматических мыслей, этих молниеносных негативных интерпретаций ситуации, прослеживая шаг за шагом все их возможные послед­ствия, которые способны довести его личную жизнь до полного абсурда.

*Обнаружение когнитивных ошибок* строится на вы­явлении умозаключений пациента, которые основаны на предубеждениях и ложных выводах (A.T Beck, 1997; R. MacMullin, 2001). Исходя из нашего опыта, перечислим наиболее типичные когнитивные (логические) ошибки у сексологических пациентов:

1) сверхобобщение - использование единичных нега­тивных фактов для построения общей пессимистич­ной картины развития событий в будущем: «Это уже вторая неудачная попытка полового акта, значит я становлюсь импотентом»;

2) дихотомическое мышление, осуществляемое по принципу «все или нечего», что проявляется тен­денцией видеть мир «черно-белым», не замечая по­лутонов: «в сексе ты или победитель, или проиграв­ший»;

3) долженствование - превращение «хочу» в «дол­жен», «обязан», «надо»: «Я должен ежедневно про­водить с ней половые акты»;

4) выборочное абстрагирование - фокусировка на де­талях, вырванных из общего контекста: «Последние

361

две недели я потерял всякий интерес к половой жиз­ни », - говорит мужчина, фирма которого более ме­сяца подряд подвергалась интенсивным проверкам контролирующих органов;

5) произвольная интерпретация - процесс, в ходе ко­торого делаются выводы, не подкрепленные факта­ми или противоречащие им: «Женщины избегают меня, потому что догадываются о моей половой сла­бости»;

6) утопические ожидания - нереалистичные пред­ставления о себе иди других: «Если бы я встретил идеальную женщину, то смог бы совершать с ней половые акты сколь угодно долго»;

7) персонализация - тенденция связывать внешние события, особенно негативные, с собой, даже когда для этого нет оснований: «Стоит уединиться с жен­щиной, обязательно кто-нибудь помешает»;

8) противопоставление недостатков достоинствам - тенденция в любом положительном переживании всегда находить отрицательные моменты. Это мыш­ление по схеме: «Да, но…». Например: «Сегодня мне удалось совершить половой акт, но эрекция была не такой, как раньше»;

9) нормативное мышление - убежденность субъек­та в том, что все происходящее должно строго со­ответствовать установленным нормам и правилам: «В моем возрасте следует вступать в половые кон­такты 2-3 раза в неделю»;

10) перфекционизм - подбор для себя высших из тео­ретически возможных стандартов и использова­ние их в качестве критерия собственной ценности: «Если я - настоящий мужчина, то могу совершить половой акт в любой обстановке и в любом состоя­нии»;

11) увековечивание - превращение кратковременных явлений в долговременные: «Я никогда не буду счастлив в браке»;

12) конкуренция - суждение о собственной ценности исключительно путем сравнения себя с другими людьми: «Я слабак в сексе, потому что многие мои знакомые живут половой жизнью гораздо чаще»;

362

13) априорное мышление - выведение фактов из прин­ципов (дедукция) вместо выведения принципов из фактов (индукция): «Если жена ласкова со мной, значит, она пытается что-то от меня получить»;

14) субъективная ошибка - вера человека в то, что он является основной причиной поведения и эмоций других людей: «Я делаю свою жену несчастной»;

15) сверхсоциализированное мышление - излишняя конформность и некритичность людей, бездумно прини­мающих основные убеждения и предрассудки, харак­терные для их культуры: «Место женщины - в доме».

Коррекция выявляемых когнитивных ошибок про­водится через вопросы, обнажающие суть недостаточно продуманных, порой алогичных и умозрительных интел­лектуальных построений индивида. Это способствует бо­лее адекватному восприятию себя и имеющихся проблем в интимной жизни, дает понятную рациональную основу для определения возможных путей их решения.

Еще один прием когнитивной терапии - *эмпирическая проверка реалистичности.* Его суть состоит в том, чтобы представить умозаключения пациента в виде проверяемых гипотез, что делает его мышление более объективным и реа­листичным. Например, если одинокий пациент утверждает, что все женщины избегают знакомства с ним, совместно с врачом формулируется следующая гипотеза: «Если я попы­таюсь подойти и заговорить с понравившейся женщиной, она обязательно проигнорирует меня ». Далее в форме домашне­го задания мужчине предлагается в выходной день прогу­ляться по городу, чтобы на практике подтвердить гипотезу о полном отсутствии к нему интереса со стороны противо­положного пола. Он должен заговорить не менее чем с пя­тью женщинами и попытаться познакомиться с ними. На следующем сеансе пациент обсуждает с врачом результаты проделанного задания. Как правило, реальность опроверга­ет представления мужчины, основанные на единичном нега­тивном опыте, А в ряде случаев, к его большому удивлению, женщины проявляют интерес к продолжению неожиданно­го знакомства. Это заставляет пациента серьезно усомнить­ся в истинности его прежних убеждений и позволяет с более конструктивных позиций строить дальнейшие отношения с понравившейся женщиной.

363

Для модификации системы убеждений пациента могут также использоваться приемы из арсенала парадоксальной психотерапии (G. Weeks, L. L'Abate, 1986).

*Переформулирование (рефрейминг) -* изменение точ­ки зрения на ситуацию за счет размещения ее в иной си­стеме координат, в результате чего изменяется значение, изначально приписываемое этой ситуации пациентом. Так, преждевременная эякуляция у пациента может рассматри­ваться не как свидетельство половой слабости и неспособ­ности удовлетворить женщину, а как проявление сильно­го сексуального темперамента мужчины, который охвачен столь пылким желанием, что не в состоянии сдерживать стремительно нарастающее возбуждение.

*Смена ярлыка (релейбинг) -* позволяет изменить фе­номенологическую перспективу. Новое название может вну­шать, что симптом имеет определенный смысл и является инструментом позитивных изменений: недружелюбие - про­думанный подбор знакомых, черствость - защита себя от обид и разочарований, нерешительность -исследование всех возможностей, импульсивность - способность вести себя спонтанно. Все эти ярлыки несут в себе позитивные аспекты и отчасти являются правдивыми. Их цель - открыть пациенту новые возможности путем введения противоречий, обладаю­щих большой силой воздействия. Например, мужчина, за ко­торым закрепилась репутация плейбоя, в первую брачную ночь потерпел фиаско. Новобрачная была страшно разочарована и чувствовала себя отвергнутой. М. Эриксон прикрепил импо­тенции ярлык комплимента. Согласно его интерпретации, кра­сота и сексуальность молодой жены произвели на мужа столь сильное впечатление, что он начал опасаться, что не сможет справиться с ситуацией, что фактически и произошло. Таким образом, пациенту предлагается альтернативный взгляд на проблемную ситуацию, которая предстает в ином, более опти­мистичном свете, что и создает предпосылки для улучшения сексуального взаимодействия в дальнейшем.

**5.6. Проработка интрапсихических конфликтов**

Далеко не все личностные особенности, искажающие восприятие пациентом окружающей реальности и себя са-

364

мого, могут быть успешно скорригированы на рациональ­ном уровне. Наличие глубинных личностных проблем и интрапсихических конфликтов требуют их тщательного анализа и выяснения бессознательных мотивов сексуаль­ных затруднений. Здесь могут использоваться психодина­мические подходы и гипноанализ.

Выявление серьезных внутренних противоречий пред­полагает *работу с полярными частями личности* (в моде­ли эриксоновского гипноза или НЛП). Ее основной зада­чей является интеграция конфликтующих частей личности. В частности, сексуальные проблемы, порождаемые тре­вожным ожиданием очередной неудачи, могут быть пред­ставлены таким образом, что становится возможным проработать их более глубинные, личностные аспекты в технике работы с полярностями. Для этого мы условно рас­сматриваем крайне дискомфортное для мужчины противо­речие между страстным желанием близости с партнершей и сильными тревожными опасениями неудачи при коитусе с ней как внешнее проявление метафорического внутрен­него конфликта различных частей личности. При работе с полярностями в технике эриксоновского гипноза пациенту предлагают как-то обозначить эти полярные части лично­сти, дать им название. Например, он выделяет опасающую­ся часть, которая боится сексуального срыва, и желающую часть, которая стремится к половому контакту. Далее его просят представить, что эти части размещаются по разным рукам, причем надо дать возможность пациенту самому выбрать, какая рука будет представлять ту или иную часть, а фактически разнопропорциональный негативный и пози­тивный опыт интимных отношений. Пациент приподнимает перед собой согнутые в локтях и прижатые к туловищу руки, обращенные ладонями друг к другу, удерживая их на весу. Ис­пользуются техники быстрой индукции транса, чтобы руки не устали раньше, чем войдут в каталепсию. В ходе трансового погружения пациента врач неоднократно подчеркивает: «Сейчас вы передаете рукам возможность узнать и понять что-то важное о себе и о тех частях, опасающейся и жела­ющей, которые представлены на правой и на левой руке... И благодаря различиям в ощущениях или движениях рук вы можете начать осознавать, что означают эти различ­ные части, посылающие столь противоречивые сигналы...

365

И можно даже обратиться к одной из них или обеим с каким-то важным вопросом и понять ответ по изменению характера ощущений в той руке, которая представляет эту часть, или тем движениям, которые она совершает. А воз­можно, он будет получен в виде образов или внезапно воз­никшей мысли... Какая-то подсказка, что можно изменить в отношениях этих частей, или даже позволить им дого­вориться между собой... И когда руки двинутся навстречу друг другу, это может свидетельствовать о происходящем контакте частей, обмене информацией... И может быть бла­годаря этому вы обретаете новые знания, новое понимание имеющихся проблем... И если руки сойдутся, части скажут друг другу «да», и это может означать начало реальных изменений в вашей личной жизни». Каталептическое бессознательное схождение рук в символической форме обо­значает некий консенсус, достигнутый между конфликту­ющими частями личности (В.А. Доморацкий, 2002).

В эриксоновском гипнозе возможен и иной, еще ме­нее директивный вариант работы с полярностями, который не носит завершенного характера, а скорее является раз­новидностью техник гипноанализа (А.Ф. Радченко, 2001). В этом случае врач, отслеживая малейшие движения рук, комментирует их через вопросы, активизирующие подсо­знательные процессы: «И что означает там, на уровне бес­сознательного, когда ваша рука так осторожно движется, и то направление, которое она выбирает?.. О чем говорит ваша правая рука, которая медленно, как бы нехотя, опус­кается на бедро?..» Или «разрешите рукам говорить, ис­пользуя свой особый язык, понятный бессознательному... И потому, что руки обретают сейчас возможность говорить от имени представленных на них частей, вы можете почув­ствовать, понять истоки своих проблем, а может быть, ис­кать и находить, сейчас или потом, оптимальные пути их решения ». При этом врач избегает каких-либо собственных интерпретаций движений рук пациента, лишь констатируя сам факт таковых, и серией достаточно неопределенных вопросов побуждает его к интенсивной внутренней рабо­те, направленной на поиск новых знаний и новых возмож­ностей решения своих сексуальных проблем. Этой же цели служит широко известная гештальт-терапевтическая тех­ника *двух стульев,* позволяющая получить доступы к тем

366

частям своего Я, которые ранее не были интегрированы в целостную индивидуальность.

При обращении к внутренним трудностям и интрапсихическим конфликтам пациентов нами также используются элементы глубинно-психологи-ческой символики. Динами­ка развития имагинативных процессов при представлении образов по технике символдрамы отражает не только глу­бинные особенности личности, но и соответствует основ­ным стадиям развития либидо, описанным Г.С. Васильченко. С.А. Мартыненко и Я.Л. Обухов (2001) показали, что метод символдрамы, позволяющий через образы-символы получить доступ к неосознаваемому или недостаточно осо­знаваемому содержанию психики, может использоваться как в целях изучения особенностей формирования либи­до у мужчин, так и для психотерапевтической коррекции имеющихся у них глубинных страхов перед проявлениями сексуальности, способствующих возникновению половых дисфункций. Особенно эффективен метод символдрамы у лиц с выраженным образным мышлением. Он также дает возможность работать с пациентами, испытывающими трудности в выражении своих эмоций и переживаний на вербальном уровне, которым сложно выразить свое внут­реннее отношение к женщинам. Чаще всего нами исполь­зуется мотив «куст розы», предложенный H. Leuner (1980). Мужчину, предварительно погруженного в легкий транс, просят представить куст розы на краю луга, а затем со­рвать с него один цветок. Примерно 5 минут пациент иссле­дует образ луга и дает его общую характеристику (размеры луга, характер растительности, погода, время года и вре­мя суток). Сценарий луга отражает более или менее осо­знанное настроение пациента и часто представляет собой плоскость проекций актуальных конфликтов. После этого ему предлагают оглядеться по сторонам и найти куст розы, который обычно представляется на краю луга, а затем дать его развернутое описание. Пациента просят выбрать наи­более понравившийся ему цветок и детально описать, как он выглядит, а также сообщить о причинах своего выбо­ра именно этого цветка. Трудности в выборе конкретного цветка могут быть вызваны недоразвитием платоническо­го компонента либидо. Цвет розы говорит о сексуальной зрелости. Красный, желтый и оранжевый цвета считаются

367

наиболее сексуальными. Розовые цветы могут символизи­ровать инфантильность, а желтые - ревность. Белый цвет говорит о стремлении к платоническим, духовным отноше­ниям и идеализации женщины, а оранжевый - символ силь­ной личности, склонной подавлять окружающих. Листья на стебле символизируют витальную силу мужчины, стебель без листьев - ее отсутствие. Сам стебель является симво­лом фаллического начала, опоры, а шипы на нем говорят об опасности, сопровождающей страсть. Если шипов слиш­ком много, то такой человек находится во власти страха и преувеличивает возможную опасность. Если шипов очень мало либо вообще нет, то мужчина излишне легкомысленен и пренебрегает возможными опасностями, связанными с сексуальными отношениями. Далее пациенту предлагается попытаться в воображении дотронуться пальцем до стеб­ля, провести по нему, коснуться шипов, листьев, лепестков розы, вдохнуть ее аромат, а затем рассказать о своих чувст­вах и ощущениях (таким образом, исследуется эротический компонент либидо). Потом его просят сорвать или срезать понравившуюся розу, что символизирует сексуальное ли­бидо. Нерешительность пациента, его страх уколоться от­ражают различные опасения перед половыми контактами. Пациентам, не достигшим стадии зрелой сексуальности, по Г.С. Васильченко, особенно трудно сорвать цветок. Если пациент жалеет розу, которой будет больно, это может го­ворить о фиксации на платонически-эротической стадии либидо, когда сам коитус рассматривается как нечто по­стыдное, а партнерша идеализируется. На последнем этапе пациенту предлагается отнести розу в дом и разместить ее там. Мужчина ставит розу в воду и любуется ею. Если он захочет что-то сделать с цветком (подрезать стебель, об­жечь его на огне, добавить в воду глюкозу, чтобы роза луч­ше стояла), это символически характеризует развитие зре­лой сексуальности.

Психотерапевтическое воздействие метода символдрамы обусловлено эмоциональным прорабатыванием внутренних бессознательных конфликтов и проблем. По­скольку работа ведется с наиболее глубокими и подлинны­ми переживаниями образов, даже возникающие у пациента негативные эмоции оказывают терапевтический эффект. Поэтому в ряде случаев «символдрама дает возможность

368

глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психотера­пии оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне» (С.А. Мартыненко, Я.Л. Обухов, 2001).

Ряд экзистенциально-ориентированных авторов ука­зывают на то, что столкновение человека с экзистенциаль­ными данностями своего существования (смерть, свобода, одиночество, бессмысленность) вызывает сильную тревогу, которая может смещаться и символизироваться проблема­ми сексуальности (R. May, 1998, I. Yalom, 1999 и др.). Наш опыт также свидетельствует, что в ряде случаев осознание пациентом некоторых очевидных фактов собственного бы­тия и глубинных страхов способствует смягчению его тре­воги перед возможной сексуальной несостоятельностью, что позволяет гораздо успешнее работать с симптомами сексуальной дисфункции и непосредственно связанной с ними, более поверхностной психологической проблема­тикой. Глубинный страх смерти, актуализирующийся при столкновении индивида с фактом смерти близких людей или знакомых, нередко приводит к попыткам смягчить его путем активизации половой жизни, гипертрофированного отношения к ней. Сексуальная активность позволяет вы­строить мощный бастион отрицающей защиты неизбежной старости и угасания витальных функций (I. Yalom, 1999). Секс -символ жизнеутверждающего начала, потенциаль­но он позволяет продлить себя в своем потомстве. Одно­временно сексуальный контакт - проявление максималь­ной жизненной активности индивида. Поэтому за фасадом конкретного страха перед импотенцией у мужчин нередко можно обнаружить глубинную тревогу перед конечностью бытия.

Сексуальная поглощенность и компульсивность неко­торых людей может быть понята через призму экзистен­циальной тревоги смерти, от которой они защищаются чередой беспорядочных сексуальных контактов. Психо­терапевтическая работа над осознанием смерти может ка­тализировать процесс личностных изменений и помогает легче достичь изменений на поведенческом уровне, в том числе и в сфере сексуального функционирования. Для этой цели используются различные упражнения с последующим обсуждением. Например, пациенту предлагают начертить

369

отрезок, один конец которого - его рождение, а другой - смерть. Просят поставить крестик, где он находится сей­час, и поразмышлять над этим в течение пяти минут. Или проводят «шоковую терапию», по сути, десенсибилизируя пациента к факту собственной смерти. Ему предоставляет­ся возможность написать на себя некролог. Затем предста­вить свою смерть и последующие похороны с подробным описанием своих фантазий. В некоторых случаях конфрон­тация со смертью приводит к переопределению жизненных приоритетов, что сопровождается всплеском подавленного сексуального влечения и активизицией половых контактов.

Осознание ответственности (свободы) для многих людей также является источником тревоги. По словам Ж.П. Сартра, «быть ответственным означает быть автором своего жизненного замысла». Избегание ответственности происходит через создание субъективного мира, в котором нет переживания свободы, а есть лишь существование под властью некой «неодолимой силы». Индивид, охваченный непреодолимой, завораживающей силой сексуального же­лания, часто снимает с себя ответственность за возможные негативные последствия его реализации как для себя, так и для других людей. «Я человек, и ничто человеческое мне не чуждо», - этой фразой конкретная личная ответствен­ность за свои поступки иногда подменяется их абстрактной биологической детерминированностью. С другой стороны, избегание ответственности в глубинном, экзистенциальном смысле может привести к ее гипертрофии на локальном, по­веденческом уровне и, в частности, чрезмерно ответствен­ному и оттого пропитанному тревогой перед возможной неудачей отношению к выполнению определенных сексу­альных действий, которые утрачивают свою спонтанность и естественность, нередко вызывая дезавтоматизацию генитальных реакций мужчины. Кроме того, принятие на себя роли «исполнителя супружеского долга» позволяет без из­лишних хлопот и тревог следовать привычным жизненным путем, избегая столкновения с проблемой личного выбора и необходимостью принимать ответственные решения по радикальному изменению отношений в браке, которые во многих аспектах совершенно не удовлетворяют, но прино­сят иллюзию устойчивой стабильности и предсказуемости. Поскольку пациенты обычно более или менее осознанно

370

сопротивляются принятию реальной ответственности свои жизненные затруднения (в том числе и сексуальные), пытаются переложить их на других людей, важно заставить их осознать, каким образом они сами создают проблемы в межличностных отношениях. Наиболее подходящий прием для этого - концентрация на «здесь и теперь». Пациенты склонны воспроизводить в терапевтической ситуации (осо­бенно в ходе групповой психотерапии) те же поведенческие паттерны, что и в реальной жизни. Поэтому концентрация на том, что происходит непосредственно во время психоте­рапевтической сессии, позволяет врачу прямо указать на не­адекватные способы реагирования на других людей, а также помочь пациенту найти им более конструктивную замену.

Столкновение человека с экзистенциальной изоляцией (одиночеством, обусловленным непреодолимым разрывом между субъектом и другими людьми) вызывает тревогу, ко­торую он пытается рассеять через межличностные контакты. Сексуальные отношения в браке или стабильном партнер­стве, создавая иллюзию слияния с близким человеком, в наи­большей степени позволяют избежать пугающего осознания одиночества в этом мире. При этом могут возникать невро­тические отношения созависимости, когда любое отдаление партнера вызывает сильную тревогу одиночества. В этом случае даже незначительные проблемы в интимной жизни актуализируют страхи индивида оказаться покинутым, ни­кому не нужным, абсолютно одиноким, что в свою очередь влечет за собой нарастание у него сексуальных затруднений.

Другим способом преодолеть чувство изоляции явля­ются беспорядочные половые связи, в которых люди ис­пользуют друг друга как средство борьбы со своим оди­ночеством. Бесконечная череда сексуальных контактов служит для них лучшим подтверждением, что в этой жизни они не одиноки. Психотерапевтическая работа с экзистен­циальной изоляцией заключается в развенчивании попы­ток иллюзорных решений пациентом этой до конца нераз­решимой проблемы, а также в повышении его способности к продуктивным отношениям с другими людьми.

Отсутствие самоочевидного смысла жизни - еще одна экзистенциальная проблема, с которой так или иначе стал­кивается любой человек. Для многих людей вполне удовле­творяющим объяснением их жизненной позиции является

371

стремление к удовольствию как самоцель. Такой гедонисти­ческий подход легко может быть реализован через погло­щенность сексуальными отношениями, поскольку они поз­воляют регулярно испытывать чувственное наслаждение. Некоторые мужчины заполняют все свободное время фан­тазиями на тему секса и поисками все новых сексуальных объектов. Однако в полном согласии с В. Франклом (1990), «чем больше человек намеренно ищет удовлетворение, тем больше оно ускользает от него». Так, нарушается эрекция у мужчины, который стремится возбудиться как можно быст­рее, пытаясь сознательно усиливать непроизвольные меха­низмы, обеспечивающие его генитальные реакции.

По мнению И. Ялома (1999), «человек ищет смысл и уверенность в мире, не имеющем ни того, ни другого... Эф­фективный психотерапевт должен помочь пациенту от­вернуться от вопроса: "Зачем я живу?". Ибо поиск смысла, как и поиск счастья, возможен только косвенным путем... Нужно переориентировать человека на вовлеченность в жизнь... Вовлеченность - самое эффективное терапевти­ческое средство: обрести дом, заботиться о других, искать, творить, любить - все это обогащает и является мощным противовесом дисфории бессмысленности».

Очевидно, что в рамках рассматриваемой стратегии интегративной психотерапии фокусировка на экзистенци­альных проблемах пациента осуществляется лишь по мере необходимости, а психотерапевтическая проработка огра­ничивается отдельными их аспектами. Вместе с тем даже краткое, на протяжении нескольких сессий, обращение к базисным проблемам человеческого существования может уменьшить у пациентов проявления глубинной тревоги, способствуя более адекватному отношению к собственной сексуальности и создавая предпосылки для эффективной терапии половых дисфункций.

**5.7. Психотерапия нарушений**

**межличностных отношений в паре**

Половая функция человека адекватно реализуется в процессе тесного взаимодействия с другим человеком.

372

Поэтому любые нарушения партнерских отношений могут негативно влиять на сексуальное функционирование ин­дивида. По мнению J. Gottman (1994), существуют четыре всадника супружеского апокалипсиса: критика, пренебре­жительное отношение, блокирование и защиты.

Исследования подтверждают, что люди, которые не­счастливы в браке, намеренно посылают партнерам много враждебных и болезненных сообщений. Они оскорбляют своих супругов, демонстрируют свое презрение с помощью языка тела, едких критических замечаний, высмеивания и враждебного юмора. Вместо того чтобы говорить о том, что их беспокоит, эти люди переходят к глобальному оценива­нию и обвиняют супруга за любые проблемы, возникающие в их отношениях. Ответная реакция на критику и пренеб­режение может проявляться в форме ухода или защиты. В первом случае уязвленные партнеры учатся отгоражи­ваться, т. е. они притворяются что супруга не существует (механизм блокирования). Это может принимать крайние формы, когда супруги не реагируют на прямые вопросы или предложения и действуют так, как если бы просьбы вообще не высказывались. Они как бы стирают из своего сознания индивидуальность партнера. Во втором случае используют­ся защитные механизмы: а) отрицание ответственности за свою роль в конфликте (гораздо легче обвинить партнера); б) взаимные обвинения (всякий раз, когда один супруг жа­луется, другой выступает с контробвинениями, игнорируя исходную жалобу); в) многократные высказывания одних и тех же идей, выражение согласия с партнером только в форме «да, но...», что нивелирует реальные чувства парт­нера и вопросы, которые его беспокоят. Оба супруга могут использовать все эти защитные стратегии, либо, например, муж прибегает к защитам (обвиняет, злится, снимает с себя ответственность за супружеские проблемы и т. п.), а жена в ответ замыкается в себе и отгораживается, т. е. использует стратегию блокирования.

О нарастающих проблемах в супружеских взаимоот­ношениях также свидетельствуют пять следующих диагно­стических признаков (J. Gottman, 1994):

1. *Переполнение (флудинг).* Формируется такое вос­приятие партнера, когда его негативные эмоции оказываются совершенно неожиданными, ничем не

спровоцированными (кажется, что они возникают из ниоткуда), они подавляют и дезорганизуют, по­буждают к прекращению взаимодействия (напри­мер, избеганию общения). Женщины в отличие от мужчин более склонны испытывать флудинг.

2. *Ощущаемая серьезность.* Является верным индика­тором глубины супружеских проблем.

3. *Дистанцирование.* Если хотя бы один из супругов предпочитает разобраться с существующими про­блемами самостоятельно и отказывается принимать участие в терапевтическом процессе, улучшение  
взаимоотношений в данной паре прогнозировать достаточно сложно.

4. *Параллельные жизни.* Партнеры сосуществуют парал­лельно вместо того, чтобы быть интегрированными в единую супружескую систему. У них разные друзья, они принимают пищу по отдельности и не делятся  
своими каждодневными занятиями друг с другом.

5. *Ощущаемая изоляция.* Партнеры чувствуют себя одиноко даже если находятся в доме вместе («оди­ночество вдвоем»).

Для улучшения межличностного взаимодействия с парт­нером используются приемы и техники семейной и супруже­ской психотерапии. Фокус применения данных психотехник направлен на улучшение взаимной адаптации супружеской пары. Для выполнения этой задачи важно определить основ­ные поведенческие паттерны, приводящие к усилению нега­тивных тенденций в отношениях между супругами и помочь им выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом; повысить уровень коммуни­кации партнеров, что способствует их переходу от конфрон­тации к сотрудничеству, а также росту взаимопонимания и доверия, открытости в выражении собственных чувств и желаний по отношению друг к другу. Осуществляемая па­раллельно с индивидуальной психотерапией мужчины, стра­дающего половой дисфункцией, работа с парой создает оче­видные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров.

Если супруги находятся в конфликте, они мало и не­продуктивно общаются друг с другом. Видоизменить харак­тер коммуникаций в паре помогает техника *незаконченные*

374

*предложения* в модификации А. В. Черникова (1998, 2001). Супругов просят расположиться напротив друг друга и поочередно заканчивать следующий ряд незавершенных предложений: 1. Мне нравится, что ты... 2. Я расстраиваюсь, когда... 3. Я злюсь, когда... 4. Я благодарен тебе за то... 5. Мы могли бы по-другому...

Эмпирическим путем было выявлено, что оптималь­ным в такой работе является завершение пяти предложе­ний. Оба супруга должны пройтись по этому списку 3-4 раза, что занимает 15-20 минут и, как правило, не встре­чает сильного сопротивления. Они получают возможность наглядно убедиться, как легко проявлять негативные чув­ства по отношению друг к другу и как непросто начать открыто признавать достоинства партнера по браку. Тех­ника стимулирует диалог между супругами, структурируя их общение и делая его более безопасным (формулировки в виде Я-высказываний, сбалансированность в выражении негативных и позитивных чувств, обозначение направле­ния желаемых изменений). Озвучивание позитивных ха­рактеристик особенно важно в ситуации супружеского конфликта, когда партнеры обмениваются в основном не­гативными подкреплениями, провоцируя нарастание ссо­ры. Прием позволяет обеспечить равный вклад в разговор, сдерживая многословного и поощряя молчаливого супру­га. Помимо изменения процессуальных характеристик общения данная техника позволяет исследовать основное содержание взаимных претензий.

Bach and Wyden (1968) предложили для работы с кон­фликтующими супружескими парами специальный прием - *создание границ при обсуждении конфликта.* Супругам предлагают заранее договориться о времени, когда они смогут обсудить все то, что их беспокоит. Они оба долж­ны перед этим хорошо отдохнуть, поэтому лучше всего подходят вторая половина субботнего или начало вос­кресного дня. Обсуждение проводится по следующим правилам: 1) затрагивайте только один вопрос и придер­живайтесь его; 2) четко объясните проблему (жалобу); 3) покажите, что вы понимаете партнера, как только уви­дите, что он понимает вас; 4) постарайтесь найти альтер­нативные способы осуществить желательные изменения; 5) получите обратную связь от партнера; 6) продолжайте

375

рассматривать альтернативы и получать обратную связь до тех пор, пока не будет найден компромисс.

Хорошие отношения между партнерами во многом зависят от того, насколько точно они воспринимают ин­формацию, передаваемую друг другу. Многочисленные не­доразумения нередко возникают из-за того, что люди не­внимательны к высказываниям собеседника. Вместо того чтобы постараться максимально точно понять суть сказан­ного, супруги предпочитают домысливать слова собеседни­ка, нередко приходя к ошибочным умозаключениям, кото­рые принимаются ими за истину. Поэтому паре, в качестве домашнего задания, мы предлагаем регулярно тренировать важнейший коммуникативный навык - «полноценное, слушанье», которое, по В. Сатир (1983), предполагает соблюде­ние следующих условий: 1) слушающий полностью сосредо­точен на говорящем; 2) слушающий отказывается от любых предубеждений в отношении говорящего; 3) слушающий никогда не пользуется чужими и предвзятыми оценками; 4) слушающий абсолютно свободен от какого бы то ни было смущения и может задавать любые вопросы; 5) слушающий показывает говорящему, что тот услышан и смысл сказан­ного понят. Пару инструктируют, что в тех случаях, когда соблюдение вышеперечисленных условий по каким-либо причинам невозможно, правильнее перестать притворять­ся и честно сказать: «Извини, но мне сейчас не до тебя. Я не могу сосредоточиться на том, что ты мне говоришь. Давай вернемся к этому разговору чуть позже» (V. Satir, 1983).

Чтобы обучить партнеров подлинному слушанью вме­сто домысливания сказанного собеседником дополнитель­но используется специальная техника *трех положительных ответов* (V. Satir, 1983). Паре предлагается сесть лицом к лицу. Один из партнеров произносит какое-то утвержде­ние, которое представляется ему верным. Например: «Мне кажется, что в комнате жарко», «Я чувствую себя одино­ко», «Ты мне не доверяешь» и т. п. Тот, кто слушает должен выразить свою реакцию на высказывание партнера фразой, начинающейся словами: «Ты имеешь в виду, что...», и даль­ше в вопросительной форме передать как он понял содер­жание данного утверждения. Цель слушающего - трижды добиться положительного ответа. Это будет означать, что в конце концов он правильно уловил смысл высказывания

376

говорящего. Если задающий вопросы, неверно интерпре­тируя фразу, произнесенную партнером, так и не сможет получить три утвердительных ответа, говорящий должен объяснить ему, какой именно смысл он вложил в те или иные слова. Партнеры несколько раз поочередно меняются ролями, стараясь через уточняющие вопросы, как можно лучше понять друг друга. При повторных выполнениях дан­ного задания в паре постепенно растет понимание того, что люди могут вкладывать в одни и те же слова совершенно раз­ный смысл. Осознание этих разных смыслов и означает, что собеседники начинают понимать друг друга. В свою очередь, улучшение коммуникации между партнерами способствует возрастанию доверия и взаимной симпатии.

Известно, что в конфликтных ситуациях партнеры склонны злоупотреблять оценочными суждениями, «на­вешивая ярлыки» друг на друга. Обоюдонегативные оцен­ки лишь усиливают конфронтацию в паре. Напротив, если партнеры избегают оценок и ограничиваются только опи­санием своих чувств - они общаются открыто, напрямую. Поначалу им может не понравиться то, что они услышат, но в конечном итоге они гораздо лучше поймут друг дру­га. Перейти от языка оценок к языку описаний помогает техника *высказывания трех истин* (V. Satir, 1983). Парт­неров просят поочередно высказать три истины о другом и три истины о самом себе. Предполагается, что эти ис­тины справедливы только на данный момент. Возможно, в будущем они станут неверными. Чтобы лучше сосредо­точиться на собственных чувствах, необходимо начинать каждую реплику со слов: «Мне кажется, что сейчас о тебе можно сказать, что ты…». Если суждение носит негатив­ный характер, следует найти подходящие слова, которые позволят высказаться откровенно и вместе с тем доброже­лательно, оставаясь в рамках описания и избегая оценок. Каждый из партнеров сообщает о тех чувствах, которые возникли у него в связи с высказываниями другого. Уме­ние проговаривать не только положительные, но и отри­цательные суждения способствует более доверительным и стабильным партнерским отношениям. Паре рекоменду­ют выполнять данное упражнение не реже одного раза в неделю. Кроме всего прочего, оно вносит в супружеские отношения очень важные представления о гармоничном

377

общении. Когда один человек откровенно делится своими внутренними переживаниями с другим человеком, в их от­ношения вносится элемент доверия, и пара переходит от непонимания к близости.

Близость между людьми во многом определяется тем, как они воспринимают прикосновения друг друга. В про­блемных супружеских парах существует своего рода запрет на тактильные контакты, возникший на основе предшеству­ющего опыта блеклых, дисгармоничных сексуальных отно­шений. В этих случаях может быть использовано упражне­ние В. Сатир (1983) - *техника общения руками.* Вначале партнерам предлагают в течение одной минуты рассмат­ривать друг друга. Затем они должны закрыть глаза, протянуть друг другу руки, максимально сосредоточиться на своих ощущениях и постараться понять, что это означа­ет - чувствовать руки другого человека и одновременно позволять ему ощущать собственные руки. После двух минут такого исследования партнеры открывают глаза и продолжают «встречу руками». Далее им нужно снова закрыть глаза и отметить малейшие изменения в ощуще­ниях. Следующий этап - не открывая глаз, только при помощи тактильного контакта рук партнеры поочередно передают друг другу различные чувства: удовольствие, тревогу, озабоченность, спокойствие, нежность, страсть и т. п. Принимающая сторона по возможности должна идентифицировать сигналы, исходящие от рук партнера, к сообщить, что именно они выражают. Затем руки мед­ленно убирают, оба партнера открывают глаза и обмени­ваются своими впечатлениями. Выполняя это упражнение, люди начинают осознавать, что их ощущения и пережива­ния очень субъективны и могут быть по-разному интерпре­тированы. Важно чтобы они поделились тем, что каждый из них испытывал при прикосновениях. Например: «Если я хотел передать любовь и нежность, а ты почувствовала в этом прикосновении грубость и резкость - мне очень важно узнать об этом». Все это способствует лучшему по­ниманию и принятию друг друга на невербальном уровне. Повысить способность к восприятию тонких тактильных ощущений при эротической стимуляции помогают специ­альные сексотерапевтические при-ёмы «чувственного фо­кусирования», изложенные далее.

378

В ситуации острого семейного кризиса, когда супруги испытывают сильные и противоречивые чувства по отноше­нию друг к другу, весьма эффективна техника *прояснения коммуникаций* (А.С. Спиваковская, 1988). Она позволя­ет организовать конструктивное выражение эмоций, по­степенно углубить диалог между супругами, выводя его на уровень Я - высказываний и проговаривания реальных страхов и опасений. По сути, техника прояснения комму­никаций является развитием психодраматической техники дублирования. Хотя в идеале ее использование требует ра­боты двух психотерапевтов, при определенной трениров­ке техника может осуществляться и одним специалистом. Паре предлагают обсудить любую тему, представляющую обоюдный интерес. Перед началом обсуждения врач гово­рит: «В ходе беседы я буду периодически прерывать гово­рящего и кое-что за него формулировать. Если та или иная формулировка не подходит - вы можете меня поправ­лять...». По мере того как диалог между супругами стано­вится все более и более эмоционально насыщенным, созда­ются условия для перехода к прояснению коммуникаций. При этом специалист поочередно старается подключиться к эмоциональному состоянию каждого из супругов, озву­чить их непроговоренные переживания от первого лица и помочь выразить себя более полно, не прибегая к защит­ным маневрам. Если такой «перевод» удается, сообще­ния партнеров становятся более ясными, проявляются скрытые ранее страхи, и супруги постепенно переходят к реальному живому диалогу, все глубже продвигаясь в по­нимании себя и друг друга. Одновременно происходит их обучение более открытому общению. Врач трансформиру­ет критическое Ты - высказывание супругов («Ты плохой», «Ты меня не любишь») в Я-высказывание («Я испытываю обиду на тебя», «Я чувствую, что ты меня не уважаешь», «Я боюсь, что недостаточно хорош для тебя»). Это позво­ляет управлять переговорным процессом, сдерживать по­ток обвинений и взаимных нападок, побуждая пару к все более продуктивному контакту, который способствует ро­сту взаимопонимания и доверия между супругами. Данная техника показана в первую очередь в случаях, когда супру­ги, конфликтуя, продолжают испытывать сильные взаим­ные чувства, но избегают открытого обсуждения тех своих

379

сомнений и опасений, которые реально стоят за чередой бесконечных ссор и обид.

*Техника инсценировки* позволяет вначале пронаблю­дать особенности спонтанного дисфункционального взаи­модействия между партнерами непосредственно в ходе приема. Затем, исходя из увиденного, врач создает свой собственный сценарий, который он предлагает разыграть в его присутствии привычным (проблемным для пары) спо­собом. При этом врач может активно вмешиваться в этот процесс, повышая его интенсивность, продлевая время взаимодействия супругов, подсказывая паре возможные альтернативные способы общения друг с другом, позво­ляющие прийти к конструктивному разрешению ситуации. Фактически пара разыгрывает свою реальность в терапев­тическом контексте и при помощи специалиста обучается более продуктивной модели взаимодействия (S. Minuchin, Ch. Fishman, 1998).

*Аналитический метод Юрга Уилли* (1993) позволяет по­мочь супругам осознать и с пониманием отнестись к слож­ным факторам, оказывающим влияние на каждого из них. Вместо того чтобы фокусировать свое внимание на взаимо­действиях между супругами, метод сосредоточен на работе с каждым из партнеров отдельно, но в присутствии другого. Ставятся задачи вербализировать и понять конструкции, ко­торыми человек руководствуется в своем поведении, выявить ригидный или амбивалентный характер этих конструкций, побудить каждого из супругов к созданию новых способов мышления и представлению проблем пары на концептуаль­ном уровне. Необходимо выявить и разобрать как диспозиционные факторы (неизменные личностные особенности, влияющие на поведение человека), так и важные ситуацион­ные факторы (объясняющие причины определенного пове­дения с позиций внешнего стресса и кратковременных со­стояний человека).

Процесс начинается с того, что терапевт говорит: «Се­годня я хочу, чтобы мы разобрали некое событие последних нескольких дней. Было ли в том, что вы недавно пережили, что-то такое, что обеспокоило или затронуло бы вас обо­их?» После выявления конфликта терапевт пытается по­лучить конкретные факты этого инцидента и восстановить последовательность событий. Затем терапевт начинает

380

анализировать то, о чем думал каждый человек на каждом этапе этого инцидента.

Пациенты поначалу обычно рассказывают врачу, что они чувствовали, а не то, что думали. Тогда их можно спросить: «Если бы эти чувства могли говорить, что бы они сказали?» Важно подтолкнуть супругов к тому, чтобы рас­ширить свои внутренние голоса и темы. Затем следует за­дать вопросы, подтверждающие противоположные мысли, которые возникают у супругов в одно и то же время. На­пример, мужчина может заметить, что когда его жена со­бирается в гости, у него возникают мысли о том, что на са­мом деле она могла бы и лучше выглядеть и что ее внешний вид свидетельствует о том, что ей совершенно наплевать на него. Она относится к такому типу людей, которые во всем проявляют небрежность. Затем терапевт может спросить этого мужчину, не говорила ли какая-то другая его часть совершенно противоположное. Например, что его супруга на самом деле хочет выглядеть привлекательно, но что-то мешает ей; она хотела бы сделать своему мужу приятное, но чувствует себя неуверенно и напряженно, потому что он постоянно делает акцент на ее внешности.

Врач поощряет клиента облекать в слова все разнообраз­ные и противоречивые мысли об этом сценарии, а не только ту первую мысль, которую выбрал клиент, чтобы поделиться ею с терапевтом. Таким образом, многие клиенты легко подходят к осознанию сложных и амбивалентных мыслей, которые у них возникают.

Некоторые люди одномерны в своем мышлении. У них нет детально разработанных концепций, даже когда их по­буждают к этому. Тогда человека можно подтолкнуть к тому, чтобы он пробовал мыслить иначе, попросив его от­ветить на вопрос: «Если бы вы чувствовали совершенно противоположное тому, что вы ощущали в действительно­сти, то какие мысли могли бы у вас возникнуть после того, как ваша жена вышла за дверь?»

Цель этих сессий состоит в выявлении альтернативных реалий и реалий, которые определяются многими фактора­ми. Когда темы повторяются и расширяются, когда меняет­ся формулировка этих тем, то направляющие философские принципы экстернализуются для того, чтобы все могли руководствоваться ими и/или высказывать о них свои суж-

дения. Благодаря этому методу каждый супруг слышит то, что переживает его партнер, без ограничений во времени и препятствий. Каждый начинает понимать точку зрения другого, что бывает невозможно сделать, потому что обыч­но этому препятствуют враждебные остроумные ответы, прерывания или физические уходы. Анализируя индивиду­ально созданные системы, партнеры начинают признавать свои собственные разногласия, и у них начинает возникать большее взаимное уважение.

Самое важное, что партнеры достаточно много време­ни затрачивают на обдумывание того, что они прибегают к ситуационной атрибуции в беседе со своими супругами. Диспозиционные атрибуции уже не возникают; напротив, они представляют собой одну из многих составляющих, объ­ясняющих причины того, почему партнер действовал имен­но так. Подобным образом ситуационные атрибуции того, кто говорит, украшаются через какое-то время некоторыми диспозиционными атрибуциями. Таким образом, пара на уровне игры развивает общее поле, которое позволяет им понять и разрешить конфликтные ситуации.

Для выявления ценностей, влияющих на супруже­ские отношения, применяется прием *сравнение ценностей* (H. H. Ployd, 1982). Техника основана на системном подхо­де, который исходит из того, что любые отношения в су­пружеской паре могут быть рассмотрены целостно. С ее помощью выявляются ценности и социальные роли каж­дого из супругов, влияющие на отношения между ними, а также предоставляется возможность получить доступ к проблемам, сходствам, различиям и взаимодополняющим позициям, существующим в данной паре.

Супругам предлагают поразмыслить о том, что явля­ется наиболее значимым в их жизни. Каждый должен дома приготовить два списка личностных ценностей. Один спи­сок - собственные ценности, другой - ценности партне­ра. Ценности размещают в порядке их важности, причем не существует никаких ограничений по содержанию цен­ностей и их количеству. До новой встречи с врачом пару просят не обсуждать составленные списки. На следующей сессии партнерам предлагают прочитать их вслух, а затем для удобства сравнения списки мужа и жены заносят на один лист бумаги. Пока пара сравнивает представленные

382

списки, врач может подумать над следующими вопросами: возможный источник ценностей каждого, противоречия между списками и внутри каждого списка, различия и сход­ства в их содержании, правильно ли супруги воспринимают ценности друг друга и т. д. Затем пару просят рассказать о своих впечатлениях от знакомства со списками. При этом актуализируется целый ряд обоюдоважных проблем, под­лежащих обсуждению. Например, может оказаться, что важность семьи для мужа не замечается женой или что ни один из супругов не отдает себе отчет в том, насколько важ­ны интимные отношения для другого. Анализируются об­щие интересы и увлечения, причины невнимания к тому, что представляется наиболее значимым для другого, связь вос­приятия ценностей партнера с собственными ценностями.

Техника позволяет помочь супругам в эффективном общении друг с другом, прояснить подозрения по поводу того, что кто-то кого-то не ценит, кто-то кем-то манипу­лирует. Она дает информацию о внутрисемейных взаимо­отношениях, особенностях межличностного восприятия и степени сбалансированности супружеской системы.

Если пара «погрязла» во взаимных претензиях и пред­ставляет проблему неудовлетворительных взаимоотноше­ний таким образом, что один или другой партнер делает что-то не так, либо, наоборот, не делает то, что необходи­мо, весьма эффективная стратегия работы - использова­ние модификации техники *вечеринка частей* (V. Satir, 1983). Супругам разъясняют, что у каждого человека имеется множество различных граней личности, которые так или иначе проявляются при взаимодействии с другими людьми. Затем партнеров просят взять по четыре чистые бумажные карточки, на которых следует указать название ролей (черт характера), наиболее часто проявляющихся у каждого из них при взаимном общении. Например, сексуальность, требовательность, отзывчивость и т. п. Рядом с подписью ри­суется некий символ, характеризующий эту роль или черту характера. Затем происходит сличение и выяснение того, какие грани (роли, качества) совместимы, какие конфликт­ны, а какие дополнительны. По ходу обсуждения врач за­дает уточняющие вопросы: «А что это за роль? Когда она проявляется наиболее отчетливо? Что этому способству­ет?» Как правило, человек охотно предъявляет свои по-

383

зитивные роли или черты характера, а попытки партнера заострить внимание на его негативных качествах вызывает сопротивление, проявляющееся отрицанием таковых и вы­ражением крайнего недовольства по поводу «беспочвен­ных» претензий. В такой ситуации задачей врача является немедленное переопределение этой роли позитивно. Такая переоценка позволяет представить определенные аспекты проблемного поведения в другом, более выигрышном све­те. Целью положительного переопределения не является отрицание проблемы или ее минимизирование. Специалист просто помогает обнаружить, а иногда и прямо указывает на те или иные аспекты роли или качеств характера одного из супругов, которые были ранее заслонены негативными эмоциями и предубежденностью другого. Например, одна из характеристик, которые дает жена своему мужу: «чур­бан бесчувственный». Врач должен подвести пару к по­зитивному переопределению этой роли. Это разговор на тему о том, что мы всегда делаем что-то полезное для себя. Жену можно спросить: «А в каких ситуациях это качест­во помогает вашему мужу?» Ответ: «Твердость характера и отсутствие сентиментальности помогает ему преодолевать жизненные трудности, защищаться, успешно заниматься своим делом». Далее на карточке под «чурбаном бесчув­ственным» полезно подписать его переопределение. Затем партнера просят «навесить свой ярлык» на то, что женщина назвала «чурбаном бесчувственным». При таком подходе возможно привести партнеров к согласию даже по поводу тех их качеств, которые изначально они в себе полностью отвергали. В заключение проводится обсуждение того, что сближает супругов друг с другом, а что, наоборот, оттал­кивает, какие качества им следует держать под контролем при совместном общении. Причем каждый из них выдвига­ет свою версию, а врач помогает паре прийти к общему зна­менателю и тем самым обеспечить определенный баланс в супружеских взаимоотношениях.

В приеме *создание аналогичных ситуаций* исполь­зуются метафоры для того, чтобы эффективно войти в партнерскую систему и в игровой форме «отщепить» от нее стойкие дисфункциональные паттерны (A.Y. Napier, C.A. Witaker, 1987), Получив ясное представление о труд­ностях супружеской пары, врач выбирает для беседы си-

384

туации или виды деятельности, отражающие проблемы партнеров, но в то же время не вызывающие излишнюю тревогу. Так, если жена высказывает претензии, что муж не обращает должного внимания на ее сексуальные потребно­сти, игнорирует их, паре может быть предложена история, где супруги заняты совместным приятным времяпровож­дением, в той или иной мере напоминающим сексуальное взаимодействие, но более легким для открытого обсужде­ния. В подобных случаях М. Эриксон подолгу говорил с су­пругами о принятии пищи, когда за накрытым столом сидят только они вдвоем. Он касался вопроса о большом разноо­бразии в привычках и поведении людей во время еды. Одни долго раскачиваются, начиная с закусок и засиживаясь пе­ред тарелкой с супом, тогда как другие сразу же съедают первое, а затем немедленно приступают к мясу с картофе­лем. Эриксон мог сказать о том, «как гармонично некото­рые мужья могут дополнять своих жен за обеденным сто­лом». Если супруги начинали связывать «обеденную тему» с сексуальными отношениями, он переводил их внимание на что-либо другое, а затем вновь возвращался к этой ана­логии. Преследуемая цель - бессознательное связывание конфликтов в отношениях между супругами и кулинарной темы. Затем Эриксон давал им домашнее задание пообе­дать вместе так, чтобы каждый из супругов получил от еды максимум удовольствия и стимулировал аппетит другого. При этом сформулированная ассоциативная связь спо­собствует получению парой большего удовлетворения не только от обеда, но и от сексуальных отношений. Исполь­зование подобных метафорических сообщений (аналогий) в супружеской терапии побуждает пару искать новые фор­мы общения с партнером по браку. Недирективность дан­ной техники минимизирует вероятность сопротивления или восприятия ее супругами в качестве угрозы их личным интересам.

Нами применяется еще одна метафорическая техника - *супружеская хореография,* направленная на фокусировку супругов на ведущей проблеме в отношениях между собой (P. Papp, 1998). Партнеров просят обратиться к своей фан­тазии и мысленно представить друг друга в некой симво­лической форме (растением, животным, сказочным героем и т. п.). Затем им предлагают точно так же представить са-

13 Медицинская сексология

385

 мих себя в виде некой символической фигуры или образа. Следующий шаг - нарисовать в воображении возможное взаимодействие между этими образами. Далее по очереди партнеры излагают свои фантазии вслух и, привлекая дру­гого, создают «скульптурную композицию», в символиче­ской форме отражающую их видение особенностей взаи­моотношений в паре. Врач через вопросы, обращенные к автору «скульптуры», проясняет ее глубинный смысл, пытается найти тупик, в который зашли партнеры в своих попытках решить проблему, а также переопределяет ее, придавая проблемному поведению супругов иное значе­ние. Как и любой терапевтический прием, построенный на метафорах, данная техника позволяет эффективно обойти сопротивление и через символические образы получить важную информацию о реальной супружеской ситуации, наметить возможные пути к ее изменению в позитивную сторону.

Бихевиоральные техники супружеской терапии при наличии в паре хотя бы минимальной установки на восста­новление нарушенных взаимоотношений довольно быстро приводят к позитивным изменениям. Они построены на вы­полнении супругами определенных, заранее оговоренных взаимных обязательств.

Одна из наиболее популярных и эффективных мето­дик поведенческой супружеской психотерапии - *конструктивный спор* (St. Kratochvil , 1991). Его суть заключается в том, что супругам предоставляется возможность открыто и, не травмируя друг друга, обмениваться информацией об имеющихся трудностях во взаимоотношениях, осознавае­мых и подавляемых чувствах и желаниях, противоречиях в исполнении супружеских функций. Правила конструк­тивного спора: 1) для его проведения необходима отдель­ная комната и отсутствие эмоционально заинтересованных свидетелей; 2) спор должен начинаться как можно ближе ко времени возникновения конфликтной ситуации; 3) ини­циатор спора должен сообщить партнеру, о чем пойдет речь и о своем намерении спорить; 4) спор должен быть конкретным, имеющим цель совместными усилиями решить проблему, а не наказать партнера. Основные характери­стики конструктивного спора: а) реализм; б) конкретность; в) открытость; г) честность; д) ответственность; е) юмор;

386

ж) акцент внимания участников на обратную связь. Участ­ники соблюдают правила «честной игры»: высказывания их отражают чувства в ситуации «здесь и теперь»; они воздер­живаются от обобщений типа «ты всегда не слушаешь», от актуализации прошлых обид и злости, аргументов, направ­ленных на «слабое» место партнера (вес тела, внешность, дефекты речи и др.), от критики родственников («ты такая же глупая, как и твоя мать...»); пользуются безоценочным языком.

Выделяют три фазы спора: вводную (А), среднюю (В), финальную (С), а также ряд правил для проведения каждой фазы. Правило фразы А: «Дай знать, что хочешь спорить, и назови предмет спора»; фазы В: «Скажи, что думаешь о поведении партнера, отреагируй и критикуй»; фазы С: «Признай свои ошибки и найди положительное в партне­ре». Продолжительность спора не превышает 10 - 15 минут. На финальную фазу отводится 1,5-2 минуты. Партнеры завершают спор пожатием рук. Вначале супружескую пару обучают приемам конструктивного спора во время пси­хотерапевтической сессии. Причем врач проводит оценку стиля спора по четырем параметрам (конкретность, во­влеченность, коммуникация, «честная игра»), а также его результатов (информативность, отреагирование, сближе­ние, улучшение). По каждой из восьми указанных позиций супругам начисляют 4-1; 0 или - 1 балл, в результате чего наивысший показатель для пары + 8, а наименьший - 8. На­бранная сумма баллов позволяет участникам спора узнать особенности стиля своего спора и его результативность, являясь фактором подкрепления позитивных образцов су­пружеского взаимодействия.

Достаточно простая, но весьма эффективная процеду­ра - техника *семи основных правил,* которая заключается в обсуждении с супругами каждого из следующих пунктов (A. Lasarus, 2000):

1. Никогда не критикуйте; предлагайте конкретные изменения в поведении супруга.

2. Никогда не занимайтесь измышлениями (т. е. не го­ворите за другого человека, что он думает или чув­ствует).

3. Остерегайтесь говорить: «Ты всегда...» или «Ты ни­когда...». Говорите о конкретном случае.

387

4. Избегайте категорий правильно/неправильно, пло­хой/хороший. Когда возникают разногласия, ищите компромиссное решение.

5. Используйте сообщения «Я чувствую...» вместо со­общений «Ты...». Например, скажите: «Я чувствую обиду, когда ты меня игнорируешь!», а не говорите: «Ты эгоист и совсем меня не замечаешь».

6. Будьте откровенны и честны. Говорите, что думаете, и думайте, что говорите.

7. Я в порядке, ты в порядке. Я имею значение, ты име­ешь значение.

Затем супругам дают копии этих правил с тем, чтобы они почаще в них заглядывали и строили свои отношения, руководствуясь ими.

Специалисты по бихевиоральной терапии определяют супружеские конфликты как проблему несбалансирован­ного или редкого подкрепления. Когда супруги посылают друг другу очень мало положительных сигналов и пытают­ся манипулировать друг другом с помощью отрицательных приемов взаимодействия, их отношения будут совершенно неудовлетворительными. Причем большинство таких пар склонны обвинять друг друга в сложившейся ситуации, де­монстрируя свою беспомощность в достижении какого-либо прогресса во взаимоотношениях. Поэтому целью использо­вания бихевиоральных техник в супружеской терапии явля­ется изменение дисфункциональных поведенческих паттер­нов супругов, обучение их конструктивному сотрудничеству и практике позитивного поведения. В основе последнего лежат позитивные обмены, которые представляют собой активную деятельность, направленную на поддержку и при­нятие партнерами друг друга, ведущую в конечном итоге к взаимному удовлетворению (N. Jacobson, G. Margolin, 1977).

J. Gottman (1994) на основе обширного исследования супружеских пар обнаружил так называемое «магическое соотношение 5:1». Он выявил, что пока во взаимоотно­шениях мужа и жены в пять раз больше положительных чувств и взаимодействий чем негативных, брак, вероятно, будет стабильным. Таким образом, в идеале на каждый ко­варный взгляд или замечание должно приходиться пять улы­бок, шуток, комплиментов, поглаживаний. Готтман пришел к выводу, что это соотношение оказывается верным для трех

388

различных стилей коммуникации. На одном полюсе существуют «переменчивые пары», брак которых отли­чается прочностью и стабильностью, даже несмотря на то, что их стиль общения характеризуется очень высокими уровнями позитивного и негативного влияния. В таких ка­рах супруги отпускают в адрес друг друга много критических замечаний, равно как и много комплиментов на вербальном и невербальном уровнях. Это очень экспрессивные пары, общение в которых (включая любые замечания и попытки убеждения) проходит живо, громко, с открытым выраже­нием чувств, юмором и любовью. В переменчивых парах супруги ценят свою индивидуальность, и им необходимо иметь свое собственное пространство, причем как физиче­ское, так и психологическое. Иногда создается впечатление, что они буквально погрязли в конфликтах, но при этом не теряют ореола романтики и по-прежнему полны страсти. Таких супругов отличает эгалитарность и андрогинность (Fitzpatrick, 1988). На другом полюсе мы имеем «неконтакт­ные пары», браки которых также очень стабильны, даже несмотря на то, что их стиль отношений характеризуется очень низкими уровнями позитивного и негативного влия­ния. В неконтактных парах представлены люди, которые при обсуждении конфликтных ситуаций всегда стараются найти что-то общее и минимизировать важность открыто­го выражения различий. Они считают, что время примирит их, и что проблемы имеют обыкновение разрешаться сами собой, и нет необходимости их обсуждать.

Промежуточное место между ними занимают «валидаторы». Они выражают непосредственные уровни позитивного и негативного влияния. Многие их обсуждения характери­зуются легким и спокойным взаимодействием, но при об­суждении важных вопросов может возникнуть конфликт. Обычно один супруг подтверждает то, как другой описы­вает проблему: он кивает, обращает на что-то внимание, задает вежливые и интересные вопросы. Иногда человек проявляет эмпатию и дает партнеру знать, что он может по­нять его видение конфликта. Это оценивание имеет место даже тогда, когда супруг не соглашается со словами своего партнера. Обычная для них атмосфера - это совместная работа над решением общей проблемы. Валидаторы дела­ют больший акцент на «мы», чем на индивидуальные цели.

389

Они разделяют физическое и психологическое простран­ство, равно как и свои ежедневные обязанности. Работа Готтмана разрушает миф о том, что стабильные браки мо­гут быть только у «валидаторов». Он показал, что пере­менчивые и неконтактные браки так же стабильны, если супругам удается удерживать соотношение 5:1 (пропор­ция позитива и негатива). Этой информацией полезно по­делиться с супружеской парой с последующим обсуждени­ем реальной ситуации в их семье. Необходимо побуждать пару к действиям, направленным на достижение «магиче­ского соотношения». J. Gottman (1994) для улучшения бра­ка рекомендует использовать четыре важных стратегии. Кратко они могут быть представлены следующим образом:

1. *Успокоиться -* это означает, что проблема не бу­дет решена эффективно, когда человек расстроен.

2. *Говорить не прибегая к защитам.* Защитный стиль проявляется тем, что человек высказывает беско­нечные претензии, цепляется к другому, злится на него и т. д.).

3. *Подтверждать ценность своего супруга,* т. е. гово­рить, слушать и показывать партнеру, что вы пони­маете его слова. Акцент делается на том, как чело­век реагирует на эмоциональное состояние своего  
партнера. Это может выражаться в извинениях, комплиментах, признании его чувств и принятии на себя ответственности за то, что другого человека что-то беспокоит или расстраивает.

4. *Постоянное обучение -* эта стратегия включа­ет в себя регулярную работу по улучшению брака и попытки найти новые способы коммуникаций и оптимального взаимодействия, когда после каж­дой конфликтной ситуации партнеры стараются не прибегать к защитам и подтверждать ценность друг друга.

Одна из самых серьезных причин, связанных с ком­муникативными проблемами а браке, состоит в том, что в настоящее время пары имеют слишком мало времени для общения, хотя у них возникает множество важных и ин­тимных вопросов, требующих совместного обсуждения. На сегодняшний день к наиболее интимным и эмоциональ­но связывающим типам бесед, происходящих с любой ча-

390

стотой, относят *дебрифинг.* В ходе такой беседы каждый партнер рассказывает о том, что произошло за день. Было установлено, что партнеры, которые имели обыкновение вести друг с другом подобные беседы, имели более высо­кую удовлетворенность браком (Vangelisti, Banski, 1993). Поэтому одним из эффективных приемов изменения ха­рактера общения между супругами является предложение выделить время на то, чтобы вспомнить и обсудить друг с другом испытания, неудачи и радости, которые были в те­чение дня. Проведение дебрифингов является одним из самых простых путей для того, чтобы супруги могли каж­дый день подтверждать друг другу, что они обеспокоены и заинтересованы тем, что происходит в жизни каждого из них. Общение в подобной форме служит прекрасным пе­реходом от роли работника и коллеги к роли любовника и друга. Продолжительность дебрифинга в зависимости от ситуации может варьировать от 1-2 минут до часа и более, но чаще такой разговор занимает от 15 до 30 минут.

Для повышения удовлетворенности браком широко при­меняют специальный поведенческий прием - *двойственный договор.* Договор представляет собой письменное соглашение между супругами, направленное на подкрепление положи­тельного поведения. Основной упор в этом соглашении де­лается на укрепление положительного поведения (практике позитивных обменов), а не на устранение отрицательного. Такая расстановка акцентов связана с тем, что трудно заме­тить и подкрепить отсутствие каких-то поступков. На прин­ципе взаимных договорных обязательств основан целый ряд бихевиоральных техник супружеской терапии. Если супруги погрязли в рутине семейных отношений, мало и неэффектив­но взаимодействуют друг с другом, мы используем один из вариантов «двойственного договора» - технику *тройного увеличения* (A. A. Lasarus, 2000). Каждого из супругов просят составить список из трех видов поведения, которые он или она хотели бы, чтобы их партнер делал чаще. При этом им объясняют, что просьба изменений в позитивных терминах (увеличения, а не снижения) - более конструктивна. Вместо фразы: «Я бы хотел, чтобы ты прекратила грызть свои ногти, потому что твои руки выглядят просто отвратительно», луч­ше сказать: «Я бы очень хотел, чтобы ты отрастила ногти, так твои руки будут выглядеть более красивыми».

391

Составляя свои списки, большинство людей выражает свои пожелания слишком обобщенно. «Я бы хотела, чтобы он стал внимательнее и заботливее». Супругам предлага­ют заменять такие неопределенные предложения на более конкретные. Затем обсуждается каждый пункт, чтобы вы­яснить насколько он приемлем для другого партнера. Если нет - пункт изменяется. Когда супруги соглашаются с обо­снованностью каждой просьбы, фокус перемещается на их практическую реализацию. Уточняется как часто готовы он и она идти навстречу пожеланиям друг друга. После завер­шения переговоров каждый из партнеров расписывается в своем листе обещаний, обязуясь скрупулезно выполнять пункты договора. Основное достоинство этого метода со­стоит в том, что он учит шести важным видам поведения, которые входят в супружеский сценарий, повышая общий уровень удовлетворенности браком.

Лучшему пониманию потребностей и желаний друг друга в супружестве способствует техника *прояснения вза­имных ожиданий,* также построенная на бихевиоральных принципах «двойственного договора» (S. Wolen, R. DiGusepp, R. Wessler, 1997). Супругам предлагают подумать о том, ка­ких изменений в отношениях они бы хотели, а затем соста­вить собственные списки ожиданий и предложений. Каждый из них делит лист бумаги на две части: справа указываются свои ожидания от партнера, а слева - то, что ему можно предложить взамен. В ходе выполнения этой техники врач выступает как регулятор ситуации. Иногда, перебивая парт­неров, он может вскрывать их манипуляции, стимулируя пару к ясному и прямому изложению взаимных ожиданий. Достигнутая договоренность фиксируется на бумаге, при­чем вначале каждый из супругов пишет свой текст, а затем они обмениваются этими проектами «супружеского согла­шения». После обсуждения и уточнения некоторых пунктов взятых на себя обязательств супруги составляют совместное соглашение, которое остается у врача. Если заключенный контракт выполняется, у супругов, измотанных взаимными упреками и обидами, появляется реальный шанс изменить свое поведение, начать делать пусть маленькие, но конкрет­ные шаги навстречу друг другу. Если обязательства не вы­полняются, это подлежит совместному обсуждению с парой во время очередной психотерапевтической сессии. Врач вы-

392

ясняет возможные причины несоблюдения контракта, в него вносятся уточнения, после чего супругам предлагают прий­ти к новому, более конструктивному соглашению.

В случае выраженного сопротивления изменениям в семейной системе нами используются парадоксальные ин­тервенции (G. Weeks, L. L'Abate, 1986). Применяя страте­гии, базирующиеся на сопротивлении, врач предполагает что пациент и его супруга взбунтуются против парадок­сальной директивы. Специалист, желая чтобы задание не было выполнено, сообщает о неизбежности возникновения проблемной ситуации, тем самым побуждая пару оказать врачу противодействие, что и помогает предотвратить не­желательное событие. Например, супруги, которые часто ссорятся, получают указание делать это еще чаще. Им пред­лагают следующее обоснование: 1) даже если они очень по­стараются, то все равно не смогут избежать ссор; 2) они слишком любят ссориться, чтобы отказаться от этого; 3) они признанные мастера в искусстве ссор и не должны «зарывать» свой талант; 4) ссоры являются для них вы­ражением любви, окрашенной в садомазохистские тона и т. д. Следует выбрать такое обоснование, которое просто невозможно принять, что служит для пациентов мотива­цией к протесту и фактическому отказу от дезадаптивных форм поведения. Другая стратегия этого типа - рекомен­дация очень медленного темпа изменений в супружеских отношениях. Например, когда врач информирует партне­ров о том, что они пока еще не готовы полностью отказать­ся от ссор и поэтому в течение будущей недели им следует «организовать» по крайней мере, три ссоры. Общая цель интервенций, базирующихся на сопротивлении, - спрово­цировать пациента и его супругу на борьбу с врачом, а не друг с другом, что само по себе сплачивает их и влечет за собой позитивные перемены во взаимоотношениях.

В супружеской терапии также могут использоваться процедуры когнитивной терапии. А. Бек перечисляет девять стадий процесса консультирования супружеской пары; не­которые из них могут проходить параллельно (Беек, 1989).

1. Идентифицировать негативные эмоциональные ре­акции, определить ситуации, вызывающие их, и по­дойти к признанию того, что автоматические мысли связывают эмоции с ситуацией.

 393

2. Представить себе сцену, в которой данные реакции имеют место, идентифицировать автоматические мысли и записать их.

3. Практиковать идентификацию автоматических мыслей, например, таких как: «Ему на меня напле­вать», «Я ничего не могу сделать по-человечески» или «Она постоянно предъявляет ко мне претен­зии».

4. Воскресить в своем воображении неприятное со­бытие и идентифицировать свою автоматическую мысль.

5. Спросить себя, насколько оправданной является данная мысль, есть ли подтверждающие её факти­ческие свидетельства, существуют ли факты, сви­детельствующие об обратном, и возможны ли аль­терна-тивные объяснения произошедшего.

6. Поискать рациональное объяснение имевшего ме­сто поведения, которым можно заменить автома­тическое объяснение. Так, например, «Ему на меня наплевать» может превратиться в иное: «Он не об­ращает на меня особого внимания, когда ему нуж­но отдохнуть, но в другое время он проявляет обо мне заботу».

7. Проверить данное объяснение. Например, муж считает, что жена к нему безразлична, потому что она его больше не любит. На рациональном уровне он может спросить себя (стадия 6): «А не вызва­на ли ее реакция тем, что я недостаточно внима­телен к ней; возможно, она не видит проявления достаточного интереса к ней с моей стороны».

Он может проверить это предположение, поинте­ресовавшись у жены, что ее волнует, и предложив ей свое участие.

8. Реструктурировать ситуацию: реинтерпретировать как положительную характеристику то, что вос­принималось в негативном свете. Например, то, что жена воспринимала как критику со стороны мужа,  
может быть реинтерпретировано как конструктив­ные предложения.

9. Пытаться классифицировать свои искажения на по­ляризацию (все или ничего), сверхобобщения (вы-

394

воды на основании лишь отдельных наблюдений), туннельное видение (выхватывание отдельных де­талей из многопланового события), персонализацию (тенденция считать себя причиной негативно­го поведения, я то время как за него ответственны другие факторы), навешивание негативных ярлы­ков (приписывание негативных характеристик че­ловеку, а не совершенному им действию). Такая классификация помогает человеку опознать свои неверные интерпретации и преувеличения, касаю­щиеся поведения супруга.

**5.8. Коррекция дисгармоничного сексуального**

**взаимодействия в паре**

Неадекватное сексуальное поведение одного или обоих партнеров может быть устранено путем повышения их ин­формированности о психофизиологических и технических нюансах сексуальных отношений. В необходимых случаях специалист должен разъяснить паре, что гармоничные ин­тимные отношения определяются умением понимать же­лания партнера и адекватно выражать собственные сексу­альные потребности в общении с ним. Гармония в половой жизни зависит от хорошей психологической совместимости и возникает при взаимной сексуальной адаптации партнеров, часто требующей обоюдной гибкости и своеобразной «при­тирки», ибо далеко не всегда то, что очень нравится одному, изначально вызывает такой же восторг у другого. Вместе с тем если пара стремится к взаимоудовлетворяющим сексу­альным отношениям, партнеры могут попеременно «соли­ровать»: быть то дающей, то принимающей ласки стороной. Кроме того, при регулярном позитивном подкреплении те эротические ласки или позиции коитуса, которые поначалу казались малопривлекательными, со временем нередко на­чинают вызывать все больший чувственный отклик. Таким образом, при наличии в паре взаимных претензий к техни­ческим нюансам половых контактов очень важно прояснить индивидуальные сексуальные предпочтения партнеров, об­судить с ними о бою до приемлемые варианты интимных от-

395

ношений и выработать наиболее подходящую в данном слу­чае модель сексуального взаимодействия.

Важную роль в повышении сексуальной адаптации пары играет *библиотерапия.* Партнерам предлагается спе­циально подобранная литература, откуда они могут по­черпнуть недостающие сведения, получить более полные и адекватные представления о человеческой сексуальности, найти для себя наиболее приемлемую модель поведения в ситуациях интимной близости. Следует подчеркнуть, что среди имеющихся в настоящее время на книжном рынке многочисленных популярных изданий, посвященных раз­личным аспектам сексуальных отношений, далеко не все формируют у читателя реалистичную картину половой жизни людей, навязывая подчас весьма субъективные и ис­каженные представления об оптимальном интимном взаи­модействии. Обычно мы рекомендуем пациентам следую­щие книги: К. Имелинский «Психогигиена половой жизни» (1972); М. Яффе, Э. Фенвик «Секс в жизни мужчины» и «Секс в жизни женщины» (1990); У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодны «Мастерс и Джонсон о любви и сексе» в двух частях (1991); А. Комфорт «Радости секса» (1992); С. Квиллиам «Секс в вашей жизни» (1998). Специальные *обучаю­щие видеофильмы* также позволяют супругам расширить репертуар интимного взаимодействия. В частности, паре можно порекомендовать совместный просмотр видеопро­граммы, разработанной сексологами X. Ликинс и М. Пэри «Секс - удовольствие на всю жизнь» в двух частях (1998). Данная программа предлагает ряд технических приемов и упражнений, которые способствуют повышению взаимной удовлетворенности партнеров половой близостью.

Совместное выполнение *сексотерапевтических упраж­нений* является важным фактором развития у пары способ­ности открыто говорить о своих сексуальных желаниях и реализовывать их в интимном контакте (J. Bancroft, 1985; K. Hawton, 1993). Для улучшения сексуальной адаптации супружеской пары применяются приемы поведенческой терапии, объединенные в единую программу, которая со­стоит из ряда последовательных ступеней (C. Kelly, 2000):

1. Научение тому, как при несексуальных прикоснове­ниях и массаже получать наслаждение от тела парт­нера и расслабляться.

396

2. Легкая генитальная стимуляция, которая должна быть для партнера приятной, но не вызывать у него сильного полового возбуждения и оргазма.

3. Обучение тому, как объяснить друг другу, какие формы стимуляции являются для каждого из парт­неров наиболее эффективными и выработка умения физически помогать при их осуществлении.

4. Использование специальных упражнений, на­правленных на устранение дисфункциональных привычек и выработку модели сексуального взаи­модействия, которая приятна обоим партнерам и удовлетворяет их.

Для осуществления первых трех из перечисленных выше задач паре рекомендуются различные виды упражне­ний, нацеленные на то, чтобы партнеры научились достав­лять друг Другу физическое удовольствие. Это - приемы *чувственного фокусирования,* которые позволяют парам выработать с помощью партнера и оценить ощущения, при­вносящие в интимные отношения чувство физического на­слаждения (H. S. Kaplan, 1987). Первая фаза чувственного фокусирования включает негенитальные прикосновения в виде массажа и поглаживаний, которые поочередно совер­шают партнеры. Иногда это дает возможность паре впервые по-настоящему насладиться физической близостью, не ис­пытывая напряжения, возникавшего ранее при сексуальных контактах. Во второй фазе допускается легкая генитальная стимуляция и ласки, не переходящие в прелюдию полово­го акта. Партнеры должны просто получать наслаждение, а в случае возникновения сексуального возбуждения дать ему возможность незаметно исчезнуть. Заключительная фаза обычно состоит из каких-то направляющих дейст­вий, при помощи которых один партнер показывает друго­му, какой вид стимуляции является для него оптимальным. Партнеры принимают обоюдоудобную позу, и один из них помещает свою руку поверх руки другого, мягко направляя ее во время генитальной стимуляции.

Длительность прохождения парами различных фаз чувственного фокусирования зависит от того, насколько успешно и быстро они продвигаются вперед. Следует своевременно выявлять потенциальные помехи или иные трудности в процессе терапии и стремится к тому, чтобы

397

на каждой ступени были достигнуты позитивные результа­ты прежде чем упражнения перейдут в следующую фазу. Важно, чтобы пара выработала модель позитивного сексу­ального опыта, преодолев неудачи, которые были вызваны непонимание» потребностей друг друга или половым рас­стройством. Поэтому на ранних этапах лечения пациен­там предлагается избегать коитуса или иных видов сексу­альных контактов, которые были отягощены проблемами. Постепенно, по мере того как будут вновь обретаться уве­ренность и способность расслабляться на каждой последо­вательной ступени, пара может снова начать практиковать половые сношения.

Основанный на предположении, что большинство ге­теросексуальных пар используют (и, вероятно, предпочи­тают) в ходе коитуса позицию, когда мужчина находится сверху, а женщина снизу, типовой сексотерапевтический подход рекомендует поэтапный переход к привычному варианту интимной близости. Вначале женщине предлага­ется занимать во время полового акта верхнее положение, что дает ей больше возможностей регулировать протекание коитуса, а мужчине позволяет легче расслабиться. Про­межуточным шагом, помогающим сформировать у мужчи­ны чувство уверенности при сношениях, является боковая позиция «лицом к лицу», которая обеспечивает партне­рам наибольшую физическую релаксацию. Никому из них не приходится выдерживать вес другого. Когда партне­ры лежат на боку, они оба принимают участие в контроле фрикционных движений, а их руки остаются свободными для взаимных прикосновений и ласк. Считается, что эта позиция доставляет многим парам такое наслаждение, что они начинают практиковать ее при половых актах чаще, чем позицию, когда мужчина находится сверху. Заключи­тельный терапевтический шаг, при условии, что он является для партнеров желанной целью, - достижение успеха в их привычной позиции, когда все сексуальные действия про­исходят так, как хочется им обоим, и партнеры испытыва­ют обоюдное удовольствие от полового акта.

В табл. 5.3 в систематизированном порядке (с учетом основных точек приложения) представлены психотера­певтические приемы и методы, используемыемые нами для коррекции сексуальных дисфункций у мужчин.

398

*Таблица 5.3*

Тактика психотерапевтической коррекции ключевых психологических факторов сексуальной дезадаптации мужчины

|  |  |
| --- | --- |
| Психологические факторы | Тактика психотерапевтического воздействия  и используемые методы психотерапии |
| **1** | **2** |
| Задержки психосексу­ального развития | 1. Формирование у пациента адекватных представлений о выборе сексуального парт­нера и гармоничных интимных отношениях.  2. Использование гипнотических техник для выработки новых установок и поведен­ческой роли с закреплением последней в воображении в ходе выполнения «домашних заданий».  3. Поэтапная практическая реализация модели интимного сближения с постоянной партнершей (от первого знакомства и пла­тонического ухаживания до эротических ласк, петтинга и коитуса) |
| Фобические факто­ры: тревожное ожи­дание сексуальной неудачи и конто фобия | 1. Нейтрализация негативного сексуального опыта мужчины с использованием техник НЛП (различные варианты интеграции яко­рей, БКД, взмах); ДПДГ; возрастная регрес­сия в гипнотическом трансе с последующей нейтрализацией травматического опыта.  2. Разрушение триггеров (мыслей, образов и ощущений), запускающих дисфункцио­нальные сексуальные реакции. С помощью «процедуры отслеживания» определяют последовательность включения различных модальностей триггеров, а затем воздействуют на них в том же порядке:  а) на мысли - «раскрутка негативных мыс­лей» или бихевиоральная техника «оста­новки мыслей», техника Сандерса;  б) на образы - взмах, сокращенная версия ДПДГ;  в) на ощущения - техника светового пото­ка, визуализация дискомфортных ощуще­ний в трансе с последующей трансформацией полученного пациентом образа. |

399

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **2** |
|  | 3. Устранение гиперконтроля коитуса и обучение пациента ассоциированному восприятию половой близости: тактика мнимого запрета; сексотерапия в виде 5 последовательных этапов (эротическое наслаждение без эрекции, эрекция без оргазма, экстравагинальный оргазм, интроитус без оргазма, коитус); техника «ассоциирование в переживание»; ЛД с визуализацией пациентом ситуации коитуса; гипнотические техники (погружение в ресурсное воспоминание, метафорические трансы с заданной фабулой, левитация руки); наркопсихотерапия с использованием закиси азота; мысленная тренировка по Лазарусу.  4. Активизация внутренних ресурсов пациента через обращение в гипнотическом трансе к позитивному опыту прошлого (как сексуальному, так и иному опыту, связанному с уверенностью и спокойствием) |
| Неадекватные убеждения и уста­новки в отношении половой жизни, дисфункциональные схемы мышления | Применяются техники когнитивной терапии: коррекция автоматических мыслей; обнару­жение и последовательная коррекция ког­нитивных ошибок, опровержение иррацио­нальных убеждений, эмпирическая провер­ка реалистичности.  Когнитивное переструктурирование с помо­щью ДПДГ.  Работа с неадекватными убеждениями в мо­дели НЛП.  Лингвистический рефрейминт (переопреде­ление). Смена ярлыка (релейбинг) |
| Интрапсихические конфликты, затраги­вающие сексуальную сферу | 1. Устранение внутренних противоречий, глубинных страхов перед проявлениями сексуальности и чувства вины: работа с полярными частями личности в эриксоновском гипно­зе; использование стратегий гипноанализа, а также приемов символдрамы (мотивы «луг», «куст розы»); техника 2-х стульев.  2. Работа с глубинной тревогой в экзистенциальной модели (исследование проблем конечности бытия, свободы, одиночества и бессмысленности существования) |

400

|  |  |
| --- | --- |
| Нарушения межлич­ностных отно-шений в паре | Используются техники семейной и супру­жеской терапии для решения следующих задач:  1) прояснение и видоизменение характера коммуникаций между супругами (техники «незаконченные предложения », «полноцен­ное слушание», «три положительных отве­та», «прояснение коммуникаций», «инсце­нировка»);  2) исследование и сопоставление взаимных ожиданий и разногласий в паре (техники «сравнение ценностей», «прояснение взаимных ожиданий», «конструктивный спор»;  3) сосредоточение супругов на наиболее значимых проблемах в отношениях и воз­можных путях их решения (техники «супружеская хореография», «вечеринка частей», «создание аналогичных ситуаций);  4) изменение стиля поведения, т. е. обучение партнеров более эффективному взаимодействию (дебрифинг, техники «тройного увеличения», «семи основных правил», «дни заботы», парадоксальные интервенции) |
| Дисгармоничное сексуальное взаимо­действие партнеров | Выяснение индивидуальных сексуальных предпочтений партнеров, совместное об­суждение, планирование и последующая реализация оптимальных для них вариантов сексуального взаимодействия. Библиоте­рапия и использование обучающих видео­фильмов. Сексотерапевтические приемы (по У. Мастерсу и В. Джонсон, X. Каплан), на­правленные на повышение физического удо­вольствия от сексуальных контактов |

В психотерапии сексуальных расстройств мы выделяем три уровня, на которых может осуществляться основная ра­бота. Первый уровень - феноменологический (симптома­тический), предполагающий целенаправленное устранение симптомов половой дисфункции. Используются прямые суггестии в гипнотическом трансе, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, Сексотерапевтические про­граммы и т. п. При отсутствии серьезных личностных и партнерских проблем психотерапия на этом уровне может

401

быть вполне эффективной. Второй уровень - проблемообразующий. Работа на этом уровне требует выявления и коррекции психологических механизмов, лежащих в осно­ве дисфункциональных сексуальных реакций индивида. Все психотерапевтические интервенции на данном уровне осуществляются с учетом конкретной психологической проблематики пациента, непосредственным результатом которой и является возникновение и углубление первично-психогенных половых расстройств, присоединение нару­шений в сексуальной сфере к имеющимся психопатологи­ческим расстройствам либо невротическое реагирование с усилением симптомов сексуальных дисфункций у пациен­тов с органической патологией. Поэтому максимально индивидуализированное применение психотерапевтической стратегии, ориентированной на разрешение психологиче­ских проблем пациентов, не только создает условия для восстановления их сексуальной активности, но и оказыва­ет коррегирующее воздействие на имеющуюся психопато­логическую симптоматику. Третий уровень - сущностный (экзистенциальный), связанный с внутренним динамиче­ским конфликтом, порождаемым конфронтацией инди­вида с конечными данностями существования. В практике психотерапевта-сексолога необходимость в работе на этом уровне возникает не столь уж часто.

Как следует из вышеизложенного, психотерапевтическая работа врамках предложенной стратегии осуществляется преимущественно на «проблемообразующем» уровне, поэто­му данная модель является проблемно-ориентирован-ной. Вместе с тем в необходимых случаях она позволяет исполь­зовать симптоматические методы психотерапии, а также об­ращаться к некоторым экзистенциальным аспектам человече­ского бытия.

Итак, практическое использование разработанной нами стратегии интегративной психотерапии сексологиче­ских пациентов предполагает определение ключевых пси­хологических факторов сексуальной дезадаптации мужчи­ны с последующей их прицельной коррекцией при помощи наиболее адекватных для этого методов психотерапии. Так, если пациент страдает психогенно обусловленной эрекционной дисфункцией (F52.2), в основе которой лежат тревожное ожидание неудачи при коитусе, неадекватные

402

убеждения и установки, создающие у мужчины искажен­ные представления о нормальной половой жизни, а также нарушения взаимоотношений с партнершей, психотера­певтическая стратегия строится с учетом всех выявленных психологических механизмов полового расстройства. На первых индивидуальных сессиях могут применяться тех­ники когнитивной терапии для коррекции у пациента дис­функциональных схем мышления и когнитивных ошибок. Параллельно, для нейтрализации навязчивых воспомина­ний о предшествующих срывах и устранения страха перед новыми неудачами при половой близости, используется метод ДПДГ либо приемы из арсенала НЛП (трехместная ВКД с последующим выполнением техники взмаха). В даль­нейшем индивидуальные сессии с применением техник для последовательного разрущения триггеров, тормозящих генитальные реакции мужчины в ситуациях интимной бли­зости, чередуются с работой с парой, в ходе которой осу­ществляется супружеская психотерапия, направленная на повышение уровня коммуникации партнеров и улучшение взаимоотношений между ними.

При наличии органической, в частности сосудистой патологии, приводящей к нарушению гемодинамических механизмов эрекции, мужчина также может испытывать тревогу и неуверенность в своих силах, а супружеские от­ношения нередко все больше ухудшаются. В этом случае лечебные мероприятия, направленные на улучшение генитального кровотока (вазоактивные препараты общего и локального действия, процедуры ЛД), сочетаются с психо­терапией, которая фокусируется на тревожном ожидании сексуальной неудачи пациента и проблемах неадекватного супружеского взаимодействия.

Таким образом, разработанная нами интегративная модель психотерапевтической коррекции сексуальных дис­функций у мужчин исходит из прагматического эклектиз­ма, обращаясь для решения конкретных сексологических проблем к различным методам психотерапии, и использует многочисленные приемы и техники, объединенные общей идеей восстановления сексуальной активности пациентов и улучшения их качества жизни. Объем и последователь­ность психотерапевтического воздействия определяются строго индивидуально, а предложенные методики легко

403

могут быть дополнены другими, адекватными основной задаче психотерапии - прицельной коррекции всех вы­явленных у пациента психологических механизмов сек­суальной дисфункции. В силу полисиндромности и полиэтиоло-гичности большинства половых дисфункций у мужчин их лечение, как правило, является комплексным. При этом психотерапевтические мероприятия сочетаются с иными способами лечебного воздействия, в частности с фармакотерапией. Подчеркнем, что основные принципы и техники предложенной модели могут использоваться при психотерапевтической коррекции половых дисфункций у женщин, безусловно, с поправкой на особенности женской сексуальности.

404

**Заключение**

Помощь лицам, испытывающим серьезные проблемы и трудности в интимной жизни, представляет собой сложную и многоплановую задачу. Эффективное лечение сексуаль­ных дисфункций невозможно осуществить исключительно пошаговым, механистическим путем, следуя стандартным терапевтическим схемам и шаблонам. Методы лечебного воздействия, включая конкретные формы психотерапии, фармакотерапии и другие способы коррекции половых расстройств, должны подбираться и комбинироваться между собой на основе индивидуального подхода к каждо­му пациенту, обратившемуся за сексологической помощью. При определении лечебной тактики следует принимать во внимание личностные особенности пациентов, характер партнерских отношений или причины отсутствия таковых, выраженность нарушений половой сферы и степень уча­стия в их развитии как органической патологии, так и пси­хологических механизмов. По мнению R. Rosen и S. Leiblum (1995), терапия половых расстройств - «это своего рода искусство, которое требует как профессиональных навы­ков, так и творческого подхода».

Огромный диапазон индивидуальных различий в че­ловеческой сексуальности предполагает такое же много­образие возможных подходов к оказанию помощи людям, испытывающим затруднения в интимной жизни. В данной книге приведены лишь некоторые важные, на наш взгляд, стратегии оказания помощи пациентам сексологического профиля. Автор выражает надежду, что они окажутся по­лезными для практикующих специалистов-

405

**Приложение 1. Опросники**

**Сексуальная формула женская (СФЖ)**

Специальный вопросник, применяемый в практиче­ской работе врачей-сексологов для предварительной оцен­ки сексуальных проявлений женщины. Вопросник состоит из 8 основных разделов (обозначены римскими цифрами), 9 раздел указывает на длительность полового расстройст­ва. Ответы пациентки обозначаются цифрами от 0 до 4. По­сле прочтения вопросника женщина подчеркивает цифру, которая стоит против утверждения, наиболее отвечающего ее состоянию на момент обращения за помощью.

**I. Менструация:**

0 - кровянистых выделений из половых путей никогда не было;

1 - нерегулярные кровя­нистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые);

2 - менструации ста­ли нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет;

3 - менструации утрачивали свою регу­лярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических состояниях, в летний период или при смене места жительства;

4 - менструации всегда со­храняли свою периодичность, даже в самых неблагопри­ятных условиях.

**II. Отношение к половой активности:**

0 - половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль);

1 - половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, что заставляет искать предлог, чтобы от него уклониться;

2 - половой акт безразличен и участие в нем проходит без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы из­бежать конфликта);

3 - половой акт доставляет удоволь­ствие, но степень наслаждения находится в явной зави­симости от фазы менструального цикла;

4 - половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла.

406

**III. Выделение влагалищной слизи к началу полового акта:**

0 -никогда не было;

1 - происходит не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не происходит даже при  
длительных предварительных ласках;

2 - происходит со значительным постоянством (вне зависимости от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк;

3 - происходит во всех случаях при условии, что половой акт совершается по внут­реннему побуждению;

4 - происходит всегда и очень быст­ро, даже при самых поверхностных ласках (поверхностные беглые объятия и поцелуи), а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер.

**IV. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма):**

0 - никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма;

1 - испытывала оргазм только при сновидениях эротического содержания;

2 - испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные «игры», особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или при самораздражении;

3 - оргазм наступает примерно в 50 % всех половых актов;

4 - оргазм наступает более чем в 80 % всех половых актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте.

**V. Физическое самочувствие после половых актов;**

0 - боль или ощущение тяжести в половых органах;

1 - полное физическое безразличие;

2 - ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающее;

3 - ощущение разрядки полового возбуждения, насту­пающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк;

4 - удовлетворенность и приятная усталость.

**VI. Настроение после сношения:**

0 - отвращение или (и) чувство униженности;

1 - чувство избавления от досадной обязанности;

2 - чувство полного безразличия;

3 - удов­летворение от сознания выполненного долга (или удоволь­ствие от сознания доставленной мужчине радости);

4 - чув­ство благодарности мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения.

**VII. Уровень половой активности.** Половые акты осу­ществляются со следующей периодичностью:

0 - никогда

407

не было; 0,5 - с интервалами не менее года;

1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;

2 - несколько раз в ме­сяц, но не чаще раза в неделю;

3 - раза два или несколько чаще в неделю;

4 - ежесуточно один или несколько раз.

**VIII. Длительность сношения.** Семяизвержение у парт­нера наступает:

0 - еще до введения члена или в момент введения;

0 - не наступает ни при каких обстоятельствах; 0,5 - через несколько секунд после введения; 1 - не при каждом подовом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;

2 - примерно в пределах 15 - 20 движений;

3-4 - через 1-2 минуты или дольше (указать примерную длительность).

**IX. Длительность полового расстройства**:

0 - c начала половой жизни;

1 - более полугода;

2 - менее полугода;

3 - в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом;

4 - не знаю, что значит иметь за­труднения в половой жизни.

Показатель I отражает состояние гормонального фона женщины, индикатором которого является устойчивость менструального цикла. Показатель II указывает на отноше­ние к половой активности, которое определяется состояни­ем психической сферы и эндокринным статусом женщины. Показатель III отражает степень возбуждения на стадии предварительных ласк, свидетельствующую о готовности женщины к половому акту. Показатель IV - характеризует способность женщины к достижению оргазма. Показатели V и VI отражают соответственно физическую и психологи­ческую реакцию женщины после полового акта. Показатели VII и VIII указывают на косвенные предпосылки для нор­мальных сексуальных реакций женщины, которые в решаю­щей степени обеспечиваются партнером: соответственно уровень половой активности и продолжительность коитуса.

Цифры 0, 1, 2 в каждом показателе отражают различ­ные степени снижения половой функции пациентки, 3 - среднестатистическую норму, 4 - сильную половую кон­ституцию женщины.

При проведении анализа полученных данных цифры, соответствующие ответам обследуемой, записывают в виде числового ряда, разделенного наклонными линиями на 4 диады, отдельно проставляется показатель длительности полового расстройства (IX), а затем подсчитывается сум-

408

марный (прогностический) показатель. Полученная мула отражает состояние сексуальной сферы женщины, поскольку показатели СФЖ зависят от ее конституцион­ных особенностей, наличия или отсутствия половой дис­функции, характера взаимоотношений с партнером, его половой активности и длительности полового акта. Сред­нестатистический (нормативный) образец СФЖ прибли­жается к следующему: 3, 3/3, 3/3, 3/3, 3/3 = 6 / 6 / 6 / 6 / 3 = 27. Реальные показатели могут отличаться как в большую, так и в меньшую стороны, что имеет диагностическое значение при сексологическом обследовании. Клиническая оценка СФЖ важна для экспресс-диагностики сексуальных дис­функций и сравнительного анализа результатов, достигну­тых в ходе сексологического лечения.

**Сексуальная формула мужская (СФМ)**

Специальный вопросник, применяемый в сексологиче­ской практике для предварительной оценки состояния по­ловой сферы мужчины. Вопросник состоит из 10 разделов (обозначены римскими цифрами), в каждом из разделов ответы пациента обозначаются цифрами от 0 до 4. Пациен­ту до начала обследования предлагается заполнить вопрос­ник, подчеркнув в каждом разделе то утверждение, которое в наибольшей степени соответствует его состоянию на мо­мент обращения к врачу. Использование вопросника СФМ позволяет сексологу получить важную предварительную информацию о половой функции мужчины.

**I. Потребность в половых сношениях.** Как часто воз­никает настоятельное желание иметь половой акт (вне за­висимости от напряжения полового члена):

0 - вообще никогда или не чаще раза в год;

1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц;

2 - 2-4 раза в месяц;

3 - раза два или несколько чаще в неделю;

4 - ежесуточно один или несколько раз.

(При заполнении этого раздела муж­чины часто неправильно отождествляют желание половой близости с наличием эрекции, достаточной для проведения коитуса. Однако при ряде эректильных дисфункций жела­ние иметь половой акт возникает довольно часто, но его реализация затруднена из-за слабой эрекции.)

409

**II. Настроение перед сношением:**

0 - сильный страх неудачи, поэтому попыток никогда не предпринимал;

1 - выраженная неуверенность, заставляющая искать предлог, чтобы уклониться от попытки;

2 - некоторая неуверен­ность, но от попытки не уклоняюсь (или провожу коитус в угоду партнерше без внутреннего побуждения; или прово­жу сношение, чтобы испытать себя);

3 - главным образом желание наслаждения, овладения женщиной, к сношению приступаю без опасений;

4 - всегда только жажда наслаж­дения женщиной, никогда не испытываю ни малейших со­мнений.

**III. Половая предприимчивость.** Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению поло­вого акта:

0 - вообще не провожу или провожу с интер­валом не менее года;

1 - несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;

2 - несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;

3 - 2-3 раза (или несколько чаще) в неделю;

4 - ежесуточно один или несколько раз. (В этом разделе при заполнении вопросника довольно частая ошибка - указа­ние количества удавшихся половых актов, хотя речь идет о сексуальных действиях, направленных на осуществление полового сношения, то есть попытках вступить в интимную близость, которые могут и не совпадать с числом успешно завершенных половых актов. Таким образом, в этом раз­деле учитывается общее количество попыток совершить коитус [как удачных, так и неудачных].)

IV. Частота осуществления полового акта. Мне удается провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноцен­ное по форме, то есть кратковременное или при неполном напряжении полового члена): 0 - вообще никогда не уда­валось; 1 - очень редко; 2 - в большинстве случаев; 3 - в обычных условиях - всегда; 4 - в любых условиях и все­гда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют.

**V. Напряжение полового члена (эрекция):**

0 - эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;

1 - вне обста­новки полового акта эрекция достаточная, однако к момен­  
ту сношения ослабевает и введение члена не удается;

2 - приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизверже­ния);

3 - эрекция неполная, но введение удается без труда;

411

4 - эрекция наступает в любых условиях, даже самых не­благоприятных.

**VI. Длительность сношения.** Семяизвержение наступает: 0 - не наступает ни при каких обстоятельствах; 0,5 - насту­пает не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер; 1 - еще до введения члена или в момент введения; 2 - через несколько секунд после вве­дения; 2,5 - примерно в пределах 15-20 движений; 3-4 - через 1-2 минуты или дольше (указать примерную длительность).

**VII. Частота половых отправлений.** Семяизвержение про­исходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем: 0 - вообще не происходит или происходит не чаще раза в год; 1 - несколько раз в год, но не чаще раза в месяц; 2 - несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю; 3 - 2 раза или несколько чаще в неделю; 4 - ежесуточно один или несколько раз. (При заполнении этого раздела паци­енты иногда указывают только семяизвержения при половых сношениях. Здесь, однако, следует отметить все эякуляции, происходящие у мужчин при мастурбаторных актах, ночных поллюциях, половых актах, так как именно общая частота по­ловых отправлений [количество семяизвержений] является важным объективным показателем мужской сексуальности.)

**VIII. Настроение после сношения (или неудавшейся попытки):** 0 - крайняя подавленность, ощущение катаст­рофы (либо отвращение к партнерше); 1 - разочарование, досада; 2 - безразличие (или некоторый осадок от созна­ния, что женщина чувствует себя неудовлетворенной); 3 - удовлетворенность и приятная усталость; 4 - полная удов­летворенность, душевный подъем.

**IX. Оценка успешности половой жизни:** 0 - женщина не хочет иметь со мной близость; 1 - женщина высказы­вает упреки; 2 - половая жизнь происходит с переменным успехом; 3 - половая жизнь происходит в общем успешно; 4 - способен в любых условиях удовлетворить женщину.

**X. Длительность полового расстройства:** 0 - с начала половой жизни; 1 - более полугода; 2 - менее полугода; 3 - в настоящее время нет никаких расстройств, но они случа­лись в прошлом (в особенности в начале половой жизни); 4 - не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

Если какие-то индивидуальные проявления сексуаль­ности мужчины варьируют очень широко (например, про-

411

должительность половых актов), то ему предлагается са­мому обозначить крайние пределы колебаний. В каждом из разделов вопросника СФМ стандартные ответы нумеру­ются цифрами от 0 до 4. Цифры 0, 1, 2 в каждом из десяти показателей отражают различную степень снижения поло­вых функций, 3 - среднестатистическую норму для муж­чины средних лет, 4 - сильную половую конституцию либо период юношеской гиперсексуальности.

Структурные показатели отражают: I - состояние предварительной готовности, связанной с нейроэндокринным обеспечением либидо; II - состояние психической сфе­ры, выражающееся в настроении перед коитусом; III - сек­суальную активность. Показатели IV, V и VI - отражают объективные параметры реализации половой активности: со­ответственно частота коитусов, качество эрекции и длитель­ность сношения. Показатель VII объективно характеризует сексуальные возможности мужчины (частота эякуляций). Показатели VIII и IX отражают субъективную оценку поло­вого акта мужчиной и его партнершей.

При анализе СФМ учитывается каждый из полученных ответов, затем их цифровые выражения объединяются в 3 триады, которые суммируются с показателем X (длитель­ность полового расстройства), после чего подсчитывается общий (прогностический) показатель. Так, в случае среднестатистичеслой нормы СФМ выглядит так: 3, 3, 3 / 3, 3, 3 / 3, 3, 3 / 3 = 9 / 9 / 9 / 3 = 30. У пациентов с сексуальной патологи­ей и при мнимых половых расстройствах показатели СФМ отличаются от среднестатистических в меньшую сторону, а у молодого мужчины, например, в медовый месяц, как правило, их превышают. Числовой ряд СФМ имеет свои особенности, при различных половых нарушениях у муж­чин, которые рассматриваются в руководствах по сексопа­тологии.

**Опросник сексуальной удовлетворенности ( по Берг-Кросс, с изменениями и дополнениями)**

Каждый из супругов должен ответить на вопросы, далее следует совместное обсуждение.

412

1. Удовлетворены ли вы частотой свих сексуальных отношений?

2. Удовлетворены ли вы продолжительностью пред­шествующих половому акту прелюдий (предвари­тельных ласк)?

3. Удовлетворяют ли вас эти прелюдии?

4. Удовлетворены ли вы различными типами поведе­ния (собственного и партнера) в ходе сексуального контакта?

5. Удовлетворены ли вы частотой и интенсивностью ваших оргазмов?

6. Удовлетворены ли вы длительностью полового акта?

7. Удовлетворены ли вы тем, что происходит после за­вершения полового акта?

8. Удовлетворены ли вы продолжительностью контак­та после сексуального акта?

9. Удовлетворяет ли вас то, насколько часто у вас возникает желание заниматься сексом?

10. Удовлетворяет ли вас то, насколько часто у вашего партнера возникает желание заниматься сексом?

11. Удовлетворяет ли вас то, насколько уверенно вы себя чувствуете в в сексуальной сфере?

12. Удовлетворяет ли вас то, насколько уверенно чув­ствует себя ваш партнер в сексуальной сфере?

13. Удовлетворяет ли вас то, насколько свободно вы чувст­вуете себя в сексуальных отношениях с партнером?

14. Удовлетворяет ли вас то, насколько свободно чувству­ет себя ваш партнер в сексуальных отношениях?

15. Удовлетворены ли вы степенью самораскрытия меж­ду вами и вашим супругом?

16. Удовлетворены ли вы тем, насколько ваш партнер способен понимать ваши сексуальные потребности и его готовностью удовлетворить их?

17. Удовлетворены ли вы тем, насколько ваш партнер готов чем-то пожертвовать в ваших отношениях?

18. Удовлетворяют ли вас проявления любви (несек­суального характера), которые имеют место между вами и вашим партнером?

19. Удовлетворяет ли вас то, насколько хорошо вы и ваш партнер функционируете как «пара» в различных си­туациях, с друзьями, родственниками, детьми?

413

20. Удовлетворяет ли вас та частота, с которой вы об­суждаете значимые вопросы (включая интимные) с вашим партнером?

21. Удовлетворяют ли вас те цели, которые вы поставили перед собой вместе со своим супругом?

Супруги должны обменяться друг с другом своими от­ветами. Прежде всего необходимо обсудить все области совместной неудовлетворенности. Затем можно перейти к рассмотрению моментов, вызывающих беспокойство у каждого из них по отдельности. Данный тест не предпо­лагает подсчета суммы баллов. Здесь не ставится задача выявлять пары с сексуальными дисфункцями. Тест направ­лен на то, чтобы люди могли проанализировать уровень удовлетворенности в различных областях их сексуальных отношений.

**Индекс сексуальной возбудимости (D. Hulbert, 1988)**

*Инструкции.* Воспользуйтесь следующей шкалой, чтобы оценить каждый вопрос:

Все время - 0

Большую часть времени - 1

Иногда - 2

Редко - 3

Никогда - 4

1. Во время прелюдии я быстро возбуждаюсь. (R)

2. Занятия сексом с моим партнером очень возбужда­ют меня. (R)

3. Когда я занимаюсь сексом со своим партнером, я ис­пытываю оргазм. (R)

4. У меня возникают трудности с сексуальным воз­буждением.

5. Во время полового акта я, кажется, теряю исходный уровень сексуального возбуждения.

6. Для того чтобы испытать сексуальное возбуждение, мне требуется слишком много времени.

7. Мне трудно сохранять сексуальное возбуждение.

8. Секс наводит на меня скуку.

414

9. Я быстро возбуждаюсь, когда мой партнер занимается со мной оральным сексом. (R)

10. Мысли о сексе действуют на меня возбуждающе. (R)

11. Я нахожу анальный секс очень приятным. (R)

12. Когда я занимаюсь сексом со своим партнером, меня легко возбудить прикосновениями. (R)

13. Я нахожу мастурбацию сексуально стимулирую­щей. (R)

14. Я очень быстро теряю сексуальное возбуждение.

15. Меня очень возбуждают поцелуи. (R)

16. Даже когда я нахожусь в соответствующем настрое­нии, у меня возникают трудности с сексуальным возбуждением. (R)

17. Меня возбуждают предварительные игры. (R)

18. Когда я занимаюсь сексом, требуется слишком мно­го времени чтобы меня возбудить.

19. Когда я доставляю удовольствие своему партнеру, меня это сексуально возбуждает. (R)

20. У меня возникают трудности с сохранением сексу­ального возбуждения.

21. Я нахожу сексуальные отношения очень возбуж­дающими. (R)

22. Я считаю, что к началу полового контакта мой уро­вень сексуального возбуждения низкий.

23. Даже когда я хочу заняться сексом, у меня возника­ют трудности с сексуальным возбуждением.

24. Когда я занимаюсь со своим партнером оральным сексом, при этом я возбуждаюсь. (R)

25. В общем, сексуальные отношения удовлетворяют меня. (R)

*Пункты, отмеченные злаком R, оцениваются противо­положно, то есть 0 считаетcя как 4;1 считается как 3;2 счи­тается как 2;3 считается как 1 и 4 считается как 0.* После того, как это действие выполнено, следует сложить все баллы, чтобы получился показатель сексуальной возбудимости. Низ­кий показатель (25 баллов и менее из 100 возможных) свиде­тельствует о наличии у индивида значительных затруднений в половом возбуждении, показатель 26 -50 баллов - о невысо­кой возбудимости, 51- 75 баллов - о средней, выше 75 баллов - о высокой сексуальной возбудимости. Тест используется в клинической практике свыше 15 лет. Он имеет коэффициент

415

валидности повторного тестирования (.87) свыше семи дней, а также альфа-коэффициент Кронбаха (.83), что указывает на хорошую внутреннюю последовательность.

Показатели шкалы отражают разную степень возбуди­мости у партнеров и могут использоваться для последующе­го обсуждения, как повысить сексуальное возбуждение од­ного или обоих партнеров до желаемого уровня.

**Методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б. Е. Алексеев, 2006)**

**Вариант методики для женского пола**

Дайте ответ на следующие утверждения: нет (1), да (2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | до 7 лет | 7-13 лет | 13- 18 лет | сейчас |
| Предпочитали общество девочек (женщин) |  |  |  |  |
| Предпочитали общество мальчиков (мужчин) |  |  |  |  |
| Общество девочек (женщин) было неинтересным |  |  |  |  |
| Играли в куклы, в «дочки-матери » и т. п. |  |  | - | - |
| Играли в машинки, в «войну» и т. п. |  |  | - | - |
| Оценивались как сорванец, а позже как человек решительный |  |  |  |  |
| Нравились подвижные игры, спортивные занятия |  |  |  |  |
| Нравилось шить, готовить |  |  |  |  |
| Были уверены в себе, могли защитить себя, вступались за товарищей (подруг) |  |  |  |  |

416

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| В поведении проявлялись повышенная чувствитель­ность и неуверенность в себе |  |  |  |  |
| Избегали пользоваться косметикой |  |  |  |  |
| Предпочитали одежду типа «унисекс» |  |  |  |  |

**Вариант методики для мужского пола**

Дайте ответ на следующие утверждения: нет (1), да (2)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | до 7 лет | 7- 13 лет | 13-18 лет | Сейчас |
| Предпочитали общество мальчиков (мужчин) |  |  |  |  |
| Предпочитали общество девочек (женщин) |  |  |  |  |
| Общество мальчиков (мужчин) было за­труд-нительным, неинтересным |  |  |  |  |
| Играли а куклы, в «дочки-матери» и т. п. |  |  | - | - |
| Играли в машинки, в «войну» и т. п. |  |  | - | - |
| Оценивались как мягкий, лас­ковый, привязанный к дому |  |  |  |  |
| Нравились подвижные игры, спортивные занятия |  |  |  |  |
| Нравилось шигь,  готовить |  |  |  |  |
| Испытывали неприя-тие мальчишеской воз-ни, драк; силовые решения проблем были чужды |  |  |  |  |
| В поведении проявлялись повышенная чувствительность и неуве-ренность в себе |  |  |  |  |

14 Медицинская сексология

417

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Случалось пользоваться косметикой |  |  |  |  |
| Доводилось надевать женскую одежду и  украшения |  |  |  |  |

Обследование по этой методике происходит в два этапа. На первом этапе она используется как опросник. Человек отвечает на поставленные вопросы по принципу «да» иди «нет». На втором этапе перечень тех же вопро­сов служит для структурированного интервью, в резуль­тате которого ранее полученные ответы уточняются и кодируются.

Оба варианта опросника состоят из 12 пунктов, каждый из которых предполагает четыре ответа по принципу да/нет, отражающих четыре возрастных пе­риода (до 7 лет, от 7 лет до 12-13 лет, от 13 до 18 лет и «сейчас»). Исключение составляют пункты, касающие­ся предпочитаемых игрушек и игр, - они оценивались в первых двух возрастных периодах. Показатели для возрастного периода до 7 лет являются одновременно маркерами маскулинного-фемининного (М - Ф) измере­ния. Для квантифицированной оценки поведения харак­теристикам, отражающим поведение, более свойствен­ное противоположному полу, приписывается 2 балла, а характеристикам, подтверждающим поведение своего пола - 1 балл.

Сумма баллов по каждому возрастному периоду позволяет оценивать выраженность кроссполового по­ведения. Сопоставление уровня кроссполового поведе­ния по возрастным периодам дает возможность изучать возрастную динамику данного поведения. С этой целью введен *индекс кроссполового поведения (ИКП),* кото­рый равен частному, где делимое равно разности шкаль­ной оценки и минимально возможной суммы баллов по шкале, а делитель - размаху шкалы (разность между максимальным и минимальным значением шкалы, равная *двенадцати* для первых двух возрастных периодов и рав­ная *десяти* для двух вторых). Значение индекса кросспо-

418

лового поведения лежит в пределах от 0 до 1. Таким об­разом, обработка данных структурированного интервью, характеризующего М-Ф измерение и полоролевое пове­дение, предполагает получение четырех оценок индекса кросс-полового поведения соответственно возрастным периодам: до 7 лет; от 8 до 12-13 лет; от 13 лет до 18 лет; «сейчас».

**Ключ к методике**

*Вариант методики для женского пола*

Ответы, соответствующие фемининному поведению: 1 - да; 2 - нет; 3 - нет; 4 - да; 5 - нет; 6 - нет; 7 - нет; 8 - да; 9 - нет; 10 - да; 11 - нет; 12 - нет.

Ответы, соответствующие маскулинному поведению: 1 - нет; 2 - да; 3 - да; 4 - нет; 5 - да; 6 - да; 7 - да; 8 - нет; 9 - да; 10 - нет; 11 - да; 12 - да.

*Вариант методики для мужского пола*

Ответы, соответствующие маскулинному поведению: 1 - да; 2 - нет; 3 - нет; 4 - нет; 5 - да; 6 - нет; 7 - да; 8 - нет; 9 - нет; 10 - нет; 11 - нет; 12 - нет.

Ответы, соответствующие фемининному поведению: 1 - нет; 2 - да; 3 - да; 4 - да; 5 - нет; 6 - да; 7 - нет; 8 - да; 9 - да; 10 - да; 11 - да; 12 - да.

Методика валидизирована и может использоваться в практической деятельности врача и психолога при ре­шении широкого круга задач, начиная с анализа генеза психосоматических расстройств, сексуальных дисфунк­ций, семейных дисгармоний, проблем адаптации в ши­роком плане, в том числе при различных заболеваниях, а также в научных исследованиях для диагностики кроссполовой акцентуации М-Ф измерения и полоролевого поведения у мужчин и женщин.

419

**Опросник супружеской удовлетворенности**

**(А. Лазарус, 1997)**

Имя:

Дата:

*Инструкция*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* | *9* | *10* |
| Неприятно | | | Отчасти приятно | | | | Очень приятно | | |

В первой графе после каждого пункта, пожалуйста, поставьте цифру, которая наиболее точно и правдиво от­ражает Ваши нынешние чувства относительно брака / отно­шений или супруга / партнера. В следующей графе укажите, как, по вашему мнению, ваш супруг (а) / партнер ответит на этот пункт, если бы он / она заполнял (а) этот опросник. Ра­ботайте как можно быстрее, попытайтесь не тратить слиш­ком много времени на каждый пункт.

Я: Он (Она)

1. Доволен тем, сколько мы разговариваем друг с дру­гом.

2. Доволен качеством нашего общения (например, оно приятно и конструктивно, а не безразлично или враждебно и т. д.).

3. Удовлетворен нашими сексуальными отношениями.

4. Удовлетворен тем, как мы тратим деньги и вообще обращаемся с деньгами.

5. Удовлетворен количеством времени, которое мы проводим вместе.

6. Счастлив нашей общественной жизнью и общими друзьями.

7. Удовлетворен тем, каким родителем является мой партнер (если у Вас нет детей, оцените свой уровень удовлетворения по поводу этого факта).

420

8. Полагаю, что мой супруг/партнер в «моей команде».

9. Удовлетворен тем, как мы проводим свободное вре­мя вместе (например, склонности, спорт, загород­ные прогулки и т. д.).

10. В основном я согласен со взглядами моего супруга/ партнера на жизнь (например, ценности, религия, убеждения и т. д.).

11. Доволен степенью теплоты, которую даю и получаю.

12. Могу доверять тому, что говорит и делает мой суп­руг/партнер.

13. Доволен тем, сколько мой партнер курит, пьет и другими его/ее привычками.

14. Удовлетворен моими отношениями с членами семьи моего супруга/партнера (например, его или ее родителями, братьями, сестрами).

15. Доволен тем, как мой супруг/партнер общается с членами моей семьи (то есть с моими родителями, братьями, сестрами и т. д.).

16. Доволен внешностью своего партнера.

**Интерпретация**

Общий балл имеет меньшее значение, чем баллы по от­дельным пунктам. Так как общее количество оценок колеб­лется от 16 до 160, то показатель ниже 80 свидетельствует о значительной неудовлетворенности супружескими отно­шениями. Тем не менее наиболее продуктивным является обсуждение отдельных баллов, уточнение, почему опреде­ленные пункты оценены на 9 или 10 баллов, тогда как другие оценены только на 3 или 4. Также имеет смысл проанализи­ровать различия в оценках, поставленных за партнера.

**Опросник навыков общения (L. Navran, 1967)**

*Инструкции:* ниже перечислены навыки общения. Оцените каждый из этих навыков и определите, насколько они характерны для ваших отношений. Отметьте пять на­выков, которые вы хотели бы усовершенствовать в течение

421

нескольких следующих месяцев. Обсудите с супругом, как можно усовершенствовать эти навыки.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* |
| *Никогда* | *Редко* | *Иногда* | *Часто* | *Очень часто* |

1. Как часто вы обсуждаете со своим супругом прият­ные события, произошедшие за день?

2. Как часто вы обсуждаете со своим супругом непри­ятные события, произошедшие за день?

3. Обсуждаете ли вы со своим супругом вопросы, по ко­торым у вас возникают разногласия или трудности?

4. Обсуждаете ли вы со своим супругом вопросы, ин­тересующие вас обоих?

5. Принимает ли ваш супруг во внимание ваше состоя­ние в данный момент, а именно: что он говорит и как это говорится?

6. Когда вы начинаете задавать вопрос, знает ли ваш супруг о том, что вы хотите спросить?

7. Узнаете ли вы о том, что чувствует ваш супруг, по выражению его лица и жестам?

8. Избегаете ли вы в разговоре с супругом обсуждения определенных вопросов?

9. Объясняет ли ваш супруг или выражает свои чувст­ва взглядом или жестами?

10. Обсуждаете ли вы со своим супругом какие-то мо­менты, прежде чем принять важное решение?

11. Может ли ваш супруг сказать, насколько удался у вас день, не спрашивая об этом?

12. Ваш супруг хочет посетить близких друзей или род­ственников, но вам не очень нравится находиться в их обществе. Скажете ли ему (ей) об этом?

13.Обсуждает ли с вами ваш супруг вопросы, относя­щиеся к сексуальной сфере?

14. Используете ли вы со свои супругом слова, имеющие специальное значение, не совсем понятное другим?

15. Как часто ваш супруг бывает в дурном настроении или «дуется»?

16. Можете ли вы со своим супругом обсуждать свои самые сокровенные мысли, не теряя при этом само­ обладания или не испытывая смущения?

422

17. Предпочитаете ли вы не рассказывать своему супругу то, что может представить вас в невыгодном свете?

18. Вы и ваш супруг отправляетесь в гости к друзьям. Друзья говорят нечто такое, что заставляет вас пере­глянуться друг с другом. Вы поймете друг друга?

19. Как часто тон голоса вашего супруга может сказать вам столько же, что и сама информация, которую он вам сообщает?

20. Как часто вы обсуждаете со своим супругом свои личные проблемы?

21. Чувствуете ли вы, что ваш супруг часто знает зара­нее то, что вы пытаетесь сказать?

22. Вы скорее будете обсуждать свои интимные вопро­сы со своим супругом, чем с кем-то другим?

23.Можете ли вы по выражению лица своего супруга сказать о том, что он чувствует?

24. Если вы со своим супругом отправляетесь к друзь­ям или родственникам и один из вас начинает что-то говорить, может ли другой вмешаться так, чтобы не возникло ощущения, что разговор прерван?

25. Обсуждаете ли вы совместно со своим супругом самые разные вопросы?

**Ключ к шкале опросника навыков общения**

1. По всем пунктам (за исключением 8, 15 и 17) следует подсчитать сумму баллов, отмеченных клиентом. На­ пример, цифра 5 (очень часто) соответствует 5 бал­лам и т. д.

2. По пунктам 8,15 и 17 подсчет баллов обратный. Здесь предлагается оценить негативное или неэффектив­ное поведение. Например, цифра 5 (очень часто) со­ответствует 1 баллу, который прибавляется к общему результату, а цифра 1 (никогда) - 5 баллам.

3. По пунктам 5, 6, 7, 9,11, 13,15, 21 и 24 баллы берут­ся из опросника супруга. Подобное смещение обу­словлено тем, что сюда включаются оценки супруга. В итоге учитываются собственные описания и оценки супруга. Таким образом, общая сумма баллов может быть точно подсчитана только тогда, когда оба су­пруга принимают участие в опросе.

423

4. Чтобы получить общую сумму баллов по невербаль­ной коммуникации, подсчитайте баллы по пунктам 6, 7, 9, 11, 15, 18 и 23. Путем вычитания этой суммы из общего результата можно получить отдельную сумму баллов по вербальной коммуникации.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нормативные  данные опроса | Общий  итог | Невербальная коммуникация | N |
| Мужья, которые счастливы в браке | Х= 105,1 | 29,3 | 24 |
| Жены, которые счастливы в браке | Х=105,4 | 28,9 | 24 |
| Мужья, имеющие нарушения | Х=81,6 | 23,2 | 24 |
| Жены, имеющие нарушения | Х=81,1 | 23,2 | 24 |

Опросник для исследования уровня социально-педагогической и сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары (Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, 1982)

1. *К супруге(у) я испытываю чувство:*

1. Неприязни.

2. Привычки и безразличия.

3 Любви и уважения.

2. *Черты характера супруга (и) соответствуют моим желаниям:*

1. Не соответствуют.

2. Частично.

3. Полностью.

424

3. *Наличие соответствия мировоззрении, убеждений, морально-эти-ческих и эстетических установок:*

1. Несоответствие.

2. Частичное.

3. Полное.

4. *Внешность супруга(и) соответствует моему идеалу:*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

5. *Что является ведущим в Вашей деятельности?*

1. Потребность свободного творчества.

2. Моральное удовлетворение работой.

3. Материально-бытовые потребности.

6. *В какой степени деятельность супруга(и) соот­ветствует Вашим желаниям?*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

7. *Цифрами от 1 до 5 укажите порядок, отражающий значимость указанных ниже факторов:*

1. Работа и вопросы, связанные с трудовой деятельностью.

2. Материально-бытовая обеспеченность жизни.

3. Культурные интересы.

4. Половая жизнь.

5. Хобби (индивидуальные увлечения).

8. *В какой степени указанные выше факторы в пред­ставлении Вашей супруги соответствуют Вашим собственным?*

1. Не соответствуют.

2. Частично.

3. Полностью.

9. *Интеллект супруга(и) соответствует Вашему:*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

425

10. *Имеется ли соответствие в характере проведения свободного времени у Вас и Вашей супруги(а)?*

1. Несоответствие.

2. Частично.

3. Полностью.

11. *Обозначьте знаком «+» или «-» соответствен­ное случаях положительного или отрицательного отношения к качествам. Вашего супруга(и) как:*

- отца (матери), семьянина (хозяйки);

- работника (работницы), гражданина (гражданки).

В случаях отрицательного отношения степень несоот­ветствия следует обозначить цифрой после знака «-», при частичном - 2, при полном несоответствии - 3.

12. *Соответствует ли материально-бытовое состоя­ние семьи Вашим запросам?*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

13. *Соответствует ли сексуальное поведение супруга(и) в непосредственной подготовке к половому акту тому, что Вы хотели бы?*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

14. *Соответствует ли сексуальное поведение супруга (и) во время полового сношения Вашим потреб­ностям (желаниям)?*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

15. *Соответствует ли сексуальное поведение супруга (и) непосредственно после сношения Вашим желаниям?*

1. Не соответствует.

2. Частично.

3. Полностью.

426

16. *Как влияет психологическая несовместимость (если таковая имеется) между Вами и супругом(ой) на по­ловую жизнь?*

1. Делает ее невозможной.

2. Частично.

3. Не влияет.

17. *Влияет ли сексуальное поведение Вашего супруга (и) на степень Вашей половой удовлетворенно­сти?*

1. Приводит к неудовлетворению.

2. Несколько снижает ее.

3. Не влияет.

При использовании данной методики обследуемо­му предлагается подчеркнуть один из трех приведенных в анкете вариантов ответа на 16 вопросов. Каждый из них предусматривает получение характеристики одной из сторон социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации или дезадаптации. Для более полной и точной характеристики значимости каждого из вошедших в опросник факторов они могут оцениваться по пятибалльной симметричной шкале от + 2 до -2 . Оценка «+2» означает весьма значимое положительное влияние фактора на психологическую адаптацию и сексуальную гармонию, «+1» - на небольшую положительную значи­мость данного фактора, «0» - отсутствие практической значимости фактора для психологической адаптации и сексуальной гармонии, «-1» - небольшую отрицательную значимость, «-2» - выраженное отрицательное влияние фактора на психологическую адаптацию и сексуальную гармонию. Анализ полученных данных дает возможность уточнить факторы, приведшие к развитию сексуальной дисгармонии супружеской пары, что является ценным подспорьем для выбора наиболее рациональных методов ее коррекции. Сопоставление данных, полученных у обо­их супругов, дает наглядное представление о наличии и выраженности несоответствий в характере и тенденциях супругов, которые приводят к развитию супружеской де­задаптации.

427

**Международный индекс эректильной дисфункции (МИЭФ) - International index of erectile function (IIEF) (R. C. Rosen et al., 1997)**

Выберете и отметьте только один вариант при ответе на каждый вопрос:

1. *В течение последних 4 недель, как часто Вы мог­ ли достигать эрекции при сексуальной активности?*

[0] Не было сексуальной активности.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем в половине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в по­ловине случаев).

[5] Почти всегда иди всегда.

2. *В течение последних 4 недель, когда Вы достигали эрекции при сексуальной стимуляции, как часто Ваша эрекция была достаточной для введения полового члена во влагалище?*

[0] Не было сексуальной активности.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем в половине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине случаев).

[5] Почти всегда или всегда.

3. *В течение последних 4 недель, когда Вы предприни­мали попытки проведения полового акта, как часто Вы были в состоянии ввести половой член (войти) во влагалище партнерши?*

[0] Не было попыток проведения полового акта.

[1] Почти никогда или никогда.

428

[2] Некоторое время (гораздо меньше, чем в поло­вине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине случаев).

[5] Почти всегда или всегда.

4. *В течение последних 4 недель, когда Вы предпри­нимали попытки проведения полового акта, как часто Вы были в состоянии сохранить эрекцию по­сле введения полового члена во влагалище партнер­ши?*

[0] Не было попыток проведения полового акта.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Некоторое время (гораздо меньше, чем в поло­вине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине случаев).

[5] Почти всегда или всегда.

5. *В течение последних 4 недель, когда Вы предпри­нимали попытки проведения полового акта, как трудно Вам было сохранить эрекцию до конца по­лового акта?*

[0] Не было попыток проведения полового акта.

[1] Исключительно трудно.

[2] Очень трудно.

[3] Трудно.

[4] Не очень трудно.

[5] Совсем не трудно.

6. В *течение последних 4 недель, сколько раз Вы предпринимали попытку проведения полового акта?*

[0] Не было попыток.

[1] Одну - две попытки.

[2] Три - четыре попытки.

[3] Пять-шесть попыток.

[4] Семь - десять попыток.

[5] Одиннадцать или более.

429

7. *В течение последних 4 недель, когда Вы предпри­нимали попытку проведения полового акта, как ча­сто Вы были удовлетворены?*

[0] Не было попыток проведения полового акта.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем половину).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине).

[5] Почти всегда или всегда.

8. *В течение последних 4 недель, насколько Вы были удовлетворены половым актом?*

[0] Не было попыток проведения полового акта.

[1] Не получил удовлетворения.

[2] Не очень большое удовлетворение,

[3] Достаточное удовлетворение.

[4] Большое удовлетворение.

[5] Очень сильное удовлетворение.

9. *В течение последних 4 недель, при проведении сексуальной стимуляции или половом акте, как ча­сто у Вас происходила эякуляция?*

[0] Не было попыток проведения сексуальной сти­муляции или полового акта.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем в половине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине).

[5] Почти всегда или всегда.

10. *В течение последних 4 недель, при проведении сексу­альной стимуляции или половом акте, как часто Вы испытывали оргазм (с или без эякуляции)?*

[0] Не было попыток проведения сексуальной сти­муляции или полового акта.

[1] Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем в половине случаев).

430

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине).

[5] Почти всегда или всегда.

11. *В течение последних 4 недель, как часто Вы ис­пытывали сексуальное желание?*

[1]Почти никогда или никогда.

[2] Несколько раз (гораздо меньше, чем в половине случаев).

[3] Иногда (около половины).

[4] В большинстве случаев (гораздо больше, чем в половине).

[5] Почти всегда или всегда.

12. *В течение последних 4 недель, какова Ваша оценка уровня Вашего сексуального желания?*

[1]Очень низкий или совсем отсутствует.

[2] Низкая.

[3] Средняя.

[4] Высокая.

[5] Очень высокая.

13. В *течение последних 4 недель, насколько Вы в це­лом удовлетворены сексуальной жизнью?*

[1] Очень неудовлетворен.

[2] Неудовлетворен.

[3] В равной степени удовлетворен и неудовлетво­рен.

[4] Достаточно удовлетворен,

[5] Полностью удовлетворен.

14. В *течение последних 4 недель, насколько Вы удовлетворены сексуальными отношения» с парт­нершей?*

[1] Очень неудовлетворен,

[2] Неудовлетворен.

[3] В равной степени удовлетворен и неудовлетво­рен.

[4] Достаточно удовлетворен.

[5] Полностью удовлетворен.

431

15. *В течение последних 4 недель, как Вы оцениваете свою уверенность в возможности достигать и со­хранять эрекцию?*

[1] Очень низко.

[2] Низко.

[3] Средне.

[4] Высоко.

[5] Очень высоко.

Оценка результатов анкетирования

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Домен | Эректильная дисфункция | Удовлетворенность половым актом | Оргазмическая функция | Либидо | Общая удовлетворенность |
| Вопросы | 1, 2, 3, 4, 5, 15 | 6,7,8 | 9,10 | 11,12 | 13, 14 |
| Сумма баллов | (1-30) | (0-15) | (0-10) | (2-10) | (2-10) |

Сумма баллов, полученных при ответе на 1 - 5 и 15 во­прос характеризует *эректильную функцию* мужчины, если она составляет менее 26 баллов, диагностируют ее дис­функцию.

T.F. Lue et al. (2004) разработали специальную анкету для оценки женской сексуальной функции (FSFI), пред­ставленную ниже.

**Индекс женской сексуальной функции**

**(ИЖСФ) - Female sexual function index (FSFI)**

Эти вопросы направлены на выявление особенностей Вашей сексуальности в течение предшествующих 4 недель.

Пожалуйста, ответьте на эти вопросы честно и ясно насколько возможно.

432

Ваши ответы будут сохраняться полностью конфиденциальными. В опроснике применяются следующие определения.

*Половая активность* может включать ласки, мастур­бацию и половой акт.

*Половой акт* определен как включающий проникно­вение полового члена во влагалище. Половое влечение (желание) или интерес - чувство, которое включает же­лание иметь половой опыт, чувство восприимчивости к сексуальному интересу со стороны партнера, к сексуаль­ным размышлениям или фантазиям.

*Половое возбуждение -* чувства или ощущения, кото­рые включают физические и психические аспекты поло­вого возбуждения. Оно может включать чувства теплоты или других ощущений в гениталиях (половых органах), появление выделений (смазки) и/или сокращения мышц промежности.

Половое возбуждение включает его достижение как в процессе общения в общении с партнером, так и в процес­се самоудовлетворения (мастурбации), и/или сексуаль­ных фантазий.

1. *Как часто Вы испытывали половое влечение или интерес 6 последние 4 недели?*

[5] Почти всегда или всегда.

[4] В большинстве случаев (больше, чем в полови­не случаев).

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[1] Почти никогда или никогда.

2. *Как Вы оценили бы ваш уровень (степень) полового влечения (желания) или интереса в последние 4 недели?*

[5] Очень высокий.

[4] Высокий.

[3] Умеренный.

[2] Низкий.

[1] Очень низкий или его не было.

433

3. *Как часто Вы чувствуете себя активно сексуально «включенными» в течение полового контакта или общения 6 последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Часто (больше, чем в половине случаев).

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[1] Почти никогда или никогда.

4. *Как бы Вы оценили уровень полового возбужде­ния в течение полового контакта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Очень высокий.

[4] Высокий.

[3] Умеренный.

[2] Низкий.

[1] Очень низкий или отсутствовал вообще.

5. *Пробуждалась ли Ваша сексуальность 6 течение полового контакта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Больше, чем в половине случаев.

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[1] Почти никогда или никогда.

6. *Как часто Вы были удовлетворены вашим возбуж­дением (волнением) в течение полового акта или общения в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Больше, чем в половине случаев.

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[1] Почти никогда или никогда.

434

7. *Как часто появлялось увлажнение половых органов (влагалища) в процессе полового акта, за последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было. Никаких поло­вых действий.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Больше, чем в половине случаев.

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[1] Почти никогда или никогда.

8. *Насколько трудным было достижение увлажнения половых органов (влагалища) в начале полового акта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[1] Чрезвычайно трудным или невозможным.

[2] Очень трудным.

[3] Трудным.

[4] Относительно трудным.

[5] Нетрудным.

9. *Как часто появлялась необходимость в поддержа­нии увлажнения половых органов (влагалища) до завершения полового акта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Больше, чем в половине случаев.

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем половине случаев).

[1] Почти никогда или никогда.

10. *Насколько трудно было сохранить увлажнение половых органов до завершения полового акта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[1] Чрезвычайно трудно или невозможно.

[2] Очень трудно.

[3] Трудно.

[4] Относительно трудно.

[5] Нетрудно.

435

11. *Как часто Вы достигали оргазма при половом возбуждении за последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Почти всегда или всегда.

[4] Больше, чем в половине случаев.

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[2] Несколько раз (меньше, чем в половине случаев).

[1] Почти никогда или никогда.

12. *Насколько трудным для Вас было достижение ор­газма при половом контакте прошлые 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[1] Чрезвычайно трудным или невозможным,

[2] Очень трудным.

[3] Трудным.

[4] Относительно трудным.

[5] Нетрудным.

13. *Насколько Вас удовлетворяли приемы и усилия, необходимые для достижения оргазма, за послед­ние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Очень удовлетворена.

[4] Удовлетворена.

[3] Относительно одинаково удовлетворена.

[2] Неудовлетворена.

[1] Очень неудовлетворена.

14. *Вы были удовлетворены эмоциональной близо­стью между Вами и вашим партнером в процессе полового акта в последние 4 недели?*

[0] Общения и контактов не было.

[5] Очень удовлетворена.

[4] Удовлетворена.

[3] Относительно удовлетворена.

[2] Неудовлетворена.

[1] Очень неудовлетворена.

15. *Удовлетворены ли Вы были сексуальными отношениями с вашим партнером в течение по­следних 4 недель?*

436

[5] Очень удовлетворена.

[4] Удовлетворена.

[3] Относительно удовлетворена.

[2] Неудовлетворена.

[1] Очень неудовлетворена.

16. *Насколько удовлетворены Вы были сексуальной жиз­нью в целом в течение прошедших 4 недель?*

[5] Очень удовлетворена.

[4] Удовлетворена.

[3] Относительно удовлетворена.

[2] Неудовлетворена.

[1] Совсем неудовлетворена.

17. *Как часто Вы испытывали дискомфорт или боль в процессе проникновения полового члена во влагали­ще за последние 4 недели?*

[0] Не было попыток общения.

[1] Почти всегда или всегда.

[2] Часто (больше, чем половине случаев).

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[4] Несколько раз (меньше, чем в половине слу­чаев).

[5] Почти никогда или никогда.

18. *Как часто Вы испытывали дискомфорт или боль в процессе и /или после полового акта за последние 4 недели?*

[0] Не было попыток общения.

[1] Почти всегда или всегда.

[2] Часто (больше, чем половине случаев).

[3] Иногда (приблизительно в половине случаев).

[4] Несколько раз (меньше, чем половине случаев).

[5] Почти никогда или никогда.

19. *Как бы Вы оценили величину (степень) дискомфор­та или боли в процессе и/или после полового акта за прошедшие 4 недели?*

[0] Не было попыток общения.

[1] Очень высокая.

[2] Высокая.

437

[3] Умеренная.

[4] Низкая.

[5] Очень низкая или вообще отсутствовала.

Спасибо за завершение этого анкетного опроса.

Индекс позволяет оценить состояние сексуальной функции женщин с учетом ее шести основных состав­ляющих: *половое влечение, чувствительность и возбуди­мость, любрикация (увлажнение влагалища), оргастиче-ность, удовлетворенность половой жизнью, коитальный и/или посткоиталъный дискомфорт/боль.* Количествен­ная оценка результатов теста не предусмотрена, оптималь­ным считается максимально позитивное количество баллов при ответе на каждый вопрос анкеты.

438

**Приложение 2. Клинические иллюстрации**

**Клиническое наблюдение № 2**

*Больной С., КСО-628С, 33 года, ИО-15*

*Экономист-менеджер*

*СФМ 3,2,2/1; 1; 2,5/1,1,1/1-7/4,5/3/1-15,5*

Предъявляет жалобы на слабость эрекции, малую про­должительность коитуса, раздражительность, беспокой­ство, пониженное настроение, рассеянность внимания, пе­риодические головные боли, временами плохой сон.

Впервые обратил внимание на ухудшение потенции примерно 7 месяцев назад. Незадолго до этого на работе возник трудовой конфликт, в результате которого пациент был обвинен в денежных махинациях. На протяжении не­скольких недель на предприятии шла финансовая провер­ка, выявившая перерасход средств, в связи с чем пациент подвергся серьезным штрафным санкциям. Был крайне удручен происходящим, но жене о своих проблемах почти ничего не сообщал. В указанный период дважды попытался вступить с ней в интимные отношения, но достаточной для коитуса эрекции не возникло даже после продолжительно­го периода ласк, включая прямую мануальную стимуляцию гениталий, проводимую супругой. Жена расценила это как свидетельство полного к ней равнодушия. Чтобы как-то реабилитироваться в ее глазах начал специально настраи­ваться на близость, но вопреки ожиданиям проигрывание сцен предстоящего полового акта лишь усиливало навяз­чивые мысли о возможном срыве и последующих упреках в сексуальной несостоятельности. Если половые акты и происходили, то при неполной эрекции или слишком бы­стро. Тревожные опасения новых неудач привели пациен­та к снижению сексуальной активности. На протяжении 4 месяцев пытался совершать половые акты с частотой примерно 1 раз в 7-10 дней. Более чем в половине случа-

439

ев попытки вообще не удавались из-за изначально слабой эрекции либо ее резкого ослабления при интроитусе. По­чувствовал, что отношение жены к нему изменилось: она стала вести себя подчеркнуто холодно и пренебрежитель­но, все чаще упрекала в половой слабости и неспособности удовлетворить ее. Тяжело переживал сексуальные неуда­чи, постоянно об этом думал. Примерно 2 месяца назад на­чали беспокоить сердцебиение, чувство нехватки воздуха, усилились раздражительность и внутреннее беспокойство, снизилось настроение, подолгу не мог уснуть, появились неприятные ощущения в промежности. Тогда же впервые обратился к сексопатологу, который расценил сексуальные нарушения пациента как проявления выраженного астено-невротического синдрома и обострения хронического про­статита. Прошел 10 сеансов ЛД и курс массажа простаты, получал мезапам, тентекс-форте, спеман-форте, абактал. В начале лечения наблюдалось кратковременное усиление эрекций и уменьшение числа неудачных попыток. Одна­ко уже через три недели еще на фоне проводимой терапии адекватные эрекции вновь ухудшились, что было расцене­но больным как свидетельство тяжести расстройства. Из-за постоянных навязчивых мыслей о неудачах при интим­ной близости и ухудшения общего состояния снизилась работоспособность. На протяжении последнего месяца, несмотря на наличие полового влечения, не предпринял ни одной попытки совершить коитус, поскольку был уверен, что ничего не получится. Появились мысли о разводе. Бу­дучи настроенный весьма пессимистично все же обратился за консультацией в Минский городской сексологический центр.

***Из анамнеза****.* Родился первым из 2-х детей в семье слу­жащих. Наследственность психопатологически не отягоще­на. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел в 8 лет. Окончил 10 классов, затем институт народного хозяйства. В 1991-1992 годах служил в армии. После демобилизации работал по специальности. Женат. Жена старше на 2 года, работает преподавателем ВУЗа. Имеет 2 детей. Из перене­сенных заболеваний отмечает пневмонию, бронхит, ангины. В 1993-1996 годах трижды амбулаторно лечился у уролога по поводу хронического простатита. При обострениях заболе­вания отмечал неприятные ощущения и боли в промежности,

440

яичках, некоторое укорочение продолжительности коитуса. Курит с 17 лет по 15-20 сигарет в день. Алкоголь употребля­ет 3 - 4 раза в месяц, преимущественно вина и пиво.

Либидо с 14 лет, с того же времени и ночные поллюции. Мастурбация с 14 до 16 лет: прекратил, поскольку родители напугали его неблагоприятными последствиями для здоро­вья. Поллюции происходили с частотой 3 - 4 раза в месяц. С 16 до 19 лет периодические сексуальные фрустрации. Половая жизнь с 19 лет, нерегулярная. До брака имел 4 сексуальных партнерш. Женат с 24 лет. Максимальный сексуальный экс­цесс - 3 (в медовый месяц). УФР с 29 лет. Установившаяся длительность половых актов составляла 2 - 4 минуты. Диа­пазон приемлемости достаточно широкий. Прелюдия всегда была короткой (до 5 минут), и только около полугода в свя­зи с неустойчивой эрекцией предварительные ласки удли­нились до 15 - 20 минут. Ранее супруга испытывала оргазм в 70 - 80 % половых актов, последние 5 - 6 месяцев не чаще, чем в 10 % случаев. До возникновения нарушений половая жизнь с частотой 2-3 раза в неделю.

***Объективные данные****.* Рост 179 см, масса тела 78 кг. Правильного телосложения. Трохантерный индекс 1,97. Оволосение лобка по мужскому типу с тенденцией к гори­зонтальному. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс лежа 74 уд. в мин, стоя - 86 уд. в мин. Тоны сердца слегка приглушены.

***Нервная система****.* Черепно-мозговая иннервация в норме. Сухожильно-периостальные рефлексы равномерно оживлены, брюшные рефлексы не вызываются. Патологи­ческих стопных рефлексов нет. Ладони влажные, теплые. Дермографизм ярко красный, появляется через 8 секунд, держится 10 минут. Генитальные рефлексы сохранены.

***Мочеполовая система****.* Половой член длиной 9,5 см, окружность - 9 см; яички - 4,6 см по длинной оси, плотно-эластичной консистенции. При пальпации тыльных арте­рий пениса пульсация определяется неотчетливо. Предста­тельная железа величиной с каштан, плотно-эластичной консистенции, поверхность бугристая, четко определя­ются ее границы, междолевая бороздка сглажена. После непродолжительного массажа выделилось много секрета. Микроскопическое исследование сока простаты: лейкоци­ты 5-6 в поле зрения, умеренное количества лецитиновых зерен.

441

Данные ультразвуковой допплерографии: объемный кровоток по тыльным и глубоким пенильным артериям незначительно снижен. После интракавернозной фарма­кологической нагрузки (5мкг каверджекта) через 7 минут после инъекции отмечается полная ригидность полового члена. При этом регистрируется почти 4-кратное возраста­ние кровотока справа и 3,5-кратное его увеличение слева, что свидетельствует об отсутствии патологических измене­ний сосудистого русла гениталий.

***Показатели половой конституции:***Кг = 4,25; Ка = 3,33; Ка/Кг = 0,78 (ослабленный вариант средней половой кон­ституции).

***Психический статус.***Больной во время беседы дер­жится напряженно. Проявляет признаки беспокойства: су­етливо потирает руки, постукивает ими по столу, несколько раз пересаживается на стуле. При ответах на вопросы врача многоречив. Детализирует свои жалобы и в первую очередь затруднения в сексуальной сфере. Неодобрительно отзыва­ется о жене, которая упрекает его в половой слабости. Опа­сается, что жена подаст на развод, поскольку в возможность его излечения верит слабо. Очень переживает по поводу сло­жившейся в семье ситуации. Утверждает, что последние ме­сяцы не может продуктивно работать из-за того, что посто­янно думает о своих сексуальных проблемах. Замечает, что заметно изменился по характеру: стал беспокойным, раздра­жительным, обидчивым, замкнутым. Последние месяцы ни­чего в жизни не радует, и даже плаванье на яхте, которое он обычно совершает с друзьями в отпуске, не принесло преж­них положительных эмоций и ощущения хорошего отдыха. Нарушился сон, поэтому днем чувствует себя уставшим и разбитым. На работе очень трудно заставить себя на чем-то сосредоточиться. Настроение почти постоянно снижено, его суточных колебаний не отмечает. Весьма пессимистичен в оценках своего состояния и перспектив на выздоровление. Говорит, что просто боится предпринимать какие-то попыт­ки к сближению с супругой, поскольку все это бесполезно и, кроме огорчений, ничего больше не дает.

*Диагностическое заключение:* адаптационное рас­стройство (обусловленное коитофобией и семейно-сексуальной дисгармонией), смешанная тревожная и де­прессивная реакция.

442

***Анализ наблюдения****.* В приведенном случае первые за­труднения в половой жизни у больного возникли на фоне сильных эмоциональных переживаний в связи с неблаго­приятной ситуацией на работе. На фоне упреков супруги произошла невротическая фиксация на сексуальной сфере с ослаблением адекватных эрекций и укорочением продолжи­тельности коитуса. Попытки изменить ситуацию к лучшему не принесли ожидаемого результат а. По степени о нарушения эрекции прогрессировали, половые акты урежались и умень­шалась их продолжительность. Все больше попыток совер­шить коитус заканчивались неудачей из-за отсутствия или резкого ослабления эрекции. Тревожные опасения по пово­ду возможных неудач при половом акте значительно увели­чивали вероятность срывов даже при активизации предва­рительных ласк или использовании для коитуса спонтанных утренних эрекций. Страх потерпеть фиаско, усиливающийся после каждой неудачной попытки, к моменту обращения за помощью заставил больного практически отказаться от ин­тимной близости с супругой, несмотря на наличие полового влечения и периодически возникающих эрекций. К особен­ностям данного клинического случая следует отнести гене­рализацию невротической симптоматики с присоединением к поначалу относительно изолированным тревожным опа­сениям сексуальной неудачи тревожно-депрессивных про­явлений, сопровождающихся вегетативными нарушениями и инсомнией. Учитывая отчетливую временную связь меж­ду нарастающей семейно-сексуальной дисгармонией и воз­никновением около 2 месяцев назад смешанной тревожной и депрессивной симптоматики, следует рассматривать воз­никшие психопатологические нарушения как проявления адаптационного расстройства, обусловленного стрессовым фактором, в качестве которого для пациента выступали на­растающие проблемы семейно-сек-суального характера.

Лечение данного больного проводилось с учетом всех психогенных механизмов, участвующих в формировании у него психической и сексуальной патологии. С целью кор­рекции тревожно-депрессивных проявлений на протяжении 1 месяца получал тианептин (коаксил) по 1 таблетке 3 раза в день. Психотерапевтическое лечение было акцентировано на устранение страха перед неудачей при коитусе, а также улучшение межличностных отношений и гармонизации сек-

443

суального взаимодействия с супругой. Проведено 5 сеансов гипнотерапии, причем первые 3 были посвящены работе с внутренними ресурсами и были направлены на восстановле­ние состояния душевного равновесия пациента и обучение его способам достижения спокойного, комфортного состоя­ния, а 2 последующих сеанса имели целью устранение страха перед близостью и обретение прежних чувственных пережи­ваний. Нейтрализация наиболее травматичных воспомина­ний о сексуальных срывах осуществлена с помощью ВКД с последующим выполнением техники взмаха для разрушения внутренних негативных образов, блокирующих сексуальные реакции пациента при интимном сближении. Параллельно с индивидуальной психотерапией проведены 4 сессии супружеской терапии, которые были посвящены изменению харак­тера коммуникаций между супругами, прояснению их разно­гласий и взаимных ожиданий, выработке более адекватного стиля взаимодействия в различных житейских ситуациях, а также при сексуальных контактах. Через 10 дней после на­чала курса лечения больной отметил усиление спонтанных и адекватных (вне ситуации интимной близости) эрекций. По­чувствовал себя гораздо спокойнее и увереннее, улучшилось настроение. На фоне супружеской терапии прекратились бесплодные выяснения отношений с женой, которая повела себя с больным более адекватно. Через 2,5 недели после нача­ла терапевтического курса совершил первый удачный коитус и далее стал проводить половые акты с супругой *2* раза в неде­лю при возросшей до 3 - 4 минут длительности полового акта.

СФМ (после окончания курса лечения): 3, 3, 3/3; 3; 4/3, 4, 3/ 3-9/ 10/10/ 3-32.

Катамнез 2 года. Все это время сохраняются устано­вившиеся в ходе лечения ритм половой активности и про­должительность коитуса. Явных сексуальных неудач не отмечает. Взаимоотношения с женой расценивает как ста­бильные и вполне удовлетворен ими.

**Клиническое наблюдение № 2**

*Больной Н., КСО-127Н, 48 лет, работает старшим мастером на Минском автомобильном заводе*

*СФМ: 3; 1; 1/1; 1,5; 2/1; 1; 0/1-5/4,5/2/1-12,5*

444

Предъявляет жалобы на слабость эрекции при редких попытках совершить половой акт, ускоренное семяизвер­жение, снижение настроения, раздражительность, чувство неуверенности во время интимной близости, навязчивые мысли о сексуальной неполноценности и возможном раз­рыве супружеских отношений.

Впервые мысли о наличии сексуального расстройст­ва возникли у больного примерно 9 месяцев назад, когда супруга начала открыто выражать ему свое недовольство короткими, редкими половыми актами и ослаблением эрек­ции при интимных контактах. Был весьма уязвлен упреками жены, поскольку считал, что некоторое ослабление потен­ции в течение последнего года вызвано переутомлением, связанным со строительством дачи и напряженной работой на производстве. Больной решил чаще отдыхать и больше внимания уделять интимной жизни. Однако попытки вос­становить прежнюю сексуальную активность и совершать половые акты не менее трех раз в неделю привели к тому, что, несмотря на активизацию и удлинение прекоитальных ласк, примерно в половине случаев эрекции вообще не воз­никало либо она ослабевала без эякуляции через 20-30 се­кунд после начала фрикций. Учащение неудачных половых актов вызвало еще большее раздражение у супруги боль­ного, которая стала упрекать его в сексуальной несостоя­тельности. Тяжело переживал ухудшение интимных отно­шений с женой. Перед близостью подолгу настраивался, мысленно контролировал качество сексуальных реакций. Но чем больше усилий прилагал для улучшения адекватных эрекций, тем хуже они становились. Обратился к экстра­сенсу, который пообещал за 4 сеанса избавить его от всех сексуальных нарушений. Однако ожидаемого улучшения не последовало, что убедило больного в тяжести поло­вого расстройства. Забросил дачное строительство, при­нялся изучать медицинскую литературу, чтобы получше разобраться в своем заболевании. Постепенно снизилось настроение, усилился страх потерпеть неудачу при половой близости в связи с чем начал избегать сексуальных контак­тов. Отношения с супругой весьма напряженные, периоди­чески возникают ссоры по бытовым вопросам. Несмотря на сохранное либидо и наличие кратковременных спонтанных эрекций, за последние 3,5 месяца предпринял лишь три по-

445

пытки совершить половой акт. Из них удалась одна, причем эрекция во время коитуса была неполной и эякуляция про­изошла примерно через полминуты после начала фрикций. В двух других случаях, несмотря на весьма формальные попытки супруги мануально стимулировать половой член, устойчивая эрекция у пациента так и не возникла, что со­провождалось нелицеприятными комментариями о его мужских достоинствах. В связи с указанными проблемами обратился в Минский городской сексологический центр.

***Из анамнеза****.* Родился вторым ребенком в семье ра­бочих. Наследственность психопатологически не отяго­щена. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел с 7 лет, окончил 8 классов и индустриальный техникум. Два года служил в армии. Работал слесарем, мастером, последние 4 года - старшим мастером на производстве. Работой вполне доволен. Всегда был подвижным, энер­гичным. Однако еще в школьные годы отмечал появление в характере мнительности, неуверенности в себе. Женат с 29 лет. Жена на 5 лет моложе. Имеет двух детей. Семья проживает в отдельной квартире. Курит около 30 лет, в по­следние годы не более 10 - 15 сигарет в день. Алкоголь упо­требляет 1 - 2 раза в месяц по 200 - 300 г водки, в последние 2 - 2,5 года прием даже небольших доз спиртного подавляет эрекцию. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, страдает хроническим гастритом. Поллюции с 13 лет, либидо с 14 лет. С того же времени мастурбация с частотой 4-5 раз в неделю до 20 лет.

Первый коитус со случайной партнершей в состоянии алкогольного опьянения в 20,5 лет (как протекал точно не помнит). С 21 до 23 лет имел постоянную половую партнер­шу, с которой встречался по выходным дням, поскольку она жила в другом городе. За два дня обычно совершал 4-5 коитусов. Затем познакомился с будущей женой, до брака половых актов с ней не было. Женат с 24 лет. Жена на 4 года моложе. Первый год после вступления в брак ритм половой жизни 8 - 10 раз в неделю. Максимальный экс­цесс 4, в 26 лет. УФР с 36 лет. Средняя продолжительность коитуса (при регулярной половой жизни) 5 - 6 минут. Сексу­альная активность в последний год до начала заболевания 2 - 3 раза в неделю. Внебрачные связи в последние 10 лет отрицает. Отношения с женой прежде были доброжела-

446

тельные. Ее сексуальность пробудилась через три года после вступления в брак. Оргастичность около 60 %, сек­суальная притязательность средняя. На фоне сексуаль­ной дисфункции у мужа оргастичность снизилась до 10 %. Период предварительных ласк до последнего времени был редуцирован. В связи с торпидностью эрекции при поло­вой близости последний год жена больного иногда при­бегает к мануальной стимуляции его гениталий, предвари­тельные ласки удлинились до 20 - 25 минут.

*Объективные данные:* рост 172 см, масса тела 74 кг, ширина таза 36 см, плеч 46 см. Трохантерный индекс 1,98. Оволосение лобка по мужскому типу. Кг = 5,2; Ка = 5; Ка/ Кг = 0,96 (средняя половая конституция). АД 130/75 мм рт. ст. Пульс 78 в 1 мин. Со стороны внутренних органов пато­логии не отмечено.

*Неврологически:* черепно-мозговая инервация в пре­делах нормы. Сухожильно-периостальные рефлексы сим­метричные, живые, патологические рефлексы не вызыва­ются. Легкая гипостезия головки полового члена. Бульбо-кавернозный и кремастерный рефлексы не нарушены.

*Мочеполовая система:* половой член - длина 10 см, окружность 9,5 см правое яичко 5 см по длинной оси, ле­вое - 4,6 см предстательная железа величиной с крупный каштан, эластичной консистенции, безболезненная при пальпации. Междолевая бороздка хорошо выражена. При массаже удалось получить небольшое количества секрета. Микроскопическая картина секрета простаты без отклоне­ний от нормы. Заключение нейроофтальмолога: калибр со­судов глазного дна не изменен.

По данным реоэнцефалографии, удовлетворительное кровенаполнение всех сосудистых зон мозга.

Фармакологический тест: при интракавернозном вве­дении 5 мкг каверджекта через 9 минут возникла непол­ная эрекция, которая продолжалась около 25 минут (угол эрекции = 60°). При повторном (через три дня) введении в кавернозное тело 10 мкг каверджекта через 8 минут заре­гистрирована практически полная эрекция продолжитель­ностью 45 минут (угол эрекции = 80°). Ультразвуковая допплерография: выявлена асимметрия кровотока в тыльных артериях пениса, после фармакологической нагрузки кро­воток по левым тыльной и глубокой артериям не достигает

447

условной нормы. Там же регистрируется допплерографический сигнал стенотического типа.

***Психический статус****.* В начале беседы больной не­сколько скован, внимательно следит за врачом. Постепен­но успокаивается, все более охотно отвечает на вопросы. Склонен драматизировать отношения с супругой, считает, что, если он не поправится, жена его не просто бросит, но еще и опозорит. Высказывает ряд гипотез по поводу соб­ственного сексуального расстройства, приводит сведения из научно-популярной и медицинской литературы. Счита­ет, что у него тяжелая форма мужского климакса, которая привела «почти к полной импотенции». Говорит, что готов на любые лечебные манипуляции ради сохранения семьи. Активно интересуется возможностями лечения, заявля­ет, что при необходимости готов даже на хирургическую операцию. Обнаруживает выраженную эмоциональную лабильность с преобладанием пониженного фона настрое­ния. К сексологическому обследованию и предложенному лечению отношение настороженное, скептическое.

***Диагностическое заключение****:* недостаточность генитальной реакции (эрекционная дисфункция преимущест­венно психогенного генеза, обусловленная коитофобией и нарастанием дисгармонии в супружеских отношениях на фоне легкого снижения генитального кровотока атеросклеротического генеза).

***Анализ наблюдения****.* Приведенное наблюдение пред­ставляет интерес тем, что у больного около года отмеча­лись начальные признаки снижения генитального крово­тока: некоторое ослабление и замедленное возникновение адекватных эрекций, отнюдь не исключающие возмож­ность проведения коитуса. Пока пациент не обращал осо­бого внимания на состояние сексуальной сферы у него возникали лишь незначительные затруднения из-за торпидности эрекции в прекоитальной фазе. Нетактичные замечания супруги по поводу снижения потенции оказа­ли на пациента сильное психотравмирующее воздейст­вие. Он начал анализировать свои сексуальные реакции и действительно отметил некоторое ослабление эрекций и снижение половой активности, которые являлись началь­ными признаками нарушения кровоснабжения гениталий. Указанные симптомы подверглись невротической фикса-

448

ции, к чему предрасполагали тревожно-мнительные чер­ты в характере больного. Дальнейшее нарастание половой дисфункции в решающей степени было связано с невро­тическими расстройствами, присоединившимися к перво­начальному ухудшению качества эрекций сосудистого ге­неза. Попытки пациента поддерживать прежний уровень половой активности без учета реальных возможностей привели к учащению неудачных половых актов и супру­жеским конфликтам. Усиление на этом фоне тревожного ожидания новых срывов с фиксацией внимания на малей­ших изменениях потенции, в свою очередь, еще больше усугубило половую дисфункцию. В конечном итоге паци­ент стал всячески уклоняться от интимной близости из-за сильного страха в очередной раз обнаружить сексуаль­ную несостоятельность, что свидетельствовало о форми­ровании у него коитофобии. При объективном обследова­нии обнаружена диссоциация между наличием жалоб на серьезные затруднения при попытках совершить коитус и легким (компенсированным) снижением кровоснабжения кавернозных тел, выявленным при УЗДГ, которым нельзя было объяснить имеющиеся у больного сексуальные про­блемы.

Лечение данной сексуальной дисфункции было ком­бинированным и включало курс психотерапии наряду с использованием методов активизации генитального кро­вотока. Для усиления кровоснабжения кавернозных тел на протяжении полутора месяцев пациент получал комби­нацию вазоактивных препаратов: ницерголина (сермиона) 0,03 г в сутки и пентоксифиллина (трентала) 0,3 г в сутки внутрь. Дополнительно проведено 14 процедур локальной декомпрессии (с интервалами между процедурами в 1-2 дня). Параллельно осуществлялась психотерапевтиче­ская коррекция коитофобии и нарушенных партнерских отношений (как проблем межличностного общения, так и сексуального взаимодействия). Пациенту было проведено 3 сеанса ДПДГ для переработки наиболее запомнившихся сексуальных неудач, нейтрализации страха, возникающе­го при демонстрации супругой своего желания близости, а также присоединения к будущему свободному от тре­вожного ожидания нового срыва. С целью усиления вовле­ченности в чувственные переживания интимной близости

15 Медицинская сексология

449

и обретения уверенности в своих силах пациент прошел 3 сеанса эриксоновской гипнотерапии. В гипнотических трансах применялись приемы, позволяющие получить до­ступ к ресурсным воспоминаниям и метафорическая тех­ника «мост», моделировался оптимальный паттерн поведе­ния в ходе коитуса. Индивидуальные сеансы чередовались с 5 сессиями супружеской психотерапии. Работа с парой была направлена на выявление поведенческих паттернов, которые привели к нарастанию негативных тенденций во взаимоотношениях, выработку и закрепление на практи­ке более продуктивных форм общения друг с другом, спо­собствовавших переходу супругов от конфронтации к со­трудничеству и росту взаимопонимания и доверия между ними. С этой целью использовались техника инсценировки, техника прояснения коммуникаций, прием сравнения цен­ностей, один из вариантов «двойственного договора» - техника тройного увеличения и некоторые другие. Для вы­работки более адекватных представлений о человеческой сексуальности и проблемах в половой жизни супругам для прочтения были предложены книги М. Яффе, Э. Фенвик «Секс в жизни мужчины» и «Секс в жизни женщины». При работе с супружеской парой были уточнены индивидуаль­ные сексуальные предпочтения каждого из партнеров, вза­имные претензии и пожелания, обсуждены обоюдоприемлемые варианты интимной близости (с учетом торпидности генитальных реакций мужа из-за некоторого снижения регионального кровотока). В результате была выработана наиболее подходящая для пары модель сексуального взаи­модействия. В ходе 1,5-месячного курса лечения удалось добиться улучшения качества адекватных эрекций и вос­становления прежнего ритма половой жизни (до 2 раз в не­делю) при длительности коитуса около 3 - 4 минут.

СФМ (после лечения): 3; 3; 3/3; 3; 3,5/3; 3; 3/3-9/9, 5/9/3-30,5.

Катамнез 1,5 года. Спонтанные эрекции сохране­ны, адекватные чаще возникают после дополнительной мануальной стимуляции. Ритм половой жизни 1 - 2 раза в неделю, эрекция во время фрикций удовлетворительная (в единичных случаях ослабевает через 1,5 - 2 минуты без эякуляции). Длительность полового акта в пределах 2-4 минут. Взаимоотношения с супругой ровные, с понима­нием стала относиться к его проблемам.

450

Около полугода назад повторно обратился в связи с некоторым ослаблением эрекции. При ультразвуковой допплерографии было выявлено снижение кровотока по левым тыльной и глубокой пенильным артериям. Прошел двухмесячный курс лечения экстрактом листьев гинкго билоба (танаканом) по 120 мг в сутки в сочетании с приемом 5-10 мг йохимбина за 1,5-2 часа до возможного коитуса. Первые 3 недели дополнительно получал милдронат по 1 г в сутки. С интервалами в 2-3 дня проведено 10 сеансов ло­кальной декомпрессии. Достигнутое улучшение сохраняет­ся на момент катамнестического обследования.

**Клиническое наблюдение № 3**

*Больной С., КСО-618С, 40 лет, ИО-15*

*Автослесарь таксопарка*

*СФМ 3,2,2/1; 1,5; 2,5/1,1,1/1-7/5/3/1-16*

Предъявляет жалобы на слабость эрекции, малую продолжительность коитуса, снижение остроты оргазма. Наряду с сексологическими жалобами отмечает чрезмерную раздражительность, внутреннее беспокойство, головные боли, временами головокружение, сердцебиение. Пациента много лет преследуют навязчивые воспоминания о бое с «душманами», когда у него на глазах погиб друг, а сам он был ранен в руку. Испытывает трудности при засыпании, периодически беспокоят повторяющиеся ночные кошмары, в которых фигурируют события Афганской войны.

Примерно через год после ранения и последующего лечения в госпитале пациент стал испытывать смутную беспричинную тревогу, ухудшилось настроение, раздражался по малейшему поводу, беспокоили кошмарные сновидения, сердцебиение, головокружение, колебания артериального давления. Военные врачи расценили состояние пациента, как проявление нейроциркуляторной дистонии. Получал лечение, но названия препаратов не запомнил. Отмечает, что еще несколько раз с интервалами в 1 - 2 года возникали похожие нарушения, по поводу которых он обращался к невропатологам, терапевтам и психоневрологам. Получал белласпон, корданум, реланиум, тазепам, феназепам, сонапакс, триптизол и другие препараты. Впервые сексуальные

451

проблемы возникли около 3 лет назад, когда на фоне очередного ухудшения состояния со снижением настроения, усилением тревоги и навязчивых мыслей, связанных с травматическими воспоминаниями, резко сократилась продолжительность полового акта, периодически наблюдалось ослабление эрекции при попытках интимной близости. В этот же период лечился амбулаторно в Минском ГПНД: принимал алпразолам, пропранолол, амитриптилин. По мере редукции тревожно-депрессивной симптоматики и улучшения сна у пациента восстановилась прежняя длительность коитуса и усилилась эрекция, поэтому за сексологической помощью не обращался. Более года назад после серьезного производственного конфликта снова почувствовал себя хуже. Усилились внутреннее беспокойство, раздражительность, эмоциональные колебания с преобладанием депрессивного аффекта, симптомы вегетативной дисфункции, навязчивые мысли о том, что он неудачник и не имеет жизненных перспектив, которые перемежались тягостными воспоминаниями об афганских событиях, обвинениями себя в гибели друга. В течение нескольких месяцев злоупотреблял алкоголем, «чтобы хоть немного расслабиться и забыться». За неоднократные нарушения трудовой дисциплины пациента вначале понизили в должности, а затем и уволили с работы. В этот период «все было как в тумане, ничего не хотелось». Половая жизнь была весьма нерегулярной, вновь стали отмечаться срывы, а если коитус и удавался, то протекал слишком быстро, вызывая нарекания супруги. В семье стали возникать конфликты, которые поначалу больше были связаны с пьянством пациента и потерей им работы. На протяжении последнего года пытался совершать половые акты с частотой примерно 2 - 3 раза в месяц. Нередко попытки вообще не удавались из-за слабой эрекции. Примерно в половине случаев коитус происходил при неполной эрекции, а через 10 - 20 фрикций возникала эякуляция. После того как жена подала на развод, пациенту удалось уменьшить потребление алкоголя и устроиться на работу автомехаником. В связи с сохраняющимся внутренним дискомфортом и нарушениями сна по собственной инициативе стал принимать ксанакс и радедорм на ночь. Однако, несмотря на ослабление тревоги и навязчивых мыслей и даже некоторое улучшение взаимо

452

отношений с супругой, интимная жизнь «продолжала давать сбои». По-преж-нему испытывал чувство неуверенности в собственных силах и сомнения в своих способностях удовлетворить жену при половой близости. Тяжело переживал сексуальные неудачи, постоянно об этом думал. Почувствовал себя «еще более никчемным и никому не нужным». Расценил все происходящее с ним как «наказание за то, что не смог уберечь друга от смерти». Снова усилились раздражительность и беспокойство, снизилось настроение, подолгу не мог уснуть, временами просыпался от ночных кошмаров. Часто конфликтовал с женой, обвиняя ее в отсутствии чуткости и уважения к нему, а также пассивности при интимной близости. Будучи ветераном войны в Афганистане получил направление на стационарное обследование в БНИИЭТИНе, где состояние пациента впервые было квалифицировано как посттравматическое стрессовое расстройство с отставленным началом и хроническим типом течения. Говорит, что лишь в ходе обследования, заполняя опросник СФМ, он «впервые подумал всерьез, что в 40 лет стоит попытаться нормализовать сексуальные отношения с женой хотя бы для того, чтобы сохранить семью».

***Из анамнеза***. Родился первым из 2 детей в семье военнослужащего. Наследственность психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. В школу пошел в 7 лет. Окончил 10 классов, высшее военное училище бронетанковых войск. С 1983 года служил офицером в СА. В 1988 году участвовал в боевых действиях на территории Афганистана. После ранения проходил службу в Казахстане, где демобилизовался в 1992 году по причине расформирования воинской части. Женат с 22 лет. Жена моложе на 3 года, работает учителем английского языка в школе. Имеет одну дочь. С 1993 года вместе с семьей живет в Беларуси. Работал инженером, начальником автоколонны, последний год - автомехаником в таксопарке. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, пневмонию. Имеет осколочное ранение в правое плечо. Курит с 16 лет по 20 сигарет в день. С 1992 года не-однократно отмечались эпизоды злоупотребления алкоголем. На наркологическом учете не состоит. Последний год алкоголь употребляет 3-4 раза в месяц, преимущественно пиво (1,5-2 литра). Либидо

453

с 13 лет, с того же времени и ночные поллюции. Мастурбация с 14 до 22 лет. Половая жизнь с 18 лет, нерегулярная. Всего имел сексуальные связи с 6 партнершами. Первый год после женитьбы жили с женой в разных городах, поэтому половые акты были достаточно редкими. Максимальный сексуальный эксцесс - 4, в возрасте 22 лет. УФР с 36 лет. Установившаяся продолжительность половых актов составляла около 4 - 5 минут. Диапазон приемлемости широкий. Прелюдия обычно 5 - 10 минут. Ранее супруга испытывала оргазм не менее чем в 80 % половых актов, последний год не чаще 10 %. До возникновения сексуальных нарушений совершал половые акты с частотой 2 - 3 раза в неделю.

***Объективные данные***. Рост 179 см, масса тела.78 кг. Правильного телосложения. Трохантерный индекс 1,97. Оволосение лобка по мужскому типу с тенденцией к горизонтальному. АД 140/90 мм рт. ст. Пульс лежа 72 уд. в мин, стоя - 86 уд. в мин. Тоны сердца несколько приглушены.

***Нервная система***. Сглажена левая носогубная складка. Сухожильно-периостальные рефлексы равномерно оживлены, брюшные рефлексы вялые. Ладони влажные, прохладные. Дермографизм ярко-красный, появляется через 7 секунд, держится 9 минут. Генитальные рефлексы сохранены. Легкая гиперестезия головки полового члена в области уздечки.

***Мочеполовая система***. Половой член длиной 8,5 см, окружность - 9 см; яички - 4,3 см по длинной оси, плотно-эластичной консистенции. Предстательная железа величиной с каштан, плотная, эластичная, поверхность гладкая, четко определяются ее границы, междолевая бороздка сглажена. После непродолжительного массажа выделилось большое количество секрета. Микроскопическое исследование сока простаты: лейкоциты 3-4 в поле зрения, умеренное количества лецитиновых зерен. По данным УЗДГ, кровоток по тыльным и глубоким пенильным артериям в пределах нормы. Данных за патологию кровоснабжения гениталий нет.

***Показатели половой конституции***: Кг=4,65; Ка=3,53; Ка/Кг=0,76 (средняя половая конституция).

***Психическим статус***. Больной держится настороженно. Сидит на стуле, скрестив руки и ноги, временами слегка вздрагивает, подергивает плечами. Смотрит на врача ис-

454

подлобья. На вопросы о сексуальных проблемах поначалу отвечает весьма формально. Говорит, что затруднения в сексуальной сфере выбивают у него почву из-под ног. Утверждает, что отношение супруги к нему изменилось в худшую сторону: «она стала игнорировать меня и под любым предлогом уклоняться от секса, ясно давая понять, что я как мужчина ни на что не годен». Считает несправедливыми упреки жены в равнодушии к ней и пренебрежения интересами семьи. Испытывает опасения, что жена вновь подаст на развод, «теперь уже из-за моей половой слабости». Очень переживает по поводу сложившейся в семье ситуации. Пациент отмечает, что заметно изменился по характеру: стал раздражительным, замкнутым, обидчивым. Говорит, что последнее время ничто в жизни не доставляет удовольствия. Почти постоянно ощущает внутреннее напряжение. Из-за проблем с засыпанием и нередких кошмарных сновидений с пробуждениями днем чувствует себя уставшим и разбитым. Очень трудно на чем-то сконцентрировать свое внимание. Преобладает пониженный фон настроения без отчетливых суточных колебаний. Пессимистичен в оценках своего будущего и перспектив на выздоровление, хотя и «готов попробовать полечиться».

***Диагностическое заключение***: недостаточность генитальной реакции и преждевременная эякуляция, обусловленные хроническим ПТСР с отсроченным началом в стадии декомпенсации, тревожным ожиданием сексуальной неудачи и нарастающей супружеской дисгармонией.

***Анализ наблюдения***. Приведенное наблюдение достаточно показательно по нескольким причинам. Во-первых, правильный диагноз у пациента был впервые установлен примерно через 10 лет после начала заболевания, хотя за это время больной неоднократно обращался за медицинской помощью к раз-личным специалистам. Для ветеранов Афганистана это весьма типично, поскольку диагностические критерии ПТСР стали использоваться в нашей стране только в последние годы. Проблема адекватной диагностики боевого ПТСР безусловно осложняется отсутствием в МКБ-10 столь же четкого, как в DSM-IV, выделения типа расстройства. С учетом характерной клинической симптоматики, анамнестических сведений об отставленном (до 1 года) начале расстройства и его затяжном (около

455

10 лет), волнообразном течении, руководствуясь более детализированными критериями DSM-IV, у данного больного правомерно говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве с отсроченным началом и хроническим течением. Во-вторых, половая дисфункция впервые возникла у пациента 3 года назад на фоне усиления психопатологической симптоматики при очередном обострении ПТСР, что свидетельствовало о вовлечении сексуальной сферы в его клиническую картину. На это указывало и спонтанное улучшение половой функции пациента по мере редукции симптоматики расстройства. В-третьих, сексуальные проблемы пациента в течение последнего года поначалу были обусловлены сложным переплетением патогенных факторов: стрессы, связанные с конфликтом на работе и последующим увольнением, которые спровоцировали новое усиление симптоматики ПТСР, злоупотребление алкоголем, ухудшение супружеских отношений и упреки жены в безразличии к ней и ее желаниям в сексе. Попытки больного на столь неблагоприятном фоне «не ударить в грязь лицом хотя бы в постели «привели к обратному результату в связи с возникновением тревожного ожидания потерпеть очередную неудачу. Поэтому даже после некоторой стабилизации жизненной ситуации (пациент существенно ограничил употребление алкоголя, устроился на работу, супруга забрала свое заявление о разводе) интимные проблемы продолжали сохраняться. Тревожные опасения по поводу возможных сексуальных неудач при наличии психопатологических нарушений в рамках ПТСР существенно увеличивали вероятность новых срывов, которые только подтверждали пессимизм больного и привели к новому обострению отношений с супругой. Сохраняющиеся редкие половые контакты приобрели проверочный характер: «смогу или нет». Неудачные попытки крайне болезненно били по самолюбию пациента, приводя к усилению тревожно-депрессивной симптоматики и других проявлений ПТСР.

Коррекция сексуальной дисфункции у данного пациента проводилась как составная часть лечебно-реабилитационных мероприятий при ПТСР. В начале терапии, учитывая характер психопатологических нарушений, а также сексологическую симптоматику (наличие преждевременной эякуляции), пациенту был назначен сертралин c постепенным

456

повышением дозы до 75 мг/сутки (курс 2 месяца). Параллельно в первые 2,5 недели получал алпразолам-ретард 1 мг/сутки и пропранолол 60 мг/сутки. В этот же период прошел 5 сеансов гипнотерапии в групповом формате и был обучен приемам самопомощи по ослаблению тревоги (использование «самоякорения» ресурсных состояний и их визуализации, релаксационных упражнений и самостоятельного движения глаз для снятия стресса). После прекращения приема алпразолам-ретарда проведено 3 сеанса ДПДГ с целью переработки травматических воспоминаний, связанных с боевыми действиями, и кошмарных сновидений. (Считается, что на фоне приема транквилизаторов бензодиазепинового ряда эффект ДПДГ может снижаться.) Анализ причин возникновения сексуальных нарушений у пациента выявил патогенную роль сразу нескольких факторов: обострения симптомов хронического ПТСР; тревожного ожидания неудачи при коитусе; неадекватных убеждений и установок, создающих у пациента искаженное представление о сексуальной норме; нарушений взаимоотношений с партнершей. Психопатологическая симптоматика коррегировалась вышеуказанными способами. Стратегия психотерапевтического лечения половой дисфункции строилась с учетом всех психологических факторов, способствующих сексуальной дезадаптации. На двух сессиях применялись техники когнитивной терапии для коррекции у пациента дисфункциональных схем мышления и когнитивных ошибок, приводящих к неадекватному восприятию собственных сексуальных затруднений. Проведены две сессии с применением техник для последовательного разрушения триггеров, тормозящих генитальные реакции мужчины в ситуациях интимной близости. Затем - один сеанс ДПДГ с целью нейтрализации двух наиболее травматичных воспоминаний о неудачных попытках совершить коитус и устранения страха перед возможным фиаско в будущем. Индивидуальные сессии чередовались с 4 сессиями супружеской психотерапии, направленными на повышение уровня коммуникаций партнеров и улучшение взаимоотношений между ними. В результате 2,5-месячного курса комплексного лечения существенно улучшилось психическое состояние и физическое самочувствие. В сексологическом плане было достигнуто улучшение качества адек-

457

ватных эрекций, восстановление прежнего ритма половой жизни (2-3 раза в неделю), а средняя продолжительность коитуса увеличилась до 8 - 10 минут. Несмотря на периодически возникающие конфликты, пациент и его супруга отметили значительное потепление в их отношениях.

СФМ (после лечения): 3; 3; 3/3; 3; 4/3; 3; 3/3-9/10/9/3-31,0.

Катамнез 2 года. За этот период сексологических жалоб не зарегистрировано. Супружеские отношения сохраняются на обоюдоприемлемом уровне. Эпизодически испытывает чувство беспокойства и внутреннего дискомфорта, которые самостоятельно купирует, используя движения глаз и техники релаксации.

458

**Литература**

*Алексеев Б.Е.* Полоролевое поведение и его акцентуа­ции. СПб.: Речь, 2006. - 144 с.

*Андреас С., Фолкнер Ч.* НЛП. Новые технологии успе­ха: Пер. с англ. М.: Гелиос, 2001. - 448 с.

*Беккио Ж., Жюслен Ш.* Новый гипноз: Практическое руководство: Пер. с фр. М.: Класс, 1998. - 160 с.

*Берг-Кросс Л.* Терапия супружеских пар: Пер. с англ. М.: Изд-во Института психотерапии, 2004. - 528 с.

*Блазер А., Хайм Э., Томмен М.* Проблемно-ориентиро­ванная психотерапия. Интегративный подход: Пер. с нем. М.: Класс, 1998. - 272с.

*Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция / физиология, психоло­гия, хирургия, диагностика и лечение: Пер. с англ. М.: Ме­дицина, 1985. - 240 с.

*Варга А.Я.* Системная семейная психотерапия: Крат­кий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.

*Володин* В.С. Основы медицинской сексологии (курс лекций): Учебное пособие. М.: Логос, 2003. - 240 с.

*Гиллшен С.* Терапевтические трансы: Руководство по эриксоновской гипнотерапии: Пер. с англ. М.: Класс, 1997. - 416 с.

Гипнотерапия / Под ред. М. Хипа, У. Драйдена. СПб.: Питер, 2001.- 352 с.

*Голдстейн И.* Импотенция: Пер. с англ./ Ред. Р.Б. Тейлор // Трудный диагноз: В 2 т. М.: Медицина, 1988. Т. 2. С. 7-24.

*Гордеев М.Н.* Классический и эриксоновский гипноз: Практическое руководство. М. Изд-во Института психо­терапии. 2001. - 240 с.

*Доморацкий В.А.* Сексуальные расстройства и мето­ды их коррекции у мужчин: Учебное пособие. - Минск: БГУ, 2002. - 192 с.

459

*Доморацкий В.А.* Сексуальные нарушения и их кор­рекция: Краткое практическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. Рос­тов н/Д: Феникс, 2003. - 288 с.

*Доморацкий В.А.* Интегративная психотерапия в си­стеме комплексного лечения сексуальных дисфункций у мужчин (клинико-терапевтическое исследование). Дисс. докт. мед. наук.// Белорусская медицинская академия по­следипломного образования. Минск, 2004. - 248 с.

*Зейг Д.* Мастер гипноза. Психотерапевтические мани­пуляции Милтона Эриксона: Пер. с англ. Минск: Издатель В.П.Ильин, 1998. - 190 с.

*Имелинский К.* Сексология и сексопатология: Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. - 423 с.

*Камерон-Бендлер А.* С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных про­блем и трудностей во взаимоотношениях: Пер. с англ. Во­ронеж: МОДЕК, 1996. - 256 с.

*Каплан X.* Сексуальная терапия. Иллюстрирован­ное руководство: Пер. с англ. М.: Класс, 1994. - 160 с.

*Каплан Г., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия: В 2 т.: Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. Т. 1. - 672 с.; Т. 2. - 528 с.

*Каплан Г., Сэдок Б.* Клиническая психиатрия: Пер. с англ. / Гл. ред. Т.Б. Дмитриева. М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. - 505 с.

*Карвасарский Б.Д.* Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. - 576 с.

*Карвасарский Б.Д.* (общая редакция). Психотерапев­тическая энциклопедия. СПб.: ПитерКом, 1999. - 752 с.

*Кочарян Г.С., Кочарян А.С.* Психотерапия сексуаль­ных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медици­на. 1994. - 224 с.

*Кротовский Г.С.* Лечение сосудистой импотенции. М.; СПб.: БИНОМ - Невский диалект, 1998. - 160 с.

*Келли Г.* Основы современной сексологии: Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. - 896 с.

*Кемпер И.* Практика сексуальной психотерапии: В 2 т.: Пер. с нем. М.: Прогресс - Культура, 1994. Т. 1.288 с.; Т. 2.192с.

*Кинг М., Цитренбаум И.* Экзистенциальная гипноте­рапия: Пер. с англ. М.: Класс, 1998. - 176 с.

460

*Кондратенко В.Т., Донской Д.И.* Общая психотера­пия: Учебное пособие. 2-е изд., доп. и перераб. Минск: Выш. шк., 1997. - 464с.

*Кон И.С.* Сексология: Учебное пособие для студентов высших учеб, заведений. М.: Академия, 2004. - 384 с.

*Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешек. М.: Медицина, 1991. - 336 с.

*Кришталь В.В., Гулъман Б.А., Григорян С.Р.* Сексо­логия: В 5 т. Харьков: Академия сексологических иссле­дований, 1997. Т. 1. - 352 с.; Т. 2. - 272 с.; Т. 3. - 192 с.; Т. 4. - 176 с.; Т. 5.-152 с.

*Кон И.С.* Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. - 319с.

*Лазарус А.* Краткосрочная мультимодальная психоте­рапия: Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. - 256 с.

*Лазарус А.* Мысленным взором: образы как средст­во психотерапии: Пер. с англ. М.: Класс, 2000. - 144с.

*Либих С.С., Фридкин В.И.* Сексуальные дисгармо­нии. - Ташкент: Медицина, 1990. - 142 с.

*Лоуэн А.* Любовь и оргазм: Пер. с англ. М.: Ин-т обще-гуманитарных исследований, 1997. - 405 с.

*Маданес К.* Стратегическая семейная терапия: Пер. с англ. М.: Класс, 1999. - 272 с.

*Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Академический Проект; Екате­ринбург: Деловая Книга, 2000. - 432 с.

*Макаров В.В.* Психотерапия нового века: М.: Академи­ческий Проект, ППЛ, 2001, - 496 с.

*Макаров В.В.* Прогулки в Фрейдом. М.: PerSe, 2007. - 462 с.

*МакМаллин Р.* Практикум по когнитивной терапии: Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. - 560 с.

*Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Мастерс и Джон­сом о любви и сексе: В 2 ч.: Пер. с англ. СПб.: Ретур, 1991. Ч. 1. - 264 с.; Ч. 2. - 296 с.

*Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексоло­гии. М.г Мир, 1998. - 692 с.

Методы современной психотерапии: Учебное пособие / Сост.: Л. М. Кроль, Е.А. Пуртова. М.: Класс, 2001. - 480 с.

*Миллс Д., Кроули Р.* Терапевтические метафоры для детей и «внутреннего» ребенка: Пер. с англ. М.: Класс, 1996. - 144с.

461

*Минухин С., Фишман Ч.* Техники семейной терапии: Пер. с англ. М.: Класс, 1998. - 304 с.

*О'Коннор Д., Сеймор Д.* Введение в нейролингвистическое программирование: Пер. с англ. Челябинск: Версия, 1997. - 256 с.

*Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая пси­хиатрия. М.: Экспертное бюро - М, 1997. - 496 с.

Психические расстройства и расстройства поведе­ния: (F00-F99). (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). М.: МЗ РФ, 1998. С. 286-292; С. 297-299; С. 320-331.

*Пушкарев А.А., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Пост­травматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2000. - 128 с.

Руководство по сексологии / Под ред. С.С. Либиха. СПб.: Питер, 2001. - 480 с.

Символдрама. Сб. науч. тр./ Под ред. Обухова и Поли­карпова. Минск: Европейский гуманитарный университет, 2001. - 416 с.

*Свядощ А.М.* Женская сексопатология. 3-е изд. М.: Медицина, 1988. - 175с.

Сексопатология: Справочник /Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. - 576 с.

Современная сексология: Энциклопедия / Под общ. ред. В.А. Доморацкого. Минск: Беларус. Энцыклапедыа iмя П. Броукi, 2008 - 384 с.

*Старович З.* Судебная сексология: Пер. с польск. М.: Юрид. лит., 1991. - 336 с.

*Стукалова Л.А., Виш И.М., Литарт Н.К. и др.* Не­врозы и сексуальные расстройства. Воронеж: Изд-во Воро­неж, ун-та, 1985. - 158 с.

*Старшенбаум В.Г.* Сексуальная и семейная психотера­пия. М.: Изд-во Высшей школы психологии, 2003. - 300 с.

*Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В.* Судебная сексологическая экспертиза. М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 1998. Т. 1. - 360 с.

*Ткаченко А.А.* Сексуальные извращения - парафилии. М.: Триада-Х, 1999. - 461 с.

*Уолен С.Д. Гуссен Р., Уэсслер Р.* Рационально-эмотивная психотерапия: Пер. с англ. М.: Ин-т. Гуманитарных знаний, 1997. - 257с.

462

*Федорова А.И.* Диспарейния: патогенез, диагности­ка, лечение. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук // Санкт-Петербургская Медицинская академия последипломного образования. СПб., 2007. -50 с.

*Хейли Д.* Терапия испытанием: Необычные спосо­бы менять поведение: Пер. с англ. М.: Класс, 1998. - 212с.

*Хейли Д.* Что такое психотерапия: Пер. с англ. СПб.: Питер, 2002. - 224 с.

Частная сексопатология: В 2 т./ Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 1. - 304 с.; Т. 2. - 352 с.

*Черников А.В.* Введение в семейную психотерапию. Интегративная модель диагностики: Тематическое прило­жение к журналу «Семейная психология и семейная тера­пия » за 1998 год. М„ 1998. - 152 с.

*Чуркин А.А., Мартюшов А.Н.* Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. - 232 с.

*Шапиро Ф.* Психотерапия эмоциональных травм с по­мощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры: Пер. с англ. М.: Класс, 1998. - 496 с.

*Шерман Р., Фредман Н.* Структурированные техни­ки семейной и супружеской терапии: Руководство: Пер. с англ. М.: Класс, 1997. - 336 с.

*Штарке К., Фридрих В.* Любовь и сексуальность до 30 лет.: Пер. с нем. М.: Высш. шк., 1991. - 383 с.

*Щеглов А.М.* Сексология и сексопатология// Врачу и пациенту. СПб.: Культ-информ-пресс, 1998. - 416 с.

Эволюция психотерапии: В 4 т. Пер. с англ. /Под ред. Д. Зейга. М.: Класс, 1998. Т. 1. - 304 с., Т. 2. - 416 с., Т. 3. - 304 с., Т. 4. - 320 с.

*Эриксон М.* Мой голос останется с вами: обучающие истории Милтона Эриксона: Пер с англ. СПб.: Петербург - XXI век, 1995. - 256с.

*Эриксон М.* Стратегии психотерапии: Избр. работы: Пер. с англ. СПб.: Летний сад, 1999. - 512 с.

*Эриксон М., Росси Э.* Гипнотические реальности: На­ведение клинического гипноза и формы косвенного внуше­ния: Пер. с англ. М.: Класс, 1999. - 352 с.

*Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия: Пер. с англ. М.: Класс, 1999. – 576 с.

463

*Ялом. И.* Теория и практика групповой психотерапии: Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. - 640 с.

*Kaplan H. S*., Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. N.Y.: Brunner/Mazel, 1987.

*Kaplan H. S*., The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation. N.Y.: Brunner/Mazel, 1995.

*Laumann E., Gagon J., Michels B., Michels S.* The so­cial organization of sexuality. Chicago: Univ. of Chicago Press, 1994.

*Rosen R.,* Leiblum S., Case studies in sex therapy. N.Y.: Guilford Press, 1995.

*Wespes E.,* Impuissance organique masculine. Paris: D/o. Ornament, 1989.

464

**Содержание**

Введение....................................................................3

**Глава 1. Сексуальность человека**....................................................................5

Половой диморфизм....................................................................5

Формирование либидо....................................................................9

Сексуальные реакции и копулятивный цикл............................................12

Сексуальное поведение....................................................................18

Гендер............................................................................................................21

Половая конституция....................................................................22

Сексуальная норма..............................................................................................30

Сексуальность в современном обществе ..............................................................................................35

Особенности мужской и женской сексуальности ..............................................................................................39

1.10 Сексология и сексопатология ..............................................................................................47

**Глава 2. Сексуальные дисгармонии и дисфункции** ..............................................................................................52

2.1 Сексуальные дисгармонии ..............................................................................................52

Социально-психологические дисгармонии……..………………...55

Поведенческие (технические) дисгармонии.……..………………58

Физиологические дисгармонии ..............................................................................................59

Дисгармонии, связанные с патологией.…..……….………………62

2.2. Мнимые сексуальные расстройства ..............................................................................................66

2.3. Эпидемиология и систематика расстройств сексуальной функции.68

2.4. Принципы классификации сексуальных дисфункций в МКБ-10….74

Психогенные половые дисфункции (сексуальные неврозы)……76

2.5. Механизмы психологической адаптации к сексуальным дисфункциям..79

2.6. Обследование пациентов с сексуальными расстройствами………84

2.7. Современные подходы к лечению сексуальных дисфункций…….91

465

Физиотерапевтические методы влечении половых дисфункций 94

2.8. Клинические варианты сексуальных дисфункций и их терапия. 98

F52.0. Отсутствие или потеря полового влечения............................100

F52.1. Сексуальное отвращение и отсутствие полового

удовлетворения....................................................................111

F52.10. Сексуальное отвращение........................................................111

F52.11. Отсутствие сексуального удовлетворения............................115

F52.2. Недостаточность генитальной реакции...................................117

F52.3. Оргазмическая дисфункция. 132

F52.4. Преждевременная эякуляция.................................................154

F52.41. Абсолютное ускорение семяизвержения .......................................154

F52.42. Относительное ускорение семяизвержения .......................................154

F52.49. Ускорение семяизвержения неуточненное .......................................155

F52.5. Вагинизм неорганического происхождения .......................................161

F52.6 Диспареуния неорганического происхождения .......................................164

F52.7. Повышенное половое влечение.......................................172

F52.8. Другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью.......................................176

F52.9. Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнью, неуточненная.......................................177

2.9. Зависимость от алкоголя (F10...) и сексуальные дисфункции .......................................177

**Глава 3. Нарушения психосексуального развития** .......................................182

3.1. Психосексуальное развитие человека.......................................182

3.2. Нарушения темпов и сроков психосексуального развития………….192

3.3. Нарушение стереотипа полоролевого поведения……………….195

466

3.4. Феномен гомосексуальности.......................................204

3.5. Сексуальные девиации.......................................214

3.6. Сексуальные перверсии.......................................219

3.7. Расстройства половой идентификации (F64).......................................225

F64.0. Транссексуализм.......................................225

F64.1. Трансвестизм двойной роли 228

F64.2. Расстройства половой идентификации в детском возрасте. 230

F64.21. Расстройство половой идентификации в детском возрасте транссексуального типа.......................................232

F64.22. Расстройство половой идентификации в детском возрасте трансролевого типа................................................................232

F64.29. Расстройство половой идентификации в детском возрасте неуточненное....................................................................232

F64.8. Другое расстройство половой идентификации. 232

F64.9. Расстройство половой идентификации неуточненное 232

3.8. Расстройства сексуального предпочтения (F65) .......................................233

F65.0. Фетишизм.....................................................................233

F65.1. Фетишистский трансвестизм.................................................234

F65.2. Эксгибиционизм. ....................................234

F65.21. Эксгибиционизм, садистический тип................................235

F65.22. Эксгибиционизм, мазохистический тип 235

F65.29. Эксгибиционизм неуточненный. 235

F65.3. Вуайеризм. ....................................235

F65.4. Педофилия ....................................235

F65.5. Садомазохизм. 236

F65.6. Множественные расстройства сексуального предпочтения. 236

F65.8. Другие расстройства сексуального предпочтения. 237

F65.9. Расстройство сексуального предпочтения неуточненное. 237

467

3.9. Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу (F66) 241

F66.0. Расстройство психосексуального созревания (развития).........242

F66.1. Эгодистоническая ориентация по полу......................................242

F66.2. Расстройство сексуальных отношений.......................................243

F66.8. Другие расстройства психосексуального развития...................244

F66.9. Расстройство психосексуального развития неуточненное.......244

**Глава 4. Фармакотерапия сексуальных расстройств**.............................245

4.1. Адаптогены и сходные с ними стимулирующие вещества...................245

А. Средства растительного происхождения

и продукты пчеловодства..................................................................... 245

Б. Средства животного происхождения......249

В. Комбинированные средства (животно-растительного происхождения).......................................................................249

4.2. Витамины и поливитаминные комплексы, содержащие макро- и микроэлементы и биоактивные вещества. 250

4.3. Половые гормоны и средства, влияющие на гормональное обеспечение половой сферы 251

А. Андрогены и их синтетические аналоги.......................................251

Б. Анаболические стероиды................................................................255

В. Гонадотропины................................................................................256

Г. Ингибиторы секреции пролактина.....................................257

Д. Антиандрогены... ....................................................................259

Е. Эстрогены...................................................................................... 260

Ж. Гестагены. .................................................................... 261

4.4. Вазоактивные препараты.................................................................. 261

А. Общего действия.................................................................... 261

Б. Вазоактивные препараты селективного действия......................264

4.5. Препараты, стимулирующие центральную и периферическую нервную систему...........................................................................271

4.6. Метаболиты и ферменты, регулирующие обмен веществ.......................274

4.7. Психотропные препараты. ....................................................................275

А. Транквилизаторы...................................................................275

Б. Нейролептики. ....................................................................277

В. Антидепрессанты....................................................................278

Г. Психостимуляторы................................................................283

Д. Ноотропы. .................................................................... 283

4.8. Гепатопротекторы. ....................................................................284

4.9. Препараты, действующие в области периферических нервных окончаний................................................................285

А. Местноанестезирующие средства.......................................285

Б. Местнораздражающие мази.....................................................286

4.10. Препараты, улучшающие функцию простаты....................................286

4.11. Другие методы коррекции эректильных дисфункций у мужчин........287

1. Использование эректоров.....................................................................287

2. Вакуумная терапия эректильных дисфункций..............................287

3. Хирургическое лечение....................................................................289

**Глава 5. Психотерапия сексуальных дисфункций**..................................291

5.1. Место психотерапии в сексологическом лечении.................................291

5.2. Основные принципы и составляющие интегративной психотерапии сексуальных дисфункций у мужчин............................................................300

5.3. Принципы коррекции нарушений психосексуального развития...........315

5.4. Психотерапия тревожного ожидания сексуальной неудачи и коитофобии. ....................................................................319

5.5. Модификация неадекватных убеждений и установок в отношении половой жизни, коррекция дисфункциональных схем мышления...................359

5.6. Проработка интрапсихических конфликтов.........................................364

5.7. Психотерапия нарушений межличностных отношений в паре.............372

5.8. Коррекция дисгармоничного сексуального взаимодействия в паре. 395

469

**Заключение**...............................................................................................**405**

**Приложение 1**...........................................................................................**406**

**Приложение 2**...........................................................................................**439**

**Литература**................................................................................................**459**

470

*Научное издание*

Доморацкий В.А.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ

И ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ

РАССТРОЙСТВ

Компьютерная верстка И. Самсонов

Корректор

М. Яковлева

ООО «Академический Проект»

Изд. лиц. N0 04050 от 20.02.01.

111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.

Санитарно - эпидемиологическое заключение

Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

№ 77.99.60.953.Д.003959.04.08 от 22.04.08.

Издательство «Культура» 105215, Москва, ул. Парковая 13-я, д. 27, оф. 2

По вопросам приобретения книги просим обращаться в ООО «Трикста»:

111399, Москва, ул. Мартеновская, 3.

Тел.: (495) 305 5702; 305 6092; факс: 305 6088

E-mail: [info@aprogect.ru](mailto:info@aprogect.ru)

[www.aprogect.ru](http://www.aprogect.ru)

Подписано в печать с готовых диапозитивов 24.10.08.

Формат 84 х 108/32. Гарнитура Mysl. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Усл. печ. л. 25,2. Тираж 1500 экз.

Заказ № 3385.

Отпечатано в полном соответствии с качеством

предоставленных диапозитивов в ОАО «Дом печати - ВЯТКА».

610033, г. Киров, ул. Московская, 122