

Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитриева

ИНТИМНОСТЬ

Москва 2012

УДК 159.9
ББК 88
К 66

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Интимность: - М.: Академический Проект; Гаудеамус, 2012. 239.
ISBN 978-5-8291-1349 -0 (Академический Проект)
ISBN 978-5-98426-111 -1 (Гаудеамус)

Книга посвящена новому разделу психологической науки – психологии и психотерапии интимности. В монографии с современных позиций рассмотрены психологические особенности развития интимности, виды, структура, психологические защитные механизмы, сопровождающие ее проявления, взаимосвязь интимности с такими феноменами, как психологическая совместимость, настоящая, ложная и романтическая любовь, сострадание, доверие, самоотчуждение и сексуальное благополучие.

Особое внимание уделяется психологическим особенностям личности и интимных отношений людей с нарцисстическим, пограничным личностными расстройствами и личностным расстройством избегания.

В книге анализируются факторы риска возникновения страха интимности, сниженного сексуального желания и других нарушений интимности, приводятся данные психоанализа объектных отношений, коммуникативного анализа, теории основного конфликта, глубинной кратковременной психодинамической терапии, нарративной психотерапии, эффективного воздействия на дезадаптивные схемы, модели поведения и сексуальные сценарии.

Цель монографии - не только познакомить читателей с фактической информацией, основанной на научных исследованиях, но и предоставить возможность разобраться в противоречиях между полами, в различных аспектах сексуальности и интимном поведении, что позволяет внести необходимые изменения в свою сексуальную жизнь.

Авторы надеются, что предлагаемая книга окажется полезной как для профессионалов сексологов, так и для широкого круга читателей, интересующихся данной проблемой.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Preface.....	3
Предисловие.....	12
I. ИНТИМНОСТЬ. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ.....	24
1.1. Страх интимности.....	31
1.2. Циркулирующая интимность.....	38
1.3. Интимность и совместимость.....	39
1.4. Интимность и личностное расстройство избегания.....	43
1.5. Интимность при нарцисстическом личностном расстройстве.....	45
1.6. Интимность при пограничном личностном расстройстве.....	49
1.7. Интимность и психическое здоровье.....	55
1.8. Интимность и сострадание.....	57
1.9. Интимность в постмодернистской культуре.....	58
1.10. Интимность и доверие.....	63
1.11. Интимность и самоотчуждение.....	66
1.12. Интимность, сексуальное желание и романтическая любовь.....	71
1.13. Настоящая и ложная любовь.....	89
1.14. Сексуальное благополучие.....	98
1.15. Спонтанное сексуальное желание.....	100
1.16. Интимность и гипоактивное (сниженное) сексуальное желание.....	101
1.17. Блокировка привязанности и интимности.....	144

II. ПСИХОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ИНТИМНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ЖЕЛАНИЯ.....	155
2.1. Психодинамическая терапия нарушений интимности и сексуального желания.....	154
2.2. Когнитивно-бихевиоральная терапия.....	225
2.3. Нарративная терапия.....	232

INTIMACY

Sexual disorders 2010 Intimacy and sexual desire in the postmodern culture. Analysis and psychodynamic therapy

Preface

Intimacy generally refers to belonging together in informal and very close affective connection with another person. Intimacy involves reciprocity, vulnerability, and transparency. Human beings have a universal need to belong, to be cared for, and to love. This need is realized when an intimate relationship is formed. Physical intimacy is characterized by romantic love, attachment or sexual activity. Intimacy requires an ability to be both separate and together in an intimate relationship. Intimacy is impossible without an ability to separate own self from the self of the other. Mixed selves are the form of symbiosis which is different from intimacy.

Zeldin (1994) suggested that intimacy is product of the development of culture, and it began with separating sexual experience and especially pleasure associated with that experience, from reproduction as primary function of sex. Culture emancipated delight gradually from reproduction. Hence the reproductive function of sex is indispensable, its link with sex is unbreakable but a constant tension between the two is present. In the postmodern era aesthetic focus on sexual desire (eroticism) have changed, proclaiming itself to be its only reason and purpose. "Desire does not desire satisfaction. To the contrary, desire desires desire" (Taylor, Saarinen, 1994). The freedom to seek sexual delights has risen to the level of cultural norm. In its postmodern condition, sexual activity is focused narrowly on its orgasmic effect (Bauman, 1998). The postmodern general fragmentation with its tendency to cut off the present from both past and future is paralleled by tearing eroticism apart not only from sexual reproduction but also from intimacy and love (Giddens, 1992).

Today, the word intimacy has taken on sexual connotations. However, it is much more than that. It includes significant aspects of human life, designed to

function together in harmony: the emotional, the mental, the social, and the spiritual. Intimacy means sharing own life with someone, experiencing love, tenderness and closeness. Intimacy is directly connected with compassion, with an ability to feel pity for an other, to vitally imagine what it is like to be other, to step outside of limitations of ego-centric perspective. The style of life, the general over-stimulation, all ideology of postmodern culture leaves very few possibilities for entering into the inner mental world of others and feels what they feel. The postmodernity produces emotional numbness of people with an indifference to the suffering of the others.

Intimacy develops gradually from very early period of time inside a family in process of identification with parents. When the parents do not grant the child the conditions for developing both the autonomy and the closeness the healthy intimacy does not develop. These situations, unfortunately, became very typical for the postmodern culture. Contemporary parents do not provide often a minimum of the necessary mutual connection with the child. They are usually more interested in their careers, entertainments, and travels than in their children needs to be available, Parents who are absent for economic reasons and can not impart combination of love and discipline make it extremely difficult to accept them as models for intimacy, conscience, and ego ideal. Psyche of such emotionally rejected children remains immature and archaic. In adulthood they cannot form consistent, relatively long intimate relationships. Lack of emotional intimacy in sexual relationship leads often to the problem with physical intimacy, especially in the form of the low (hypoactive) sexual desire that becomes the part of the various forms of sexual disorders.

Sexual desire disorder as discrete diagnostic entity (sexual dysfunction) have appeared relatively recently (Kaplan, 1979; LoPiccolo, 1980; Zilbergeld, Ellison, 1980) and induced significant change in sex therapy (Schnarch, 1991; Pridal, LoPiccolo, 2000).

Sexual disorders sometimes are called the disorders of the basic instinct according to the title of the film with the same name. This title became very popular after this film appeared on the screens. Postmodern culture creates the conditions, which are conducive for the development of these disorders. They include the

factors that cut the psychosocial bonds of a man with his/her soul, with her/his authentic identity. From the time of his birth the infant is more and more immersed in the world of virtual reality of television, DVD, PC. A child communicates with the heroes of computers games, and significantly limits the possibility to the contacts with living persons, parents, or other caretakers. Interactivity between a child and his parents are usually limited by process of nutrition and receiving the shelter and physical comfort. Postmodern child lives in the world of artificial emotional inducers, virtual challenges, conflicts and aggression. He/she does not have enough possibility to form the natural attachment and experiences. All that is originated in the childhood plays a crucial role in the formation of psychobiological necessary basic preconditions for the future development of many character traits, attitudes, and predominant types of psychosocial behavior.

Early imprinting is the most significant for the development of activities directly connected with instinctual sphere of experiences, activities and behaviors. This sphere includes the sexuality. The psychology of sexual desires on the hidden unconscious level is buried in the peculiarities of early childhood experiences, including period of infancy. Great significance has, for example, how the infant has learn eye-to-eye contact, how he had seen himself in the mirror of the face of his mother, how he reacted on her eyes expression, on her smile. In the period of early childhood the child tames the elements of the process of receiving pleasure, an opportunity for the trust to the other people. In the child's psyche the emotional states connected with positive and negative emotional experiences are imprinted. The child's memory system has fixed, first of all, not the events but the feeling state that was directly connected with this event. These feelings are fixed, preserved during later period of life. Especially significant for the future pathological development has negative feeling connected with rejection, abandonment, humiliation, and abuse. Gradually a child learns the feeling of his body, and later his or her gender. Many sexual attitudes, beliefs, and behavioral patterns are influenced by childhood experiences and learning. Individual do not become sexual all at once at birth or in teenager time. People are strong influenced by the early child

experiences, but their choices and activities, all that they do, including contents of sexual behavior, are not fully determined by the past.. People are influenced by their sense of what is possible for them in the future. They are influenced, but not determined, by their feelings, thoughts, beliefs, and fantasies in general, but more specifically by their sense of concrete future possibilities. In usual situation unless they are compelled by someone or prevented by physical incapacitation, people choose the action they take. Feelings sometimes are uncontrollable, Thoughts and fantasies also can appear spontaneously under the influence of old “conserved” emotions. However, both in normal and even in psychopathological conditions, actions always have an element of choice. In sexual sphere people are able to choose what they do.

Analysis of the causes of sexual disorders in the postmodern society shows the necessity to consider not only the event of current situation, what is usually emphasized by patients, but the archeology of their childhood, where the primary roots of their problems are buried.

Dehumanization of society is one of significant trait of postmodern society. It is connected with the effect of many factors. They include: the increasing impact of the computer galaxy on the every day life, the information avalanche, the increasing rate of the changes and the acceleration in the most fields of life, the overwhelming effect of “no time” phenomenon. Postmodern person in general has no time for the contemplation, for the concentration on his or her inner experiences. He/she has very weak motivation and practically little possibility to develop the inner subjectivity and achieve the state of intimacy.

Deficit of own subjectivity leads to the impossibility to feel and understand the subjectivity of other people. As a result, deep emotional mutual contacts between people can not develop satisfactorily, and communications take place only on superficial formal, usually professional, business-like level.

The conditions of postmodern society with typical for its fluidity provide the formation of the people without subjectivity who are adjusted to the social and professional requests, who are effective on their work places but who are very

limited in the field of interpersonal communication. These people superficially on the narrow professional level are supernormal. Their psychological problem contains the absence of symbolization, the deficit of the imagination. The facts, objects, events, and so more the people are perceived as themselves without their symbolic meanings. Interaction with them on personal level is extremely limited and boring. They have limited ability to the empathy of even the closest to them persons. The ability for understanding of inner mental contents of others is undeveloped, the process of “mentalization” (Fonagy, 2002) is seriously damaged. It is impossible to get with other persons, including friends, relatives, and lovers, informal contact based on mutual understanding, mutual experiencing and sympathy.

Persons with such psychological traits feel, predominantly unconsciously, their inadequacy; often they experience the feeling of inner emptiness and existential boredom. Psychological discomfort can easily transform to the state of depression, usually without typical feeling of guilt. This category of people is predisposed to the development of addictive realizations as a way to escape temporarily from the negative experiences of inner emptiness and general psychological discomfort. Sexuality in such cases became a dominant force assimilating along with the professional career the significance of the sense of life. It transforms often to the form of sexual addiction that occurs as rather typical variant of development.

On the base of imprinted in the childhood experiences and algorithms of behavior sexuality does not develop in the more sophisticate patterns and can lead to the impulsive actions.

Accentuation in these conditions the vital significance of the sexuality carries the continual potential danger of existential failure, what in the situation of the absence of subjectivity can lead to the catastrophic consequences with extremely high motivation to commit the suicide. Typical for these persons dual thinking and poverty of imagination increase the possibility for the realization of suicidal drive.

Analysis of sexual disorders in predominant number of our patients revealed the special significance of anxiety, which was present in all these cases. Anxiety is the basic symptom that exists in the psychological structure of sexual desire as primary

symptom of most sexual disorders. The effects of HSDD are not limited to the sexual intercourse. In many cases it's tied to the partners' emotional well-being, their psychological distress, depression, anxiety, marital adjustment and sexual compatibility. It also has an effect on the partner, which in turn affects the relationship as a whole (Hurlbert et al., 2000).

The hypoactive sexual desire disorder (HSDD) is the most frequent sexual problem in sexual therapy. Anxiety in patients with sexual disorders can be overt and less obvious, it can be localized both on the conscious and unconscious level. In the last case patients are not aware of anxiety and interpret it in term of worry, depressive mood, irritability, or general psychological discomfort. Postmodern society is saturated by anxiety. Zygmunt Bauman (2006) calls postmodern anxiety with the term "fluid fear" that is present practically on the all levels and branches of postmodern life. In the field of sexuality anxiety has specific projection, its content is fixed on the sexual "performance". Performance anxiety is very typical for many forms of sexual problems and situations, it includes patients' fear of being watched and evaluated by their partners. Men, particularly, have a tendency to think of a sexual encounter as a "performance".

Many men and women in postmodern society think of sex as some kind of work activity often more for the benefit of sexual partner. Probably, in some way it reflects a transfer of the main postmodern fixation on the achieving success, winning the competition in other fields of social life by any price. Sexual activity, however, is an area where the orientation on the performance has only negative effect. This attitude objectively can only detract from the enjoyment of sexual encounter and lead to sexual failure. Previous sexual failure enhances the possibility of the next failure.

Patients may come to believe there it exists only one "right" way to enjoy their sensuality, that intercourse is only necessary path to physical intimacy. Performance anxiety is projected on the fear of impotency in males and the absence of orgasm in females. Overemphasis on sexual performance is factually opposed to sexual intimacy and pleasure.

Because anxiety is such significant factor in causing sexual problems, the key to healing them is the identification, dealing with, and reducing this symptom.

The appearance of sexual desire is a necessary component of sexual encounter, but conditions of postmodern culture have negative influence on this psychological process. It is connected mainly with early attachment on virtual (TV, PC, DVD, computer games etc.) objects, which provoke a sexual desire. A gap between virtual objects of sexual desire, their images, make-up, style of clothing and behaviors and real living persons is gradually widen. As a result a fear of the contact with the real living persons, fear of the inner subjective world of mental contents of others is developing. The process takes place at continual presence of anxiety which increases in the situation of possible sexual encounter. The fetishist, male or female, takes selected real or imaginary person to new unattainable heights when he/she replaces intercourse with fetish object.

This view of fetishism is presented in film “The age of innocence” based on Edith Warton novel. Daniel Day-Lewis, playing the male lead, fell at Michele Pfeiffer’s feet, kissed her shoe, then wept with his face pressed against her shoe. This woman remained for the hero the idol-goddess, the ideal image that he could never possess for rest of his real life.

Elements of fetishism became prevalent in postmodern culture and it lead to the widening of distancing behavior in the society. With this social development is linked the fact of the significant increase of interest to the avoidant personality disorder and the cases of avoidant behavior beyond the diagnose of personality disorder. It includes so called shadow forms of distancing, avoidant addicts (Mellody, 1998), hidden distancing behaviors. Phenomenon of avoidance is present in the structure and dynamic of sexual disorders and should be considered in the programs of the therapeutic approaches.

In the life of couples implicit and explicit contracts are formed. If these contracts are broken the relationships between partners disrupt and low sexual desire may result. The decrease or loss of sexual desire may also appear from confusion the fulfillment of roles and/or the inability of one or both partners to express their

negative emotions and frustration. The more the partners differ in their general cultural level, in the everyday customs, and organization of meaning, the more their cognitive and conduct expressions will fail to meet. These deficits induce problems of communication on all levels, including very often the sexual desire.

In the previous monograph (Korolenko, Dmitrieva, 2011 “Sexual disorders in the postmodern world”) we have described and analyzed some typical for postmodern culture forms of sexual disorders. In this book main attention is fixed on the preventive and therapeutic approaches in the cases with intimacy problems and HSDD.

Authors use the data of object-relation psychoanalysis, communicative psychoanalysis, core conflict theory, brief depth oriented psychodynamic therapy, integrative and cognitive-behavioral therapy, and also the work with maladaptive negative schemas and sexual scripts.

Schemas are defined as stable, rigid, and enduring beliefs about oneself, about anticipation of interactions with others and with world in general (Elliott and Lassen, 1998; Young, 1999; Preston, 2009). Schemas are developed gradually in the dynamic when the children encounter an experiences of interaction with others in their family of origin. In the case of chronic repeated experience of being abused, belittled, mistreated early maladaptive negative schemas may develop with predominant beliefs of failure, inadequacy, rejection, and abandonment. If unaltered such schemas about self-concept and worldview may continue and form pathological sexual scripts that become the nucleus of the disorder of sexual desire and other sexual disorders. Cognitive-behavioral psychodynamic treatment approaches are recommended to correct the sources of the unrealistic thinking about own sexuality and promote more rational healthy approaches.

Sexual scripts focus attention on the contextual character of sexual conduct. Lack of congruence of sexual scripts between partners may contribute to the development of loss of desire. Script negotiation encourages understandings of the complex motives underlying sexual behavior, allowing the assessment of desire disorders. Script adaptation can be usefully incorporated in the spectrum of

therapeutic cognitive-behavioral approaches in the frame of different forms of psychodynamic psychotherapy.

Main topics of sexual therapeutic approaches concern sexual problems connected with the low (hypoactive) sexual desire with disorders of arousal, and with psychological fixation on the performance of sexual encounter and the fear of sexual failure. The role of conscious and unconscious distancing in the development of sexual dysfunction is also analyzed.

We hope that a proposed book can be useful both for professionals, psychiatrists, psychologists and sexologists as for non-professionals interested in this problem.

References:

- Bauman, Z. (2006) *Liquid Fear*. London. Polity.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M.(20002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. New York. Other Press.
- Giddens, A. (1992) *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Society*. Polity Press.
- Elliott, C., Lassen, M. (1998) *Why Can't I Get What I Want*. Palo Alto, CA. Davies-Black Publishing.
- Hulbert, D., Apt,C., Hulbert, M., Prince,A. (2000) *Sexual Compatibility and the Sexual Desire-Motivation in Females with Hypoactive Sexual Desire Disorder*. *Behavior Modification*, 24(3), 325-347.
- Kaplan, H. (1979) *Disorders of Desire*. New York. Brunner/Mazel.
- LoPiccolo, J. (1980) *Low Dexual Desire*. In S. Leiblum, L.Pervin (Eds.). *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York. Guilford Press.
- Mellody, P. (1998) *Facing Love Addiction*. Harper Collins.
- Korolenko, Ts., Dmitrieva,N. (2011) *Sexuality in Postmodern World (in Russian)* Novosibirsk. NGPU.
- Preston, J. (2009) *Integrative Brief Therapy. Cognitive, Psychodynamic, Humanistic, Neurobiological Approaches*. Atasdero, CA. Impact Publishers.

- Schnarch, D. (1991) *Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York. Norton.
- Taylor, H., Saarinen, E. (1994) *Imagologies*. London. Routledge.
- Pridal, C., LoPiccolo, J. (2000) Multielement Treatment of Desire In S. Leiblum, R. Rosen (Eds.) *Principle and Practice of Sex Therapy*. Third Edition. New York. Guilford Press, 57-81.
- Young, J. (1999) *Cognitive Therapy For Personality Disorders, A Schema-Focused Approach*. Sarasota, Fl. Professional Resource Press.
- Zeldin, Th. (1994) *An Intimate History of Humanity*. New York. Harper-Collins.
- Zilbergold, B., Ellison, C. (1980) Desire Discrepancies and Arousal Problems in Sex Therapy. In S. Leiblum, L. Pervin (Eds.) *Principles and Practice of Sex therapy*. New York. Guilford Press.

Предисловие

Интимность в общем выражается в феномене принадлежности и эмоциональной связи с другим человеком. Интимность включает взаимность, ранимость и открытость. Человеку присуща универсальная потребность в принадлежности, заботе и любви. Эта потребность реализуется, когда формируются интимные отношения. Физическая интимность характеризуется романтической любовью, аттачментом или сексуальной активностью. Интимность требует способности, с одной стороны, находиться вместе, с другой, - сохранять сепаратность и индивидуальность в интимных отношениях. Интимность невозможна без способности отделения своего я от я другого человека. Смещение двух я приводит к формированию симбиоза, который отличается от интимности.

Zeldin (1994) считал, что интимность является продуктом развития культуры и начинается с отделения сексуального переживания и в особенности удовольствия, связанного с этим переживанием, от репродукции. Так как репродуктивная функция секса незаменима, ее связь с сексом неразрывна, однако при этом между удовольствием и репродуктивной функцией присутствует напряжение.

В постсовременной культуре эстетическая концентрация на сексуальном желании (эротизм) изменилась, став единственным смыслом. “Желание не желает удовлетворения. Наоборот, желание желает желания”(Taylor, Saariinen, 1994). Свобода поиска сексуальных удовольствий достигла уровня культуральной нормы. В постсовременных условиях сексуальная активность сужено фокусируется на оргазмическом эффекте (Bauman, 1998). Постсовременная фрагментация, с ее тенденцией отрыва настоящего от прошлого и будущего, параллельно отрывает эротизм не только от сексуальной репродукции, но также и от интимности и любви (Giddens, 1991).

В настоящее время, особенно в русском языке, слово интимность приобрело преимущественно сексуальное значение. Тем не менее, следует иметь в виду, что содержание и смысл термина интимность выходят далеко за

границы сексуальности. Интимность включает различные аспекты человеческой жизни, которые в норме должны функционировать вместе: психический, эмоциональный, социальный и духовный. Интимность подразумевает разделение с кем-то своей жизни, переживание любви, нежности и близости. Интимность непосредственно связана со страданием, со способностью переживать за другую/другого, с возможностью вообразить себя на месте другого/другой и выйти за пределы эго-центрической перспективы.

Постсовременный стиль жизни, общая гиперстимуляция, вся идеология постмодернистской культуры оставляет мало возможностей вхождения во внутренний психический мир других людей, содержание их чувств и мыслей. Постмодернизм продуцирует эмоциональную анестезию, с безразличием к несправедливости и страданиям других.

Интимность формируется постепенно с очень раннего периода жизни внутри семьи в процессе идентификации с родителями. В тех случаях, когда родители не обеспечивают ребенку достаточно благоприятных условий для развития как состояния автономности, так и состояния близости и объединения с другим человеком, достаточно емкая здоровая интимность не формируется. К сожалению, такая ситуация стала типичной для постсовременной культуры. В настоящее время родители очень часто не обеспечивают своим детям необходимого минимума необходимой психобиологически взаимной связи с ними. Обычно это происходит на фоне декларируемой любви к детям и даже субъективной убежденности в ней.

Причины хронической дефицитарности родительско-детских отношений многообразны. Родители часто заинтересованы, прежде всего, в своей карьере, социальной престижности, развлечениях, путешествиях, социальных контактах. Многие родители длительно отсутствуют дома по экономическим причинам и не в состоянии предоставить детям необходимую комбинацию любви и дисциплины. Такие родители не способны выступать в качестве моделей интимности и идеального я. Психика воспитываемых ими эмоционально отбрасываемых детей остается незрелой и архаичной.

Становясь взрослыми, они оказываются малоспособными образовывать стойкие длительные интимные отношения.

Отсутствие эмоциональной интимности в сексуальных отношениях часто приводит к проблемам с физической интимностью, что проявляется особенно в форме низкого (гипоактивного) сексуального желания, которое становится составным элементом различных форм сексуальных расстройств. Отметим, что нарушение сексуального желания как отдельная диагностическая категория было введено сравнительно недавно и значительно изменило прежние терапевтические подходы (Kaplan, 1979; LoPiccolo, 1980; Zilberg, Ellison, 1980).

Сексуальные нарушения иногда называют нарушениями основного инстинкта в соответствии с фильмом того же названия. Этот термин стал очень популярен после появления на экранах фильма “Основной инстинкт”.

Постсовременная культура создает благоприятные условия для развития этих расстройств. Они включают факторы, разрывающие психосоциальные связи человека с его/ее аутентичной идентичностью, с духовным началом. Со времени своего рождения младенец в постсовременном обществе все более и более погружается в мир окружающей его виртуальной реальности телевидения, видео, компьютера.

Ребенок вступает в нарастающее по интенсивности общение с персонажами компьютерных игр. У него существенно суживаются контакты с живыми лицами, с родителями, другими людьми, осуществляющими о нем заботу, сверстниками (общение с последними часто сводится к взаимному интересу и обмену информацией, касающейся компьютерных игр, нахождения в чате).

Постсовременный ребенок живет в мире искусственных эмоциональных возбудителей, виртуальных конфликтов, агрессивных фантастических сценариев, не имея возможности формировать естественные аттачменты, интроецировать в свою психику естественные переживания. Все, что закладывается в психику в детстве, как известно, играет решающую роль в

формировании необходимых психобиологических предпосылок для становления основных личностных характеристик, подходов и преобладающих типов психосоциального поведения.

Ранний импринтинг наиболее значим для развития активностей, непосредственно связанных с инстинктуальной сферой переживаний и поведения. Эта сфера включает сексуальность, характер сексуального желания. Психология сексуального желания на бессознательном уровне скрывается в особенностях ранних переживаний младенческого периода. Большое значение имеет, например, зрительный контакт, видение младенцем себя в зеркале лица матери, характер реакции младенца на выражение материнских глаз, ее улыбку, мимику.

В периоде раннего детства ребенок усваивает процесс получения удовольствия, формирует доверие к другим людям. В психику ребенка импринтируются эмоциональные состояния, связанные с положительными и отрицательными переживаниями. При этом память ребенка фиксирует, прежде всего, не сами события, а чувственные состояния, связанные с ними. Эти интроецированные в психику чувственные состояния сохраняются в последующие периоды жизни. Особое значение для патологического развития психики в будущем имеют отрицательные чувства с содержанием пренебрежения, унижения, покидания и насилия.

Постепенно ребенок обучается чувству собственного тела, а позже чувству своего гендера. Многие сексуальные подходы, убеждения и паттерны поведения находятся под влиянием детских переживаний. Индивидуум не становится сексуальным внезапно после рождения или в детском и подростковом периодах. На человека сильно влияют ранние детские переживания, но его/ее выбор, активность, все жизненно важные действия не полностью определяются прошлым. На людей влияет чувство возможной перспективы в будущем. Они находятся под воздействием чувств, мыслей, убеждений и фантазий, при этом особенно важно ощущение наличия конкретных будущих возможностей. В обычных условиях, если что-то им не

мешает, (физический недостаток или внешнее подавление) они осуществляют свободу выбора.

Чувства часто не контролируются. Мысли и фантазии также могут возникать спонтанно под влиянием старых “законсервированных” эмоций. Тем не менее, даже в случаях психопатологических состояний действие включает в себя элемент выбора, что относится и к сексуальной сфере. Анализ случаев сексуальных расстройств в постмодернистском обществе показывает необходимость учитывать не только события текущей ситуации, которые обычно акцентируются самими пациентами, но и археологию их детства, где находятся корни их текущих проблем.

Дегуманизация общества является одной из важных характеристик постсовременной культуры. Многие факторы принимают участие в этом процессе. Они включают все возрастающее воздействие на человека феномена, который можно назвать компьютерной галактикой, лавину информации, нарастающий темп изменений, ускорение, затрагивающее большинство областей жизни, поглощающий эффект отсутствия времени. Постмодернистский индивидуум, как правило, не имеет времени для концентрации внимания, для обдумывания, размышления, выхода за границу конкретных, обычно узкопрофессиональных или бытовых ситуаций.

Постсовременный человек лишен реальной возможности развивать свою внутреннюю субъективность. Дефицит собственной субъективности приводит к невозможности чувствовать и понимать субъективность других людей. Нарушаются сэлф-сэлфобъектные отношения (по терминологии Kohut’а, 1984). В результате глубокие взаимные контакты между людьми становятся фактически невозможными. Межличностные коммуникации осуществляются преимущественно на формальном поверхностном преимущественно профессиональном уровне.

Условия постмодернистского общества с типичной для него «текучестью», непостоянством способствуют формированию людей, лишенных субъективности, людей, приспособленных к развитию профессионализма, к

“правильному” социальному поведению с соответствием принятому кодексу поведения и соблюдением правил, обеспечивающих социальный успех.

Эти люди могут быть эффективными на своих рабочих местах, но крайне ограниченными в межличностном общении. Их психологическая проблема заключается в отсутствии способности к символизму, в отчетливой недостаточности воображения. Факты, события, объекты воспринимаются как таковые, лишённые какого-либо символического значения. Взаимодействие с такими людьми на личностном, эмоциональном уровне чрезвычайно ограничено и скучно. Они страдают от невозможности проявить эмпатию даже по отношению к наиболее близким к ним лицам. Способность чувствовать и понимать как собственные психические состояния, так и состояния окружающих, у них недоразвита, серьезно поврежден процесс “ментализации” (Fonagy et al., 2002). Невозможен неформальный контакт, основанный на взаимопонимании, сочувствии и симпатии.

Лица с подобными психологическими чертами на бессознательном уровне чувствуют свою неадекватность, у них часто возникает трудно вербализуемое чувство психологического дискомфорта, внутренняя пустота и экзистенциальная скука. Это состояние может легко трансформироваться в депрессию, в содержании которой отсутствует характерное для последней чувство вины.

Индивидуумы с такими характеристиками предрасположены к возникновению жестких аддиктивных мотиваций в качестве способа временного бегства от отрицательных переживаний, в особенности неосознаваемого беспричинного психологического дискомфорта и, очевидно, страха общей дезинтеграции. Сексуальность становится доминирующей силой, которая оказывается у этих лиц, наряду с профессиональной карьерой, фактически единственным смыслом жизни. Сексуальность трансформируется часто в форму сексуальной аддикции, что является наиболее типичным вариантом развития.

На основе импринтированных в начальном периоде жизни сэлфобъектов и алгоритмов поведения блокировано достаточное развитие когнитивных процессов, что создает предрасположенность к совершению импульсивных действий.

Акцентуация в таких условиях сексуальности несет в себе потенциальную опасность неудач и поражений. При отсутствии или слабом развитии субъективности сексуальные поражения могут приводить к катастрофическим последствиям с чрезвычайно сильной суицидальной мотивацией. Типичное для этих лиц максималистское мышление и бедность воображения повышают возможность реализации стремления к суициду.

Анализ сексуальных расстройств у преобладающего числа пациентов/пациенток раскрывает специальное значение тревоги, которая присутствует во всех изученных случаях. У лиц с сексуальными расстройствами тревога может быть открытой, легко устанавливаемой, и менее очевидной. Тревога может локализоваться как на сознательном, так и на бессознательном уровне. В последнем случае пациентки/пациенты не осознают наличие тревоги и интерпретируют свое состояние в терминах беспокойства, озабоченности, сниженного настроения, раздражительности или общего психологического дискомфорта. Zygmunt Bauman обозначает постоянно присутствующую в постмодернистском обществе тревогу термином расплывающийся страх (*liquid fear*), который пронизывает все сферы постсовременной жизни.

В области сексуальности тревога имеет специфическую проекцию, ее содержание фиксировано главным образом на “перформансе” – завершении сексуального акта. Тревога завершения очень типична для многих вариантов сексуальных проблем и ситуаций, она включает страх быть наблюдаемым и оцениваемым сексуальной партнершей/партнером. Мужчины, в особенности, имеют выраженную тенденцию к оценкам сексуального контакта в рамках физического перформанса.

Многие мужчины и женщины в постсовременном обществе думают о сексе как о своего рода «рабочей активности», направленной в большей степени на удовлетворение сексуальной партнерши/партнера. Вероятно, что в определенной степени это отражает перенос основной постмодернистской фиксации в получении удовольствия от достижения успеха, победы в конкуренции во всех областях жизни любой ценой. Сексуальная активность, теме не менее, является областью, где ориентация на перформанс имеет отчетливый отрицательный эффект. Ориентация на перформанс («делании любви») объективно способна только отвлечь от получения удовольствия и чувства радости от сексуального отношения и привести в итоге к сексуальному поражению. Предшествующая сексуальная неудача в свою очередь увеличивает возможность последующего поражения.

Пациенты могут приходиться к заключению, что существует лишь один «правильный» путь к удовлетворению чувственности, что сексуальный акт является единственным возможным и необходимым вариантом физической интимности. Тревога завершения неизбежно проецируется на возникновение страха импотенции у мужчин и страха отсутствия оргазма у женщин. Таким образом, свехакцентуация на сексуальном завершении практически блокирует сексуальную интимность и связанное с ней удовольствие.

Поскольку тревога завершения выступает как столь значительный фактор сексуальных проблем, ключевое значение приобретает ранняя идентификация тревоги и ее устранение.

Возникновение сексуального желания является необходимым компонентом сексуального контакта, но условия постсовременной культуры отрицательно влияют на этот психобиологический процесс. Это связано во многом с ранней фиксацией внимания на виртуальных объектах (телевидение, DVD, компьютерные игры), которые провоцируют и «стягивают на себя» сексуальное желание.

Пропасть между виртуальными объектами сексуального желания, их образами, косметикой, стилем одежды (или ее отсутствием), поведением и

реальными людьми постепенно расширяется. В результате развивается страх общения с живыми лицами, блокируется психическая субъективность и сужается содержание воображения и фантазий. Процесс происходит при постоянном присутствии тревоги, которая возрастает в ситуациях возможных сексуальных встреч.

Формируется фетишизм. Фетишист (мужчина и женщина) поднимает на нереальную недостижимую высоту требования к объекту возможного выбора, соответствующему параметрам виртуальной модели, и в результате заменяет контакт с реальным объектом виртуальным. Эта сторона фетишизма нашла отражение в фильме “Возраст невинности” (“The Age of Innocence”), основанном на повести Edith Warton. Daniel Day-Lewis, исполняющий главную мужскую роль, падает на колени у ног Michell Pfeiffer, целует ее туфли, затем плачет, прижавшись к ним. Эта женщина является для героя идолом-богиней, идеальным имиджем, которым он никогда не сможет обладать в своей реальной жизни.

Элементы фетишизма стали занимать все более заметное место в постсовременной культуре, что объективно приводит к расширению в обществе дистанцированного поведения. С этим процессом связан факт значительного усиления интереса к личностному расстройству избегания, а также многочисленным случаям поведения избегания вне достаточных формальных признаков, требующихся для диагностики личностного расстройства. К ним относятся, в частности, теньевые формы дистанцирования (Короленко, Дмитриева, 2010), аддикты избегания (Mellody, 1992), скрытое поведение дистанцирования (Kantor, 2003). Феномен избегания присутствует в структуре и динамике сексуальных нарушений и должен учитываться в программах современных терапевтических подходов.

В жизни пар, находящихся в интимных отношениях, имеют место различные неформальные контракты. Их нарушение может приводить к снижению сексуального желания. Снижение или полная потеря сексуального желания возникает также в связи со спутанностью ролевого поведения и/или

неспособности одного или двух членов пары выражать свои отрицательные эмоции и фрустрации. Чем больше партнеры отличаются друг от друга по культурному уровню, каждодневным привычкам, тем в большей степени не будут совпадать их когнитивность и поведение. Подобные несовпадения вызывают проблемы коммуникации на различных уровнях и очень часто включают сферу сексуального желания.

В предшествующей монографии “Сексуальные нарушения в постсовременном мире” (Короленко, Дмитриева, 2011) авторы описали и проанализировали некоторые типичные для постсовременной культуры формы сексуальных расстройств. В настоящей публикации основное внимание фиксируется на профилактических и терапевтических подходах к нарушениям интимности и сексуальных расстройств.

Авторами использованы данные психоанализа объектных отношений, коммуникативного анализа, теории основного конфликта, глубинной кратковременной психодинамической терапии, формы эффективного воздействия на дезадаптивные схемы, модели поведения и сексуальные сценарии. Схемы определяют формирование и сохранение стабильных, очень ригидных убеждения о характере предполагаемых интеракций с другими лицами и с окружающим миром (Elliott, Lassen, 1998; Young, 1999; Preston, 2009).

Схемы формируются постепенно, в динамике, в процессе того, как дети обучаются взаимодействию с другими членами их семьи. В случаях неоднократно повторяющихся хронических переживаний насилия, унижения, отвержения формируются отрицательные дезадаптивные схемы с преобладающими убеждениями о поражении, неадекватности и покидании.

В случаях сохранения неизменных схем в отношении себя и восприятия окружающих на их основе формируются патологические сексуальные сценарии, которые становятся центрами кристаллизации нарушения сексуального желания и других сексуальных проблем. Когнитивно-бихевиоральные психодинамические терапевтические подходы

рекомендуются для коррекции источников нереалистического мышления о своей сексуальности и становления более рациональных здоровых подходов.

Сексуальные сценарии фиксируются на содержательном характере сексуального поведения. Отсутствие конгруэнтности сексуальных сценариев между партнерами может приводить к потере сексуального желания. Обсуждения сценария в процессе терапии стимулирует понимание пациентом/пациенткой комплексных мотивов сексуального поведения, включая нарушение желания. Изменение сценария может быть успешно применено в качестве компонента спектра терапевтических подходов в рамках различных форм психодинамической терапии.

Основные подходы к терапии затрагивают проблемы, связанные со сниженным сексуальным желанием, обусловленные психологической фиксацией на эффективности завершения и страхом сексуального поражения. В книге анализируется роль сознательного и бессознательного дистанцирования в развитии нарушений интимности и сексуальной дисфункции. Авторы надеются, что предлагаемая книга окажется полезной как для профессионалов сексологов, так и для широкого круга читателей, интересующихся данной проблемой.

Литература:

Короленко, Ц., Дмитриева, Н. (2011) Сексуальность в постсовременном мире. Новосибирск. НГПУ.

Bauman, Z. (2006) *Liquid Fear*. London. Polity.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., Target, M. (2002) *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. Other Press.

Giddens, A. (1992) *The Transformation of Intimacy: Sexuality, Love and Eroticism in Modern Society*. Polity.

Elliott, C., Lassen, M. (1998) *Why Can't I Get What I Want*. Palo Alto, CA. Davies-Black Publishing.

Kantor, M. (2003) *Distancing. Avoidant Personality Disorder*. Westport Conn. Praeger.

Kaplan, H (1979) Disorders of Desire. New York. Brunner/Mazel.

Kohut, H. (1984) How Does Analysis Cure? Chicago. University of Chicago Press.

LoPiccolo, J. (1980) Low Sexual Desire. In S.Leiblum, L.Pervin (Eds.). Principles and Practice of Sex Therapy. New York. Guilford Press.

Mellody, P. (1998) Facing Love Addiction. New York. Harper Collins.

Preston, J.(2009) Integrative Brief Therapy. Cognitive, Psychodynamic, Humanistic, Neurobiological Approaches. Atasdero, CA. Impact Publisher.

Pridal, C., LoPiccolo, J. (2000) Multielement Treatment of Desire. In S. Leiblum, R. Rosen (Eds.) Principle and Practice of Sex Therapy. 3 Edition. London. Guilford.

Taylor, H., Saarinen, E. (1994) Imagologies. London. Routledge.

Young, J. (1999) Cognitive Therapy for Personality Disorders. A Schema-Focused Approach. Sarssota, Fl. Professional Resource Press.

Zeldin, Th. (1994) An Intimate History of Humanity. New York. Harper Collins.

Zilbergold, B., Ellison, C. (1980) Desire Discrepancies and Arousal Problems in Sex Therapy. In S Leiblum, L. Pervin (Eds.) Principles and Practice of Sex Therapy. New York. Guilford Press.

I. ИНТИМНОСТЬ. ОБЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Интимность предполагает существование особенно тесных межличностных отношений. Основанные на интимности отношения характеризуются наличием эмоциональной фиксации (аттачмента), взаимозависимостью, длительностью, повторяющимися интеракциями, чувством принадлежности друг другу. Потребность в интимных отношениях универсально присуща человеку. Настоящая любовь, включающая родительско-детские и сексуальные отношения, возникает между людьми, способными на интимность, людьми которые психологически «совпадают» и взаимно поддерживают положительную эмоциональную основу взаимодействия.

Интимность в отношениях требует взаимности, взаимопонимания, “прозрачности”, как на сознательном, так и на бессознательном уровне. Бессознательный уровень интимности позволяет распознавать невысказанные мысли и чувства не только с позиции наблюдателя, но прежде всего с позиции сопереживающего человека. Между находящимися в интимных отношениях людьми происходит бессознательный диалог, обмен “тайными знаками”, которые связывают людей с большой силой.

Развитие интимных отношений может начинаться внезапно, что связано с взаимным опознанием на бессознательном уровне с участием “глубинной бессознательной системы разума” (Langs, 2004, 2006).

Тем не менее, поддержка и сохранение интимных отношений на длительное время требует зрелых эмоций, развитого эмоционального и межличностного осознания. Интимность невозможна без способности не только быть вместе, но и уметь отделяться друг от друга. Такая нуждаемость в сепарации закладывается в раннем младенчестве и определяется термином “сэлф-дифференциация” (Aronson, 2003).

Отсутствие способности в достаточной степени отделять периодически свой сэлф от сэлфа другого является формой симбиоза, но не интимностью, хотя чувства близости в этих состояниях подобны.

Дифференцированное интимное поведение объединяет любящих людей, членов семьи, друзей. В процессе развития интимности происходит самораскрытие и взаимное познание. Взаимное познание требует сильного эго с очерченными границами. Слишком быстрое развитие интимности может привести к обратному негативному результату – эффекту отбрасывания и самоизоляции.

Выделяются такие формы интимности, как эмоциональная и физическая интимность. Влюбленность имеет, с одной стороны, биологическую (биохимическую) природу, связанную с сексуальным желанием и психосоциальную, стимулируемую речевым контактом и психологической близостью (Giddens, 1990).

Термин любовь относится к так называемым панкрестонам, то есть имеет различные значения. В межличностных отношениях выделяют два типа любви – страстная и компанейская любовь (Hatfield, Rapson, 1993).

Страстная любовь характеризуется поглощенностью (infatuation), чрезвычайной фиксированностью на партнере/партнерше, сильным сексуальным влечением, экстазом, радостным возбуждением при встречах.

В случаях компанейской любви мощное чувство влечения отсутствует, но присутствует обогащение чувствами привязанности, длительной и многосторонней связи, взаимным сопереживанием и взаимопониманием, осознанием заботы о партнере/партнерше, которые в свою очередь заботятся о тебе, гордость успехами, достижениями партнерши/партнера и чувством удовлетворения от наличия общих целей и перспектив.

Лиц, находящихся в интимных отношениях, часто называют “парой” (couple), особенно, если отношения между ее членами носят относительно длительный характер.

Интимность значит больше, чем физическое влечение. В интимности интегрально связаны психические, эмоциональные, физические, социальные и духовные компоненты. В поиске интимности человек надеется на постоянность удовлетворения своих желаний и часто фиксируется на физическом компоненте интимности. Это обусловлено, в частности, тем, что физическая близость бывает часто более легко достижимой, чем другие, входящие в ее структуру составляющие.

Можно быть сексуально интимным/интимной в течение часа или нескольких часов и столкнуться с синдромом «утром после», когда после страстного контакта интимность исчезает, и участники сексуальной связи становятся совершенно чуждыми друг другу, хотя из соображений приличия пытаются скрывать наступившее отчуждение. Повторяющийся подобный опыт приводит к более или менее быстрому осознанию того, что секс сам по себе способен приносить лишь кратковременное удовлетворение сексуального желания. Более глубокий и значимый уровень переживаний остается незатронутым.

Сексуальные контакты без интимности оказываются недостаточными для достижения сколько-нибудь длительного психологического комфорта. Не помогает психологическая защита в форме различных рационализаций типа “но это же была любовь, хотя и кратковременная, ведь другой любви не бывает, вообще, любовь это только иллюзия, обман”, или “на следующий раз (на этот раз) мне повезет, и я найду отношения, которые меня надолго устроят”. В дальнейшем может усиливаться чувство неудовлетворенности, а также чувство вины, развиваться сексуальная аддикция.

В постмодернистской культуре слово интимность приняло в основном сексуальное значение. Социальный, психологический, духовный компоненты во многом вытеснились из ее психологического содержания. Изолированный, отчужденный человек в действительности стремится к значимым отношениям (исключая случаи нормотической болезни (Bollas, 1987), ищет возможности найти партнершу/партнера, с которыми можно было бы поделиться

сокровенными мыслями и чувствами, убеждениями и верованиями. Однако, к сожалению, это в действительности труднодостижимо. Последнее связано, в частности, со страхом реальной психологической близости, что обусловлено отрицательным психотравмирующим опытом предшествующих контактов. В психике многих людей интернализирована (усвоена) формула “чем ближе я становлюсь к кому-то, тем более вероятно возникновение эмоциональной боли” (Hodge, 1967; Giddens, 1991, 1992).

Эмоциональная интимность является дименсией межличностной интимности. Как и физическая интимность, эмоциональная интимность имеет различную степень выраженности. В эмоциональном контексте интимность проявляется в межличностной коммуникации. С нею связано возникновение специфических субъективных переживаний. Степень психологического комфорта и глубина коммуникативного процесса могут рассматриваться как показатели выраженности эмоциональной интимности между членами пары.

Эмоциональная интимность первично зависит от доверия в процессе взаимной коммуникации со взаимным эмпатизированием и обсуждением чувств и переживаний в процессе взаимопонимания и поддержки. Для человека психобиологически необходимо переживание такой интимности на регулярной основе. С переживаниями эмоциональной интимности непосредственно связано сохранение не только психологического комфорта, но и психосоматического здоровья на длительную дистанцию.

Jamieson (1999) постулирует, что в последнее время все более часто люди в сфере личной жизни находятся в поиске “чистых отношений”, основывающихся на партнерстве, которое включает взаимную открытость своих уникальных качеств и поддержки доверия.

Интимность это переживание эмоциональной близости. Она возникает, когда два человека способны эмоционально открыться друг другу, способны раскрывать свои настоящие чувства, мысли, страхи и желания. Это возможно, если обе стороны глубоко доверяют друг другу, могут позволить себе быть ранимыми, проявлять свои слабости.

Интимность - это универсальная человеческая потребность, без которой возникает переживание одиночества. Отсутствие интимности и осознание этого является наиболее частой психологической причиной разрыва отношений.

Затруднения в достижении интимности могут быть связаны с процессом социализации, обучением необходимости чувствовать психологическую интегральность, уметь контролировать свои чувства и не проявлять свою слабость. В то же время настоящая интимность требует определенной ранимости, и здесь возникает противоречие. Многие люди прерывают значимые отношения, поскольку боятся потерять чувство независимости. Интимность не приводит к потере независимости, она заключается в тонком балансировании сохранения своей индивидуальности и сохранения глубокой эмоциональной связи с другим человеком.

В настоящее время интимность часто смешивают с сексом, но это не идентичные понятия. Секс без интимности непродуктивен, неполноценен в психологическом плане. Секс при наличии интимности сопровождается качественно иными переживаниями. Испытывать интимность можно и без секса. Иногда интимность путают с сексуальными переживаниями во время так называемого “медового месяца”. Этот период характеризуется усиленным чувством влюбленности с сильным сексуальным желанием. Когда этот период заканчивается, отношения в определенной степени теряют прежнюю интенсивность. Однако это не означает потерю интимности, а может быть началом новой стадии отношений, в которой участвующим сторонам необходимо сохранить эмоциональную близость на другом уровне.

Затруднения в интимности могут быть обусловлены бедностью словарного запаса для выражения эмоционального состояния, что особенно часто характерно для мужчин.

Интимность, функционирующая на высоком уровне доверия, включает навыки эмоциональной принадлежности, обоюдное специфически привилегированное знание, особую форму бытия в качестве уникального,

значимого для другой/другого человека. В последнее время подчеркивается как раз значение для формирования интимности развития такого чувства близости к избранному человеку, которое превосходит близость с другими людьми, что выражается в стремлении к раскрытию своего внутреннего “я” (“раскрывающаяся интимность” или “самовыражающаяся интимность”).

Отсутствие или ослабление границ между членами пары при сравнительном усилении границ между теми, кто находится вне этих диадных отношений, очень характерно. В контексте личной жизни интимные пары изолированы защитными барьерами от внешних вторжений со стороны других лиц.

Simmel (1950) считал, что члены интимной диады сохраняют свои отношения до тех пор, пока каждый из участников демонстрирует и “отдает” себя другому участнику/участнице пары. Имеет место исключительный приватный обмен, генерирующий доверие и аффективную насыщенность.

Goffman (1963) рассматривал интимные отношения в рамках каждодневных ограничений, с которыми члены интимной пары сталкиваются в процессе общения с окружающими, сохраняя при этом арсенал своих внутренних возможностей для личной жизни внутри диады. Ролевое поведение в обществе имеет для них значительно меньшее значение.

Интимность, как настоящая любовь, включает духовную сторону, она качественно отличается от простой эмоции или чувства. Духовный компонент любви отражен в Библии, Первое Послание Коринфянам 13, 4-7:

“Любовь долго терпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, а сорадуется истине; все покрывает, всему верит, на все надеется, все переносит”.

Здесь акцентуируется больше отдача, чем приобретение, поскольку потребности любящего/любящей будут удовлетворены, если в любви присутствует духовное начало (согласно Иеремия 31, 4).

1.1. Страх интимности

Страх интимности связан со страхом наказания, отвержения, предательства. Корни страха интимности находятся в отрицательном опыте раннего детства, связаны с переживаниями покидания, отвержения родителями и/или другими авторитетными лицами, которые, как правило, в свою очередь также в детстве испытали те же переживания. Поведение авторитетных взрослых накладывает значительный отпечаток на содержание психических переживаний ребенка, у которого на бессознательном уровне сохраняется эмоциональный компонент эпизодов отношений, вызывавших реакции страха и неуверенности в себе.

Эмоциональная травматизация ребенка препятствует формированию способности к развитию интимности в связи с преобладанием в психике основного (базисного) недоверия над основным доверием. Блокирование способности к формированию интимности характерно для лиц, обученных родителями созависимости. Созависимость развивается у детей, воспринимающих родителей как представителей высших сил. При этом родители оказываются неспособными воспитать у ребенка эмоциональное здоровье. Ребенок не способен определенное время понимать, что родители несовершенны и он, чувствуя себя частью семейной системы, обучается существующим внутри ее правилам. Эти правила включают запрет раскрывать свои эмоции, постоянно сохранять видимость благополучия и удовлетворенности, прятать свои истинные переживания, чувство обиды, разочарования, несправедливости, не позволять другим проникать в свой внутренний мир.

Страх интимности приводит к тому, что часть этого переживания проецируется на другие объекты: детей, животных, иногда на неодушевленные предметы. Такие проекции безопасны, в связи с отсутствием возможности осуждения. Животные, природа не участвуют в потенциально опасном диалоге, не реагируют на чувство вины, стыда и несостоятельности.

Неадекватные родители проецируют на детей свое психическое состояние, свои неуверенности, страхи, чувство скрываемой неполноценности. Они видят в детях продолжение себя со своими дефицитарностями. Социализация детей в таких условиях включает соблюдение видимости благополучия, отсутствия каких-либо серьезных проблем, постоянной обеспокоенности тем, что подумают об их поведении другие (друзья, ровесники, соседи). Жесткое ролевое поведение (персона), закрытость основательно блокируют формирование интимности. Вместо интимности происходит обучение эмоциональной фальшивости, созданию лживых социальных ролей, потере идентичности. Формируются различные ложные сэлф-имиджи, используемые дифференцировано, в зависимости от конкретной социальной ситуации.

Страх интимности является одним из важных признаков созависимого поведения, с одной стороны, предрасполагает к его возникновению, с другой, поддерживает его сохранение и стимулирует дальнейшее развитие. Страх интимности не позволяет довериться другому человеку, проникнуть внутрь переживаний, поделиться с кем-то сокровенными проблемами

Присущее созависимым лицам чувство неполноценности, сниженная самооценка эффективно препятствуют любым попыткам выхода на уровень интимности в межличностных отношениях.

Детская эмоциональная травматизация создает в психике чувство токсического стыда, состояние внутренней недостаточности, вины и стыда без конкретного содержания (“Я постоянно совершаю ошибки”, “Со мной что-то не в порядке”, “Я сама/сам - ошибка природы”).

Невозможность самораскрытия связана со страхом, что другие увидят воочию чьи-то недостатки, отрицательные черты, порочность, тщательно скрываемые от постороннего взгляда и даже от самого себя за фасадом сформированного годами ролевого поведения.

Система психологических защит направлена на сокрытие, супрессию (вытеснение на уровне сознания) и репрессию (вытеснение на

бессознательном уровне) отравляющегося чувства стыда. Для этого, в частности, используется множество внешних атрибутов. К ним относятся демонстрация успеха, отсутствия проблем, материальные блага, популярность и др. В результате человек живет в состоянии эмоциональной и интеллектуальной нечестности в отношении с самим собой, отрицая наличие истинных переживаний даже в тех случаях, когда они биологически необходимы. Примером подобной динамики является синдром отложенного во времени стресса – диссоциация тяжелой психической травмы в форме отрицания и рационализации, а также уход в аддиктивные реализации.

Для создания ложного сэлф имиджа человек затрачивает большую энергию и находится в состоянии постоянного эмоционального напряжения, страха потерять лицо, оказавшись несостоятельным, несоответствующим выстроенному имиджу (персоне) в глазах общественного мнения. Парадокс ситуации заключается в том, что психологические системы защиты “не срабатывают” на длительную дистанцию, а создают условия для накопления эмоциональной боли, поддерживая исходно ложную концепцию о собственной неполноценности. События реальной жизни в виде разочарований, неудачных контактов с неподходящими людьми приводят к тому, что такие отрицательные содержания становятся “органическими” структурами психики (трансмутируются из интернализированных содержаний (по терминологии Kohut’a).

Сформированные структуры имеют, таким образом, глубокие корни и их сколько-нибудь радикальное изменение возможно лишь при выходе на ранний уровень детского периода, когда закладывались основы неблагоприятного личностного развития. Необходима интеграция со взрослым сэлфом того, что иногда называют неиспорченным “внутренним ребенком”, интеграция с сэлфом системы любящих спиритуальных установок и подходов в отношении с собой и другими. Каждый человек наделен Богом (природой) потенциальным внутренним каналом, открывающим доступ к духовному началу. К сожалению, этот канал часто заблокирован патологическими

убеждениями, вытесненными эмоциями, привычными извращенными подходами.

Познание на исключительно интеллектуальном уровне всегда полезно, но обычно недостаточно. Нужен эмоциональный компонент переживаний (например, так называемая “работа скорби”), прежний выстраданный опыт потери и покидания.

Страх интимности - это общее психическое состояние, характерное для взрослых лиц, перенесших в детстве психическую травматизацию. Страх интимности проявляется в том, что глубоким отношениям мешают эмоциональные барьеры, секреты, длительные периоды молчания.

Таким образом, страх интимности является психологически прямо противоположным условию формирования тесных отношений с кем-либо, начиная с дружбы в подростковом периоде. В детстве рудименты страха интимности уже могут присутствовать, однако, в общем, дети легче, чем взрослые, делятся секретами друг с другом, не беспокоясь о возможных последствиях. Страх интимности это главным образом проблема взрослого возраста.

Психоанализ страха интимности позволяет прийти к заключению, что его психодинамическим механизмом является не полностью осознаваемое нежелание открыться и выразить свою аутентичность, свой настоящий сэлф. Как уже указывалось, это обусловлено не только психологической травматизацией, но и воспитанием в эмоционально и социально замкнутой среде, в которой не принята открытость и проявление своего эмоционального отношения к тому, что происходит в семье. Наказания ребенка за попытки открытости в виде цепочки мелких и более серьезных предательств, случайных или целенаправленных, способствуют кристаллизации в бессознательной и сознательной психике страха интимности, как психологической защиты от подстерегающих психических травм.

Личностные особенности в виде интровертированности представляют благоприятную базисную почву для формирования страха интимности. У

выраженных интровертов страх интимности возникает и развивается на так называемой гомономной основе.

Страх интимности может присутствовать в структуре брачных отношений. Даже длительно находящиеся в браке лица могут в значительной степени не разбираться в психологических чертах друг друга. Это незнание может затрагивать сферу глубинных интересов, систему ценностей, духовные и интеллектуальные запросы.

В результате возможно возникновение чувства одиночества в браке, которое переносится более тяжело, чем чувство одиночества как таковое. Одиночество в браке возникает из-за страха интимности у одного или обоих брачных партнеров.

Paulink-Kienlen (2006) полагает, что наиболее сильной стороной интимных отношений является “хорошая дружба”. “Если Вы являетесь друзьями или любовниками имеются три элемента сильных здоровых отношений: аутентичность, коммуникация и честность”. Эти три элемента способны снизить страх интимности.

Аутентичность находит выражение и в том, что слова и действия совпадают с чувствами. Если человек чувствует себя обиженным или разочарованным, он/она выражают свое состояние в словах и/или в поведении (90% коммуникации носит невербальный характер) “Я чувствую себя обиженным потому, что надеялся на тебя, а ты меня подвел”.

Составным элементом функционирования на интимном уровне является коммуникация. Взаимное самораскрытие возникает, когда обе стороны делятся личными и каждодневными переживаниями. Вы открываетесь на том же уровне, что и Ваш партнер/партнерша. Например, Вы обсуждаете переживания, связанные с предательством в прошлом или же не делитесь своими переживаниями. Если взаимное самораскрытие не случается, возникает нарушение баланса. Один партнер раскрывается, другой нет. Страх интимности может быть снижен при откровенном обсуждении этой стороны вопроса.

Необходимым элементом коммуникации на интимном уровне является честность. Вы говорите партнерше/партнеру о том, что происходит в Вашей жизни, что Вы в связи с этим действительно думаете и чувствуете. Вы раскрываете, что для Вас действительно важно. Вы можете испытывать страх интимности, но Вы честно признаетесь в этом.

Чем больше укрепляется страх интимности, тем труднее его преодоление. При длительном существовании страха интимности такое психологическое состояние становится привычным. Начинает все более проявляться действие психологической инерции с чувством своеобразной обреченности, отсутствия энергетического потенциала для преодоления себя.

Это происходит даже при периодически возникающем критическом отношении и желании изменить законсервированный стереотип дефицитарной эмоциональности. Невозможность преодоления последней вызывает, в свою очередь, снижение самооценки с проекцией вины на наиболее близкого человека, что значительно ухудшает и без того пострадавшую межличностную коммуникацию.

Страх интимности часто не распознается страдающим от этого страха человеком. В действительности, многие лица, испытывающие страх интимности, желают тесных неформальных отношений, но постоянно их саботируют на бессознательном уровне.

Анализ структуры страха интимности показывает, что последний включает:

- (1) страх покидания или пренебрежения;
- (2) страх поглощения, контроля;
- (3) страх потери любимого человека.

Таким образом, имеет место не страх самой интимности, а страх плохих событий, которые могут произойти в процессе интимных отношений.

Эти отдельные страхи происходят из ранних жизненных переживаний, с которыми индивидуум не был в состоянии сколько-нибудь эффективно справиться. Важно понимание, что большое количество ранних детских

страхов может быть не связано с тяжелой психической травмой, например, сексуальным или физическим насилием или длительным отсутствием ожидаемой матери. Более типичным является хронический характер мини травматизаций.

Многие дети рождаются с врожденной предрасположенностью к развитию тревоги, стеснительности, боязливости и легкой депрессии. Исследователи аттачмента обнаружили, что даже само чувство возможности отвержения и покидания может запустить снежный ком более поздних проблем с интимностью. Некоторые дети с таким же или даже большим опытом таких или худших переживаний по какой-то причине оказываются способными пережить негативные события без явного повреждающего эффекта.

Страх интимности может проявляться на уровне личностного расстройства. Особенно деструктивно он воздействует на наиболее близкие, в том числе, брачные отношения. Однако страх интимности способен влиять на все человеческие отношения, делать невозможным дружеские контакты, формировать необходимые социальные связи.

1.2. Циркулирующая интимность

Циркулирующая интимность относится к потенциальной возможности периодического выхода на уровень интимности в контакте с людьми лишь в определенных ситуациях, что в реальной жизни обычно не достигается, в связи с отсутствием достаточной мотивации, времени, места, даже в ситуациях, в которых это возможно. Некоторые люди, испытывающие недостаток интимности в ситуациях социального общения, боятся произвести впечатление неискренности, скрытости и им очень хочется освободиться от психологической загруженности, найти какой-то способ выразить свою аутентичную искренность. Проблема заключается в том, что они не обладают навыком адекватного социального общения и им чрезвычайно трудно выйти

на уровень интимности даже в кратковременных эпизодах общения. Нахождение в гостях у знакомых, например, позволяет видеть, как у них обставлен стол, как декорирована прихожая, столовая, спальня, как они используют косметику. Человек в возбужденном состоянии щебечет что-то о своих личных проблемах, о том, что его раздражает в настоящее время в поведении его знакомых (мало известных хозяевам), с кем он собирается провести вечером время в баре или ночном клубе. Казалось бы, кого это все интересует? Зачем нужны все эти детали? Не является ли все это щебетание для хозяев просто раздражающим “шумом”?

С другой стороны, такого рода общение помогает лучше узнать людей, стать ближе к ним (если они нас интересуют), к их жизни, привычкам, характеру поведения. Знание этих деталей создает возможность формирования интимности. Оно иногда сберегает время, которое нужно было бы потратить на достижение того же эффекта в рамках другого сценария. Здесь не столь важно понимание, сколько восприятие “соприкосновения”. В этом контексте существует понятие “фатического общения” и “фатической функции” (по Бахтину).

Фатическое общение это общение невербального характера, хотя в нем используется язык. Акцент при фатическом общении делается не на содержании слов, важна не сама информация, а контакт, в процессе которого осуществляется эмоциональное прикосновение и создается психологический “климат”, способствующий возникновению психологической релаксации, специфического чувства принадлежности, чего-то общего для участников коммуникации.

1.3. Интимность и совместимость

Проблема совместимости в брачных отношениях во многом связана с интимностью. Ее отсутствие или исчезновение создает нарастающую несовместимость, приводит к возникновению эффекта взаимного отчуждения, формализации отношений, потере интереса брачных партнеров друг к другу

и, наконец, к разводу. Совместимость характерна для романтических отношений, она определяется взаимопониманием, эмпатией и симпатией.

Совместимость организуется вокруг того, что называют core values (центральные ценности). Выяснение первичного наличия или отсутствия центральных или ядерных ценностей у лиц, желающих вступить в брачные отношения, может иметь прогностическое значение в плане перспективности длительности предстоящего брачного союза. При этом, следует иметь в виду, что наличие взаимных центральных ценностей далеко не эквивалентно сексу, хотя маскируется часто за ширмой сексуального желания, с которым далеко не совпадает.

Столкновение взаимных ценностей, их конфликт, в области этики, морали и идеалов с партнером/партнершей делает невозможной совместимость. Если партнер/партнерша имеют, например, серьезные расхождения в глубоко значимых для каждого религиозных убеждениях, интимность оказывается под угрозой. Нахождение согласия в ценностях и убеждениях будет в таких случаях важным шагом для устранения проблем интимности.

Саботировать формирование и поддержание интимных отношений пары может привлечение в складывающиеся отношения данных прошлого жизненного опыта. В этом аспекте может иметь отрицательное значение привнесение в настоящее повреждающие сформированные часто уже в наиболее ранних периодах жизни подходы. Преодоление прошлого опыта с обеих сторон представляет собой очень трудную, но необходимую для разрешения задачу.

Эффект прежних любовных отношений проявляется в особенностях формирования новой пары, влияя на возможности взаимной открытости, появление подозрительности, зависти и ревности, общий психологический климат, взаимное доверие. Лучшие намерения партнеров не всегда достаточны для преодоления силы давно сформировавшейся привычки. Необходима смена устоявшихся стереотипов и формирование новых привычек, которые будут

активизировать и усиливать интимность. Изменение стереотипов всегда затруднено. С течением времени привычки и стиль жизни позволяют интенсивной работе, усталости, стрессу вытеснить интимность и радость в брачных отношениях. Перегруженность делами, бесконечные заботы, чувство ответственности противоречат интимности, фактически “убивают” ее.

Недооценивается влияние на интимность порнографии, которая создает барьеры для возникновения и сохранения интимности. Привычное систематическое просматривание порнографии характеризуется двумя отрицательными эффектами в этом плане. Оно приводит к возникновению чувства вины и нереальных сексуальных ожиданий.

Мужья обычно чувствуют вину из-за аддиктивных порно-наклонностей, которые они скрывают от своих жен. В результате интимность становится почти невозможной. Человек, страдающий порно аддикцией не способен к интимности. Жена порно аддикта (реже муж аддиктивной жены) не способна конкурировать с сексуальными фантазиями мужа, реализуемыми в виртуальном мире с виртуальными сексуальными персонажами при просмотре порно сайтов.

Интимность, как следует из вышеуказанного, является полной отдачей себя партнерше/партнеру в процессе транспарентного самораскрытия. В построенных на интимности отношениях человек раскрывает себя и предлагает в контакте с особенно индивидуально значимым лицом, которое входит в состав его качественного мира, эссенциальную (наиболее важную) часть себя. То, что происходит, является, очевидно, сложным в любых межличностных отношениях. В обычных отношениях человек затрачивает много времени и энергии, удерживая сокровенную часть своего я (своего сэлфа) для себя и предохраняет себя от риска возможного раскрытия.

С одной стороны, многие люди хотят и нуждаются в интимности. С другой стороны, естественная реакция заключается в стремлении защитить свои наиболее глубокие переживания от постороннего вторжения, вмешательства другого человека, который также несовершенен и во многом

не прогнозируем, как и лица из прежнего, не всегда позитивного жизненного опыта общения.

Нужно помнить, что выход на уровень интимности чрезвычайно труден для обоих членов пары, хотя и не в одинаковой мере, так как имеют значение индивидуальные психологические особенности членов пары (экстраверсия или интроверсия, доминирование какой-либо психологической функции в поведении). Так, например, доминирование чувственной функции у лиц интровертированного типа облегчает переживание интимности на фоне большой, основанной на эмпатии, избирательности в выборе партнера/партнерши. В то же время интимность менее характерна для экстравертов и интровертов мыслительного типа.

Взаимный “обмен” сокровенными переживаниями способствует возникновению чувства особой заботы о себе со стороны партнерши/партнера, чувства уважения и высокой оценки и глубинного неформального понимания.

В то же время преимущественно бессознательный характер страха интимности имеет и обратный эффект: он приводит в ряде случаев к постоянному поиску переживаний интимности для доказательства отсутствия этой проблемы. Базисное, присущее каждому генетически чувство принадлежности к кому-то, активизирует это стремление. Возможен феномен аддикции к поиску интимности, что находит выражение в формировании сексуальной аддикции. Последняя сопровождается страхом поглощения партнером/партнершей и страхом потери контроля. Если партнерша/партнер становится ближе в эмоциональном и другом планах, возникает опознавание сигнала о риске возможного поглощения и/или травматизации угрозой отвержения, что приводит к дистанцированию и покиданию. Партнер/партнерша в таких ситуациях всегда воспринимаются как непредсказуемые и опасные.

Страх интимности может в дальнейшем приводить к формированию социальной фобии, депрессии и других психических нарушений.

Сексуальная аддикция в ее глубокой основе связана не столько с самим сексуальным драйвом, сколько с драйвом к интимности. Секс здесь является просто инструментом, используемым для реализации драйва к интимности. Сексуальный аддикт стремится к удовлетворению нереализованной потребности в интимности. В этом контексте сексуальная аддикция может рассматриваться как нарушение интимности.

1.4. Интимность и личностное расстройство избегания

Большое количество лиц проявляет стеснительность в ситуациях социальной коммуникации. Обычная стеснительность не относится к категории психических нарушений. Тем не менее, приходится встречаться со случаями, в которых стеснительность и социальный дискомфорт становятся настолько выраженными, что приближаются к уровню нарушений, свойственных личностному расстройству избегания. Личностное расстройство избегания характеризуется наличием клинически значимой стеснительности.

Типичен страх отвержения, чувство неадекватности, экстремальная социальная стеснительность. Во взрослой популяции США в настоящее время личностное расстройство избегания является одним из наиболее часто регистрируемых личностных расстройств (от 2.1% до 2.6 % популяции). Без специального лечения лица с личностным расстройством избегания постепенно все более изолируются от других и живут в почти полном одиночестве. Многие из них испытали в детстве воздействие родительского отторжения. Положительные детские эмоции родителями и другими членами семьи постоянно игнорировались, подавлялись и/или наказывались, и дети эффективно обучались прекращению их выражения. Дети обучались также избеганию всех ситуаций, в которых возникают отрицательные эмоции, а поскольку отрицательные эмоции возникают во многих социальных контекстах, ситуация имеет опустошающий эффект на всю сферу социальных отношений.

В становлении поведения избегания большое значение имеет фактор отвержения сверстниками/сверстницами, а также влияние различных источников информации, передающих послания о том, что избегание способно предотвратить эмоциональную боль.

Лица с личностным расстройством избегания охвачены страхом интимности в социальных ситуациях. В качестве защитной реакции для предотвращения отторжения они сами активно отвергают попытки эмоционального сближения, используя различные способы психологического отбрасывания от себя других. Часто при этом они руководствуются идеальным переносом, сравнивая реальных лиц с воображаемым недостижимым идеальным образом.

В другом варианте эти лица проявляют демонстративную коммуникабельность, осуществляют многочисленные социальные взаимодействия, но их социальная активность происходит только на поверхностном уровне с удерживанием других на дистантном безопасном расстоянии.

Лица с личностным расстройством избегания рационализируют свое поведение, часто ссылаясь на свою сверхзанятость (“я слишком занят/занята делами”, “у меня нет времени на разные сантименты”).

Психотерапия может помочь лицам с этим личностным расстройством в плане улучшения способности к социальным контактам. Рекомендуется, например, когнитивно-бихевиоральная терапия и тренинг ассертивного поведения. В случаях с выраженной тревогой возможна комбинация психотерапии с применением анксиолитиков или антидепрессантов.

Представляется возможным выделить несколько основных факторов, формирующих страх интимности при личностном расстройстве избегания:

- страх самодемонстрации, в связи с комплексом неуверенности в себе;
- страх поражения, антиципация неудачи в достижении цели;
- страх отвержения в случае распознавания “истинного” характера и скрываемых слабостей;

- страх ответственности со стремлением избегать ситуаций, связанных с ответственностью.

Все эти страхи в действительности срабатывают против их носителя/носительницы, провоцируют их дальнейшее усиление (ловушка 22). Бессознательный характер страхов мешает их распознаванию, приводит к реакции отрицания их наличия.

1.5. Интимность при нарцисстическом личностном расстройстве

Проблема интимности выступает очень отчетливо при нарциссизме, особенно в случаях, соответствующих диагностической нозологии нарцисстического личностного расстройства. Так, нарцисстическая ярость, один из основных симптомов нарцисстического личностного расстройства, легко провоцируется при любой попытке выхода на уровень интимности при общении.

Лица с нарцисстическим личностным расстройством воспринимают интимность как приравнение себя к партнеру/партнерше, что лишает их ореола особенности, привилегированности и превосходства. Кроме того, попытки раскрыть себя, говорить о себе, вызывают у лиц с нарциссизмом скуку и раздражение, так как, кроме самого себя, их никто не интересует. Разговор на тему о не касающихся их переживаниях их эмоционально мало затрагивает. Возможные попытки из приличия слушать других быстро исчерпываются. Партнеры/партнерши в общении привлекают внимание лишь как возможный источник поддержки нарцисстического арсенала, всего того, что усиливает их нарцисстические переносы, дает возможность почувствовать себя в центре внимания.

Отношение к другим как просто к объектам для использования, как к инструментам gratification делает интимную коммуникацию практически невозможной. Нарциссы получают удовольствие в манипулировании даже наиболее близкими людьми, относясь к ним так, как ребенок относится к игрушкам, наделяемым воображаемыми качествами, которые входят в ореол нарцисстических представлений и потребностей.

Недостаточность эмпатии (прежде всего симпатии, так как способность к сочувствию меньше развита, чем способность к пониманию и чувствованию эмоционального состояния другого/другой) предрасполагает лиц с нарцисстическим личностным расстройством к эксплуатации и насилию. Недостаточность симпатии и эмпатии отражает эмоциональную и когнитивную незрелость, неспособность любить, акцептировать нужды, чувства, надежды, страхи, систему ценностей других как автономных личностей.

В то же время лица с патологическим нарциссизмом не способны также любить и самих себя, поскольку они оторваны от аутентичного сэлфа, который у них рудиментарен и замещен ложным сэлфом – злокачественным образованием, поглощающим личность.

Нарцисс влюблен в свой имидж, который он/она проецирует на других и ищет подтверждения правильности своих проекций. В ходе этого процесса происходит размывание границ между реальностью и фантазией.

Ложный сэлф производит ложные умозаключения и искаженно воспринимает окружающий мир сквозь призму грандиозной самооценки.

Все это находит отражение в особенностях нарцисстического нарратива, в котором постоянно звучит особая привилегированность, вербальная агрессия, прямое и косвенное принижение слушателей.

За фасадом превосходства скрывается страх интимности, а также всякого приближения к ее возникновению. Интимность на бессознательном уровне воспринимается как невозможное (а это непереносимо, как проявление своего несовершенства) или экзистенциально опасное состояние с уходом в мир фантазий, не совпадающих с привычными нарцисстическими моделями оперирования в реальном мире. Нарцисс мало знает себя и поэтому боится психологического экспериментирования в непривычной зоне. И все же у лиц с развитым воображением возможны конфабуляторные фантазии, в которых нарцисс является персонажем какого-то выдуманного сценария.

В нарцисстическом варианте не формируются механизмы, необходимые для контактов с реальными людьми, механизмы взаимного “обмена” эмоциональными состояниями. Отсутствует возможность поставить себя на место другого/другой, им тем более, выйти на уровень взаимной интимности.

Любовь к себе является, как известно, исходным условием зрелой любви к другим. Невозможно любить кого-то, если человек изначально не любит свой настоящий сэлф. Нарцисс редко бывает в психологически эго-дистонном состоянии неудовлетворенности своей жизнью. Такое состояние частично осознания своей изолированности и обреченности быстро вытесняется из сознания или приводит к возникновению нарцисстической депрессии.

Жизнь нарцисса может включать элементы компульсивного ритуалистического поведения. Данные психоаналитических исследований показывают, что здесь имеет место механизм накопления вины в виде интроецированных и интернализованных “голосов” лиц, значимых в прошлой жизни. Голоса порицают пациента/пациентку, сообщают о плохом, нарушающем нормы принятой морали поведении, дурных качествах, заслуживающих наказания. В таких случаях на бессознательном уровне происходит “судебный процесс”, который можно сравнить с “Процессом” Кафки – бессмысленный, бесконечный, нерасшифруемый, подчиненный каким-то таинственным непонятым, изменяющийся в зависимости от каприза судей законам.

Vaknin (2002) считает, что нарцисс всегда стремится девальюировать, разрушить объекты своей возможной любви, из-за страха возможной смены положительных эмоций отрицательными. Отсюда возникает желание устранения желаемого объекта, который потенциально может стать источником фрустрации, разочарования и эмоциональной боли. К тому же, нарцисс завидует своему сэлфу. На бессознательном уровне ищет наказания и провоцирует других наказать себя по механизму проективной идентификации.

Лица с нарциссизмом боятся любых форм интимности не только с конкретным человеком, но также при всех обстоятельствах со всеми людьми.

Это объективно ведет к избеганию новых ситуаций, предполагающих интимность. Таким образом, на сознательном и бессознательном уровне лица с нарциссизмом очень остерегаются любой эмоциональной вовлеченности, предполагающей глубокое взаимодействие с другим человеком на равноправной и предсказуемой основе. Нарциссы в своем внутреннем диалоге интерпретируют интимность в рамках угрозы разрушения своего ложного сэлфа. Такая перспектива их ужасает как полный крах нарцисстической карьеры.

1.6. Интимность при пограничном личностном расстройстве

Лица с пограничным личностным расстройством испытывают серьезные проблемы с интимностью, что обусловлено выраженным непостоянством их эмоционального состояния, частыми внезапными переходами от положительных к отрицательным эмоциям. Эти переходы происходят обычно без видимых внешних причин и мало или вовсе непредсказуемы. Находящиеся в контакте с ними лица неспособны приспособиться к этим изменениям. В состояниях эмоциональной интимности при возникновении привязанности к кому-то, влюбленности у лиц с пограничным расстройством возникает страх поглощения и покидания, что разрушает контакт.

Для пациенток/пациентов с пограничным личностным расстройством характерны противоречивые подходы к межличностным отношениям и оценкам. С одной стороны, они искренне стремятся к близости в максималистском варианте (с захватом времени партнера/партнерши и желанием контролировать их действия), а, с другой, - они отталкивают от себя партнершу/партнера в связи со страхом поглощения и множественными несовпадениями эмоциональных состояний. В отношениях с близкими людьми возникают различные проявления агрессии, психологического и физического насилия. Поведение этих лиц связано с фрагментацией сэлфа, приводящей к неуверенности в себе, колеблющейся самооценке, чувству потери себя, и дереализации.

Психика лиц с пограничным личностным расстройством напоминает в чем-то психику ребенка, так как ее эмоциональное и когнитивное развитие задержалось на уровне первых лет жизни. Агрессивное поведение в особенности проявляется к значимым для них лицам, контакты с которыми оживляют периодически их глубокую бессознательную боль, связанную с покиданием и пренебрежением в первые месяцы жизни. Интимность, которую переживают их “непограничные” партнерши/партнеры в контактах с ними, вызывает стресс и активизирует страх и непереносимые мысли об одиночестве. Всякая попытка сближения провоцирует реакцию ужаса, страх аннигиляции, корни которого находятся в раннем младенческом опыте.

Конфликт по содержанию является столкновением приближения – покидания, внутри которого содержится формула, “я ненавижу тебя, не покидай меня”.

Человек с пограничным личностным расстройством воспринимает любой уход от угрожающей по силе и интенсивности переживаний, перерыв даже на мгновение общения “на одной волне”, как угрозу своей безопасности и психологическому существованию в целом. Индивидуума с пограничной личностной патологией теоретически могут устроить лишь симбиотические отношения, навязываемые ультимативно по своему желанию и прекращающиеся по тому же механизму, в зависимости от собственных эмоциональных колебаний, подчиняясь водовороту неконтролируемых эмоций.

Покидание воспринимается ими как эквивалент психологической гибели и поэтому они отчаянно борются за сохранение связи со значимым человеком, и в тоже время ее постоянно разрушают. Для лиц с пограничным личностным расстройством (ПЛР), также как и для лиц с нарцисстическим личностным расстройством, характерна эмоция ярости, сформированная еще в превербальном периоде. Ярость легко провоцируется всем тем, что активизирует страх покидания (в меньшей мере поглощения). Ярость может выражаться по-разному: в форме оскорблений, крика, швыряния предметов,

битья посуды, физического насилия. В иных случаях ярость проявляется в замаскированном виде в форме пассивно-агрессивного поведения.

Жертвы лиц с ПЛР (чаще всего члены семьи) постоянно испытывают на себе их пассивно-агрессивное поведение и хронически страдают от этого. Ярость лиц с ПЛР, в отличие от ярости нарцисстических личностей, имеет свободно плавающий характер, в том смысле, что содержание и количество ситуаций, которые провоцируют разжигание ярости, здесь значительно больше. Оно не ограничивается сравнительно узким диапазоном ситуаций, которые угрожают нарцисстическому имиджу грандиозности. Реакции ярости возникают как «гром среди ясного неба», так как их источник находится в глубине бессознательных переживаний лиц с ПЛР.

Лица с ПЛР сами не знают, чего от них можно ожидать, не знают, когда и в связи с чем у них вспыхнет злоба и проявится агрессия. Они оторваны от своего аутентичного сэлфа. Тем не менее, у лиц с ПЛР присутствует чувство экзистенциального психологического дискомфорта, связанного с интуитивным пониманием, что с ними «не все в порядке». Это чувство может приобретать содержание страха «сойти с ума».

Возникающие периодически декомпенсации тщательно скрываются. Это обусловлено тем, что сами лица с ПЛР обоснованно предполагают, что другие люди расценят их состояние как свидетельство психического нарушения психотического уровня.

Аутентичный сэлф при тяжелой форме ПЛР фактически потерян и замещен ложным сэлфом, который, в свою очередь, фрагментарен и, в отличие от нарцисстического сэлфа, способен формировать сравнительно длительную иллюзию самодостаточности, мобилизовать себя на какое-то время для достижения цели.

Таким образом, лица с ПЛР неспособны к зрелой эмоциональной интимности, так как они задержались в своем психическом развитии, и у них отсутствует спаянная идентичность. Лица, близко общающиеся с

индивидуумами с ПЛР, вынуждены переживать отношения, которые можно назвать отношениями любви-ненависти.

Пациентки/пациенты с ПЛР отталкивают от себя, прежде всего, людей, которых они «любят» (скорее всего, в которых они более всего экзистенциально нуждаются). Прошлый отрицательный опыт с родителями переносится на контакты в настоящем во взрослом возрасте. Базисные потребности в родительской заботе, прежде всего материнской, не удовлетворялись.

Являясь взрослыми носителями детской психической травмы, они обладают готовностью под влиянием различных пусковых факторов (триггеров) с легкостью возвращаться к детским воспоминаниям и восстанавливать ядерное детское поведение. Пережитый ранний опыт хронического неудовлетворения родителями их психобиологических потребностей неизбежно приводит к тому, что они относятся с большим подозрением а priori к контактам с избранным ими в качестве любовного объекта человеком.

На бессознательном уровне они чувствуют, что и на этот раз их встретит разочарование. В то же время, это не мешает им предпринимать очередные попытки найти “идеальную любовь”.

Поведение с избранниками/избранницами происходит в рамках того же сценария любви-ненависти, с неизбежным элементом предъявления к объекту любви непомерных требований. Они привлекают, а затем отталкивают, когда их требования не удовлетворяются, не понимая, что в желаемых размерах удовлетворение практически невозможно.

Лица с ПЛР охвачены также нереальными ожиданиями, что их избранник/избранница будет всемерно заботиться о них, станет их неотъемлемой «частью», станет составным элементом симбиотической структуры, захочет и сможет решать за нее/него все трудные, не решаемые прежде проблемы. В реальности лица с ПЛР не способны сколько-нибудь эффективно заботиться даже о самих себе. Эти лица крайне нетерпеливы и

требуют немедленного исполнения их желаний. Они вместе с тем создают впечатление, что драматически ищут любви, стремятся к настоящей интимности, и в то же время они отбрасывают со злостью (даже с яростью) интимность, не будучи в состоянии объяснить внезапное возникновение бури отрицательных чувств.

На уровне бессознания лица с ПЛР задают себе вопрос: “Если мать меня не любила, я была/был для нее безразличной/безразличным в детстве, почему другой человек будет заботиться обо мне и любить меня?” Понимание этого механизма всегда затрудняется в связи с его бессознательной локализацией, но даже интеллектуальное понимание недостаточно для коррекции, как и желание изменить свой привычный в сфере отношений стиль поведения. Необходима терапевтическая помощь. По-видимому, одним из наиболее эффективных методов сегодня является диалектическая поведенческая терапия, разработанная М. Linehan (1993).

Лица с ПЛР часто склонны к одиночеству и изоляции, а также к развитию тревожных и депрессивных состояний. Фрагментарность и некогезивность (неспаянность) сэлфа не позволяет находить внутренние источники компенсации этих состояний. В результате происходит поиск других выходов, выражающийся в утрированном стремлении к материальным благам, к обогащению или же к случайным сексуальным связям с лишь поверхностно знакомыми партнерами/партнершами. Такое поведение становится стилем жизни, исключая положительные мотивации достижения психической зрелости.

Доминирование ложного сэлфа заменяет настоящую асертивность. Эти лица по существу крайне зависимы от других людей, которые должны поддерживать недостаточное чувство внутренней уверенности, смягчать часто возникающее чувство неадекватности и никчемности. Лица с ПЛР обычно связывают себя с неподходящими людьми, например, аддиктами избегания, которые соблазняют их имитацией необычных возможностей, способностью решить все ранее не решаемые проблемы.

Страх интимности, обусловленный апперцепцией плохого исхода сколько-нибудь значимых отношений, провоцирует промискуитет, стремление к механическому сексу без эмоциональной привязанности, интимности.

Имеется особенность ПЛР, во многом определяющая поведение и проблемы с интимностью.

Жизнь этих индивидуумов практически лишена проекции в прошлое и будущее. Они живут в настоящем, точнее в текущем моменте, без прошлого и будущего. Эти временные категории совершенно недостаточно осознаются ими.

Влияние прошлого проявляется в основном на бессознательном уровне. Этот психологический дефицит можно назвать “эмоциональной амнезией”, с которой, в частности, связано отсутствие благодарности за прошлое хорошее к ним отношение, заботу и даже жертвенность других людей, включая лечащих их терапевтов.

Моменты, казалось бы, наиболее ярких интимных переживаний стерты из сознания, всякое напоминание о них раздражает, вызывает лишь вспышки гнева, обвинения во лжи, неискренности. Концентрация внимания на попытках вспомнить положительные события, выполняемая в рамках психологического эксперимента, мало результативна. Внимание по-прежнему сосредоточено на текущем моменте и его эмоциональном содержании.

Критика к ошибкам прошлого отсутствует и из них не извлекается необходимый опыт. Эгоцентрическая субъективность (“анальная психика”) блокирует мотивацию к развитию интимности.

Лица с ПЛР настроены на немедленное удовлетворение возникшего желания. Характерно стремление к возможно более быстрому завершению, немедленной реализации сексуального контакта без предварительных ласк, поцелуев. Физический аспект здесь явно преобладает над психологическим. Доминирует тенденция получить от партнера/партнерши всего физически возможного с минимальным психологическим участием со своей стороны.

Они не в состоянии позволить кому-то войти в их внутренний мир, доступ к которому строго запрещен.

Следует также подчеркнуть, что лицам с ПЛР свойственно расщепление. В результате последнего они видят людей и прежде всего своих сексуальных партнеров/партнерш в границах исключительно хороших или исключительно плохих качеств. Тот, кто сегодня воплощает в себе только хорошие качества, на следующий день или значительно раньше становится полностью плохим. Взаимного эмоционального дополнения, интеграции на интимном уровне не происходит.

Объекты контакта воспринимаются фактически как “частичные объекты” (part-objects), а не как целостные объекты, притягивая к себе либидо или аутоагрессивные или гетероагрессивные драйвы. Объект (индивидуум) воспринимается только как полностью хороший (all- good) или полностью плохой (all-bad). Лица с ПЛР в каком-то смысле как дети не способны понимать, что объекты могут быть одновременно и хорошими и плохими, объединять в себе положительные и отрицательные качества.

1.7.Интимность и психическое здоровье

Страх интимности выделяется как фактор риска по отношению к многим проблемам психического здоровья, в том числе к упоминаемым нами ранее развитиям аддиктивных расстройств.

В этой связи Descunter, Thele (1991) определяют страх интимности как «подавленную в связи с тревогой способность индивидуума делиться чувствами и мыслями личной значимости с другим высоко значимым индивидуумом».

Они не способны находить социальную поддержку при эмоциональном стрессе и используют для регуляции аффективных переживаний другие средства: алкоголь, другие вещества, изменяющие психическое состояние (Mc Nally et al., 2003).

Страх интимности находится в ядре созависимости. Созависимые лица боятся интимности потому, что они испытывают страх покидания, предательства, отвержения. Родители предавали и отвергали будущих созависимых индивидуумов, так как сами в своем детстве воспитывались в таких же созависимых семьях. Эмоциональные травмы детства создали синдром созависимости с чувством собственной неполноценности, моральной несостоятельности, глубокого уходящего в бессознательное чувства стыда. Созависимые лица не в состоянии позволить кому-то заглянуть внутрь себя, разделить с кем-то свои переживания. А без этого интимность невозможна.

Созависимость вынуждает вступать в неадекватные отношения с неподходящими людьми, которые обычно имеют много общего с аддиктивными и/или созависимыми членами родительской семьи. Таким образом, история повторяется в следующих поколениях, являясь своего рода «семейной судьбой».

Bowen (1978) связывает способность к переживанию интимности с концепцией дифференциации сэлфа в плане возможности быть интимным/интимной и в то же время автономным/автономной. Высокая дифференциация ассоциируется с сильным сэлфом, способностью смягчать тревогу посредством вступления в межличностные контакты и препятствовать психическому поглощению.

Хорошо дифференцированные отношения характеризуются низким уровнем тревоги, гибкостью и интимностью без страха “смешаться” с партнером/партнершей (Kerr. 1988).

1.8.Интимность и сострадание

Интимность неразрывно связана с состраданием. Сострадание состоит в витальной способности представить себе и почувствовать себя психологически внутри переживаний другого человека, почувствовать, что это такое быть другим/другой. Сострадание является силой, которая

выстраивает мост между островком индивидуальности одного человека и таким же островком другого/другой. Сострадание представляет способность выхода за границы индивидуальной перспективы и личных ограничений и возможность погрузиться во внутренний мир переживаний другого человека. Сострадание выражается в проявлении искреннего чувства жалости к другому/другой, в переживании сочувствия на сознательном и бессознательном уровне.

Особенность сострадания состоит в умении эмпатизировать содержания внутренних переживаний другого/другой и одновременно с эмпатией проявлять симпатию к воспринимаемому. Последняя характеристика сострадания предполагает наличие возможности окунуться в мир переживаний, значительно отличающийся от своего мира, и воспринять этот мир без предвзятостей, в связи с инаковостью, непохожестью эмоциональной чувствительности, разной сенситивностью и системами ценностей. Сострадание включает в себя толерантность (терпимость) к тому, что отношение ко многим событиям у другого человека, которой/которому мы симпатизируем, отличается от привычных для нас подходов. Сострадание требует развитого воображения, отсутствия ригидности, психологической гибкости. Сострадание несовместимо с эмоциональной тупостью, оно не свойственно лицам с “нормотической болезнью” по терминологии Bollas’a (1987).

Эмоциональная тупость, недоразвитость эмоций, как следствие воспитания в дисфункциональной семье, может привести к формированию личности, потенциально способной к правонарушениям, безразлично относящейся к нарушению прав других людей, к несправедливости, дискриминации, насилию, жестокости.

Подобная эмоциональная тупость может явиться результатом авторитарного воспитания с полным подчинением ребенка доминирующей фигуре одного или обоих родителей. Известно, что лица, совершившие наиболее страшные преступления, характеризовались отсутствием

сострадания к своим жертвам, эмоциональной тупостью. Эти особенности сформировались в детском периоде жизни, в периоде наибольшей незащищенности и ранимости.

Наряду с авторитарным воспитанием, тяжелые психические травмы в детстве вызывают эмоциональную боль, переживание которой способно значительно повредить способности к состраданию. Симпатия в сочетании с эмпатией позволяет значительно расширить горизонты восприятия себя и окружающего мира, позволяет выйти на уровень витальных и реальных отношений с другим человеком. С состраданием соединяется чувство принадлежности. Голод по принадлежности является выражением сострадания по отношению к себе и другим объектам окружающего мира.

1.9. Интимность в постмодернистской культуре

Постмодернистская культура не создает благоприятных условий для интимности. Сам термин интимность используется реже, по сравнению с модернистской и особенно традиционной культурой. Значительно чаще говорят и пишут о сексуальном желании, сексуальности в общем, что все в большей степени подменяет не только терминологически, но и по смыслу понятие интимности в ее истинном смысле.

Некоторые социальные историки считают целесообразным выделять категорию все более многочисленных лиц, которые характеризуются как “амативные” (настроенные на легкое возникновение любви) или на так называемую “компанейскую” любовь. Амативная или компанейская любовь вступает в противоречие с традиционными представлениями о роли семьи, прокреативности как основной цели сексуальных отношений (D’Emilio, 1993; Luker, 2006).

Luker в данном контексте сообщал о дебатах в США по поводу различных точек зрения на проблему прокреативности и аборт. Женская идеологическая позиция по отношению к абортам связывалась автором с различными формами проявления экономических интересов.

D'Emilio высказал предположение, что система современного капитализма, освобождающая часть популяции от ритуальных домашних и экономических обязанностей, может активизировать проявления интимности. Однако, автор не смог привести убедительных примеров такого развития, ссылаясь на признаки интимности в культуре сексуальных меньшинств.

Seidman (2005) фиксировал внимание на замене интимности “несвязанным эросом”.

Giddens (1992) ввел термин “пластичная сексуальность”, в то время как Bauman (1998) писал о “постмодернистской эротической революции”.

Bernstein (2007) писал, что «пролиферация различных форм работ в сфере обслуживания, новая глобальная информационная экономика и “постмодернистские” семьи, состоящие из изолированных индивидуумов, вызвали глубокую трансформацию в эротической сфере».

Как традиционная “прокреативная” модель, так и “компанейская” модели сексуальности все более дополняются тем, что называют “рекреационной” сексуальной этикой. “Вместо того, чтобы быть ориентированными на брачные или хотя бы на длительные отношения, рекреационная сексуальная этика черпает свое основное значение и содержание из глубин физических ощущений чувственного стремительно галопирующего взаимообмена - того, что я называю здесь “галопирующей аутентичностью”(Bernstein, 2007).

Bauman (1998) писал о том, что внутри постмодернистского социального поля “секс, освобожденный от репродуктивных последствий и тупого затяжного любовного аттачмента, может быть безопасно заключен в рамки эпизода”.

Рекреационная сексуальность в постсовременной культуре не антагонистична общественной коммерциализации. Рекреационная сексуальность свободно продается и покупается. Ее можно приобрести так же легко, как и другие формы предлагаемых на рынке развлечений.

Когда “работницы/работники сексуального труда” (sex workers) рекламируют себя как “девушки по найму” и описывают формы предлагаемых сексуальных услуг, они предлагают не только эротизм, но и “аутентичную” интимность в отношениях. Имеет место попытка эксплуатировать присутствующий в постсовременной культуре голод по недостигаемой интимности, как будто интимность является товаром, который можно приобрести в каждодневной практике на оплаченный период времени.

В постсовременной культуре больших городов как-то незаметно происходит процесс изменения определяющего имиджа уличных проституток, которые перестают олицетворять неприличные, пользующиеся дурной славой публичные объекты. Примитивно физический компонент секса на продажу постепенно заменяется предложениями, акцентирующими возможность переживания интимности при встрече с “работницами сексуального труда”.

Последние полтора десятка лет характеризовались особым всплеском кино-продукции и нарративов о сексуальной коммерции. В этом отношении можно, например, назвать наиболее популярные кинофильмы: “Народ против Лари Кинга” (1997), “Весь Монти”, “Мулин Руж”, “Монстр” (2003), “Город греха” (2005), “Дневники гейши” (2005).

Экраны завоевали эротические фильмы документального жанра, такие как, например, “Фетиши” (1996), “Обнаженные девушки объединяйтесь”, “Внутри глубокой глотки“ и др. Зеркалом порнографии явились документальные фильмы, удостоенные Академических наград как, например, “Рожденная в борделях”, Заны Бриски (Zana Briski 2004), “Лилия 4 даже” Лукаса Мудисона (Lucas Moodyson (2002). Последний фильм рассказывает историю о русской девочке подростке, которая была вывезена в Швецию в период экономического постсоветского кризиса. Фильм получил широкое распространение и демонстрировался на шведских национальных и международных кинофестивалях на тему о проституции. Согласно сообщению Kulick (2005), шведский институт кино получил 1,5 миллионов крон от

правительства для организации просмотра фильма студентами высших учебных заведений страны.

Появились также фильмы о мужской проституции: “Мое собственное частное Айдахо” (1992), “Звездная карта” (1997).

К концу 20 века в Сан Франциско, Портленде (США, Орегон), Белине проходили на сценах больших театров фестивали фильмов и видео о “sexual workers” (работницах и работников сексуального труда).

В 2005г. система кабельного телевидения (Lifetime cable network) экранизировала получивший большую популярность мини серию (в двух частях) о подробностях секс трафика. Многообразные сексуальные сцены включались в содержание таких популярных и различных по жанру фильмов, как “Фронтальная линия”, “Закон и порядок”, “Поле сражения галактика”.

Мультимиллиардная секс индустрия в постсовременной культуре внедряется в различные сферы жизни и глобальной экономики. К ним относятся отельный бизнес, туризм, информационные технологии.

Таким образом, имеет место нарастающая диверсификация вариантов внедрения секс индустрии в различные сферы жизни постсовременного общества. Процесс урбанизации, ослабление традиционных семейных подходов и отношений, фактическое исчезновение традиционной модели семьи у занятых с головой в постсовременном бизнесе лиц сопровождается появлением новой идеологии не только секса, но и самого гендера.

Отражением последнего является все более широкое распространение в Северной Америке регистрационных анкет участия в различных конференциях, совещаниях, симпозиумах, в которых в графе, касающейся пола предлагаются для ответа не только традиционные “мужской” или “женский”, и не только “гей” или “лесбианка”, но кроме этих вариантов отдельная графа “другие”. Под “другими”, очевидно, подразумеваются формы сексуальной флюидности со сменами чувства гендерной принадлежности.

В постсовременных метрополиях отмечается снижение уличной проституции с одновременным значительным возрастанием сексуальных услуг онлайн, массажных салонов, выходов на сексуальный контакт с использованием мобильного телефона, службы сексуального эскорта с распространением сексуальных услуг в большинство районов города, в том числе, считающихся респектабельными, в стороне от “даунтауна”.

Большую популярность в постсовременной культуре получают “карьерные” проститутки, которые четко разграничивают работу по оказанию сексуальных услуг от личной приватной жизни. Многие карьерные проститутки не только отграничивают зону “работы” и “личной жизни”, но отделяют сексуальные услуги от настоящей сексуальности. По словам одной из проституток, “я не продаю настоящую интимность, моя работа не имеет ничего общего с интимностью, хотя я, как артистка, иногда вынуждена играть такую роль”(Bernstein, 2007).

Автор приводит также высказывания шведской проститутки Каролины: “Если Вы занимаетесь подобной работой, Вам необходимо иметь невидимые границы, которые Вы не должны разрешать людям переходить. Если Вы разрешите, тогда Вы будете напиваться или употреблять наркотики, потому что не сможете смотреть на себя в зеркале после. Есть вещи, которые Вы позволяете и не позволяете делать за деньги. Необходимо иметь внутри Вас приватное место. Вы не можете быть той же личностью, когда Вы идете на работу”(Bernstein, с.50).

1.10.Интимность и доверие

Эмоциональная интимность может возникать и развиваться на почве преобладания базисного доверия над недоверием при наличии уважения и сострадания. Доверие при интимности носит двусторонний характер: возникает ситуация, при которой присутствует уверенность о том, что Вы и Ваш/Ваша партнер/партнерша никогда сознательно не будут вызывать друг у

друга отрицательных эмоций смущения или стыда. Существует уверенность во взаимном уважении на личностном уровне. Интимность основывается на взаимном эмоциональном обмене сокровенными надеждами, мечтами и опасениями.

Уважение передается чувством взаимного положительного отношения к системе ценностей друг друга, оно отражается на интонациях произносимых фраз, на других способах невербальной экспрессии, на характере реакций на поведение партнерши/партнера. Уважение неразрывно связано с доверием и является важным компонентом интимности.

Сострадание пропитывает отношения особой формой нежности и глубокой любви и уверенности друг в друге. Сострадание создает психологическую атмосферу, в которой можно проявлять свою ранимость и слабые стороны, что делает интимные отношения специальными и уникальными.

Триада доверия, уважения и сострадания в ситуациях стресса подвергается серьезному испытанию. Потеря одного из ее элементов способна разрушить интимность, возврат к которой может быть трудным или даже недостижимым.

Интимность в отношениях требует также наличия следующих компонентов: диалога, открытости, ранимости и обоюдности.

Диалог представляет собой откровенный обмен мечтами, идеями, видением происходящих событий, целями и устремлениями без страха оказаться смешным/смешной, подвергнуться унижающей критике.

Открытость выражается в том, что члены интимной диады во время интимного поведения ничего не скрывают друг от друга. Не существует никакой сокровенной тайны, которой нельзя поделиться. Жизнь каждого члена пары, таким образом, взаимно открыта.

Открытость включает различные психологические содержания, такие как воображение, фантазии, мотивации, вкусы, системы ценностей, хобби, познавательные интересы. Открытость подразумевает желание и возможность

поделиться внутренним содержанием своей психики человеку, с которым/которой установлен интимный контакт.

Ранимость проявляется в подверженности эмоциональному повреждению, в готовности к психологическому стриптизу перед партнершей/партнером с уверенностью в том, что те, кого мы любим, не используют против нас нашу ранимость.

Взаимность заключается в понимании, что интимность - это не дорога в одном направлении. Интимность одного члена диады проявляется в контексте ответной интимности другого члена, что включает те же компоненты: открытость, сопереживание, общие чувства, ранимость.

Интимность приводит к формированию единства, взаимозависимости и чувства безопасности. Ее формирование усиливает чувство внутренней уверенности, доверия и безопасности. Интимные партнеры чувствуют эмоциональную поддержку друг друга, чувствуют “спину” партнера/партнерши, что особенно сильно проявляется в трудных и тем более экстремальных ситуациях.

В процессе формирования и сохранения интимности приходится преодолевать многие препятствия. Повседневные заботы, загруженность работой, домашними делами, кризисные ситуации, долги, разнообразные ответственности, конфликты, неуспех и поражения, воспоминания о прошлом, психической травме блокируют интимность и нуждаются в преодолении.

Возникает вопрос, каким образом и можно ли в принципе развить в себе способность к интимности или же интимность является врожденным свойством, определяемым биологическими факторами (генетикой), которое в процессе развития в дальнейшем может активизироваться или блокироваться особенностями средовых воздействий, прежде всего стилем семейного воспитания?

К настоящему времени накопились данные, свидетельствующие о том, что для улучшения интимности несомненное значение имеют воздействия, направленные на развитие компонентов продуктивного неформального

общения. Большую роль в этом контексте имеет развитие способности к сочувствию, состраданию, взаимопониманию и эмоциональной поддержке.

Способность к интимности предполагает исходное отношение к партнерше/партнеру как к самому/самой себе. Содержание понятия взаимная глубокая интимность соответствует выражению: “люби другого/другую как самого себя”. Доброта к партнеру/партнерше не означает слепой жертвенности, пренебрежения своими интересами, нивелированием своей личности, созависимости. Интимность выстраивается на основе личной ответственности, вместо осуждения других в ситуациях неуспеха, ошибочно принятых решений.

Эмоциональные реакции гнева, ярости, осуждения, озлобленности не входят в спектр состояний, поддерживающих интимность. К ним не относятся также беспринципная уступчивость, холодность, эмоциональное дистанцирование, ролевое поведение. Лживость, избегание, лицемерие, приторность, слащавость исключают интимность.

Обучение интимности включает избавление от желания контролировать поведение партнера/партнерши. Формируется умение тонко воспринимать эмоциональные оттенки, нюансы настроения другой/другого, развивается способность к эмпатии.

В бессознательной (в основном) психике присутствуют два страха, блокирующих формирование и развитие интимности. Речь идет о страхе покидания и страхе поглощения. Смягчение этих страхов является важным компонентом развития интимности.

1.11.Интимность и самоотчуждение

В осуществлении процесса распознавания собственных эмоций в психике многих людей присутствует глубоко интернализованное (трансмутированное по Kohut'у, 1984) препятствие. Этим очень трудно преодолимым препятствием

является феномен самоотчуждения. Самоотчуждение делает взаимное раскрытие фактически невозможным.

В постсовременном мире самоотчуждение является чрезвычайно распространенным. Люди все чаще страдают «нормотической болезнью» (Bollas, 1987), переживают чувство нереальности, чувство отчуждения от себя и от окружающего мира живых людей. Эти по существу роботронные люди потеряли контакт со своей психикой и телом. Они не знают, что они чувствуют, как переживают происходящее с ними и окружающими, в том числе близкими, людьми.

Самоотчуждение человека в постсовременном мире обусловлено воздействием различных факторов. Большое значение в этом отношении имеет стиль воспитания, в рамках которого родители постоянно и настойчиво обучают своих детей подавлять возникающие у них чувства.

Эмоциональные естественные реакции детей отрицательно оцениваются родителями как на вербальном, так и на невербальном уровнях. Дети обучаются тому, что могут заслужить хорошее отношение к себе, родительскую любовь, отказавшись от сколько-нибудь сильного эмоционального реагирования. Родители часто внушают детям, что они в действительности не чувствуют, а выдумывают чувства, исполняют театральные роли, стараясь произвести на взрослых то или иное желаемое впечатление.

В развитии отчуждения от эмоций имеет также значение общее психологическое состояние родителей. Дистантные, эмоционально отсутствующие, холодные родители влияют на психическое состояние детей в качестве примера для подражания. Эмоциональная неразвитость импринтируется в психику ребенка, который постепенно лишается врожденной коммуникабельности, становится все более отдаленным и стесненным в выражении чувств.

Ребенок испытывает психобиологическую потребность быть любимым родителями и чувствовать, что родители акцептируют его любовь. Это

сочетание является базисным для формирования интимности, избавления от инфантильной зависимости.

Фрустрация желания ребенка быть любимым и чувства, что его любовь принимается родителями с любовью, является наиболее серьезной психической травмой, которую ребенок может пережить в своем психическом развитии. Эта травма приводит к фиксации на различных формах инфантильной сексуальности, к которым его влечет в попытках компенсации за экзистенциально значимое поражение в удовлетворении потребности в родительской любви.

Психоаналитики выделяют в этой связи такие заменители, как мастурбация и анальный эротизм (Kernberg, 1986). В процессе дальнейшего развития могут развиваться также аутизм, эксгибиционизм, мазохизм. Во всех приведенных вариантах имеют место нарушения интимности и сексуального желания.

В постмодернистской культуре еще в большей степени, чем в модернистской, детей обучают также тому, что проявление чувств может представлять опасность, приводить к отрицательным социальным последствиям. Чувства следует тщательно контролировать, и, если они возникают, умело скрывать их от других. Контроль чувства ребенком эквивалентен для него отказу от чувства.

Постоянный контроль чувств ребенком приводит к тому, что он постепенно разучивается выражению чувств и их переживанию. Драматизм событий заключается в том, что все происходит в основном на бессознательном уровне. Отказываясь от своих чувств, ребенок отказывается от части своего я, от части своего эго. Так начинается процесс самоотчуждения.

Следующий важный вывод состоит в том, что прекращение влюбленности связано с разочарованием, осознанием того, что партнер/партнерша не соответствует имиджу, характерному для начального периода отношений. То есть, в том случае, если этот имидж сохраняется, и

партнер/партнерша воспринимаются по-прежнему в соответствии с начальным восприятием, любовь имеет большие шансы сохраняться. Имеет место наличие зависимости не столько от возможного изменения особенностей (психологических и физических) партнера/партнерши, сколько от возможного изменения восприятия этих характеристик. Одним из вариантов такого изменения является изменение “ю-итных” отношений “ит-ишными отношениями (по Vuber’у, 1970), когда исчезает личностный компонент, сменяясь отношением как к неодушевленному объекту. В качестве психологического оправдания исчезновения любви часто приводится тезис “он/она меня по-настоящему не любили”.

Литература:

- Altman, D. (2001) *Global Sex*. Chicago. Chicago University Press.
- Aronson, E. (2003) *The Social Animal*. New York. Worth Publication.
- Bauman, Z. (1998) *On Postmodern Uses of Sex. Theory, Culture, and Society*, 15 (3-4), 19-35.
- Bauman, Z. (2000) *Liquid Modernity*. Cambridge. UK. Polity Press.
- Bernstein, E. (2007) *Temporarily Yours. Intimacy, Authenticity, and the Commerce of Sex*. Chicago. Chicago University Press.
- Bollas, Ch. (1987) *The Shadow of the Object*. New York. Columbia University Press.
- Bowen, M. (1978) *Family Therapy in Clinical Practice*. New York. Jason Aronson.
- Desentner, C., Thelen, M. (1991) Development and Validation of a Fear-of-Intimacy Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3 (2), 218-225.
- D’Emilio, J. (1993) Capitalism and Gay Identity. In the *Lesbian and Gay Studies Reader*. (Ed. H. Abelove et al.) New York. Routledge. 467-479.
- Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge. UK. Polity Press.
- Giddens, A. (1992) *The Transformation of Intimacy. Sexuality, Love and Eroticism in Modern Societies*. Cambridge. UK. Polity Press.
- Goffman, E. (1963) *Behavior in Public Places*. New York. Free Press.

- Hatfield, B., Rapson, F. (1993) Historical and Cross-Cultural Perspectives on Passionate Love and Sexual Desire. *Annual Review of Sex Research*, 4, 67-97.
- Hochschild, A. (2003) *The Commercialization of Intimate Life*. Berkeley. University of California Press.
- Hodge, M. (1967) *Your Fear of Love*. New York. Doubleday.
- Jamieson, L. (1999) Intimacy Transformed? A Cultural Look at the Pure Relationship. *Sociology*, 33, 3, 477-494.
- Kerr, M.(1988) Chronic Anxiety and Defining Self. *Atlantic Monthly*, September, 35-38.
- Kulish, D. (2005) Four Hundred Thousand Swedish Perverts. *GLQ* 1102, 205-235.
- Langs, R. (2004) *Fundamentals of Adaptive Psychotherapy and Counselling*. New York. Palgrave MacMillan.
- Langs, R. (2006) *Love and Death in Psychotherapy*. New York. Palgrave MacMillan.
- Linehan, M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York. Guilford.
- Luker, K. (2006) *When Sex Goes to School: Warring Views on Sex – and Sex Education – Since the Sixties*. New York. Norton.
- Mellody, P. (1992) *Facing Love Addiction*. San Francisco, CA. Harper.
- Mc Nally, A., Palfai, T., Levine, R., Moore, B. (2003) Attachment Dimensions and Drinking-Related Problems Among Young Adults. The Mediation Role of Coping Motives. *Addictive Behaviors*, 28, 115-1127.
- Pawlik-Kienlen, L. (2006) Fear of Intimacy. How to Overcome Anxiety and Fear in Relationships. December 3, [http: // psychology suite 101. com/article.cfm/fera of intimacy](http://psychology.suite101.com/article.cfm/fear_of_intimacy).
- Seidman, S. (2005) From Outsider to Citizen. In *Regulating Sex: The Politics of Intimacy and Identity*. (Ed. E. Bornstein, L.Schaffner). New York. Routledge. 225-247.
- Simmel, G. (1950) *The Sociology of Georg Simmel*. Glencoe. Free Press.
- Vaknin, S. (2002) *Malignant Self Love*. Skopje. Maring-Lyor. Macedonia.

1.12. Интимность, сексуальное желание и романтическая любовь

В постмодернистской культуре термин интимность часто теряет свое первоначальное значение и становится эквивалентом сексуальности. При этом подразумевается, что источником интимности является секс; соединение двух тел приводит к тому, что сознание временно оказывается в отчужденном изолированном для каждого индивидуума состоянии. В этом временном пересечении границ эго заключается экстаз сексуального переживания с чувством свободы, интимности, незащищенности и ранимости.

Для постмодернистского сэлфа вся зона сексуальности и сексуальной интимности крайне значима. Она осталась фактически последним бастионом интимности, последним хотя бы относительно скрытым секретом. Даже постсовременному человеку необходима интимность, необходимо чувство глубокой неформальной межличностной связи, которая выходит за пределы сексуальности. К сожалению, этот уровень интимности бесконечно далек от того уровня, которого большинство людей достигает в механическом сексе.

Ставшая привычной ситуация изменяет содержание ожидаемого удовольствия от сексуальной связи. Повторяющийся дефицитарно эмоциональный секс со многими партнершами/партнерами неизбежно приводит к лишению сексуальных отношений романтизма, спиритуальности и тайны. В результате столь важная сторона жизни становится неинтересной, экзистенциально скучной. Люди перестают ожидать от партнера/партнерши настоящих сопереживаний, не надеются найти в них источник эмоциональной поддержки и взаимного счастья. Во многих случаях кратковременные романтические отношения, возникающие на высоте страстного увлечения, в дальнейшем становятся причиной эмоциональной боли, разочарования, окончательного крушения сформировавшихся романтических идеалов.

Романтическая любовь не исчезла в постмодернистской культуре, но она возникает здесь не на благоприятной для нее (на гетерономной) почве. Поэтому романтическая любовь в постмодернистском обществе очень хрупка

и кратковременна, имеет небольшие шансы перехода в длительные стабильно интимные отношения следующего этапа.

Что такое романтическая любовь?

Beste et al. (2005) определяют романтическую любовь, как любовь, имеющую 10 характеристик, которые отличают ее от другого типа отношений.

Первая и первоочередная характеристика проявляется в том, что влюбленный/влюбленная “инвестирует” себя в благосостояние любимого человека, делая это ради самого/самой себя, а не ради того, чтобы любимый/любимая сделал для него/нее. Из этой характеристики вытекают следующие:

- (1) интимность,
- (2) сексуальное желание,
- (3) эксклюзивность,
- (4) акцептация,
- (5) уважение,
- (6) понимание,
- (7) аутентичность,
- (8) доверие,
- (9) радость.

Каждый из приведенных атрибутов входит в полную констелляцию идеальных романтических отношений.

Beste et al. изучали различия между индивидуумами, которые находились в текущих отношениях и которые заявляли, что они по-прежнему влюблены в своих партнерш/партнеров, и индивидуумами, у которых состояние влюбленности прекратилось.

Результаты показали, что в поддержании романтической любви особенное значение имеют дименсии эксклюзивности и интимности. Продолжение вовлеченности и отдачи себя во имя счастья и интересов партнерши/партнера в отношениях имеют ключевое значение.

Интимность и настоящая любовь неразрывно связаны со способностью к взаимному самораскрытию, обоюдному желанию дать возможность партнерше/партнеру проникнуть в свой внутренний мир с одновременным эмоциональным стремлением погрузиться в ее/его внутренние переживания. Такое взаимопроникновение может произойти только в том случае, если каждый член диады обладает способностью и желанием распознавать свои собственные переживания, находиться в интегральной связи с собственными эмоциями.

Diamond (2004) проводит дифференциацию между сексуальным желанием, компанейской и романтической любовью с учетом психологической, биологической, эволюционной, социальной и культуральной перспектив. Автор фактически не исключает возможности сосуществования сексуального желания и романтической любви. Такое сосуществование определяется в контексте совпадения между кашлем и простудой, когда большинство простудившихся людей страдает кашлем, хотя наличие одного из этих компонентов не обязательно предполагает наличие другого и не всегда присутствует между ними взаимозависимость. Многие люди кашляют без какой-либо связи с простудным заболеванием и в то же время нередки случаи, когда простудное заболевание протекает без кашля.

В таком же ключе влюбленные лица также характеризуются наличием сексуального желания по отношению к своей возлюбленной/возлюбленному, но в то же время имеют место случаи, при которых такое сочетание отсутствует. Значительно количество случаев, когда сексуальное желание возникает в отрыве от чувства любви. Индивидуум испытывает сексуальное желание без любви к объекту этого желания.

Diamond проводит также разграничение между страстной любовью и компанейской любовью. Страстная любовь наиболее типична для раннего периода романтических отношений и может перейти в компанейскую любовь в более позднем периоде отношений, после истечения какого-то времени.

Страстная любовь сопровождается более сильными эмоциями и не терпящим отлагательства постоянным желанием находиться поблизости от партнера/партнерши, быть предметом ее/его внимания. Компанейская любовь отличается чувством “большей уверенности, стремлением к осуществлению заботы и чувством общего психологического комфорта”.

Diamond полагает, что любовь и сексуальное желание не имеют общего нейрохимического процесса, скорее речь идет о дифференцированных механизмах. Эстрогены и андрогены главным образом отвечают за сексуальное желание, в то время как аттачмент нейрохимически обеспечивается теми же самыми процессами, что благодарность и награда. Последние как и любовь “питаются опиоидами, катехоламинами и нейропептидами, активизированными в общем концерте”.

Теоретики психодинамического направления считают, что романтическая любовь формируется на основе родительско-младенческой диады. Стержневые эмоции и характерные механизмы объединения оставляют отпечаток в психике взрослого возраста и обнаруживаются в структуре романтических любовных отношений.

Подтверждение положений этой концепции содержится в исследованиях Gonzaga et al. (2006). Авторы обнаруживают объективные признаки, разграничивающие романтическую интимность и сексуальное желание. Интимность проявляется признаками, аналогичными для переживания эмоции счастья: улыбками, жестами, мимическими и двигательными реакциями. Сексуальное желание выражается в признаках, которые характерны для проявления внимания и возбуждения, включая облизывание губ, друг друга, проникновение языком, касания, разговоры на сексуальные темы. Gonzaga et al. приводят также данные о том, что эмоции, связанные с чувством счастья и возбуждением, проводятся по другим неврологическим путям, подтверждая тем самым предположение о различии между сексуальным желанием и романтической любовью.

Таким образом, дименсии интимности (романтической любви) входят в концепцию любви в идеальном плане, являясь комбинацией акцептации и радости. Вовлеченность (инвестирование) себя в любимого/любимую сопровождаются, очевидно, меньшей интенсивностью комбинации акцептации и радости. Интимность расценивается как очень интенсивная форма акцептации.

Создается впечатление, что романтическая любовь включает не только радость и акцептацию, но также и оптимистический подход, который представляет комбинацию и предвосхищения доверия и уважения. Если партнеры выпадают из любовного поля, в связи с тем, что они более не воспринимают своих партнеров как кого-то, достойного акцептации, тогда приобретает смысл утверждение, что разрушение восприятия партнера/партнерши как объекта, каким он должен выглядеть в глазах влюбленного/влюбленной, неизбежно приводит к потере любви, как следствию поломки акцептации.

Также как кашель не вызывает простуду, сексуальное желание само по себе не создает любовь, и в то же время как почти всегда простуда сопровождается кашлем, любовь почти всегда сопровождает сексуальное желание.

Giles (2008) видит различие между сексуальным желанием и интимностью (романтической любовью) в уровне взаимности. В случае интимности возникает не только определенное желание по отношению к другому лицу, “касающееся обоюдной ранимости и заботы”, но также “желание, чтобы другое лицо имело также же желание по отношению ко мне, то есть, что у меня присутствует желание, касающееся желаний другого лица”.

Giles утверждает, что “схема не является столь сложной. Так как, хотя я имею определенные желания, направленные на обоюдную телесную обнаженность и ласку, я в то же время не желаю, чтобы другое лицо также желало обоюдной обнаженности и ласки, направленных в мой адрес.

Сексуальное желание в настоящее время иногда рассматривают не как эмоцию, а скорее как биологический драйв, подобный жажде или голоду. Тем не менее, сексуальное желание включает характерные компоненты эмоции. Ben-Zeev (2008) считает, что эмоция затрагивает личностные компоненты, к которым автор относит нестабильность, большую интенсивность, частичную перспективу, относительную кратковременность. Последние элементы свойственны так называемым “горячим” эмоциям, в то время как базисными компонентами “типичных” эмоций являются когниция, оценка, мотивация и чувство. Все эти черты присутствуют в сексуальном желании.

Большое значение для генерирования сексуального желания имеет фактор изменения. Так, частота сексуальной активности постоянно снижается по мере увеличения времени отношений с любовным партнером/партнершей. После того, как любовные отношения в браке продлились один год, сексуальные отношения происходят обычно на половину реже, чем в первом месяце брака. В дальнейшем снижение частоты сексуальных контактов происходит более плавно.

В ряде случаев сексуальное желание возникает односторонне, без ответного сексуального желания со стороны партнерши/партнера. Таким образом, в этом варианте сексуальное желание направлено только на удовлетворение собственного желания.

Биологически эволюционная природа сексуального желания объективно приводит к тому, что появляются психологические аспекты, касающиеся сравнительных оценок чувств другого человека. Вступая в сексуальную активность, многие люди вовлекают в содержание своего воображения не только настоящую сексуальную активность и настоящего партнера/партнершу, но также фантазии, выходящие за границы настоящего эпизода сексуальных отношений, воспоминания из прошлого опыта, прошлых воображаемых и реализованных контактов и др.

Сексуальное желание с его основными компонентами эмоциональной нестабильности, кратковременности является быстро преходящим и в то же время очень интенсивным психофизическим переживанием.

Сексуальное желание направлено обычно на конкретного человека или реже на двух-трех людей. В этом смысле сексуальное желание иногда называется парциальным, узконаправленным, имеющим личностно эгоистичную перспективу. Сексуальное желание исчерпывается после достижения сексуального удовлетворения (хотя сексуальное желание способно к многократной регенерации).

Сексуальное желание, являясь эмоцией, имеет в то же время, как и другие эмоции, и когнитивный компонент. К последнему, например, относится информация о партнерше/партнере и мысли на тему об этой информации. Сексуальное желание включает положительную оценку партнерши/партнера, мотивацию, выражающуюся в желании сделать что-то для партнера/партнерши. В структуре сексуального желания присутствуют чувства радости, удовольствия, потребность в стимуляции.

Разграничение между сексуальным желанием и состоянием интимности, романтической любовью в своей основе заключается в оценке достоинства партнера/партнерши.

Последний элемент очень значим в структуре романтической любви, в состоянии интимности. В отношениях должна присутствовать положительная оценка характерологических черт и поступков любимого/любимой, положительное отношение к объекту любви и его/ее действиям в целом, несмотря на периодически возникающие непонимания, неодинаковые привычки, подходы, разную чувствительность и способы ее выражения.

“Требования” к сексуальному желанию в этом смысле более ограничены. Сексуальное желание, по сравнению с интимностью, фокусируется главным образом на сексуальной привлекательности партнерши/партнера, что не исключает значения фактора оценки достоинств партнера/партнерши. Тем не менее, в варианте сексуального желания оценка достоинств имеет значительно

меньшее значение. Оценка достоинств при сексуальном желании по ее происхождению вторична и в основном “выводится” из первично возникшей привлекательности.

Таким образом, интимность и связанная с ней романтическая любовь неразрывно связана со значительным участием всей личностной структуры. Интимность формируется всей личностью, что отличает ее от сексуального желания. В результате потеря интимности и связанных с ней отношений, разрушение романтической любви переживаются значительно дольше и тяжелее, чем утрата сексуального желания и разрыв психологически глубинно менее значимой сексуальной связи.

Лица, вступающие в сексуальные контакты, основанные главным образом на сексуальном желании без достаточно присутствующей интимности, сравнительно легко воспринимают измены партнеров/партнерш, не испытывая при этом сколько-нибудь серьезных мук ревности, в отличие от случаев романтической любви. Интимность и романтическая любовь отличается от сексуального желания большей стабильностью, глубиной, участием глубинных психологических структур, в том числе глубинной бессознательной системы разума.

Сексуальное желание, по сравнению с интимностью, является значительно менее сложным чувством. Оно может возникать очень быстро, например, под влиянием алкоголя, в различных новых непривычных ситуациях, в состояниях, связанных с измененной стимуляцией, и др. Внезапно возникшее сексуальное желание также быстро может исчезнуть, например, в результате принятого волевого решения, не вызывая сколько-нибудь серьезных переживаний.

Согласно Ben-Zeev (2008), романтическая любовь, интимность способны в определенных вариантах формироваться в комплексе с другими эмоциями, не включающими сексуальное желание.

Отражением такого варианта являются высказывания типа: “Я был влюблен/влюблена, не чувствуя никакой потребности в сексе”. Тем не менее,

в абсолютном большинстве случаев лица, особенно женщины, испытывают радость от секса в том случае, когда они испытывают интимность, романтически влюблены в своего партнера. Большинство людей теоретически допускают возможность любви в отделении от секса, однако практически предпочитают, чтобы эти два элемента существовали во взаимном слиянии.

Имеют место все же гендерные различия. Мужчины проявляют большую тенденцию к отделению интимности от секса, в то время как для женщин более типично убеждение в том, что любовь и секс проявляются вместе.

Доказательством этих гендерных различий является наблюдение, что эротические фотоматериалы больше сексуально возбуждают мужчин, чем женщин.

С другой стороны, снимки пар с романтическим содержанием оказывают более сильное воздействие на женщин. Внебрачная сексуальная вовлеченность женщин более часто ориентирована на романтическую любовь, в то время как внебрачные связи мужчин чаще определяются в основном желанием получения удовольствия.

В результате мужчины легче вступают во внебрачные сексуальные связи со сравнительно незначительным эмоциональным вовлечением. Для женщин более вероятна внебрачная эмоциональная вовлеченность без сексуального контакта. Сексуальная связь возникает у женщин чаще при значительной эмоциональной вовлеченности, выходящей за границы сексуального желания (Теплов, 1979).

Автор приводит данные о том, что 90% обследованных обоего пола отвергли тезис о том, что “самое лучшее в любви это секс”. 53% женщин и 79% мужчин согласились с утверждением, “я был сексуально увлечен без ощущения малейших признаков любви”. 61% женщин и 35% мужчин согласились с утверждением “я был влюблен/влюблена без какой-либо потребности в сексе” (Теплов, 1979).

Анализ особенностей романтической любви и лежащей в ее основе интимности позволяет прийти к выводу, что интимность, лишенная

сексуального желания, имеет специфику, которая приближает ее к эмоции в структуре дружеских или компанейских отношений. Сексуальное желание, присоединившись в последующий период, делает любовные отношения более сложными, мобилизует дополнительные энергетические ресурсы и, как правило, расширяет диапазон реализуемых желаний.

Известная исследовательница гендерных проблем в постсовременном мире Diamond (2008) пишет, что в основе сексуального желания лежит стремление к осуществлению сексуального совокупления, в то время как интимность и романтическая любовь, объединяющие пары, развиваются на основе аттачмента между младенцем и человеком, осуществляющим о нем заботу.

Сексуальное желание обозначает потребность или представляет драйв к поиску сексуальных объектов. Романтическая любовь обозначает наличие мощного чувства эмоциональной вовлеченности и аттачмента между интимными партнерами.

Многие исследователи, подобно Tenenov, устанавливают специфику ранней так называемой "страстной" стадии в любви, которая на английском языке называется точно непереводаемым термином "limerance".

При этом более поздняя стадия любви обозначается как "компанейская любовь", которую иногда отождествляют с аттачментом (Fisher, 1998).

В целом ситуация выглядит следующим образом.

Не вызывает больших затруднений возможность представить себе наличие и реализацию сексуального желания без интимности и романтической любви. Более спорно и противоречиво представление о романтической любви в отрыве от сексуального желания, хотя о так называемой "чистой" или платонической любви многое написано в художественной литературе периода романтизма. В модернистской культуре подобные описания стали встречаться все реже и реже, что происходило на общем фоне нарастания скорее саркастического отношения к встречаемости платонической любви в реальной

жизни. Последняя оставалась прерогативой произведений классической литературы и искусства.

В то же время было показано (Теплов, 1979), что даже ранняя страстная стадия любовных отношений может не сопровождаться наличием сексуального желания. Автором наблюдались многие мужчины и женщины, которые сообщали об отсутствии сексуального желания даже на высоте страстной влюбленности.

Можно предположить в данном контексте, что часто встречающиеся случаи сниженного или отсутствующего сексуального желания в ранней стадии любовных отношений в определенной степени отражает особенности постмодернистской культуры, базисные элементы которой радикально изменяют эмоциональные компоненты психической жизни homo postmodernus, делая его менее способным к глубоким и тем более длительным эмоциональным переживаниям.

В постмодернистской культуре имеет место очевидное сокращение временного периода страстной любви с обостренным сексуальным желанием. Желание максимальной близости к партнерше/партнеру и страх сепарации сравнительно быстро проходят. Страх потери свободы выбора, потери личной свободы в более общем точно невербализуемом контексте разрушают страстную любовь с возрастающей интенсивностью.

Natfield (1987) определяет страстную любовь как “состояние интенсивного влечения к союзу с другим/другой” и компанейскую любовь как “чувство, которое мы испытываем к тем, с кем глубоко переплетается наша жизнь”.

Теплов пишет об “огненной эфемерной любви – limerance”, как о концепции, в принципе отличающейся от “любви”. Автор подчеркивает, что “любовь” является эмоцией личностного действия, в то время как “limerance” скорее представляет временное состояние трансформации.

Это различие может быть выражено во фразе “я люблю Вас, но я не влюблен в Вас”. На основании интервьюирования нескольких сотен лиц,

переживающих состояние limerance, автор составила список симптомов этого состояния:

- (1) вторгающиеся мысли об объекте страстного (лимерантного) желания;
- (2) острое желание к ответной реакции;
- (3) подчиненность поведения лимерантному объекту;
- (4) неспособность к лимерантному реагированию по отношению к более чем одному лицу в одно и тоже время;
- (5) неустойчивая стеснительность и страх отвержения в присутствии лимерантного объекта;
- (6) интенсификация при неудаче (до определенной степени)
- (7) острая чувствительность к любому действию или условию, которые могут быть интерпретированы как благоприятные;
- (8) “сердечное” участие с выраженными соматическими ощущениями в области груди;
- (9) чувство жизнерадостности;
- (10) интенсивность переживания, отодвигающая на задний план другие чувства;
- (11) отчетливая способность акцентировать положительные качества лимерантного объекта с трактовкой ее/его отрицательных черт как выражение расположения к себе, вплоть до уровня превращения отрицательных черт в положительные.

Парадокс лимеранса заключается в том, что это переживание воспринимается как уникальное, переживание особого восторга, присущее только охваченному лимерансом индивидууму, несмотря на распространенность этого переживания, свойственного многим людям.

В этом контексте хорошо известен культуральный сценарий входа и выхода из состояния лимеранс. Сценарий включает начальную восторженность, с последующим возникновением тревоги и застенчивостью, интенсивную увлеченность и эйфорию, за которыми обычно следует опустошающее разочарование.

Этот сценарий хорошо известен, так как постоянно, начиная с детского возраста, человек получает о нем информацию из рассказов окружающих, произведений художественной литературы, кинофильмов, средств массовой информации.

Marcia Liberman (1986) высказывает критические замечания по поводу популярных сказок, в которых изображаются в качестве объекта для подражания девочки, становящиеся во взрослом возрасте субмиссивными женщинами. Провозглашается тезис, что скромность и послушание являются единственными награждаемыми в жизни характерологическими чертами. В то же время автор обращает внимание на одну чрезвычайно интересную, с ее точки зрения, особенность сказок.

Последняя состоит в том, что романтическая любовь, о которой повествуется в сказках, заканчивается фразой “после чего жили они счастливо до конца своей жизни”. И в то же время в этих же сказках почти всегда присутствует образ кого-то, происходящего из разрушенной семьи. Это могут быть скончавшийся отец или мать, злая мачеха, завидующая сестра и др. Состояние счастья, таким образом, переносится в неопределенное будущее, оно никогда не изображается в непосредственном действии, в настоящем времени.

Johnson (1983) анализирует, каким образом у человека формируется бессознательная убежденность в правильности сценария романтической любви, содержащегося в сказочных нарративах. Представляет особый интерес предлагаемая автором дифференциация между романтической любовью и “искренней любовью”.

Романтическая любовь, с точки зрения автора, “является не любовью, а комплексом подходов, свойственных последней – недобровольных чувств, идеалов и реакций”. Johnson выделяет центральный идеал любви: “Когда мы влюблены, мы чувствуем себя совершенными, как будто потерянная наша часть вернулась к нам, как будто мы внезапно поднялись над уровнем

обычного мира. Жизнь приобрела интенсивность, славу, экстаз и трансцендентность”.

Johnson полагает, что романтическая любовь является видом первичного религиозного переживания – одновременно внеличным откровением и восторгом – фундаментальной частью коллективного бессознательного. Трагедия нашего культурального понимания романтической любви заключается в том, что она создает место для безрассудных требований к романтическим партнерам, потому, что мы уверены в том, что они “ответственны за то, чтобы сделать нашу жизнь целостной...значимой, интенсивной и экстатичной”.

Причина проблемы состоит в том, что, когда мы влюблены, мы становимся восторженными, околдованными, приобретаем мистическое видение, но в то же время отделяемся и становимся отличными от своего индивидуального я. Мы видим партнера/партнершу как идеализированную Богоподобную версию того, кем они в реальности являются. И такое видение другого человека создает у нас состояние эйфории.

Парадокс романтической любви состоит в том, что “она никогда не продуцирует человеческие отношения, пока остается романтической”. Это обусловлено тем, что мы находимся в любви с творениями нашей фантазии, которые замещают реальную личность партнера/партнерши.

Драматизм ситуации усугубляется тем, что мы часто бываем убежденными в том, что романс является единственным необходимым элементом “стоящих” любовных отношений и что без этого пламенного элемента отношения не имеют смысла.

Романтическая любовь имеет ту особенность, что после сравнительно короткого времени она увядает. Мы встречаемся здесь с возможно слишком суровой реальностью о невозможности создавать стабильные, основывающиеся только на фантазировании и начальной экзальтации отношения. В то же время услышанные или прочитанные в детстве сказки интроецировали в психику многих людей убежденность в том, что отношения

без интимности и связанной с последней романтической любви не имеют сколько-нибудь большого значения.

Эта концепция очень часто интернализирована или даже трансмутирована в психике, что приводит к состоянию бессознательного ожидания встречи с подходящим объектом, способным удовлетворить все мечты и фантастические сценарии. При этом в сознании и бессознании многих “вмонтирована” мысль о том, что романтические отношения автоматически станут стабильными, постоянными и даже вечными.

Семейные пары, находящиеся вместе большую часть своей жизни, имеют в прошлом опыт совместных отношений, который обладает чем-то существенным дополнительно к атрибутам романтической любви. К ним относится наличие обоюдного желания разделения всех трудностей каждодневной обыденной жизни, желания помогать, поддерживать друг друга в трудных и экстремальных ситуациях.

Johnson в этой связи пишет об “умении находить смысл в отношениях, ценностях, красоте и простых и обычных вещах, а не в космической или чрезвычайной интенсивности во всем”.

Таким образом, только настоящая “истинная” любовь может быть “вечной”, но настоящая любовь не развивается и не существует в рамках романтических сценариев до настоящего времени столь часто присутствующих в различных художественных произведениях.

В культурах с большой популярностью романтической любви многие люди испытывают серьезные трудности в разделении состояния лимеранса от любви. Романтическая любовь с ее атрибутами возникает не на пустом месте, она имеет глубокие, выходящие за пределы одного или более поколений, корни.

Идеальный перенос, наряду с зеркальным и двойниковым переносом, в той или иной мере свойственен каждому человеку. На его основе возникает выходящая за грани реального идеализация партнерши/партнера,

приписывание им фантастических качеств и возможностей, предъявление нереальных требований “сделать нас счастливыми”, как в сказочном сценарии.

Подобные психологические конструкции всегда несут в себе большой риск последующего разочарования, что является особенно опасным для лиц с максималистским мышлением, видящих мир исключительно в белых или черных красках, без промежуточных оттенков. Эта категория лиц неспособна понять, что существуют различные этапы любовных отношений.

Если на начальном этапе лимеранс, сексуальное желание могут соединяться с фантастическими представлениями и экзальтацией, то в дальнейшем все в большей степени проявляется необходимость восприятия партнера/партнерши как реальных людей, восприятия их такими, как есть, со всеми положительными качествами и недостатками. Настоящая любовь не исчезает из-за распознавания в партнерше/партнере недостатков, несоответствий воображаемому нереальному идеалу.

Настоящая любовь строится на интимности, взаимопонимании и сопереживании. Слабые стороны партнерши/партнера в таких случаях не разрушают любовь, а укрепляют. Наши несовершенства делают в конечном анализе нас человечными.

Таким образом, различия между романтической и настоящей любовью могут быть сформулированы следующим образом: настоящая любовь является силой, которая пробуждает эго к осознанию, как на эмоциональном, так и на когнитивном уровне, существования чего-то, выходящего за границы себя, за границы своих планов, своей личной безопасности. По своей природе настоящая любовь противоположна эгоцентризму, она ведет к нуждаемости в другой/другом, в признании системы ценностей партнерши/партнера, к взаимному уважению и доверию, к отсутствию стремления к манипуляции, к эксплуатации, к использованию другого/другой в своих целях.

С другой стороны, романтическая любовь, по своей природе, должна эволюционировать в эгоизм, так как романтическая любовь не является любовью к реальному объекту (реальному человеку).

Страстное чувство в романтической любви по своей сущности направлено не на объект любви, а на наши собственные проекции, наши ценности и, конечно, на мир наших фантастических образов. В конечном анализе неизбежен вывод, что романтическая любовь является любовью к самому/самой себе, а не к партнеру/партнерше.

Интимность в структуре романтической любви требует пристального анализа. С одной стороны, на высоте эмоциональных отношений у каждого их участника на условиях взаимности обычно возникает чувство полного взаимопонимания, чувство функционирования на “одной волне”.

С другой стороны, это чувство может оказаться взаимной иллюзией, основанной не столько на эмпатии эмоционального состояния партнерши/партнера, сколько на проективной идентификации. Проективная идентификация, как известно, заключается в проекции на другого/другую собственных чувств с индукцией этих чувств в его/ее психике, за чем следует обратная проекция на исходно проецирующего/проецирующую, что в конечном результате приводит к значительному усилению исходных чувств.

Романтическая любовь может существовать только до тех пор, пока оба ее участника находятся на высоте страстного контакта, пока члены любовной диады имеют возможность проводить время, получая комплекс удовольствий, удовлетворяющий обе стороны любовного тандема. Романтическая любовь плохо переносит трудности повседневной жизни, несмотря на торжественные обещания и декларации.

Настоящая любовь выдерживает проверку временем. Трудности не разрушают ее, а скорее укрепляют. В структуре настоящей любви партнер/партнерша рассматриваются в личностном ракурсе, как реальные лица, со свойственными им разнообразными характеристиками, не только положительного, но и отрицательного свойства. Настоящая любовь не требует от партнера/партнерши соответствия существующему в чьем-то воображении сценарию.

Настоящая любовь включает в себя систему дружеских отношений, что не свойственно романтической любви.

1.13. Настоящая и ложная любовь

В современных исследованиях обращается внимание на целесообразность выделения понятий “настоящей” и “ложной” любви (Langs, 2008). Автор придерживается концепции, что настоящая любовь включает, прежде всего, бессознательный компонент, в то время как ложная любовь носит сознательный характер и лишена бессознательного “питания”.

Branden (1980) идентифицирует настоящую любовь с романтической, подразумевая под последней «духовно-эмоционально-сексуальный аттачмент (эмоциональную фиксацию), в котором отражается высокая оценка достоинств другого человека». Автор не относит к романтической любви отношения, лишённые в значительной мере интенсивности и страсти, отношения без взаимопонимания и взаимных честных оценок, а также отношения без взаимного восхищения и сексуального компонента. Осознание истории, осознание прошлого всегда очень важно, так как человек на бессознательном уровне несет в себе следы исторических периодов, в том числе ценностных систем, конфликтов, эволюционного развития.

Исторический анализ обнаруживает, что концепция идеальной (романтической) любви не была распространённой и сколько-нибудь популярной в недавнем прошлом. Она и в настоящее время непопулярна во многих культурах. Только в течение последних десятилетий концепция идеальной любви стала дискутироваться на теоретическом уровне в качестве идеально предпочитаемой в странах Западной цивилизации.

Было бы ошибочным считать, что в классических произведениях средневековья трагедии главных героев/героинь отражают реальную ситуацию. Любовные истории Ромео и Джульетты, Ланселота и Гилевера являются трагедиями, их персонажи восстают против правил,

господствующих в обществе. Любовь этих персонажей представляет вызов обществу, вызов принятой морали и социальным обычаям культуры. Подобная любовь в те времена не оценивалась как нормальное явление и не была социально акцентуируемым социальным идеалом.

Анализ показывает, что основными противоречиями с социальной ситуацией в этих любовных историях являлись их индивидуальный характер, стремление к индивидуальному личному счастью, что входило в прямое столкновение с принятыми социальными установками.

В настоящее время многие люди отчуждены от своей сексуальности и они воспринимают свои сексуальные желания, фантазии как отделенные от своего я. Сексуальное желание необязательно совпадает с любовью, несмотря на то, что они могут быть тесно связаны. Сексуальное удовлетворение может возникнуть и без настоящей любви. Тем не менее, наиболее полное и интенсивное сексуальное переживание возникает при настоящей любви в качестве ее выражения. Сексуально самоотстраненные лица испытывают серьезную неудовлетворенность в их любовной жизни. Они считают, что любовь плохо совместима с сексом. Они используют психологическую защиту, заявляя, что любовь для них не имеет вообще никакого значения, и они в ней не нуждаются.

Причины сексуального отчуждения часто спрятаны в особенностях детского воспитания, в процессе которого родители и другие авторитетные лица формировали у ребенка отрицательное отношение ко всему как-то связанному с сексом как к чему-то неприличному и позорному.

Отчуждение сексуального желания и сексуальности в целом от аутентичного сэлфа в определенной степени эквивалентно отделению получения удовольствия от личности.

Отчуждение провоцирует мысли о необходимости доказывать себе и партнеру/партнерше свою сексуальную силу. Состоятельность в способности сексуального завершения становится символом своей значимости, как в индивидуальном, так и в социальном плане.

В этой конструкции теряется само экзистенциальное удовольствие жизнью, исчезает “радость бытия”, возможность интимности, способность к сколько-нибудь глубокому взаимопониманию. Присутствует феномен расщепления между психикой и телом, между спиритуальным и материальным.

Психологические составляющие сексуальности становятся изолированными, оторванными от других переживаний, от интеллекта, запаса знаний, приобретенных навыков, способностей, талантов. Отчужденная сексуальность - это незрелая, остановившаяся в своем развитии на детском уровне сексуальность, которая неспособна соответствовать требованиям взрослого уровня, неспособна стать ингредиентом настоящей любви. Любовь замещается “making love” (деланием любви).

В таких обстоятельствах настоящая любовь воспринимается как отдаленный, недостижимый идеал, как предмет неосуществляемой фантазии, которую можно увидеть на киноэкране, о которой можно прочесть в художественной литературе, в сказках, легендах, но которая отсутствует в реальной жизни.

Отчужденная реализация актуальных желаний может сопровождаться не только недостаточным удовлетворением и приводить к разочарованиям, но и вызывать чувство вины и стыда, как следствие капитуляции, подчинения “низменным” инстинктам, как предательство по отношению к своей духовности, уход от содержания идеального переноса.

Отчужденная сексуальность лишена эмоции радости. Лица с отчужденной сексуальностью лишены возможности правильно оценивать эмоциональное поведение других, так как неизбежно рассматривают его с позиции собственной редуцированной модели. Так, например, отсутствие сексуального желания у партнерши/партнера может максималистски расцениваться как пренебрежение, покидание, проявление общего отрицательного отношения, выражение презрения, враждебности, ненависти.

При этом совершенно не учитываются другие стороны отношений, прошлый опыт, прежние взаимопонимание.

Сексуальное влечение представляет собой важный компонент настоящей любви, однако, следует учитывать, что в динамике настоящая любовь проходит через стадии различной интенсивности и содержания сексуального желания. Имеет значение не только частота сексуальных контактов, но и оттенки восприятия друг друга с преобладанием эмоционально дружественного или сексуального видения.

Во всяком случае, придавая большое значение сексуальному желанию, не вызывает сомнения тот факт, что одна сексуальная страсть неспособна поддерживать отношения в течение достаточно длительного времени.

Наиболее значимым компонентом для сохранения длительных отношений является восхищение членами любовной диады. При наличии восхищения люди способны справляться с очень серьезными проблемами, невзгодами, драмами и трагедиями, которые неизбежно встречаются на жизненном пути в любых взаимоотношениях.

Восхищение – это относительно редко используемый в психологической профессиональной литературе термин. Его применение не нужно ассоциировать с понятием зависимости, подчиняемости или поклонения. В связи с этим, целесообразно также как и в отношении дифференциации любви на настоящую и ложную, выделять сознательное и бессознательное восхищение. Поддерживающее систему любовных отношений восхищение является в основном бессознательным, настоящим чувством. Оно не находит прямого вербального выражения, не проявляется в жестах, выразительных движениях но пронизывает взаимоотношения, создавая фундамент их прочности.

Эмоция восхищения присутствует, не исключая критического отношения ко многим недостаткам партнера/партнерши. Недостатки критически воспринимаются, но не разрушают восхищение.

Восхищение расширяет диапазон терпимости к тому, что воспринимается как недостаток или слабость, но не исчезает при наличии критического отношения.

Восхищение обогащает содержание психических переживаний, так как перенос этого чувства вызывает соответствующий контрперенос с возникновением чувства гордости, положительной оценки, значимости для другого человека, чувством подтверждения правильности и нового смысла своих действий и оценок.

Восхищение друг другом в любовных отношениях непосредственно связано с особенностями самооценки. Оно не только не эквивалентно зависимости, но, наоборот, более типично для лиц с высокой самооценкой, которые легче восхищаются и которые, в свою очередь, сами легче становятся объектами восхищения.

Лица с низкой самооценкой, по мнению Barden (2008), малоспособны к возникновению и сохранению этого чувства.

Настоящая любовь, ее возникновение и сохранение встречаются с серьезными препятствиями, одним из которых является избегание. Избегание настоящей любви часто связано со страхом ее возможной потери. Предвосхищение потери может иметь различное содержание. Другой человек может разлюбить, с ней/ с ним может произойти трагедия, партнер/партнерша могут полюбить другого/другую и покинуть, настоящая любовь может быть отвергнута или быть встречена с неискренностью, стремлением получить какую-то выгоду. Таким образом, избегание настоящей любви связано со страхом отказа, покидания и потери.

Многие люди боятся вступать в значимые отношения, в которых другой человек может стать жизненно важным, и его/ее потеря станет тяжелой психической травмой. В некоторых случаях размышления о неизбежном в будущем прекращении столь значимых отношений становятся настолько интенсивными, что эффективно блокируют их установление.

Психологически защищаясь, человек прячется от таких страхов, уходит в зону суррогатных поверхностных отношений, нередко аддиктивного содержания.

Страх прекращения настоящих любовных отношений может быть связан с прошлыми детскими переживаниями, с отказом в родительской любви, эпизодом/эпизодами раннего покидания, Странной Ситуацией (по M.Ainsworth), когда младенец (ребенок) уже отчаялся ждать возвращения матери. Тень этих чрезвычайно болезненных переживаний способна омрачать перспективы погружения в настоящее чувство, в настоящую любовь. Имеет место воздействие феномена ”непродуманного известного “ (unthought known) по Bollas’у, когда человек на неосознаваемом уровне «знает», что настоящая любовь ассоциируется с угрозой отвержения, боли, эмоционального повреждения и потери.

В то же время, наряду с особенностями раннего детского периода, имеют большое значение и события последующих периодов развития. К ним относится психическая и физическая травматизация в детско-подростковом периоде, “баттеринг” (избиения), особенно часто повторяющийся. К категории значимых факторов относится и отрицательный опыт первой влюбленности в подростковом возрасте.

В оценке причин сексуальных нарушений важен анализ как внутреннего психического состояния пациентов/пациенток с выявлением, находящихся в бессознании травм и конфликтов, так и оценка недавних событий, которые могут быть не только открыто, но и бессознательно травмирующими.

Langs (2004) выделяет в данном контексте два, называемые им адаптивными подхода: слабый и сильный. Автор исходит из того, что адаптация находится в центре эмоциональной жизни, является центром психотерапевтического процесса и ядром операций психики, которая “процессирует эмоции” (emotional processing mind).

Langs считает “слабым” адаптивным подходом подход, заключающийся в осознании бессознательных содержаний, что аналогично классическому

психоаналитическому вскрытию заблокированных в бессознании переживаний ранней сексуальной травматизации.

“Сильным” адаптивным подходом автор называет новую парадигму психоанализа, влияющую на все психотерапевтические активности. Считается, что наиболее важной функцией эмоционально-процессирующей психики является адаптация к происходящим в настоящее время непосредственным внешним средовым событиям, которые содержат в себе психические травмы различной степени выраженности.

Сильный адаптивный подход при психодинамической терапии придает наибольшее значение событиям, происходящим во время терапевтического сеанса. Реакции пациентов на терапевта, его манеру поведения, соблюдение оговоренных перед началом терапии правил (психоаналитическая рамка), содержание интерпретаций отражаются на содержании нарративов пациентов.

Нарративы содержат в себе в закодированном виде бессознательно значимые “деривативные коммуникации”. Деривативные коммуникации запускаются триггерами (эмоционально нагруженными событиями). Декодирование деривативных коммуникаций и выявление триггеров, которые их вызывают, является задачей коммуникативного психотерапевта.

Использование сильного адаптивного подхода открывает новые перспективы в терапии нарушений сексуального желания.

Адаптация к внутренним психическим процессам и аффектам рассматривается как вторичная функция.

Langs (2004) считает, что эмоционально-процессирующая психика включает два уровня эмоционального переживания: сознательный и бессознательный. В результате формируются две относительно независимых процессирующих системы – сознательная и глубоко бессознательная.

Реальность и две существующие в психике системы, продуцирующие эмоции, определяют, согласно автору, динамику нашей эмоциональной жизни.

Слабый адаптивный подход подразумевает уход от непосредственной реальности и размышления о конфликтах, неправильных необоснованных убеждениях, сформировавшихся в прошлом. Запретные фантазии, желания вызывают сознательные и бессознательные конфликты и являются корневыми причинами эмоциональных нарушений.

Интрапсихические подходы (mind-centered approaches) рассматриваются как главные классическим психоанализом, а также другими аналитическими теориями (анализ объектных отношений, сэлф-психология, когнитивные и бихевиоральные концепции).

Основной терапевтический принцип при этом может быть сформулирован следующим образом: “лечи психику, обучайся более ясно мыслить, освобождайся от плохих привычек и плохих моделей мышления, поведения и отношений и делай бессознательные тенденции и конфликты сознательными”. Все это в комплексе должно решить эмоциональные проблемы пациента/пациентки. Излечение связывается с правильными интерпретациями и конструктивной идентификацией пациента/пациентки с позицией психоаналитика.

Методы, используемые при слабом адаптивном подходе, включают:

(1) идентификацию бессознательных переживаний, имиджей, которые прежде были недостижимыми. Исследуются функции и воспоминания, которые внезапно прорываются в сознание, что происходит в результате изменений в интрапсихических защитах, позволяющих прежде репрессированным и нереализованным психическим содержаниям достигнуть осознания;

(2) классификацию как бессознательных переживаний любых неосознаваемых пациентами/пациентками проявлений, которые могут быть извлечены с помощью метода свободных ассоциаций;

(3) выявление и анализ бессознательных переживаний в любой тенденции в поведении, в характере отношения к психоаналитику.

Литература:

- Ben-Zeev, A. (2008) *In the Name of Love: Romantic Ideology and It's Victims*.
- Beste, S., Bergner, R., Nauta, M. (2003) What Keeps Love Alive? An Empirical Investigation *Family Therapy*, 30 (3), 136-142.
- Buber, M. (1970) *I and Thou*. New York. Scribner.
- Diamond, L. (2004) Emerging Perspectives and Distinctions between Romantic Love and Sexual Desire. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (3), 116-119.
- Fisher, H. (1998) Lust, Attraction, and Attachment in Mammalian Reproduction. *Human Nature*, 9, 23-52.
- Giles, J. (2008) *The Nature of Sexual Desire*. University Press of America.
- Gonzaga, G., Turner, R., Keitner, D., Campos, B., Altemus, M. (2006) Romantic Love and Sexual Desire in Close Relationships, *Emotion* 6(2), 161-179.
- Hatfield, E. (1987) Passionate and Compassionate Love. In R Sternberg, H. Barnes (Eds.). *The Psychology of Love*. New Haven, CT. Yale University Press, 191-217.
- Johnson, R. (1983) *We: Understanding the Psychology of Romantic Love*. San Francisco. Harper.
- Kohut, H. (1984) *How Does Analysis Cure?* Chicago. University of Chicago Press.
- Lieberman, H. (1986) Some Day My Prince Will Come: Female Acculturation Through the Fairy Tale. In J. Zipes (Ed.) *Don't Bet on Prince: Contemporary Feminist Fairy Tales in North America and England*. New York. Methuen, 185-200.
- Tennov, D. (1979) *Love and Limerance*. Searborough House.

1.14. Сексуальное благополучие

Средства массовой информации постмодернистского общества постоянно передают сведения о сексе, с акцентуацией различных сторон брачных, любовных, гетеросексуальных и однополых отношений. В телевизионных сериалах и популярных кинофильмах демонстрируются сцены с эпизодами страстно вовлеченных безумно влюбленных женщин и мужчин. Гламурные журналы, рекламные издания пестрят фотографиями обнимающихся пар, находящихся в вероятной прелюдии к сексуальному

контакту. Одно из рекламных объявлений даже связывает возможность достижения оргазма женщиной с использованием определенной марки шампуня.

Вся эта информация, несомненно, оказывает сильное влияние на сексуальность. Очевидна определенная направленность воздействия средств массовой информации, вызывающая сверхценное отношение к механическому физическому элементу сексуальной связи и ее успешному завершению. Не акцентируется значение каких-либо триггеров, стимулирующих интимность, упускается роль вдохновения и/или спиритуального компонента.

Таким образом, прессинг средств массовой рекламы по существу вторгается в сферу сексуального удовлетворения, нарушая необходимые предпосылки “сексуального благополучия”.

Сексуальное благополучие состоит, согласно Kaplan, из четырех первичных дименсий: физической, эмоциональной, интеллектуальной и спиритуальной. Для того, чтобы индивидуум чувствовал себя “хорошо” в сексуальном отношении, все эти четыре дименсии должны присутствовать и находиться по отношению друг к другу в сбалансированном состоянии.

В случае, если пациентка (Kaplan предложила данную модель для женщин, но она, очевидно, в основном правомочна и по отношению к мужчинам) предъявляет жалобу на снижение сексуального желания, необходимо проведение интервью, с целью получения ответа на следующие вопросы:

(1) состояние физического здоровья, включая данные о содержании гормонов, наличия каких-либо болезней, прохождения медикаментозного лечения, диетическом режиме, характере сна, занятиях физическими упражнениями;

(2) эмоциональное состояние, включающее наличие признаков сниженного настроения, тревоги, психоэмоционального напряжения, психической усталости. Удовлетворенность собой, брачными отношениями, стилем жизни в целом;

(3) удовлетворенность своими интеллектуальными достижениями (использованием своих интеллектуальных возможностей) как в личной жизни, так и в вопросах, затрагивающих партнера и членов семьи;

(4) спиритуальные (духовные) убеждения и потребности, с их влиянием на сексуальную сферу.

Идентификация и терапия проблем в данных базисных зонах, по мнению автора, поможет интенсифицировать сниженное сексуальное желание в каждом конкретном случае его ослабления.

В связи с этим следует обратить внимание на тот факт, что до настоящего времени обычные способы лечения сниженного сексуального желания оказывались малоэффективными. Это обусловлено тем, что внимание фокусировалось исключительно на биологической стороне (например, воздействие на уровень сексуальных гормонов) или исключительно психологических факторах (история сексуальных отношений, настоящее эмоциональное состояние). При этом не принималось во внимание взаимодействие этих и других факторов, которые совместно влияют на интенсивность сексуального желания.

1.15. Спонтанное сексуальное желание

В ряде случаев особое значение придается спонтанному сексуальному желанию. Пациентки/пациенты хотят быть способными к возникновению молниеносного сексуального желания в самых разных ситуациях без каких-то достаточных оснований. Возникновение спонтанного сексуального желания расценивается в качестве признака особой сексуальной силы, особой женственности или мужественности. Спонтанное сексуальное желание у мужчин непосредственно связано с эректильной функцией. Спонтанное сексуальное желание у женщин сопровождается обычно чувством тепла и/или пощипывания в гениталиях, эротическими мыслями и образами.

В этом контексте следует иметь в виду, что сам используемый в быту и в литературе термин спонтанное сексуальное желание неправилен, так как в

подобных эпизодах спонтанность как таковая отсутствует. На уровне глубинной бессознательной системы разума сексуальное желание возникает под влиянием какого-то триггера, который не осознается, не фиксируется сознанием. Имеет место неосознанность триггера, каким может быть сублиминарное восприятие какого-то объекта (мужчины или женщины или какого-то эпизода из прошлых значимых эмоциональных переживаний).

Так называемое спонтанное сексуальное желание может возникнуть и в результате воздействия частично осознаваемого триггера, которым может быть мимолетная встреча с сексуально привлекательной женщиной или мужчиной, брошенная кем-то двусмысленная фраза, деталь туалета. Природа сексуального желания всегда заключается в его связи с каким-то далеко не всегда осознаваемым триггером.

Практическим выводом из вышеизложенного является рекомендация для психотерапевтов и сексопатологов не концентрировать усилия на индукции спонтанного сексуального желания у пациентов/пациенток даже в тех случаях, когда они сами активно настаивают на этом. Скорее, задача специалиста заключается в том, что пациентку/пациента следует переучить каким образом уметь быть последовательно и длительно открытыми и психологически реактивными на сексуальные стимулы их партнеров/партнерш. Необходимо осознание того факта, что нельзя простым волевым усилием вызвать у себя сексуальное желание, так как сексуальное желание генерируется с участием не только осознаваемых, но и бессознательных психических процессов.

1.16. Интимность и гипоактивное (сниженное) сексуальное желание

Ингибированное сексуальное желание в настоящее время определяется в качестве главной сексуальной проблемы для американских пар. Проблемы сниженного сексуального желания затрагивают как молодоженов, так и пар, не находящихся в формальном браке. Вопреки мифологическим представлениям гипоактивное сексуальное желание (ГАСЖ) не обусловлено

скукой или возрастом в качестве главных причин его возникновения. ГАСЖ возникает в разных возрастных группах и при разных стилях жизни.

Социальная сексуальная революция 1960-х и научная сексуальная революция 1970-х в США, связанные с работами Masters и Johnson (1970), по идее должны были значительно усилить в популяции сексуальное удовлетворение. Однако этого не случилось.

С чем это связано? Почему этого не произошло? Является ли ГАСЖ нормой сегодняшнего времени или признаком психической или соматической патологии?

В 1980-х сниженное сексуальное желание часто называли «болезнью юппи», что отражало идею о том, что люди не испытывают сексуального желания вследствие того, что слишком много работают. Страдающим от ГАСЖ рекомендовался простой выход из создавшегося положения – на какое-то время прекратить работу и насколько можно полностью релаксироваться, отстранившись от прежних производственных обязанностей.

Несколько позже постепенно пришло понимание влияния разнообразных механизмов на снижение сексуального желания и несовпадения силы последнего у членов пары, находящейся в длительной любовной связи.

Только в 1990-х распознается роль тестостерона в физиологических механизмах сексуального желания. В высказываниях Keesling (2006) подчеркивается, что во всех случаях диагностированного ГАСЖ необходимо проведение исследования уровня тестостерона. Автор убеждена в том, что в тех случаях, когда при ГАСЖ обнаруживается низкий уровень тестостерона, психотерапевтическое вмешательство будет недостаточно эффективным.

В число факторов, вызывающих возникновение ГАСЖ, Keesling (2006) к перегруженности работой добавляет состояние скуки, стресс, плохой контроль за проведением свободного времени, отсутствие возбуждающих стимулов, а также отсутствие необходимых знаний и образования в сексуальных вопросах. Снижение сексуального желания в связи с загруженностью работой фактически рассматривается в контексте

работоголизма, отрицательно влияющего не только на сексуальную сферу, но и на общее состояние психосоматического здоровья.

Автор приводит случаи из своей практики, когда снятие номера в отеле, отъезд на отдых, отвлечение от каждодневных домашних обязанностей, прекращение привычных контактов по телефону оказывались достаточными для восстановления ингибированного сексуального желания. Иногда людям со сформировавшимся ГАСЖ необходимо просто на какое-то время отстраниться от себя, и последующее изменение самооценки может повлечь за собой возвращение исчезнувшего сексуального желания.

К числу рекомендаций по восстановлению сексуального желания относится также чтение книг по проблемам сексуальности и просмотр соответствующих видео программ

ГАСЖ может возникать в результате депрессии и тревоги различного уровня. Такие случаи требуют проведения своевременной правильной диагностики и терапии. Возможны диагностические ошибки, при которых депрессивное состояние пациента/пациентки не регистрируется или же расценивается как вторичное, возникшее в качестве психологической реакции на сниженное сексуальное желание.

Подобные ошибки обычно имеют место у специалистов без достаточного клинического опыта в области психиатрии.

Исчезновение сексуального желания, отсутствие интереса к сексу, как известно, характерно для депрессии и входит в ее структуру в виде одного из ее симптомов, что всегда необходимо учитывать при дифференциальной диагностике в установлении первичности или вторичности данного нарушения.

Снижение сексуального желания возникает тоже на фоне тревоги. При последнем варианте дифференциация первичности или вторичности снижения сексуального желания может быть трудной, если уровень тревоги не превышает невротический. Эффективность терапии анксиолитическими

препаратами в небольших дозах, вскоре после начала их употребления демонстрирует вторичность снижения сексуального желания.

Серьезные проблемы в межличностных отношениях часто вызывают снижение сексуального желания. Трудно испытывать сексуальное желание по отношению к партнерше/партнеру в случаях обмана, нечестности, измены, унижения. В таких случаях ситуация не корригируется с помощью психофармакологической помощи. Необходимо семейное консультирование, семейная терапия, индивидуальная психодинамическая психотерапия в ее различных вариантах.

В некоторых случаях оказывается достаточной кратковременная психодинамическая психотерапия, в других - необходима глубинная кратковременная терапия. В более сложных случаях эти формы не приводят к желаемому эффекту, и пациенты/пациентки нуждаются в длительной психодинамической терапии.

Общая закономерность здесь заключается в том, что проблема снижения сексуального желания является вторичной по отношению к межличностным недоразумениям и конфликтам и терапия концентрируется не на сексуальном желании, а на изменении межличностных подходов, улучшение которых приводит к восстановлению сексуального желания.

Особенную сложность представляют пациентки/пациенты с ингибированным сексуальным желанием, если причина ингибиции находится в прошлом и заключается в сексуальной травме, перенесенной в детском возрасте, включая изнасилование, инцестные отношения.

Известно, что лица, подвергавшиеся сексуальному насилию в детстве (особенно длительному), во многих случаях во взрослом возрасте не способны испытывать полноценное сексуальное желание. Ситуация осложняется тем, что эпизоды или даже факты длительного сексуального насилия в детстве репрессируются и не осознаются взрослыми пациентками (реже пациентами), которые вообще не способны идентифицировать наличие у них сексуального желания.

Во всех подобных случаях необходима длительная индивидуальная психотерапия с использованием современных психодинамических, в том числе психоаналитических подходов, с преимущественной ориентацией на методики из арсенала теорий эго психологии, сэлф психологии, анализа объектных отношений.

В настоящее время все более четко определяются особенности связанных с гендером подходов к диагностике, анализу и коррекции нарушений сексуального желания. Так, исследование причин нарушений сексуального желания у женщин показывает, что эти нарушения сопряжены с гормональными сдвигами, возникающими при беременности, в послеродовом периоде, при кормлении грудью, употреблении оральных контрацептивов, при менопаузе. Все эти состояния могут вызвать снижение уровня тестостерона и тем самым снижать сексуальное желание.

ГАСЖ бывает обусловлено негативным восприятием женщиной имиджа собственного тела. Наиболее часто встречающимся вариантом является ощущение себя слишком полной. Отрицательно влияет на сексуальное желание и интимность концентрация внимания на стремлении похудеть, специальной диете, постоянном взвешивании. Аддиктивное голодание, так же, как и аддиктивное переедание, в настоящее время оказываются все более частыми факторами, подавляющими у женщин сексуальное желание.

Некоторые женщины переживают снижение сексуального желания в ситуации, когда их партнер концентрирует свое сексуальное желание на определенной части их тела в сохранении привлекательности которой они не уверены. В этом контексте нужно принимать во внимание, что женщины обычно крайне чувствительны к манере поведения и психическому состоянию их партнеров, хотя они далеко не всегда проявляют стремление поделиться с кем-то этими переживаниями.

Сенситивность женщин в этом отношении во многом связана с их личностными характеристиками. Так, например, женщины особенно интровертированного чувственного или сенсорного типа (по классификации

Jung'a), болезненно реагируют на всякое проявление тенденции партнера к контролю, навязыванию своего стиля поведения, манипулированию в рамках родительско-детской модели поведения.

Сексуальное желание у женщин может снижаться или полностью исчезать в случаях ревности, недоверия, постоянной подозрительности со стороны партнера. Длительное несоответствие интересов, разные системы ценностей, дефицит сопереживания на длительную дистанцию нарушают интенсивность сексуального желания, одновременно разрушая эмоциональную интимность.

Одним из вариантов мужского поведения, отрицательно воздействующим на сексуальное желание у женщин является привычка к грубым циничным шуткам на сексуальную тему, проявления сексуальной дискриминации, предубеждений.

Снижение интенсивности сексуального желания у женщин бывает обусловлено нарушением партнером данных им ранее обещаний, в том числе финансовых обязательств, экономической, бытовой поддержки. Многие из таких обещаний не формализуются в условиях брачного контакта и считаются одним или двумя членами брачной пары на высоте романтических отношений само собой разумеющимися. Тем не менее, в дальнейшем реальность каждодневной жизни способна вызывать глубокое разочарование, обиду, приводить к возникновению чувств гнева и враждебности, что неминуемо влияет на интимность и сексуальное желание.

Некоторые женщины, объясняя свое сексуальное поведение, фиксируют внимание консультантов на том, что они часто стараются заранее не допускать развития ситуаций, которые потенциально могли оказаться сексуальными. С этой целью они ориентируются на создание условий для возникновения усталости у сексуального партнера и/или ждут, пока партнер будет настолько утомленным, выполняя, например, физическую работу, что не захочет заниматься сексом. В этом контексте возможны многообразные варианты,

включая антивозбуждающую одежду, предъявление жалоб на головную боль, ”мигрень”, общую утомленность, недомогание и др.

Сексуальное желание у женщин зависит от ряда эмоционально значимых событий в ее прошлой жизни. Большое значение в этом отношении имеет первый опыт сексуальных контактов. Неудачная первая сексуальная связь часто “бросает тень” на дальнейшее состояние сексуального желания, которое оказывается значительно ингибированным. Особенно отрицательное влияние имеет перенесенное сексуальное насилие в различных формах (инцест, изнасилование, сексуально развращающие действия). Эти события способны полностью заблокировать сексуальное желание.

В общем, женщины, по сравнению с мужчинами, более подвержены страху сексуальных отношений. Это связано с потенциально более опасными последствиями секса для женщин, чем для мужчин, прежде всего в связи с возможностью нежелательной беременности.

Отрицательное влияние на сексуальное желание у женщин имеют также и другие факторы. Одним из них является частое несовпадение интенсивности сексуального драйва у женщины и мужчины. В ситуациях, когда стремление к сексуальным контактам у мужчины значительно более выражено, чем у женщины, сексуальное желание у последней может подавляться не только на кратковременную, но и на длительную дистанцию.

Женщин нередко отторгает от секса механическое отношение к сексуальной связи, порою свойственное мужчинам, которые фиксированы исключительно на сексуальном акте и половых органах партнерши.

Подавление сексуального желания у женщин наблюдается при несовпадении желаемых форм сексуального удовлетворения, увлеченности партнера порнофильмами, его фиксации на просматривании порно-сайтов, обнаружении коллекции порнографических фотографий.

Наиболее важными причинами ГАСЖ у мужчин является низкое содержание тестостерона, стрессовое состояние, тревога и депрессия. Важной причиной ингибиции сексуального желания в настоящее время

становится фактор потери работы. Увольнение с работы оказывается в большинстве случаев более драматичным для мужчин, чем для женщин.

К другим значимым факторам, влияющим на снижение сексуального желания у мужчин, относят также преждевременную эякуляцию и проблемы с эрекцией.

Гомосексуальная ориентация, не считающаяся сейчас проявлением психической патологии, снижает по понятным причинам гетеросексуальное желание у мужчин и в части случаев влияет отрицательно на сексуальное желание и по отношению к сексуальным партнерам.

К причинам ГАСЖ, влияющим как на мужчин, так и на женщин, относят скуку, отсутствие необходимых знаний о сексе, трудности нахождения партнерши/партнера, лень, страх перед заражением заболеваниями, передающимися половым путем, затруднения в сексуальных контактах, в связи с перенаселенностью на жилплощади, присутствие детей в общей квартире, употребление психофармакологических средств.

Общие для обоих полов причины включают также отсутствие каких-либо общих жизненных интересов, страх интимности и взаимных обязательств как последствий реализаций сексуального влечения. На формирование сексуального желания могут оказывать ингибирующее влияние религиозные убеждения, расценивающие все связанное с сексом вне брачных отношений как грех, заслуживающий морального осуждения.

ГАСЖ характерно для лиц, перенесших психическую травму, испытывающих чувство скорби, горя, вины и стыда.

ГАСЖ наблюдается у лиц обоего пола с аддитивными нарушениями, включая как химические, так и нехимические аддикции. Сексуальное желание снижается в случаях различных соматических заболеваний, у пациентов/пациенток с паническими атаками, специфическими фобиями.

Частой причиной ГАСЖ являются межличностные конфликты, недоверие к партнеру/партнерше, возникшее в связи с изменой.

Список причин ГАСЖ для обоих гендеров может быть продолжен.

Множественность причин снижения сексуального желания свидетельствует о том, что эта психофизиологическая функция чрезвычайно ранима и, очевидно, реагирует не только на осознаваемые, но и на сублиминальные подпороговые воздействия, регистрируемые только на бессознательном уровне.

Мы уже приводили данные о некоторой специфике отдельных причин, снижающих сексуальное желание у мужчин и женщин. В общем, принято считать, что сексуальное желание у мужчин регулируется природой, а у женщин культурой.

На женщин большее влияние оказывает характер ситуации, чувство погружения в эмоцию любви и интимности, уровень собственной эмоциональной вовлеченности в эмоциональное состояние партнера. У женщин сексуальное желание фактически совпадает с романтической любовью. Секс у женщин более тесно, чем у мужчин, связан с интимностью, являясь лишь одним из компонентов взаимно значимых любовных отношений.

Естественно, эти положения имеют общий характер, отражая преобладающую тенденцию и не распространяясь на каждый конкретный случай. Тем более, что в постсовременной культуре случаи “нетипичных” вариантов возникновения сексуального желания у женщин становятся все более частыми.

У женщин сексуальное желание обычно направлено на одного партнера. Сексуальное желание у женщин обычно не проявляется само по себе как самодостаточная эмоция с множественной неспецифической проекцией. Сексуальное желание у женщин возникает в непосредственной проекции на конкретного партнера, на которого направлены сексуально окрашенные мечты и фантастические сценарии. Содержание привязанного к избранному партнеру воображения входит, таким образом, в структуру сексуального желания в качестве определяющего элемента.

Женщины, как правило, вначале влюбляются, а затем испытывают сексуальное желание. Сексуальные фантазии женщин связаны со сценариями

увлечения ими мужчин (при гетеросексуальной ориентации), вариантами соблазна. Они могут включать имиджи пассивности и пенетрации партнером как лишь одного, не всегда наиболее желаемого, компонента сексуального сценария.

Дифференциации специфики сексуального желания у женщин и мужчин помогает выделение двух форм сексуального желания – рецептивного и процептивного.

Процептивное сексуальное желание определяется как стремление к поиску объекта сексуальной реализации и инициирования сексуальной активности.

Рецептивное сексуальное желание связано со способностью быть сексуально возбужденной воздействием определенных триггеров (возбудителей).

Процептивное сексуальное желание более характерно для мужчин, в то время как рецептивное сексуальное желание традиционно более типично для женщин.

Считается, что процептивное сексуальное желание вызывается влиянием тестостерона, рецептивное сексуальное желание ассоциируется с влиянием эстрогенов.

Сексуальное фантазирование у женщин связано с тематикой, относящейся к сексуальной связи с конкретными партнерами из прошлого или из настоящего.

Согласно сообщению Woodman (1993), Ann Landers на основании опроса читательниц популярного издания установила, что 79% женщин предпочитают ласку в отношениях с мужем сексуальному контакту. В то же время автор приходит к заключению, что сексуальность в полном объеме со всеми ее составными компонентами явление редкое в настоящее время. И такая ситуация относится к лицам обоего пола.

При этом мужчины проявляют отчетливую тенденцию к фантазированию на тему о половом контакте с партнершами, с которыми они

персонально незнакомы. В целом психологический фактор в структуре сексуального желания имеет большее значение для женщин, по сравнению с мужчинами. Так, например, мужчины часто не фиксируют внимания на присутствии сексуального желания у партнерши и в случае отсутствия по отношению к ним сексуального желания не озабочены его причинами.

Женщины более сенситивны в отношении факторов, влияющих на сексуальное желание, которое может исчезнуть при воздействии не только сознательно регистрируемых влияний, но и бессознательных сублиминальных триггеров на уровне глубинной бессознательной системы разума.

Сексуальное желание у женщин во многом зависит от того, в какой степени общение с партнером соответствует их запросам и ожиданиям не столько в физическом, сколько в личностном, интеллектуальном и духовном плане.

Колебания сексуального желания у женщин происходят также под влиянием гормональных факторов. Они характерны для фаз месячного цикла и связаны с течением беременности, родами, послеродовым периодом, кормлением ребенка грудью, климаксом.

Отдельной и недостаточно исследованной проблемой является соотношение ГАСЖ с другими сексуальными проблемами. В настоящее время становится достаточно типичной ситуация, когда лица, обращающиеся за получением помощи у специалистов в связи с ГАСЖ, в действительности обнаруживают наличие других проблем.

Так, например, женщины с жалобами на ГАСЖ и отсутствие оргазма, на бессознательном уровне используют эти расстройства в качестве психологической защиты. Таким образом, здесь можно говорить об “антисимптомной позиции” на сознательном и о “просимптомной позиции” на бессознательном уровне.

Подобная динамика возможна также у мужчин, предъявляющих жалобы на ГАСЖ и преждевременную эякуляцию.

Сексуальное желание может нарушаться вторично в связи другими сексуальными нарушениями. Это возможно у женщин в случаях вагинизма, возникновения болевых ощущений в области гениталий при сексуальном контакте.

В связи с этим, следует учитывать, что нарушение или даже полное отсутствие сексуального желания в ряде случаев не является единственным сексуальным расстройством, а выступает в комбинации с другими проблемами, на которые пациенты/пациентки не обращают внимания или недооценивают их значение. Временная последовательность возникающих нарушений может быть различной.

Тем не менее, случаи, при которых ингибция сексуального желания возникает позже как следствие других нарушений, не являются редкими, а очень часто встречаются в практической работе сексологов.

Эффективная терапия низкого сексуального желания невозможна без лечения основных нарушений, которые выступают в качестве причинных пусковых факторов этого расстройства.

В контексте вышеуказанного при предъявлении пациентом/пациенткой жалоб на сниженное сексуальное желание необходимо получить ответы на вопросы, касающиеся уровня половых гормонов (прежде всего тестостерона), употребления пациентом/пациенткой каких-то лекарств (в особенности психофармакологических препаратов), наркотических препаратов, наличия проблем с эрекцией у мужчин и возбуждением у женщин. Необходимо также выяснить, проявляется ли ГАСЖ только при контакте с определенным партнером/партнершей или с другими.

В настоящее время в практике сексологов обычно пациенты/пациентки, предъявляющие жалобы на низкое сексуальное желание в качестве основной проблемы, получают терапию, направленную исключительно на устранение этого нарушения. При этом не принимаются во внимание возможности других сексуальных проблем, с которыми неразрывно связано ГАСЖ. Такой

терапевтический подход, как правило, оказывается неэффективным к взаимному разочарованию специалиста и пациента/пациентки.

ГАСЖ в обозримом прошлом рассматривалось в ракурсе сепаратной проблемы. Терапевтические подходы концентрировались на вопросах техники сексуального акта, стимуляции эрогенных зон, специального “тренажа” для удачного совершения совокупления. Фиксация внимания на сексуальной чувствительности и способах ее активации отодвигала проблему ГАСЖ на второй план или даже игнорировала ее наличие. Подобный подход можно видеть в классической публикации Master и Johnson (1970), и даже у Kaplan в ранней работе 1974 года.

Очевидно, первой публикацией, в которой упоминалось о ингибированном сексуальном желании как об отдельной форме расстройства, была статья Lief (1977). В этом исследовании говорилось об ингибированном сексуальном желании в рамках хронического отсутствия сексуальной инициации и сексуального ответа на таковую, проявляемого партнершей/партнером.

В том же году Kaplan ввела сексуальное желание в качестве нового звена составного компонента сексуального цикла Master и Johnson (1970).

В контексте вопроса о “низком” и “высоком” сексуальном желании следует принимать во внимание, что эти понятия могут иметь относительное значение, в зависимости от характера поведения членов сексуальной диады.

В каком-то варианте отношений сексуальное желание одного/одной партнера/партнерши может диагностироваться как сниженное, если сексуальное желание другого члена диады представлено более сильно. В отношениях с другим/другой менее требовательным/требовательной членом диады тот же уровень сексуального желания может рассматриваться как нормальный или даже высокий. Динамика силы сексуального желания может варьировать в различное время у одной и той же пары. Высокое сексуальное желание способно повторно сменяться низким сексуальным желанием с последующим возвратом к прежнему или более высокому уровню.

Индивидуумы с высоким сексуальным желанием в ряде случаев могут одновременно характеризоваться низким желанием выхода на уровень интимности, не испытывают какой-либо тенденции к совместной жизни, организации семьи, рождению детей и их совместному воспитанию.

В текущем периоде наблюдается все более отчетливая тенденция к “реабилитации” ГАСЖ. Дестигматизация ГАСЖ сопровождается с постепенным формированием сбалансированной позиции, учитывающей разносторонность этой проблемы, включая общее состояние соматического здоровья, особенности межличностных отношений, наличия в одной квартире родственников, детей, стесненность условий проживания, религиозные убеждения и ритуалы. Интеграция этих факторов создает возможность развертывания эффективных дифференцированных терапевтических вмешательств в необходимых случаях в рамках семейной терапии.

Наличие у членов сексуальной диады разного уровня сексуального желания может приводить к развертыванию коммуникативных сценариев, в основе которых находится отношение членов пары к интенсивности желания каждого из них.

Так, например, частым вариантом является такой, когда один/одна из партнеров/партнерш (X) определяет адекватность своего сексуального желания в соответствии со способностью удовлетворять другого члена диады.

Такая оценка называется отраженным чувством сэлфа и в приведенном случае характеризует низкий уровень психологической дифференциации.

Партнер X расценивает отсутствие или низкий уровень сексуального желания у своего партнера/партнерши (Y) как признак отрицательного отношения к себе. В то же время у партнера/партнерши Y теряется сексуальное стремление к партнерше/партнеру X, если он/она чувствует, что партнер/партнерша Y более заинтересована/заинтересован в том, чтобы доказать свою сексуальную состоятельность, чем состоять в интегральных интимных отношениях с ней/с ним. Партнер X не в состоянии объяснить отсутствие сексуального интереса партнерши/партнера Y до тех пор, пока

он/она не отнесется критически к себе, не разберется в характере своего отношения к партнерше/партнеру Y.

Ситуации подобного рода имеют отрицательное влияние на сексуальное желание членов диады, что нередко принимает хронический характер.

ГАСЖ у одного члена пары может сформировать ингибицию сексуального желания у другого члена, провоцировать развитие состояния так называемой сексуальной скуки, привести к развитию различных сексуальных дисфункций у обоих членов пары.

Сексуальные дисфункции обладают свойством разрушать интимность, так как приводят ко взаимному отстранению, отчуждению друг от друга, в связи со стимулированием чувства недоверия, подозрительности, нарастающей тревоги.

Ингибиция сексуального желания часто возникает в связи с дисфункциональными отношениями внутри сексуальной диады. В таких случаях оба члена пары принимают участие, “вносят свой вклад” в возникновение ГАСЖ.

Системные факторы, вызывающие ингибицию сексуального желания, должны всегда учитываться при оказании профессиональной помощи.

Лечение ГАСЖ должно быть семейным (диадным) и направленным на выявление пусковых механизмов психологического напряжения и их коррекцию.

Практика длительных диадных отношений показывает, что член диады с более низким уровнем сексуального желания контролирует сексуальную активность. Партнер/партнерша с ГАСЖ контролирует, как правило, не только частоту сексуальных отношений, но и содержательную сторону процесса, форму сексуальных контактов. Этот контроль накладывает отпечаток и на другие стороны отношений диады, требующих принятия совместных решений. К последним относятся часто решение иметь детей, имущественные вопросы, смена работы, места жительства и др.

Партнер/партнерша с ГАСЖ контролирует поведение партнерши/партнера с интенсивным повышенным сексуальным желанием в случаях, когда последний стремится к сексуальной реализации. Это связано с тем, что каждый из партнеров в системе взаимоотношений нуждается в положительной оценке друг друга.

Партнер/партнерша с высоким сексуальным желанием обычно жалуется на то, что его/ее контролируют, чувствует себя нежеланным, отторгаемым во всех случаях, когда ему/ей отказывают в сексе. В то же время и партнер/партнерша с низким сексуальным желанием в подобной ситуации также чувствует свою неадекватность, в связи с осуществляемым им/ею контролем, чувствуя прогрессирующую дисфункциональность взаимных отношений во многих сферах каждодневной жизни. Это приводит порою к тому, что у человека с ГАСЖ появляется желание начать контролировать не только другого/другую, но и самого/саму себя. В некоторых случаях индивидум с ГАСЖ проявляет большую эротическую заинтересованность к партнершам/партнерам, находящимся вне диадных отношений.

Индивидум с высоким сексуальным желанием в ситуации контроля чувствует себя психологически подавленным, часто униженным. Он/она может пытаться находить выход из создавшегося положения психологическим воздействием на партнершу/партнера с ГАСЖ в плане стимулирования у нее/его сексуального желания. Такие попытки “излечения” приводят обычно лишь к обратному результату.

Ингибированное сексуальное желание оказывает влияние как на сознательном, так и на бессознательном уровне, формируя часто скрываемое от себя и от других чувство дефицитарности. Реакцией на это по-разному выраженное длительное переживание может быть стремление к гиперкомпенсации в различных формах.

Контроль и старание доминировать над другим членом пары являются выражением гиперкомпенсации. Индивидум с высоким сексуальным желанием при подобной модели оказывается жертвой пассивно-агрессивного

поведения, что может включать манипулирование своим плохим самочувствием, усталостью от перегруженности производственной и/или домашней работой, головной болью, многообразными соматическими жалобами. Возможно предъявление другой стороне обвинений в нечуткости, грубости, отсутствии тонких эмоций, эгоизме, самовлюбленности, узости интересов, недостаточном интеллектуальном уровне и др.

Для лиц с ГАСЖ в общем характерна внешне пассивная позиция. Тем не менее, за занавесом внешней пассивности часто скрывается накапливающаяся злость с проекцией вины на партнера/партнершу. Эти отрицательные эмоции носят обычно “тлеющий” характер и находят выражение в хронической пассивной агрессии. Однако не исключены случаи возникновения прямых агрессивных актов по механизму “последней капли”. Такие агрессивные акты возникают, как правило, после кажущейся со стороны незначительной обиды, которая падает на давно подготовленную длительными отрицательными переживаниями почву.

Поведение индивидуума с ГАСЖ неизбежно фрустрирует индивидуума с высоким сексуальным желанием, что проявляется по-разному, в зависимости от его/ее личностных особенностей.

Возможные варианты реакции включают: развитие индифферентности к сексуальным контактам, индифферентности, которая может быть даже больше выражена, чем у партнерши/партнера с ГАСЖ; попытках переучить партнера/партнершу, требуя большей частоты сексуальных контактов; вовлечение во внебрачные (вне диадные) сексуальные отношения.

В области семейных отношений постоянно возникают различные сложные интеракции, которые напрямую не обусловлены сексуальным желанием и его удовлетворением. Эти несексуальные интеракции называют “несоответствующей иерархией власти”, нуждающейся в целевой семейной терапии (Haley, 1976).

Несоответствующая иерархия власти формируется не из чувства злости или мести, а из попыток партнера/партнерши защитить себя и взаимной

аккумуляции сложностей и слабостей друг друга. Несоответствующая иерархия власти выстраивается вокруг проблем сексуального желания, внедряясь в сферу эмоционально насыщенных отношений (Schnarch, 1991).

Например, многие хотят быть желаемыми, как сексуальные объекты, но на более фундаментальном уровне человек нуждается в том, чтобы чувствовать нуждаемость в себе.

В то же время человеку свойственен страх стать жертвой эксплуатации со стороны тех лиц, которые нуждаются в нем. Страх этого содержания приводит к тому, что фундаментально присущая человеку потребность в нуждаемости встречается с серьезным препятствием – угрозой попасть в ловушку не желаемой зависимости. В связи с отсутствием внутренней уверенности в том, что тебя желают, ради самого/самой себя, возникают попытки получить доказательства истинности желаний. Такие попытки энергетически емки, сопряжены с отклонением от интимности, что разрушает возможность сохранения чувства нуждаемости в себе.

В структуре складывающихся длительных отношений внутри пары имеют значение биологические наследственные факторы, которые в значительной степени определяют интенсивность сексуального желания у каждого члена диады в отдельности.

Сексуальное желание представляет собой систематический процесс, оно принимает участие в становлении личности.

До сравнительно недавнего времени терапевтические подходы к пациентам/пациенткам, предъявляющим жалобы на нарушение сексуального желания, концентрировались главным образом (за исключением чисто механического тренинга) в зоне психодинамических концепций, включая теорию аттачмента, психоанализ объектных отношений, теорию эго, коммуникативный анализ, классическую психоаналитическую терапию, варианты семейной терапии.

В настоящее время происходит формирование новых подходов, основывающихся на исследованиях Kaplan и Schnarch. Подход Schnarch

называется “подходом сексуального сплава” (сексуального тигеля). Главное в подходе – дифференциация, включающая способность выделять и различать две фундаментальные жизненные силы: желание к союзу, объединению и контакту с другими и желание стать как можно в большей степени самим/самой собой, желание самостоятельно управлять своей жизнью, своей судьбой.

Таким образом, имеет место акцентуация в длительных диадных эмоционально насыщенных отношениях значения дифференциации и в то же время сплава двух базисных драйвов – аттачмента и отказа подчиняться тирании.

В этих границах происходит процесс развития формирования по-настоящему когезивного (спаянного) сэлфа. Динамика совершается во многом на бессознательном уровне и не осознается членами диады.

Дифференциация в качестве индивидуальной характеристики проявляется следующим образом:

(1) индивидуум в тесном контакте со значимым другим/другой сохраняет четкое чувство собственного сэлфа;

(2) индивидуум способен регулировать свою тревогу;

(3) индивидуум способен не реагировать на тревогу, возникающую у других;

(4) индивидуум обнаруживает способность и желание переносить состояния дискомфорта, ради психологического роста.

Дифференциация является концепцией и процессом, касающимся отношений внутри любовных пар, семей, диады терапевт-клиент. Дифференциация непосредственно затрагивает терапевтический процесс.

Более дифференцированные люди более толерантны к интимным отношениям с высоко оцениваемым партнером/партнершей, до тех пор, пока они не почувствуют, что их начинают контролировать и лишать привычной прежде личной свободы. Они обладают хорошей способностью достаточно долго отдавать себя во взаимоотношениях, обнаруживают большую

способность к интимности, проявлению страсти, повышенному сексуальному желанию.

Хорошо дифференцированные лица в большей степени проявляют внимание и заботу о партнерше/партнере и способны интегрировать в себе их влияние, что происходит благодаря наличию спаянного сэлфа, резистентного к дезинтеграционным воздействиям. Сэлф у таких личностей одновременно спаян и проницаем. Эти качества определяют возможность обоюдных переживаний (mutuality) и эффективно переносить фрустрации, которые не только не разрушают, но скорее укрепляют взаимное доверие и эмоциональное развитие.

Дифференциация касается как мужчин, так и женщин.

Мужчины часто жертвуют отношениями ради сохранения чувства собственного сэлфа, в то время как женщины часто жертвуют своим чувством сэлфа ради сохранения отношений.

Дифференциация проявляется в большем объеме и интенсивности отношений с самим/самой собой, чем с партнершей/партнером и в другом варианте в больших отношениях с партнером/партнершей, чем с самим/самой собой.

Концептуализация сексуального желания и связанных с ним проблем может происходить в рамках “отсутствия эмоциональной связи” в контексте отсутствия интимности и страха покидания. Тем не менее, то, что ошибочно воспринимается как нарушение аттачмента, и даже определяется термином «нарушение дефицита аттачмента», по существу является “эмоциональным слиянием” (отсутствием дифференциации).

Развитая дифференциация создает статус наибольшего благоприятствования для формирования интимности и обоюдности. Отсутствие дифференциации приводит к феномену эмоционального слияния, что делает невозможным достижение индивидуальной сепаратности.

Само по себе эмоциональное слияние неправильно рассматривать как патологическое состояние. Тем не менее, феномен эмоционального слияния

оказывает крайне неблагоприятное влияние на сексуальное желание. Этот отрицательный эффект объясняется усилением “заимствованного функционирования”. Заимствованное функционирование не идентично обоюдности, так как при нем подавляется функция “донора”, в то время как усиливается функция “реципиента”. Обоюдность подразумевает одновременное присутствие в отношениях обеих функций донора и реципиента.

Заимствованное функционирование проявляется на сексуальном уровне. Так, партнер или партнерша чувствуют себя более эротически привлекательными в случае, когда другой член диады выражает свое эротическое желание по отношению к ним.

Индивидуум с заимствованным функционированием, как правило, переживает два этапа отношений. Вначале он/она чувствует себя понимаемым/понимаемой, находится “на одной эмоциональной волне” с другой/ другим членом пары. Однако в дальнейшем часто происходит развитие ГАСЖ, что связано с возникновением чувства использования и эксплуатации со стороны партнерши/партнера. Частая встречаемость в сексуальных отношениях подобной динамики отношений привела в настоящее время к введению в терапевтическую практику подходов, направленных на элиминацию или ослабление феномена эмоционального слияния. В данном плане полезны методики, направленные на усиление мотивации преодоления неуверенности, приобретения навыков регулирования эмоционального напряжения, психологического дискомфорта и тревожности.

Формирование способности к самоуспокоению, умению оценить свои положительные стороны и возможности реализации планов оказываются более значимыми факторами для длительного сохранения сексуального желания и стабильности отношений, чем взаимная эмпатия, легкость коммуникаций со значительной фиксацией на переживаниях текущих моментов времени с ослаблением проекции на прошлое и будущее.

Проблема терапии нарушенного сексуального желания непосредственно связана с настроенностью индивидуума на преодоление дискомфорта, обеспечивающего психологическое развитие личности. Ориентация на сколько-нибудь длительный позитивный эффект кратковременных эмоциональных “поглаживаний” нереальна и приводит к последующим разочарованиям.

Большое значение для эффективной терапии нарушенного сексуального желания имеет новый подход к проблеме тревоги. Masters и Johnson в предлагаемой ими эмоциональной терапии сексуальных расстройств придавали основное значение снижению тревоги.

В настоящее время во главу угла ставится обучение пациента/пациентки навыкам толерантности, умению справляться с определенным уровнем тревоги, понимая, что каждый индивидуум имеет в этом отношении свои границы толерантности. Выход тревоги за пределы толерантности приводит к психологическому регрессу с вероятным выходом на депрессивную или даже шизоидно-параноидную позицию (согласно Melanie Klein). В семейных отношениях при этом возможны варианты, когда один из членов супружеской пары начинает осознавать, что он/она женился на партнерше/партнере, которые эквивалентны их матери или отцу, со всеми вытекающими отсюда кратковременными и длительными последствиями.

В целом терапия нарушенного сексуального желания концентрируется на создании максимально благоприятных условий для личностной интеграции пациента/пациентки с меньшей фиксацией на прошлом, недостаточности родительской любви и подавлении отрицательных эмоций.

Schnarch (1989) подчеркивает в этом ракурсе значение фиксации внимания на личностном росте и интимности, присутствие которой имеет решающее значение. Автор обозначает такую динамику смещением фокуса с подхода, основанного на ощущениях, на интегрально личностный подход.

Дифференциация, по мнению Schnarch'a, имеет фундаментальное значение для поддержания интимности, эротизма и сексуального желания в

системе длительных отношений. Предлагается использование термина “сексуальный тигель”. Подход сексуального тигеля характеризуется рассмотрением проблем сексуального желания как естественных и неизбежных выражений и возможностей индивидуальной эволюции на личностном и диадном уровнях.

В начальном периоде диадных сексуальных отношений, который можно назвать увертюрой, происходит подготовка к выходу на тот или иной уровни интимности, определения, какую роль будет играть эротика в будущих отношениях.

Наличие фактора гибкости, эластичности в эмоциональном реагировании, интегральные многосторонние отношения, отсутствие примитивного максимализма во многом предопределяют перспективу длительности отношений и сохранения нормального уровня сексуального желания.

Дифференциация, способность к самооценке, умение находить в себе резервы для психологической релаксации в трудных ситуациях, интегрировать настоящее с опытом прошлого и будущностной перспективой неразрывно связаны с состоянием сексуального желания.

Индивидуумы со слабо представленной дифференциацией в периоде увертюры будущих отношений обнаруживают повышенную ранимость в отношениях, демонстрируют повышенную чувствительность к различным по существу незначительным или неправильно понятым воздействиям, проецируют вину на партнера/партнершу, не будучи в состоянии объективно оценить ситуацию. Все это неизбежно отрицательно влияет на сексуальное желание, приводя к реакциям психологического ухода и избегания.

Лица, подверженные возникновению нарушений сексуального желания, обычно обнаруживают недостаточность интимности, преобладание физического компонента в сексуальной активности с исключительной фиксацией на удачном перформансе, отсутствие ощущения комфорта при общении с партнершей/партнером. Создается впечатление, что для этих

индивидуумов переносимость интимности является очень серьезной проблемой, более значимой, чем возможность выхода на интимный уровень.

Усиление дифференциации влечет за собой повышение толерантности к интимности и приводит к тому, что высоко дифференцированные индивидуумы перестают избегать интимности в ситуациях угрозы их отраженному в глазах партнера/партнерши имиджу своего сэлфа.

Schnarch (1991) предложил трудно переводимый термин *emotional gridlock* (полный паралич эмоциональной динамики) для обозначения стойкой патовой ситуации в состоявшихся отношениях. *Gridlock* возникает, когда каждый из членов пары занимает по всем значимым вопросам взаимных отношений позицию, блокирующую предпочитаемую позицию другого члена пары. Эмоционально заблокированные пары постоянно накапливают неразрешаемые конфликты, значение которых прогрессивно нарастает.

В результате развивается поляризация подходов, эмоционального и интеллектуального отношения к актуальным проблемам различного содержания. Дискуссия между заблокированными партнерами, обмен мнениями и нахождение консенсуса не возможны. Никто ни в чем не уступает, ни с чем не соглашается. Любая мелочь приобретает фундаментальное значение, в сознании каждого из членов воздвигается на высоту фактора, от которого зависит интегральность, идентичность и самооценка. В подобной ситуации отсутствует какая-либо возможность компромисса.

Содержанием *gridlock* являются вопросы интимности, секса, воспитания детей, финансов и др. Проблема заключается в том, что пары не в состоянии прийти к соглашению по каждому из затрагиваемых вопросов, например о том, когда и в какой форме может произойти сексуальный контакт.

Gridlock не связан с коммуникацией и ее улучшение не может привести к устранению этого явления. Здесь необходимы реальные экзистенциально важные решения, не ограниченные вербальными заверениями, признаниями и клятвами в искренности чувств и верности идеалам.

Gridlock формируется в психологической обстановке зависимости от эмпатии, оценок, системы ценностей партнерши/партнера, в ситуации значительного приспособления к системе названных факторов. Эмоциональный gridlock создает проблемы для сексуального желания.

В межличностных отношениях каждодневной жизни дифференциация и gridlock взаимно переплетены. Gridlock и проблемы сексуального желания быстрее и с большей интенсивностью возникают у индивидуумов с менее представленной дифференциацией. Это характерно, например, для пар, которые зависят от оценки со стороны, которая становится доминирующей формой самореализации.

В конце концов, сильное желание интимности партнерши/партнера не реализуется, если партнер/партнерша со слабым желанием интимности не подтвердит его. Партнер/партнерша со слабым сексуальным желанием не поддержит раскрытие высокого сексуального желания другого члена пары, поскольку партнер/партнерша со слабым сексуальным желанием не хочет и не может функционировать в эмоциональном режиме члена с высоким сексуальным желанием.

Мы уже обращали внимание на факт, что индивидуум со слабым сексуальным желанием контролирует сексуальный процесс в диаде. На этом фоне разворачиваются обычно проблемы с сексуальным желанием в брачных парах.

Одной из причин ГАСЖ является фактор отсутствия уважения. Слабо дифференцированные партнеры не уважают самих себя и не уважают партнера/партнершу, не предпринимая каких-либо попыток пойти навстречу желаниям другого члена диады.

Слабо дифференцированные лица не проявляют свою аутентичность, скрываясь за маской ролевого поведения. Они плохо переносят и избегают прямых высказываний, прежде всего в вопросах, касающихся сексуальных отношений. Не решаясь заявить партнерше/партнеру о том, что они не испытывают по отношению к нему/к ней сексуального желания,

предпочитают говорить об отсутствии сексуального желания вообще, об отрицательном отношении к сексу как таковому.

Взаимное обсуждение проблемы отсутствия уважения друг к другу в парах несет в себе прямую угрозу нарушения сложившегося status quo и поэтому без профессиональной помощи случается редко.

Важным компонентом отношений внутри диады является проблема тревоги. В многочисленных работах недавнего времени постоянно подчеркивалась необходимость снижения или полного устранения тревоги у каждого индивидуума.

В настоящее время ситуация в этом отношении изменилась. Стало понятно, что редукция тревоги, несомненно, важна, но этому процессу должно обязательно предшествовать умение переносить определенные уровни тревоги, развивать, воспитывать в себе навык толерантности к тревоге.

Толерантность к тревоге имеет особое значение в сфере эмоционально значимых длительных отношений в диаде.

Переносимость тревоги имеет значение в качестве фактора, который оказывается связанным со способностью избегания угрозы возникновения скуки в системе отношений.

В этом контексте следует подчеркнуть, что скука всегда отрицательно влияет на интенсивность сексуального желания и значение этого фактора нельзя недооценивать.

В проблеме сохранения устоявшихся длительных отношений имеет значение страх всяких изменений, в том числе и тех, которые способны повысить интенсивность сексуального функционирования.

Сексуальная жизнь пар при ГАСЖ у одного или двух членов может происходить по так называемому остаточному принципу, с относительно стабильным сохранением низких уровней функционирования. В данном варианте каждый из партнеров старается исключать из взаимоотношений все, что может вызвать какую-то напряженность, неуверенность, не-прогнозируемость в сложившейся системе отношений.

В результате создается модель доминирования очень низкого уровня запросов и их реализаций. Подобное доминирование во многих случаях настолько выражено, что оно определяется термином “тирания наиболее низкой общей деноминации”. Возможность каких-либо изменений частоты, стиля, сформировавшихся стереотипов сексуальных отношений воспринимается как серьезная угроза и вызывает возникновение тревоги свободно плавающего характера и трудно вербализуемого страха разрушения личностной интеграции. Приобретение навыка переносимости тревоги необходимо для выхода из заблокированной ситуации *gridlock*'а. Такой процесс требует неторопливости, терпения, постепенно прогрессирующего изменения.

Современная сексуальная и брачная терапия ориентирована на формирование уже на начальном ее этапе убеждения в значении фактора переносимости ситуации изменения устоявшегося стереотипа, чувства уверенности и безопасности вне границ прежней ригидной модели.

Практика сексуальной терапии свидетельствует, что обучение навыкам преодоления тревоги встречается часто с большими трудностями. Лица с недостаточной дифференциацией крайне зафиксированы на стабильности длительно используемой модели сексуальных отношений, что сочетается обычно с общим консервативным стилем жизни, с приверженностью к стереотипам. Не является исключением и тот факт, что партнеры испытывают экзистенциальную скуку, которая может достигать даже депрессивного дистимического уровня. Попытка более активного члена пары ввести какую-то инновацию в сексуальные отношения может вызвать не одобрение со стороны другого члена, а скорее отрицательное, настороженно-подозрительное или саркастическое отношение.

Нередко ответом на предложение чего-то нового в форме или стиле сексуальных отношений, включая самые незначительные детали, является реакция подозрения, что выражается в вопросах типа, “кто научил/научила тебя этому?”.

В связи с вышеизложенным, следует отметить, что любая инновация в области сексуальных отношений, происходящая по инициативе одного из партнеров, требует толерантности к возникающей тревоге у другого партнера/партнерши. Присутствие дифференциации и высокого уровня интимности являются при этом необходимыми компонентами. Они помогают пониманию и разрешению сложностей несовпадения сексуального желания, предохраняют от возникновения однообразия и скуки в сексуальных отношениях.

В диадных отношениях ГАСЖ может явиться результатом контроля, подозрительности, ревности и психологического давления со стороны одного из ее членов. Партнер/партнерша с низким уровнем сексуального желания, развившемся в связи с воздействием упомянутых факторов, провоцирует реакцию напряжения у другого партнера, который/которая может остро переживать чувство себя нежеланной/нежеланным в сексуальной сфере и вызывать мысли о неверности, увлечениях на стороне.

Таким образом, образуется динамика порочного круга в отношениях, усиливающая нарушение сексуального желания в длительных отношениях.

Предупреждение и своевременная коррекция подобной патологической динамики чрезвычайно важна для сохранения нормальных брачных отношений.

ГАСЖ, само по себе, может приводить к возникновению *gridlock* в супружеских отношениях, и в то же время *gridlock*, как уже указывалось, вызывает ГАСЖ. В этом контексте *gridlock* создает статус наибольшего благоприятствования для возникновения ГАСЖ, хотя последнее развивается и по другим разнообразным причинам.

ГАСЖ формирует пространство, в котором эмоциональный *gridlock* возникает с большой готовностью в связи с реальностью сексуальных отношений, когда члены пары не в состоянии признать факт своих разногласий, и наличием компонентов низкой дифференциации.

Эмоциональный gridlock и проблемы сексуального желания подсказывают необходимость быстрого перехода к повышению уверенности в себе. Разрешение gridlock'a сопровождается покиданием позиции ожидания от партнерши/партнера эмоциональной и интеллектуальной поддержки, акцептации своих мнений, эмоциональных реакций, оценок, общего подтверждения правильности своих позиций. На смену этим ожиданиям приходит скачок со смещением акцента на самооценку, понимание и чувствование значения собственного потенциала и его реализаций.

Дискомфорт, связанный с переживанием состояния gridlock, бывает очень выраженным, вследствие чего оказывается сильным стимулом для подобного смещения внешних проекций на внутренние. Возникшая фиксация на внутренних проекциях активизирует развитие интимности, стремления к более глубоким переживаниям. Этот процесс "внутреннего ориентирования" положительно влияет на самооценку, повышение которой приводит к усилению сексуального желания.

Значительное изменение сексуального желания может возникнуть в случае, когда один из партнеров сексуальной диады перестает воспринимать сниженное сексуальное желание другого члена (партнерши или партнера) в персональном аспекте, а видит причину ГАСЖ в каких-то других факторах, например, в состоянии здоровья, возрастных изменениях, воздействии различных стрессовых факторов (психологических, социальных, экономических, религиозных).

Положительным фактором в укреплении семейных отношений является возникновение осознания серьезности проблемы нарушения сексуального желания, проявления в связи с этим искреннего сочувствия и сопереживания.

Позитивно влияет на сексуальное желание способность видеть себя в качестве желаемого партнера/желаемой партнерши, достойного/достойной в различных аспектах.

Имеет значение активная позиция, выражающаяся в стремлении изменить сложившуюся застойную ситуацию в сфере сексуальных отношений, поиска профессиональной помощи.

Партнер/партнерша с высоким сексуальным желанием может в ряде случаев отказываться акцептировать отсутствие или снижение сексуального желания у партнера/партнерши и в то же время прекратить всякие попытки изменить сложившуюся ситуацию.

Возможны также случаи, когда партнер/партнерша со сниженным сексуальным желанием отказывается от вступления в сексуальный контакт с партнершей/партнером с высоким сексуальным желанием, не ожидая при этом, что последняя/последний оставит попытки сексуальной близости.

Отказ от сексуальных отношений может быть репрезентацией стремления укрепить автономное чувство эльфа в контексте диадных отношений, с выходом из предшествующего состояния эмоционального слияния и заимствованной от другого члена диады “наведенной” эмоциональности и эмоционального функционирования.

Проблема сексуального желания возникает в тех случаях, когда его важность и значение превосходят уровень дифференциации. Последнее утверждение противоречит общепринятому мнению о том, что снижение сексуального желания во всех случаях является результатом безразличия, отсутствия взаимной заботы, недостаточной эмпатии.

В то же время наблюдаются ситуации, при которых повышение значимости, включая социальный статус, одного из членов диады автоматически воздействует на бессознательную и сознательную сферу другого члена таким образом, что у последнего формируется чувство большей ответственности, сопровождающееся необходимостью проявлять большую эффективность в сексуальной сфере.

Возможность подтверждения своей эффективности в ситуации нарастающих к ней реальных или воображаемых требований сопровождается ощущением все большего риска несоответствия, что может приводить к

нарушению сексуального желания. Становится труднее изменять привычный стереотипный сексуальный репертуар, допускать какое-либо экспериментирование в сексе. Снижается уровень интимности в отношениях, которые в то же время теряют компонент страстности.

Все это часто приводит к развитию ГАСЖ. Общая формула для подобной динамики отношений заключается в том, что в том случае, когда партнерша/партнер воспринимается, по сравнению с собой, как более значимый, более важный объект, и разрыв между этими внутренними оценками возрастает, создаются условия, благоприятствующие как снижению сексуального желания, так и возникновению компульсивного сексуального желания.

В случаях снижения сексуального желания процесс может ассоциироваться со страхом покидания партнером/партнершей или с мыслями о потере независимости, контроле и подчинении.

Компульсивное сексуальное желание в ряде случаев сопровождается содержаниями агрессивного характера с садистическо-мазохистическими элементами в спектре реакций протестного типа.

Эмоциональное безразличие партнеров в диадных отношениях может отражать их бессознательное стремление препятствовать возрастающему влиянию друг на друга. При этом возможна динамика эмоционального слияния, которая скрывается за фасадом безразличия, эмоциональной индифферентности. Такая особенность присуща слабо дифференцированным индивидуумам, которые в контексте стремления к эмоциональному слиянию акцентируют значение формальных рамок в отношениях, включая совместное проживание, брачную регистрацию, соблюдение многих традиционных правил и предписаний.

Анализ динамики сексуального желания при длительных отношениях позволяет в настоящее время выделить некоторые факторы, потенциально способные вызывать развитие ГАСЖ.

К этим факторам относится ситуация, при которой значение партнеров диады друг для друга превосходит их уровень дифференциации, то есть возможности “отношений внутри себя”.

Здесь возможны следующие варианты отношений, каждый из которых воздействует на сексуальное желание:

- (1) доминирование партнера/партнерши;
- (2) подчинение партнеру/партнерше;
- (3) физическое или эмоциональное воздержание от отношений;
- (4) формирование большей дифференциации.

В случае, когда партнер/партнерша с высоким сексуальным желанием отказывается согласиться с низким сексуальным желанием партнерши/партнера, последняя/последний имеет потенциальную возможность прибегнуть к различной тактике. Одним из вариантов возможного выбора является оказание давления на партнера/партнершу с целью заставить отказаться их от сексуальных домогательств.

Для этого могут использоваться конверсионные реакции, аргументы, угроза развода. Возможна тактика подчинения с согласием на секс как на акт специального одолжения, что сопровождается проявлением презрения с психологическим унижением партнера/партнерши с высоким сексуальным желанием.

Возможны также варианты с фиксацией внимания на детях, родителях, профессиональной загруженности и др. Наконец, возможна попытка найти в себе внутренние резервы, позволяющие усилить сексуальное желание.

Возникающие во взаимоотношениях участников членов пар с низким и высоким сексуальным желанием ситуации характеризуются часто сложным переплетением взаимодействий, сменами ролевого поведения и реагирования.

В связи с переплетением подходов членов пары с низким и высоким сексуальным желанием, сменой ролевого поведения и эмоционального реагирования подобные ситуации в настоящее время определяются термином

“тигель”. В таком тигле переплавляется чувство собственной идентичности и интегральности в контексте сформировавшейся системы отношений.

Следует учитывать, что в тигеле переплавляются не только сексуальные подходы, но также другие стороны личностных отношений и системы ценностей. Из тигельного “сплава” могут развиваться на новой основе эмоции любви, формироваться эмоциональная интимность.

Несоответствие уровней сексуального желания у членов брачной пары или у лиц, находящихся в длительных сексуальных отношениях, приводит к возникновению нарастающего эмоционального напряжения, а также чувства взаимного недоверия. Эффективная коррекция возможна только при участии в терапевтическом процессе обоих членов пары, включая индивидуума с гипоактивным сексуальным желанием и индивидуума с высоким сексуальным желанием.

В DSM-IV сниженное сексуальное желание называется гипоактивным сексуальным желанием (ГАСЖ). В относительно ранних публикациях можно также встретить термин ингибированное сексуальное желание. ГАСЖ может затрагивать как мужчин, так и женщин. DSM определяет ГАСЖ как “постоянный или рекуррентный дефицит (или отсутствие) сексуальных фантазий или желания сексуальной активности”. Диагноз ГАСЖ должен быть основываться на факторах, нарушающих сексуальное функционирование, включая возраст и контекст личной жизни.

ГАСЖ, присутствующее в течение всей жизни, является чрезвычайно редким. Многим людям свойственно в какой-то период времени возникновение желания к совершению с кем-то сексуального акта, даже если в реальности они не пытаются его совершать.

В случаях приобретенного ГАСЖ у индивидуума было сексуальное желание нормального уровня, но в какой-то период оно снизилось или полностью исчезло.

Выделяются понятия генерализованного и ситуационного ГАСЖ.

В случаях генерализованного ГАСЖ мужчина или женщина не испытывают сексуального желания в любой ситуации.

В случаях ситуационного ГАСЖ человек может переживать сексуальное желание по отношению к одной партнерше/одному партнеру, но не испытывать сексуального желания по отношению к другому/другой.

ГАСЖ в настоящее время чрезвычайно распространенное явление, особенно среди женщин. В 1980-х ингибированное сексуальное желание приобрело характер эпидемии.

В 1984 Helen Kaplan модифицировала цикл сексуального процесса Masters и Johnson, добавив отсутствующую в нем фазу сексуального желания.

Keesling (2005) выделяет в сексуальном желании два компонента – физиологический и психологический. Физиологический компонент сексуального желания обусловлен действием тестостерона, хотя тестостерон сам по себе недостаточен для возникновения сексуального желания. Необходимо одновременное наличие другого, психологического компонента, который всегда является доминирующим.

Наиболее распространенной формой ГАСЖ является приобретенный вариант, когда человек испытывал в прошлом сексуальное желание, но в последующем перестал его испытывать или стал испытывать в сравнительно меньшей интенсивности.

Приобретенное ГАСЖ не всегда оказывается постоянным нарушением. Чаще всего приобретенное ГАСЖ носит преходящий (транзиторный) характер и связано со стрессом или переутомлением. В таких случаях ГАСЖ не должно вызывать серьезной обеспокоенности. После отдыха, психологического релакса сексуальное желание возвращается. Keesling предложила программу психологического релакса, восстанавливающего ингибированное сексуальное желание.

В то же время имеют место случаи, когда ГАСЖ присутствует у лиц, которые заявляют, что они вообще не интересуются сексом. Анализ обычно позволяет обнаружить, что такое отсутствие интереса к сексу относится не к

сексу вообще, а к сексу с конкретным партнером/партнершей в определенной ситуации и времени.

Helen Kaplan (1995) была первым автором, идентифицирующим сексуальное желание в качестве отдельной нозологической единицы. Это выделение способствовало разработке новых более эффективных методов терапии сексуальных расстройств. Автор проследила опыт лечения и исхода более чем у 6000 пациентов/пациенток, принимая во внимание случаи как успешной, так и неэффективной терапии. В основу был положен всесторонний, интегрированный, психодинамически ориентированный подход, значительно индивидуализированное лечение, с учетом не только специфического диагноза, но и прежде всего уникальных особенностей каждого конкретного случая.

Kaplan дополнительно исследовала психические расстройства, которые могут вести к потере сексуального желания, а также различные органические причины, включая общее состояние соматического здоровья, употребление наркотиков, фактор старения. Автор предлагает выделять многочисленные варианты нарушенного сексуального желания. К ним, в частности, относятся следующие формы нарушений сексуального желания:

гиперактивное сексуальное желание у гетеросексуальных мужчин с хорошими сексуальными отношениями;

гиперактивное сексуальное желание у гетеросексуальных мужчин с сопутствующим обсессивно-компульсивным личностным расстройством при плохих сексуальных отношениях;

гиперактивное сексуальное желание у женатых бисексуальных мужчин;

гипоактивное сексуальное желание у депрессивных гетеросексуальных женщин при хороших сексуальных отношениях;

мягкое специфичное по отношению к партнеру гипоактивное сексуальное желание у гетеросексуальных женщин;

длящееся в течение жизни тяжелое глобальное гипоактивное сексуальное желание у хорошо функционирующих счастливых замужних женщин;

тяжелое приобретенное, специфичное по отношению к партнерше гипоактивное сексуальное желание у женатых мужчин;

сексуальное отвращение и избегание у замужних женщин с сопутствующим личностным расстройством;

специфичное по отношению к партнерше отсутствие сексуального желания и сексуальное отвращение у мужа;

сексуально отвращение с сопутствующим паническим расстройством у жены;

сексуальное отвращение у женщины с сопутствующим паническим расстройством;

потеря сексуального желания вследствие бесплодия;

сексуальное отвращение вследствие озлобленности в браке;

гипоактивное сексуальное желание вследствие сексуальной травмы в детстве и др.

Предлагаемая многослойная модель нарушений сексуального желания позволяет принимать во внимание влияние различных факторов, воздействующих на пациенток/пациентов как в детско-подростковом, так и в текущем периоде жизни.

Kaplan считает, что нарушение сексуального желания - более утонченное состояние, по сравнению с другими сексуальными расстройствами, и их терапия более сложна, так как требует разносторонней квалификации, эрудированности в области современного психоанализа, психологии, совершенных навыков в коммуникации.

Особенность подходов автора заключается в ее умении интегрировать взгляды и концепции различных специалистов в области психодинамической психотерапии, не исключая необходимости использования

психофармакологического анти-анксиолитического вмешательства в случаях значительно выраженной тревоги.

Разносторонний интегральный подход автора к исследованию сексуального желания и арсенала возможных терапевтических вмешательств при его нарушениях включает акцент на использовании фантазий пациенток/пациентов. По ее мнению, не нужно изучать фантазии сексуального содержания с позиции такого понятия, как “болезненность”. Более продуктивно использовать фантазии для раскрытия значимых эмоциональных эпизодов в жизни пациентки/пациента.

Выраженное отсутствие сексуального желания во многих случаях может быть объяснено в рамках несовпадающего сексуального желания. Один из сексуальных партнеров желает сексуального контакта более часто, чем другой член пары. Отношение к желаемой частоте сексуальных контактов часто может быть совершенно различным. Один из партнеров может испытывать стремление к совершению сексуального акта несколько раз в день, в то время как у другого сексуальное желание появляется лишь несколько раз в течение месяца, а в каких-то случаях даже года. Оба варианта нельзя считать а priori патологическими. Проблема возникает, когда члены пары проявляют несовпадающее сексуальное желание в течение длительных промежутков времени.

Иногда индивидуумы, у которых отсутствует сексуальное желание, страдают вследствие незнания причины проблемы, например, в связи с психотравмирующими ситуациями прошлого.

Следует иметь в виду, что регистрируются сравнительно редкие случаи полного отсутствия сексуального желания. Причиной отсутствия сексуального желания может стать гормональная недостаточность или органическое поражение головного мозга.

На то, что гипоактивное сексуальное желание (ГАСЖ) затрагивает как мужчин, так и женщин, указывает также Renshaw (2001). Тем не менее, Davies

et al.(1999) ссылаются на источники, свидетельствующие о том, что у женщин ГАСЖ представлено больше, чем у мужчин.

Женщины считают, что мужчинам свойственна скорее эректильная дисфункция, чем проблема с сексуальным желанием. Мужчинам присущ предрассудок, заключающийся в том, что они всегда готовы к совершению полового акта, но их каким-то образом подводит половой член.

В этом отношении приводятся различные механизмы. Первичным механизмом может быть блокирование интимности. Последняя может быть нарушена в связи с медицинскими причинами, гормональными факторами, отсутствовать в контексте обычной скуки (Bader, 1998). Автор считает, что различные психологические причины приводят к ГАСЖ, но чаще всего имеет место одновременное воздействие комплексных факторов.

Karlan (1996) находит, что пациенты с низким сексуальным интересом психогенной природы на бессознательном уровне акцентируют негативные и устраняют позитивные стороны секса.

Эффект ГАСЖ не ограничивается исключительно сексуальной активностью. Его влияние распространяется часто на общее эмоциональное состояние, вызывает психологический дистресс, депрессию, тревогу, приводит к нарушению приспособления, нарушению общей удовлетворенности брачной жизнью, проблеме психологической совместимости.

ГАСЖ у одного из членов пары влияет в свою очередь на состояние партнера/партнерши, что в результате приводит к общему нарушению отношений (Hurlbert et al.,2000).

ГАСЖ в настоящее время является наиболее частой проблемой сексуальной терапии в США. Нарушения сексуального желания вызывают проблемы сексуального возбуждения, оргазма, сексуального удовлетворения, затрагивая, таким образом, все стадии сексуального функционирования (Samelson, Hannon, 1999). Иногда пары не осознают, что первичный источник их сексуальных проблем заключается именно в ГАСЖ (Hurlbert et al., 2000).

ГАСЖ входит в структуру нарушений при различных личностных расстройствах.

При параноидном личностном расстройстве секс деперсонализирован, а сексуальный партнер/партнерша дегуманизированы. Свойственная параноидному личностному расстройству подозрительность, отсутствие основного доверия фактически приравнивают интимность к угрожающей жизни ранимости.

Лица с шизоидным личностным расстройством асексуальны и не заинтересованы в каких-либо отношениях, тем более основанных на интимности. Они избегают межличностных интеракций и усиление сексуального желания наблюдается у них крайне редко и является очень кратковременным.

Индивидуумы с шизотипическим личностным расстройством переживают интимность как крайне дискомфортное состояние. Они избегают всяких отношений, при которых могли бы быть раскрыты перед партнером/партнершей их странности и эксцентричность. Если для шизоидов асексуальность является следствием их индифферентности, то для лиц с шизотипическим личностным расстройством асексуальность обусловлена социальной тревогой.

Пациенты с гистрионическим личностным расстройством (преобладающе женщины) манипулируют своим телом, внешним видом, демонстрируют сексуальную привлекательность, создавая внешнее впечатление сексуальности, с целью реализации нарцисстических желаний, при внутренней эмоциональной неустойчивости с преобладанием относительной холодности. Сексуальность используется гистриониками в качестве средства усиления колеблющейся самооценки, что объясняет их неадекватную соблазнительность и многочисленные кратковременные сексуальные связи.

ГАСЖ характерно для нарцисстического личностного расстройства. Лица с нарцисстическим расстройством концентрированы на имидже

собственной грандиозности, который они формируют и стараются сохранять, демонстрируя свои наиболее сильные стороны и преувеличивая их в глазах окружающих. Мотивация к достижению успеха и приобретению славы не оставляет сколько-нибудь значимого места для проявления истинных эмоций. Возникающее сексуальное желание часто вступает в противоречие с достижением профессиональной карьеры и вследствие этого эффективно вытесняется как мешающий и потенциально опасный фактор.

Сексуальное желание у пациенток/пациентов с пограничным личностным расстройством очень изменчиво. Его изменчивость отражает общее эмоциональное состояние, характеризующееся частыми резкими сдвигами от положительного к отрицательному полюсу без каких-либо мягких постепенных переходов. В состоянии влюбленности на избранный объект любви проецируются романтические эмоции, партнер/партнерша максимально идеализируются, но обычно после исчезновения короткого периода идеализации наступает разочарование, положительные эмоции бесследно исчезают и сменяются или безразличием, или (более часто) максимально выраженными отрицательными эмоциями с полным обесцениванием партнера/партнерши без критического отношения к столь резкой неожиданной перемене.

Сексуальное желание у индивидуумов с личностным расстройством избегания находится под тщательным контролем, что обусловлено страхом отвержения со стороны партнерши/партнера. Возможны случаи замаскированного избегания, когда последнее маскируется показной экстравертированностью, легким завязыванием социальных контактов при необходимом условии их поверхностности, с исключением сколько-нибудь выраженной интимности. Если отношения становятся “чересчур” интимными, они совершенно неожиданно для партнерши/партнера без какой-либо видимой причины внезапно разрываются. Интимность воспринимается лицами с избеганием как сигнал опасности, заключающейся в раскрытии их настоящего лица или угрозы лишения личной свободы.

Для большинства людей в современной и постсовременной культурах секс ассоциируется со значительно большим, чем с воспроизводством нового поколения, рождением детей или даже физическим удовольствием. В особенности для женщин чувство сексуальной привлекательности является интегральной составляющей самооценки. То, как женщина ощущает свое тело и свою сексуальность, помогает оценке себя как личности в целом.

Столь большое значение сексуальности определяет во многом закономерность, когда снижение интенсивности сексуального желания оказывается для многих женщин чрезвычайным стрессом. Снижение сексуального желания не только устраняет положительные сексуальные переживания, но также способно подорвать основы брачных и романтических отношений. Отрицательное воздействие на уровень физической и эмоциональной интимности блокирует получение женщиной всего того, что она ожидает от жизни.

ГАСЖ может проявляться в разном возрасте, у женщин, имеющих детей, и у бездетных женщин. ГАСЖ нередко имеет место даже у женщин, которые любят своих партнеров. ГАСЖ регистрируется у молодоженов, а также у лиц, находящихся в браке многие годы.

Имеется точка зрения, что ГАСЖ характерно для ситуации в постмодернистском обществе. В этом смысле можно говорить о возникновении новой эпидемии. Так, около одной трети женщин в США в последнее время имеют серьезные проблемы с сексуальным желанием (Kaplan, 1995).

Возникновение ГАСЖ часто пытаются объяснить влиянием какого-то одного фактора, выделяя физическую или психологическую причину. К последним принято относить, например, общее ускорение темпа жизни, стрессовые ситуации, гормональные нарушения.

Более правильным, очевидно, является понимание ГАСЖ как результата комплексного воздействия многих элементов вызова,

содержащихся в постсовременной жизни и вторгающихся в сферу интимных отношений.

Люди часто стыдятся снижения сексуального желания, переживают это снижение как психическую травму. Чувство стыда мешает проанализировать происходящее, попытаться разобраться и по возможности устранить основные причины. В этом отношении целесообразно рассматривать ГАСЖ как отражение фундаментального дисбаланса в жизни, вызываемого многими причинами, возникающими, например, в связи с перегруженностью обязанностями в профессиональной и домашней обстановке, болезненным привыканием к ургентным ситуациям с возникновением зависимости от последних, злостью на сексуального партнера, игнорирующего многие желания и потребности.

В формировании и сохранении ГАСЖ нередко имеет значение мифологическая убежденность в том, что “зрелые женщины не нуждаются в сексе” и не получают настоящего удовольствия при сексуальной активности.

1.17. Блокировка привязанности и интимности

Анализ результатов собственной практики психологического консультирования показал, что большинство клиентов, обратившихся к нам за помощью по поводу эмоционально-поведенческих проблем, связанных с сексуальностью, испытывают трудности при ответе на вопросы о психологической сущности таких понятий, как привязанность и интимность. Наиболее частыми интерпретациями этих феноменов является их деление на положительную и отрицательную привязанность. Первую, как правило, идентифицируют со здоровьем, заботой, теплом, родством душ, а последнюю - с созависимостью и привычкой. Выраженные трудности испытывают клиенты при ответе на вопрос, насколько близкими по психологическому наполнению являются привязанность и интимность. Большинство

опрошенных, как правило, ассоциируют интимность с половыми отношениями.

В связи с существующей в литературе терминологической неопределенностью, касающейся психологического наполнения этих дефиниций, мы попытались исследовать их структуру, конкретизировать типы и описать наиболее часто встречающиеся в психотерапевтической практике варианты блокированной (ограниченной) интимности и привязанности.

По нашему мнению, привязанность – это потребность в длительных, глубоких отношениях, при которой партнеры поддерживают друг друга, помогают друг другу, зависят друг от друга, обеспечивая при этом друг другу определенную степень свободы.

Истоки формирования привязанности идут из детства. Объектом привязанности, как известно, являются родители. Сценарии, подаренные родителями или значимыми близкими, воспроизводятся в дальнейшей жизни. Мы используем в практической деятельности авторскую классификацию типов привязанности:

1. Нормальная, здоровая, безопасная.
2. Тревожно-цепляющаяся.
3. Тревожно-избегающая.
4. Тревожно-дезорганизованная, хаотичная.

Тип привязанности зависит от экзистенциальной (жизненной) позиции, которая, с одной стороны, выбирается самим человеком, а, с другой, одновременно зависит и от характера взаимоотношений в семье, и от значимого окружения.

*Характеристики типов аттачмента (привязанности)
в зависимости от жизненной позиции*

1. Нормальный, здоровый, безопасный тип привязанности формируется при условии получения ребенком от матери или от значимого близкого всего, что

необходимо для нормального развития. Если все потребности ребенка удовлетворяются, если о нем заботятся родители, если все, что он ищет, он находит, возникает модель здоровых отношений. По мере взросления окружающие воспринимаются как партнеры, страх покинутости и отверженности не формируется. Базовая жизненная позиция «Я благополучен – Вы благополучны».

2. Тревожно-цепляющаяся привязанность возникает в случае дробного частичного внимания матери или другой родительской фигуры. В какой-то момент, когда ребенок нуждался в удовлетворении потребности в ласке, любви, привязанности, заботе, мать испытывала временной дефицит, торопилась по своим делам, не успевала, спешила к мужу, на работу и пр. Какие взаимоотношения между матерью и ребенком порождает данный тип привязанности? При появлении матери ребенок вцепляется в нее и старается удержать, чтобы убедиться в том, что через несколько минут она не «исчезнет», не убежит снова.

Если этот тип реагирования с желанием удержать значимую фигуру зафиксирован, во взрослой жизни он ляжет в основу зависимого, саморазрушающего поведения. Если значимый человек или объект (алкоголь, работа, или другой аддиктивный агент), обеспечивающий ощущение комфорта и благополучия, удаляются, цепляющаяся, зависимая личность стремится его удержать. Подобный тип привязанности является основой многих видов зависимого и созависимого поведения.

Чтобы элиминировать ощущение постоянной тревоги, используются аддиктивные агенты с седативным эффектом. Стремление к аддиктивной седации является одним из психологических механизмов саморазрушающего поведения.

Индивид с базовой жизненной позицией «Я не благополучен – Вы благополучны» придает объекту тревоги огромное значение. Низкая самооценка формирует установку «я хуже, чем значимый объект».

Клиенты с нормальным, здоровым, безопасным типом привязанности, как правило, справляются со своими проблемами сами и обращаются за психотерапевтической помощью крайне редко. Второй тип привязанности является частым поводом для визита к специалисту, основными задачами которого являются:

- Работа с самооценкой. Трансформация позиции «Я не благополучен – Вы благополучны» в установку «Я благополучен – Вы благополучны».
- Усиление личностной автономии.
- Формирование ассертивной позиции. Обучение умению проговаривать четкое «Нет» и четкое «Да».

3. Тревожно-избегающий, недоверчивый тип привязанности формируется либо тогда, когда мать проводит незначительное количество времени рядом с ребенком, либо формально присутствует, но проявляет безразличное, эмоционально уплощенное, дистантное отношение, не удовлетворяя его потребность в тепле и заботе. Причинами такого поведения могут быть чрезмерная поглощенность чувством к отцу ребенка, учеба, работа, долги, ситуация потери супруга, переезд в другой город, поиск работы и др. Ребенок воспринимается как помеха. Ему сообщается скрытое послание: «Было бы хорошо, если бы ты сам решал свои проблемы». И, хотя формальная забота вроде бы и присутствует, но крайне ограниченное внимание к нему, формальный тип отношений с наспех осуществляемой заботой формируют ощущение ненадежности, ограниченности внимания и недоверия. Уверенности в получении внимания в дальнейшем нет. Эмоциональная отверженность порождает дефицит эмпатии. Вырастая, такие люди не будут показывать своих чувств и по механизму проекции будет отвергать теплоту взаимоотношений с другими. Их жизненным девизом становится утверждение «не верь, не бойся, не проси, не доверяй». При внешнем впечатлении благополучия и успешности, к их лицам «прирастает» маска напряжения, равнодушия и безразличного эмоционального отчуждения. Практика

показывает, что большинство обладателей такого типа привязанности - несчастные люди с непоколебимой жесткой, ригидной установкой «Я должен быть благополучным любой ценой».

Следование родительским предписаниям «держи эмоции при себе» и «только слабый обнажает свои чувства» проявляется в запрете на демонстрацию собственных чувств. Внешне наблюдаемое эмоциональное спокойствие маскирует подавленные эмоции, которые, как правило, проявляются в ситуациях, оторванных от контекста культуры, например, за границей, в экстремальных ситуациях, в приеме аддиктивных агентов.

Поскольку для лиц с третьим типом привязанности характерна «замороженность» эмоций, (один из них в ходе беседы сказал, что чувствует себя как мясо в морозилке), в задачи психотерапевта входит проработка зоны доверия и работа с чувствами.

Корректировать базовую жизненную позицию: «Я благополучен – Вы не благополучны» чрезвычайно трудно. Осложняют психотерапевтическое вмешательство такие личностные качества клиента, как высокомерие, снобизм, пренебрежение, ощущение собственной значимости и эксклюзивности. Неустойчивая самооценка и нарциссизм мешают обращению за помощью, поэтому они приходят к специалисту крайне редко и только при наличии очень серьезных проблем. Для таких «нарциссов» крайне важен профессиональный, социальный и финансовый статус психотерапевта. «Открытые нарциссы» сами светятся от ощущения собственной значимости и ищут «эксклюзивного» специалиста. «Закрытые нарциссы» удовлетворены ликом исключительности психотерапевта и «купаются» в созданном в их воображении образе его исключительности.

4. Тревожно-дезорганизованная, хаотичная привязанность свойственна выходцам из социально неблагополучных семей, в которых родители не обращали на детей никакого внимания. Дезорганизованный стиль воспитания проявляется, например, в том, что сегодня алкоголик - папа пьяный и добрый и поэтому любит маму. Ребенку в этот день достается большая порция тепла.

Завтра злой, агрессивный отец избивает мать и издевается над ребенком. Ощущения безопасности нет. Значимые близкие и окружение воспринимаются со знаком минус. Формирование идентификаций и положительных самоопределений, происходящее в раннем детском возрасте, затрудняется в связи с ежедневно обрушивающимися на ребенка хаотическими, беспорядочными и непонятными установками.

Базовая жизненная позиция: «Я не благополучен – Вы не благополучны». Ощущения безнадежности, недоверия, негативизма, пессимизма, нигилизма порождают пассивное отношение к себе и жизни с позицией «А зачем что-то делать, если все вокруг плохо и у меня все равно ничего не получится?».

Деструктивный дезорганизованный тип привязанности встречается у детей из так называемых нормальных, формально благополучных семей, в которых потребность ребенка в любви и ласке не удовлетворяется и поэтому ответной стойкой привязанности не возникает.

Частая смена нянь, гувернанток, пребывание в условиях детского дома способствуют возникновению именно такого трудноподдающегося коррекции вида привязанности.

Наиболее типичными вариантами поведения таких лиц являются:

- Тяга к идеальной любви и неумение выстраивать близкие отношения. Мечта о красивых, романтических взаимоотношениях существует параллельно с отсутствием знаний о том, как их построить. Одним из наиболее частых высказываний обратившихся к нам за помощью женщин с таким типом привязанности, было следующее: «Я плохая, окружающие еще хуже, все плохо, но когда-нибудь придет принц и подарит счастье». Проблема заключалась в том, что если в редчайших случаях принц все же появлялся, реакцией на него были изумление, неожиданность, недоверие, растерянность, отвержение и не умение завязать с ним желаемые отношения.

- Минимальное проявление эмоций со стороны окружающих порождает неадекватные ответные чувства. Одна из таких женщин рассказывала, что простой ничегонезначащей улыбкой, подаренной ей шоколадки, коробки конфет или пачки сигарет было достаточно для возникновения желания полного подчинения дарителю. Мужчины паразитируют на таких женщинах, удовлетворяют за их счет многие из своих потребностей. Наиболее типичны для таких женщин частая смена потребностей, беспорядочный секс, отсутствие умения выстраивать отношения близости, ощущение постылости, ненадежности, небезопасности жизни и саморазрушающее поведение с целью избавления от тревоги.

Практика показывает, что при такой базальной позиции тотальной безнадежности клиент «не слышит» специалиста. Он воспринимает только интонации, а не суть обращений к нему. Работа с носителем такого типа привязанности напоминает общение с аутичным пациентом.

Встреча с таким типом личности наиболее вероятна в детском доме, в комнате милиции, в доме интернате, в тюрьме.

Согласно нашим наблюдениям, одним из эффективных методов психотерапии в данном контексте является работа с телом в рамках телесно-ориентированного воздействия, поскольку принцип опоры – это то, что такие лица ищут всю жизнь.

В основе психотерапии шизоидных, аутичных личностных особенностей должно лежать формирование привязанности между их обладателями и специалистом. Неэффективность воздействия связана с нежеланием посещать психотерапевта из-за страха соприкосновения с его «теплом», которое может «обжечь», поэтому при первых признаках напряжения они легко уходят от сеансов и, как правило, больше не появляются на них.

Смысл психотерапии – формирование первого типа привязанности и умения выстраивать партнерские отношения. Основная цель – трансформировать второй, третий и четвертый типы привязанности в первый.

Первоначальную психодиагностику типа привязанности облегчает знание следующих ориентиров:

- Лица с первым типом привязанности практически со всеми возникающими проблемами справляются без помощи специалиста. Сила их личности и количество ресурсов таковы, что возникающие у них проблемы переводятся в разряд самостоятельно решаемых задач.
- Если клиент в неприятной для себя ситуации ищет человека, который мог бы помочь ее разрешить, скорее всего, речь идет о втором типе привязанности. В ситуации стресса возрастает потребность быть к кому-то или чему-то привязанным. При этом воспроизводится механизм регрессии. Возникает желание стать как в детстве маленьким и найти поддержку и защиту у человека, к которому мы стремимся. В этот момент он становится для нас значимым и «большим». Воспроизведение регрессивных отношений сопровождается поиском родительской фигуры, которая могла бы дать ощущение необходимой заботы.
- Если вышеупомянутая задача не решается, происходит «цепляние» за привычные способы реагирования (фиксация на людях, ситуациях и пр.). Происходит обесценивание окружающих и ситуации и формирование третьего типа привязанности.
- Лица с четвертым типом привязанности чаще других переживают кризис с ощущением хаоса.

Использование в практической деятельности разработанного нами алгоритма диагностики типа привязанности позволяет установить, что именно происходит с клиентом в ситуации стресса. Фактически определяется наиболее привычный индивидуальный способ реагирования на стресс, при котором одни проживают все его стадии с ощущением растерянности, смятения и хаоса, а другие застревают на одной из них. Вероятность

вхождения в кризис, скорость его проживания и эффективность выхода зависят от внешних и внутренних ресурсов личности и типа привязанности.

Предложенная нами рабочая классификация типов привязанности и алгоритм их психодиагностики доказали свою эффективность. Понимание и осознание психологических механизмов психических процессов и состояний, переживаемых клиентом, является необходимым инструментом в работе психотерапевта.

Согласно нашим наблюдениям, в основе практически каждой проблемы лежит неудовлетворенная потребность в признании, принятии, любви, нарушение привязанности и интимности.

Анализ литературы показал, что, к сожалению, в психологической науке и практике до сих пор не существует общепринятого понятия любви и интимности. В основе используемой нами индивидуальной концепции любви лежит трактовка этого феномена, представленная в древнеиндийском трактате «Ветка персика», согласно которому влечение ума порождает уважение, влечение души-дружбу, а влечение тел-желание. Более того, мы считаем, что интимность в зрелом возрасте – это прикосновение не столько половых органов, сколько любящих друг друга душ, хотя одно, как известно, не исключает другое. Вышеуказанные концептуальные положения позволили сформулировать авторское определение интимности, под которым мы понимаем зависящий от возраста и пола процесс когнитивной, эмоциональной, духовной, сексуальной близости с индивидуальным диапазоном доступности в установлении внутриличностных и межличностных границ.

Анализ наиболее часто встречающихся жалоб клиентов позволил разработать рабочую **классификацию видов блокированной интимности**:

1. Частичные взаимоотношения при невозможности установления полных, удовлетворяющих большинство потребностей отношений, выстраиваются при условии пребывания партнера в браке, или его склонности к аддиктивным реализациям (работоголизм, алкоголизм, гэмблинг и др).

Дробные, частичные отношения устанавливаются с целью получения определенной психологической выгоды, которая хоть каким-то образом уравнивает разочарование от осознания их неполноценности и ощущения недоступности партнера. Преимуществами частичных взаимоотношений являются:

- Возможность избегания страха поглощения (партнер в браке, он безопасен и, следовательно, не причинит вреда).
- Позитивный, волнующий, возвышенный характер эмоциональных переживаний, наполненных ощущением романтического флера (между мной и любимым - его жена, но есть ощущение счастья).
- Подпитка нарцисстически ранимой части Я у нарцисстической личности.
- Редкая возможность получения порции любви и тепла при деструктивных, дистантных отношениях с аддиктивным партнером (жена аддикта, например, алкоголика, безусловно, страдает, но периоды ее страданий сменяются редкими временными промежутками, когда муж не пьет и как в прямом, так и в переносном смысле принимает ее, а не алкоголь).

2. Быстрая интимность.

Не краткосрочные, мгновенно развивающиеся взаимоотношения, при которых быстрое мимолетное утреннее знакомство заканчивается вечерним сексуальным контактом, а наличие противоречия, заключающегося в том, что, с одной стороны, предъявляются жалобы на не умение завязывать стойкие отношения, а, с другой- сообщается информация о том, что, например, за неделю имели место три случая вступления в сексуальные связи с малознакомыми женщинами.

Известно, что для установления длительных любовных и сексуальных взаимоотношений необходимо проживание обоими партнерами периода проб и ошибок. Одна из стадий отношений должна включать знакомство, получение информации в процессе нарратива (рассказов о жизни друг друга). Обладание знаниями о близком человеке служит фундаментом прочных отношений и

профилактирует возможные разочарования. Период сбора информации сменяется периодом тревоги по поводу возможного отделения. Фантазии о вероятном разрыве отношений – неременный атрибут их прочности. Результат ответа на вопрос: «А сумею ли я ужиться с его/ее недостатками?» может быть как положительным, так и отрицательным. В последнем случае фантазии о разрыве отношений реализуются.

При быстрой интимности партнеры «проскакивают» этот период и быстро «ныряют» во взаимоотношения, длительность которых весьма сомнительна.

3.Цепляющиеся, прилипчивые взаимоотношения устанавливаются в двух случаях. Во-первых, с целью реализации стремления избежать индивидуализации. Многолетний опыт работы авторов в Вузе показывает, что законный брак как желаемая модель прочных отношений выбирается, например, студентами пятого курса непосредственно перед окончанием ВУЗа. Два одиночества с заблокированной самостоятельностью пытаются выйти в жизнь вдвоем, приликая друг к другу, чтобы иметь возможность защищать себя вместе.

Второй причиной цепляния за партнера является делегирование ему функции седатика. Примером служат отношения алкоголика и созависимой личности, которая успокаивается, цепляясь за действия, чувства, фетиш и др.

4.Дистанцированные взаимоотношения возникают у лиц, призванных по роду профессиональной деятельности проводить большое количество времени вне семьи (моряки, пилоты самолетов, специалисты, работающие вахтовым методом и др.), и в случае раздельного проживания партнеров (в разных квартирах, разных городах или в разных странах), сексуальная близость которых происходит только на отдыхе. Недолгие встречи на курортах, в свободные от основной работы дни дарят ощущение радости и яркого праздника. Длительное совместное времяпрепровождение порождает обоюдное напряжение и психосоматические проблемы. По образному выражению одной из наблюдаемых нами женщин в последнем случае

«происходит наезд на личностные границы», т.к. навыки, умения и знания о том, как жить вместе отсутствуют.

5. Секс без эмоциональной вовлеченности - еще один вариант нарушенных дисфункциональных семейных отношений, предпочитаемый лицами, склонными к промискуитету (беспорядочные сексуальные связи) или свингерству (приглашение другой пары для секса). В случае договорного брака один или оба партнера удовлетворяют сексуальные потребности «на стороне».

И хотя приглашающие другую семью для сексуальных контактов лица (свингеры), делают акцент только на физической составляющей секса и, согласно данным литературы, не испытывают никаких эмоций, с нашей точки зрения, было бы неправильно утверждать, что свингеры, затрачивающие огромное количество энергии на контрактно-договорные отношения, не переживают при этом вообще никаких чувств. Обмен чувствами происходит, но осуществляется он опосредованно через другую пару. Семья ищет психический «материал» для укрепления своих социальных, эмоциональных и сексуальных взаимоотношений вовне. Возникает созависимая «сцепка», при которой один партнер, активно настаивающий на свингерстве, впоследствии испытывает вину, а другой, пассивно соглашающийся с ним, переживает чувство обиды и протест. Возникающее у обоих партнеров эмоциональное насыщение нивелирует горечь от ощущения нарушения личностных границ. Один из пассивных участников таких встреч, обратившийся к нам за помощью, назвал свингерство «изнасилованием по договоренности, но с принуждением».

6. Эмоциональная вовлеченность без секса.

Отношения строятся на взаимном эмоциональном притяжении друг к другу, защите от взаимных сексуальных притязаний, прилипанию друг к другу и отсутствии сексуальных контактов. В сознании одного или обоих партнеров существует расщепление между фасадной идеальной, романтической частью сексуальных отношений и их грязной, недоступной, низменной составляющей.

Представители такого взгляда утверждают, что их семья может жить и прекрасно обходиться без секса, и их отношения и без него полны, насыщены и интересны.

Наиболее часто такие отношения наблюдаются:

- у партнеров, предпочитающих свободные от обязательств верности друг другу отношения, основой которых служит духовная близость;
- у пожилых пар в связи с естественным угасанием потребности в сексуальных отношениях;
- при сексуальных дисфункциях.

7. Садомазохистические взаимоотношения выбирают лица, глубоко убежденные в своей эмоциональной холодности. Они находят друг друга из всего богатства выбора по наличию признака неспособности полноценно испытывать чувства или уверенности в узости и незначительности диапазона имеющихся у них эмоций. Первоначально возникающее увлечение друг другом сменяется разрядкой сексуального напряжения. Ощущение эмоционального и физического напряжения от возможной близости с объектом сексуальной привязанности и характерная для таких контактов тревога увеличивают ценность разрядки. Расширение диапазона и интенсивности возникающих эмоций совпадает с пиком физической боли. Один из наблюдаемых нами клиентов заявлял: «Я могу разрядиться от напряжения только тогда, когда секс сочетается с болью».

Работая с такими клиентами, мы пришли к заключению, что садист и мазохист – это парные, взаимозаменяемые роли. Мазохист в сексуальных отношениях отыгрывает свою агрессию в других сферах активности и, наоборот, агрессивно, жестко, а порой brutally ведущий себя садист в отношениях, например, с женой, в отношениях с родственниками и коллегами проявляет спокойствие, доброжелательность, гибкость, мягкость и нежность.

8. Враждебная зависимость – вариант отношений, противоречащий известной пословице «Милые бранятся - только тешатся». Речь идет о проявлениях жесткой обоюдной агрессии, реализуемой в постоянных

конфликтах, физических баталиях и сражениях, результатом которых является не разрыв отношений, а продолжение устраивающего партнеров совместного проживания и общения. Супруги остаются вместе потому, что крайне нуждаются друг в друге.

Получаемая ими психологическая выгода заключается в потребности иметь объект для проективного отыгрывания (проекции своих отрицательных качеств на другого, например обвинения его в собственных недостатках). Вместо того, чтобы разбираться со своей депрессией, печалью, гневом, осознанием собственного несовершенства, несостоятельности партнера, негативными чувствами и пр., проще и легче спроецировать их на объект привязанности.

В ходе беседы и сбора анамнеза мы наблюдали следующие закономерности:

- чем более отрицательными были родительские фигуры в детстве, тем большей была потребность в наличии объекта для отрицательной проекции во взрослом периоде жизни;

- чем враждебнее вели себя родители в детстве, тем в большем объеме отыгрывалось агрессивное поведение во взрослой жизни.

Многочисленные драки, побои и телесные повреждения заканчиваются в таких парах сладким примирением в виде полноценного секса. Враждебность отношений не влияет ни на количество, ни на качество секса. Более того, в таких драчливых парах импотенция и фригидность регистрируются значительно реже, по сравнению с партнерами, предпочитающими другие варианты интимности.

Конфликты, ссоры и скандалы воспринимаются через розовые очки романтизма и имеют сходство с садо-мазохистическими отношениями, в связи с созависимостью и снятием сексуального напряжения посредством сексуальных контактов.

У женщин, предпочитающих такой характер отношений, регистрируется большое количество аборт, как последствий проективного отыгрывания

партнера в виде физического повреждения (репродуктивная сфера женщины выбирается партнером как мишень для разрядки его агрессии).

Поскольку такие лица не имеют в личной жизни опыта достойной, полноценной эмоциональной близости (родители не воспитали и не обучили их навыкам установления гармоничных эмоциональных отношений), психотерапия враждебной зависимости строится на формировании эмоциональной близости со специалистом. Почувствовав безопасность и возможность установления доброжелательных и добросердечных отношений, клиент привносит этот новый опыт в личные взаимоотношения.

Встречаются случаи враждебной зависимости партнера из деструктивной семьи от партнера из здоровой, функциональной семьи. Согласно нашим наблюдениям, динамика и исход такого «мезальянса» зависит, прежде всего, от глубины повреждения личностной идентичности. Чем выше уровень повреждения и дезинтеграции идентичности, тем больше степень самоповреждающего отыгрывания, например, в аддиктивном агенте. Один из обратившихся к нам клиентов (мужчина средних лет, злоупотребляющий алкоголем и женившийся на «достойной во всех отношениях девушке из хорошей семьи») сказал, что «вместо жены он дубасит себя». Рискованное автовождение, стритрейсинг, дайвинг и другие экстремальные виды спорта, свойственные лицам с таким вариантом интимности, подтверждают наши наблюдения.

Мы считаем, что одним из видов аутоагрессии, наиболее часто встречающихся у субмиссивных (подчиняющихся, пытающихся занять во взаимоотношениях «пристройку снизу») женщин, является запрет на проявление себя, на демонстрацию негативных чувств, мыслей и паттернов поведения. В результате «бытовой аутоагрессии» появляется скука. Женщина, в особенности не обремененная необходимостью зарабатывать деньги, начинает скучать, т.к. не может дать себе разрешение проявить себя. Мы называем такой вариант неполной блокированной интимности аутоагрессивным проективным бытовым отыгрыванием, проявляемым в виде

«немотивированного» внезапно возникающего гнева с яростной брутальностью, когда спокойная, адекватно ведущая себя женщина вдруг начинает бить посуду, ломать мебель, набрасываться с кулаками на окружающих.

Представляет несомненный интерес проанализированный нами ранее теоретический аспект психоаналитических механизмов выбора брачного партнера. С практическим аспектом индивидуальных предпочтений мы неоднократно сталкивались во время проведения тренингов, когда из всего богатства выбора (например, наличия в группе двадцати привлекательных женщин) мужчина, не обращая внимания на девятнадцать участниц, выбирает двадцатую, не скрывающую а, порой явно демонстрирующую свое нежелание общаться с ним, руководствуясь принципом: «Я точно знаю, кто сыграет со мной в мои игры». Партнеры с враждебной зависимостью подходят друг другу как ключ к замку. Проводя экспериментальное исследование по изучению сексуальной идентичности, мы наблюдали две супружеские пары, сложившиеся во время обучения в школе и по истечению длительных брачных отношений выбравших свингерство как средство расширения диапазона сексуальных предпочтений. Их высказывания были практически идентичными: «Мы знаем друг друга со школы, чувствуем принадлежность друг к другу, давно знаем друг друга и можем договориться о чем угодно».

Обобщая результаты проведенного нами исследования, следует заключить, что использование в теоретической и практической работе разработанной нами рабочей классификация типов привязанности, алгоритма их психодиагностики, характеристики типов привязанности в зависимости от жизненной позиции, авторских определений привязанности, интимности и классификации видов блокированной интимности доказало свою эффективность.

Литература:

Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.(2003) Психоанализ и психиатрия: Монография.- Новосибирск: Изд.НГПУ.

Bowlby J. (1951) Maternal care and mental health //Geneva World Health Organization monograph, Ser.2.

Bowlby J. (1958) The nature of child's tie to his mother // Int.J.Psychoanal.Vol.39; 350-373.

II. ПСИХОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ИНТИМНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ЖЕЛАНИЯ

2.1.Психодинамическая терапия нарушений интимности и сексуального желания

Терапевт, занимающийся проблемой сексуального желания и интимности в брачных отношениях, имеет возможность наблюдать за различными формами диадных взаимодействий, видеть и анализировать как супруги воспринимают и реагируют друг на друга.

Анализ эпизодов отношений позволяет проникнуть в глубинные переживания каждого члена диады. Члены брачной пары обнаруживают особенную сенситивность к определенным ситуационным триггерам, которые включают характер поведения, систему ценностей, подходы и ответные реакции друг на друга.

В процессе наблюдения выявляются наиболее важные темы, эпизоды, в основе которых лежат общие, объединяющие их механизмы. Эти механизмы оказываются базисными для семейных проблем, включая интимность и сексуальное желание. Повторные конфликты имеют обычно циклический характер и являются звеньями, объединяющими прошлый (уходящий в детско-подростковые отношения с родителями) период жизненного опыта с настоящим. Главной задачей терапевта является вмешательство в эту спиралевидно нарастающую деструктивную систему интеракций и переоценка

прошлого опыта таким образом, чтобы сформировались более продуктивные подходы.

Описание особенностей типичной терапевтической ситуации и ее динамики на примере находившейся на лечении одной из супружеских пар содержится в исследовании Schnarch (2000). Этот клинический анализ автора может быть использован в качестве ориентировочной модели при оказании психотерапевтической помощи членам пар, у которых имеет место значительное несовпадение интенсивности сексуального желания.

Для ознакомления специалистов и заинтересованных лиц приводим данное клиническое наблюдение с внесением сокращений и изменений, не затрагивающих основную динамику переживаний, часто присутствующих в отношениях пар с несоответствием интенсивности сексуального желания.

Происходящий процесс проиллюстрирован на выдержках из эпизодов наблюдения первых этапов терапии супружеской пары, приводимого Schnarch (2000). При анализе данного клинического случая следует обратить внимание на то, что терапевтический эффект при использовании модели автора может быть достигнут уже после проведения первых сеансов встреч с пациентом/пациенткой. В качестве дополнения может применяться методика кратковременной глубинной психодинамической терапии, согласно Esker, Hulley (1996).

Супружеская пара, состоящая в браке в течение 20 лет. Муж в возрасте 47 лет. Жена в возрасте 40 лет. Жена состоит в брак впервые, муж женат вторично. Развод с первой женой был, по словам мужа, непосредственно связан с ее изменой, длительное время скрываемой от мужа. За период четырех лет первого брака детей не было. Не было детей и во втором браке, что было обусловлено проблемами со здоровьем у второй жены. Муж выражал при этом большое желание иметь ребенка.

Супружеская пара обратилась за профессиональной помощью в связи с тем, что их отношения находились на грани развода. Жена предъявляла жалобы на полное отсутствие сексуальных отношений. Около года тому назад

жена обнаружила, что ее муж тайно переписывался с одной женщиной, с которой он познакомился, находясь в командировке.

Содержание писем носило эротический характер, в нем излагался план совместного проведения одного из уикэндов. Знакомство с перепиской мужа тяжело переживалось женой, в особенности на фоне отсутствия по отношению к ней сексуального желания. Очевидно, этот факт имел решающее значение в настоянии жены на обращении за профессиональной помощью как последнего шанса сохранения брака.

При проведении индивидуальной психотерапии с мужем выяснилось, что он и в первом браке имел проблемы с сексуальным желанием, появившиеся вскоре после заключения брака.

Проводимая психотерапия в течение года не привела к какому-то изменению ситуации в сфере сексуальных отношений пары. Муж высказывал сомнения в дальнейшей эффективности лечения и выразил желание его прекращения. Супруги в течение нескольких месяцев пытались самостоятельно наладить сексуальные контакты, однако эти попытки оказались также нерезультативными.

В последующем пара обратилась за помощью в Центр по семейной помощи, где терапия возобновилась. Был испробован интенсивный вариант нон-стоп лечения ежедневно в течение четырех дней, с каждым сеансом, продолжающимся по три часа. Отслеживались реакции пациентов во время сеансов терапии. Пациенты имели возможность в интервалах между терапевтическими сеансами консультироваться с терапевтами по возникающим дополнительным вопросам. Опыт проведения лечения по этой методике показал, что четыре дневные сессии были достаточными для достижения значительного эффекта. Данный формат не специфичен для лечения проблем нарушения сексуального желания. Его эффективность обнаружилась также при коррекции широкого спектра личностных, сексуальных и коммуникативных проблем.

Возможен также другой вариант с форматом одно или двух недельных сессий с длительностью каждого сеанса один час. Тем не менее, интенсивность терапии, очевидно, является важным, если не решающим, фактором эффективности, не наблюдающейся в рамках менее насыщенных сессий.

Терапия супружеской пары проходила следующим образом.

Первая сессия.

В процессе начального интервью были получены следующие данные:

Муж по профессии агент по торговле недвижимостью. Жена – учительница, занимающаяся детьми, подвергшимися насилию в семье. Муж положительно относился к работе жены и в свободное от своей работы время порою проводил вечера и иногда свободные дни недели в обществе жены, обсуждая возникающие проблемы с детьми, советуя ей на уровне своих представлений и понимания, какие решения ей следует предпринимать.

Муж оказывал жене также постоянную финансовую помощь. Жена была довольна поддержкой мужа и даже гордилась его отношением к ней. Однако жена была также озабочена недостаточной социальной активностью мужа, его отшельничеством и, по ее мнению, слишком редким нахождением дома.

Жена рассказала, что ее обеспокоило, что вскоре после заключения брака муж начал отказываться от сексуальных контактов. Озабоченность сменилась потрясением, когда отказ от секса со стороны мужа принял постоянный характер. Свое состояние жена характеризовала как состояние женщины в возрасте, которая лишается последнего шанса получить сексуальное удовольствие. В более раннем возрасте (до 25 лет) у нее не было вообще сексуальных контактов, а в дальнейшем она имела сексуальные отношения с несколькими мужчинами.

Муж имел сексуальные контакты с большим количеством женщин до и после его первого брака, но во всех случаях эти связи носили лишь кратковременный характер и быстро вытеснялись из сознания, не вызывая никаких переживаний по поводу расставания и желая их возобновления.

Знакомство этих супругов произошло с помощью посредника, который был знаком с обоими из них. Будущий муж убедил будущую жену вступить с ним в сексуальную связь, несмотря на то, что она этому долго сопротивлялась. Оба партнера вначале их отношений описывали секс как “потрясающий”.

Мужу нравилось то, как быстро его избранница приходила в состояние сексуального возбуждения.

Будущая жена предполагала, что после заключения официального брака они будут вступать в сексуальный контакт каждую ночь, по крайней мере в течение начального периода их совместной жизни.

Однако в реальности все выглядело по-другому. В лучшем случае сексуальные контакты совершались два раза в месяц или даже реже. В дальнейшем секс совершался всего лишь несколько раз в год. Сексуальный контакт один раз в шесть месяцев считался нормой.

Жена постоянно жаловалась на отказы мужа вступить с ней в сексуальную связь и его эмоциональную отстраненность, на то, что он даже не разрешал ей прикасаться к нему. Муж объяснял, что у него исчез тот интерес к сексу, который был для него характерен в молодости. Он также говорил жене о том, что очень устал от частых сексуальных контактов с женщинами до этого брака и что у него уже отсутствует энергия, необходимая для вхождения в романтическое состояние.

Вслед за этими объяснениями муж начинал предъявлять упреки жене, говорить о своей разочарованности в ней. Любимой темой в этом контексте являлись заявления о недостаточной общей информированности жены, обвинения в низком, по сравнению с ним, ее интеллектуальном уровне, что лишало ее возможности продуктивно обсуждать с ним текущие события и анализировать их. Жена говорила, что ей очень не нравилась принимать участие в подобных спорах, так как всегда она оказывалась проигравшей стороной.

Жена обратила внимание на то, что в тех случаях, когда возникали условия, предрасполагающие к возможности сексуального контакта, муж почти всегда вел себя таким образом, что это оказывалось практически невозможным. Он как раз в таких ситуациях затевал ссоры, предъявлял различные обвинения, находил всевозможные причины, чтобы испортить жене настроение, унижить ее.

Пытаясь объяснить такие ситуации, муж отрицал, что его целью было избегание секса, а его критика в адрес жены всегда была справедливой. Настоящей причиной отказа в сексе была его утомленность и вызванное женой раздраженное состояние. На прямой вопрос терапевта муж согласился с тем, что иногда он позволял себе словесно оскорблять жену.

Признание в своей вербальной агрессии по отношению к жене вызвало у мужа внезапное воспоминание о том, что он в своем поведении фактически имитировал модель конфликтов его отца с его матерью. Это воспоминание потрясло его, стало шокирующим переживанием.

Терапевт пришел к заключению, что этот момент должен иметь ключевое значение для дальнейшей динамики данных брачных отношений. Сессия закончилась вопросом терапевта о том, каким образом инсайт, связанный с манерой поведения отца, отразится на обдумывании дальнейших взаимодействиях с женой, и будет ли он в последующем придерживаться прежнего стиля поведения. Муж сказал, что он не готов дать какой-либо ответ на этот вопрос. Тем не менее, муж и жена очень сосредоточенно следили за содержанием обсуждения ситуации.

Терапевт обратил внимание на то обстоятельство, что во время всей сессии жена неоднократно делала короткие резкие по содержанию замечания, что происходило как бы автоматически, спонтанно, без какого-то размышления.

На замечание терапевта жена вначале проявила реакции обиды, но вскоре вспомнила, что ее саркастические замечания соответствуют фактически характеру высказываний ее матери. Жена изумилась, что она ранее никогда

не думала об этом. Однако, в отличие от мужа, жена не пыталась как-то оправдать свое поведение в течение сессии и предпринимала усилие прекратить словесные выпады.

Жена проявила желание продолжить обсуждение, в то время как муж старался избежать дальнейшей дискуссии. В конце сессии жена пришла к заключению, что ее поведение могло быть мучительным для мужа, и они оба согласились окончить терапевтический сеанс.

Терапевт пришел к выводу, что его поведение в отношении жены было правильным, так как помогло не только ей, но и способствовало установлению с ней продуктивного доверительного контакта, не нарушая при этом союза с ее мужем.

Стиль поведения терапевта во время сессии должен носить “изоморфный” характер с обязательным сохранением позиции, не вызывающей чувства членов диады о лучшем отношении терапевта к кому-то из них.

В поведении жены можно было отчетливо видеть желание к сотрудничеству с терапевтом, но в то же время она испытывала беспокойство по поводу того, что может раскрыться в процессе последующих взаимных обсуждений в процессе терапии.

Во время взаимных обсуждений фиксировалось внимание на эпизоде, происшедшем около одного года тому назад. В связи с этим эпизодом у пары периодически возникали серьезные конфликты, которые не приводили супругов к соглашению.

Муж пришел к заключению, что им следовало в конце концов согласиться с тем, что соглашение невозможно и продолжать жить как будто ничего не произошло.

Жена в течение всего времени переживала глубокую обиду и яростно реагировала при воспоминаниях о случившемся. Она считала, что эпизод разрушил их отношения безвозвратно.

Супруги описывали различные неэффективные модели сексуальных интеракций, которые Schnarch назвал “делкой с дьяволом”.

Сделка с дьяволом начинается с того, что партнер с высоким сексуальным желанием жалуется на то, что партнер с низким сексуальным желанием никогда не предпринимает никакой активности в инициации сексуальных отношений.

В ответ на такие обвинения партнер с низким сексуальным желанием в качестве защиты заявляет: “Ты никогда не даешь мне такой возможности, потому что ты всегда сам проявляешь инициативу раньше меня”.

В результате развертывания подобного сценария пара приходит к соглашению о том, что партнер с высоким сексуальным желанием прекратит проявлять всякую активность в инициации сексуального контакта, а партнер с низким сексуальным желанием будет более активным.

Такого рода сделка оказывается судьбоносной. На поверхностном уровне возникшая в результате сделки ситуация решает проблему сексуальных отношений. Партнер с низким сексуальным желанием перестает чувствовать психологическое давление со стороны партнера с высоким сексуальным желанием и получает возможность проявлять собственную инициативу в сформированном свободном пространстве.

Однако на практике сделка не срабатывает, так как не происходит фундаментального изменения системы отношений. Более того, привычная система отношений даже укрепляется. Поначалу партнер с низким сексуальным желанием не иницирует сексуальный контакт, так как его/ее радует отсутствие принуждения со стороны партнера с высоким сексуальным желанием.

Кроме того, он/она (партнер с низким сексуальным желанием) хочет, чтобы сексуальные контакты не ограничивались механическим совокуплением, а имели более значимое эмоциональное содержание. В действительности, по мере проходящего времени партнер с низким сексуальным желанием начинает испытывать нарастающее давление со

стороны партнера с высоким сексуальным желанием, ожидания которого не оправдываются и он/она все более теряет терпение.

Поскольку целью сделки является предохранение партнера с низким сексуальным желанием от переживаний давления со стороны партнера с высоким сексуальным желанием, она/он чувствует себя в привилегированной позиции не инициировать сексуальные контакты при всяких признаках давления со стороны партнера с высоким сексуальным желанием (которое в какой-то мере всегда присутствует).

Фрустрация партнера с высоким сексуальным желанием интенсифицируется и спираль напряжения возрастает. Партнер с низким сексуальным желанием имеет возможность, занимая пассивную позицию, инициировать тем самым сексуальную активность партнера с высоким сексуальным желанием.

Когда длительная фрустрация вызывает у партнера с высоким сексуальным желанием эмоциональный взрыв, партнер с низким сексуальным желанием объясняет, что она/он не инициировал секс, так как чувствовал давление, связанное с тем, что партнер с высоким сексуальным желанием выражал/выражала признаки ожидания сексуального контакта.

Сделка с дьяволом может рассматриваться как специфическая форма эмоциональной катаплексии (эмоционального *gridlock'a*). Понимание психологического механизма функционирования сделки с дьяволом и ее обреченность на поражение демонстрирует стойкость сформировавшейся системы отношений между партнерами с низким и высоким сексуальным желанием.

Состояние эмоциональной катаплексии включает взаимодействие двух индивидуумов, каждый из которых находится под давлением другого, и попытки его анализа с позиции лишь одного партнера не может быть продуктивным. Акцентуация внимания на этой стороне процесса представляется важным в контексте того, что анализ ситуаций сексуальных отношений между партнерами с высоким и низким сексуальным желанием,

как правило, проводится с изображением партнера с низким сексуальным желанием в качестве жертвы, когда вся вина возлагается исключительно на партнера с высоким сексуальным желанием.

Многие индивидуумы заключают сделку с дьяволом спонтанно, в то же время некоторые терапевты полагают, что такая сделка является даже терапевтическим достижением, частью успешного терапевтического процесса.

В сложившейся анализируемой терапевтической ситуации муж практически загонял себя в угол каждый раз, когда избегал сексуального контакта. Жена не могла снять с мужа состояние напряжения, содержанием которого было сексуальное желание, не отказываясь от занятой ею с чувством законной правоты завоеванной позиции, чего фактически и хотел ее муж.

В этих обстоятельствах единственно безопасным для мужа было не проявлять сексуального желания, пока жена сохраняла прежнюю установку. Поэтому муж использовал различные способы, чтобы поддерживать желание жены (например, сигнализируя о планах изменения формы отношений), что могло сформировать новый сценарий для того, чтобы снова чувствовать давление принуждения.

Сделка с дьяволом затрагивает не только бессознательные процессы, происходящие в психике партнера/партнерши, но и семью в целом, которая находится под воздействием феномена эмоциональной катаплексии. Этот феномен имеет более распространенный эффект, проявляющийся в возможности влияния и на попадающих в сферу близкого знакомства с парой лиц, провоцируя у них возникновение вторичного “gridlock’a” (вторичной эмоциональной катаплексии).

Состояние эмоциональной катаплексии не ограничивается гендером, культуральной формацией, сексуальной ориентацией, являясь широко распространенным в семейных и любовных парах.

В рассматриваемом случае у жены с годами назревало желание добиться у мужа честного признания в том, что он в реальности не заинтересован в

каком-то улучшении их сексуальных контактов. После такого признания она бы сама приняла решение, как поступать дальше.

Однако, проявлению ее активности мешало нежелание мужа что-либо предпринимать для решения стоящей перед ним задачи, состоящей в риске разрушить брачные отношения, открыто сообщив о своем отсутствии сексуального желания к жене и признать факт того, что его жена была согласна на моногамные отношения, а он был ориентирован на семейные отношения без сексуальных контактов.

Кроме того, оказалось, что муж хотел жениться на женщине, желающей секса, но при этом сам не хотел иметь с ней регулярные сексуальные отношения.

На этом этапе терапевтического процесса у терапевта возник вопрос, что могло заставлять мужа жить в состоянии постоянного эмоционального напряжения и мешало ему изменить сложившуюся ситуацию.

Более того, терапевт в процессе контрпереноса пришел к заключению, что он автоматически не становится союзником жены только потому, что она является в данной паре партнершей с высоким сексуальным желанием.

Терапевт объяснил мужу, что он ни в открытой, ни в скрытой форме не будет стараться вызвать у него большую заинтересованность в сексе. Муж должен понимать, что он имеет полное право не вступать в сексуальный контакт, если он этого не хочет, но он не имеет никакого права ожидать, что его жене будет нравиться его асексуальная позиция и что она акцептирует ее.

Терапевт заявил мужу, что низкое сексуальное желание (ГАСЖ) является *de facto* патологическим или неадекватным.

В ответ на это заявление муж психологически расслабился и было видно, что он заинтересован в продолжении обсуждения проблемы их брачных отношений.

Жена рассказывала на терапевтической сессии об их нарастающей эмоциональной отстраненности, что вызывало у нее чувство глубокой обиды. Терапевт комментировал этот нарратив, обратив внимание, что отчужденность

супругов носила обоюдный характер и что в этом смысле их отношения метафорически были отношениями Сиамских близнецов. Жена подчеркивала, что муж никогда не шел навстречу любым ее попыткам добиться взаимопонимания и что он, вообще, перестал обращать на нее внимание.

Терапевт выразил свою убежденность в неправильности последнего заключения жены, так как своей демонстрацией игнорирования ее он отчетливо показал, что внимательно прослеживает происходящее и проявляет интерес к содержанию и динамике их взаимоотношений.

Внешнее игнорирование является в этом смысле “посланием внимания”. Терапевт подчеркивал таким образом, что муж и жена в их диадных отношениях находились фактически в состоянии эмоционального слияния, хотя они предъявляли жалобы на эмоциональную отчужденность.

Положение об эмоциональном слиянии вначале показалось паре совершенно нелогичным, но в дальнейшем их контраргументы потеряли силу, и жена стала рассматривать свои интеракции с мужем с позиции их эмоциональной связанности, а не разъединения. Такая смена исходных позиций членов диады привела к значительному улучшению их самочувствия и межличностного общения.

В ходе дискуссии жена отчетливо отреагировала эмоционально – возбудилась в связи с тем, что муж рассердился, услышав одно из ее высказываний. Терапевт подумал про себя, что внезапная реакция жены демонстрирует, как они отличаются друг от друга, и что между ними нет никакой связи. Жена постоянно меняла свои точки зрения на происходящее между ними, признавала их эмоциональное слияние и переходила быстро от чувства ранимости к взрыву смеха. У мужа злость по поводу критики в его адрес сменялась злостью по поводу того, что жена смеется и подшучивает над ним. В контрасте со страхом, что они не смогут изменить создавшуюся ситуацию, муж явно встревожился, заметив, что жена стала менее реагировать на его поведение.

В случае сформировавшейся эмоциональной катаплексии (gridlock'a) при его разрешении один из партнеров (в данном случае муж) начинает нервничать, когда другой партнер (его жена), в конце концов, изменяет свою основную позицию (совершает "прыжок"), начиная самоанализ, изменяет самооценку, начинает контролировать свое поведение в системе сложившегося эмоционального слияния. Другой партнер при этом чувствует себя контролируемым.

В последние годы их совместной жизни жена была мало расположена воспринимать отсутствие сексуального желания у ее мужа как следствие ее отрицательной оценки мужем.

Подобно многим женщинам ее возраста жена чувствовала себя в расцвете своих сил, включая нереализуемые возможности сексуального потенциала. Она чувствовала себя лучше, чем в ее более молодые годы. В частности, она испытывала большее любопытство к сексуальным возможностям своего тела. Когда она быстро покидала спальню, муж оказывался в положении поражения, не будучи в состоянии справиться с ситуацией. У него не было другого выбора как или разводиться, или признаться в своем поражении. Муж согласился совместно с женой обратиться к терапевту, когда осознал, что их отношения дошли до критического предела.

Само по себе решение обращения за терапевтической помощью уже явилось большим достижением.

Выход на эту позицию с учетом истории жизни жены был для нее большим психологическим успехом. Следует учитывать, что она росла единственным ребенком. Двое сиблингов, рожденных до нее, умерли в младенчестве в связи с родовой патологией.

Ее отец часто находился в состоянии глубокого алкогольного опьянения. Мать часто была тревожной, неуверенной в себе. В целом детство жены протекало в обстановке дисфункциональной семьи. В подростковом возрасте жена периодически страдала депрессией, которая преследовала ее и в

первые годы обучения в колледже. Как в детстве, так и в подростковом периоде она старалась вырваться из зоны родительского влияния, не дать им возможности манипулировать собой.

В противоположность жене муж в детстве был дистанцирован от своих родителей, как и от двух младших сиблингов. В семье не было принято обсуждать какие-либо вопросы эмоционального характера, разговаривать на серьезные, требующие решения проблемы. Никогда не обсуждались темы сексуального содержания.

Муж характеризовал своего отца как эмоционально недостижимого работоголика, с которым не устанавливался эмоциональный контакт и понимание. Отношения с отцом были сухими и очень формальными. Отец не проявлял интереса к увлечениям сына, никогда не посещал спортивные игры, в которых сын принимал активное участие.

Муж характеризовал свою мать как внешне участливую, но не проявляющую эмоциональной заинтересованности к нему на более глубоком уровне. Мать была формально довольна поведением сына и его учебой, но он четко понимал, что она не знает его настоящих мотиваций и не интересуется ими.

В процессе развития семейных конфликтов жена все больше убеждалась в хитрости мужа, который постоянно скрывал свои мысли, чувства и истинные мотивации. Этот стиль поведения он использовал и в ходе проведения терапевтических обсуждений. У терапевта возникло в связи с этим предположение, что такие подходы в межличностных контактах начали формироваться у мужа еще в детстве и в своей основе являлись адаптационной реакцией на домашнюю ситуацию.

Следующая терапевтическая стадия.

Когда жена стала менее эмоционально реагировать на поведение мужа во время терапевтической сессии, были совместно созданы два соединяющихся “тигеля”. Жена концентрировалась в большей степени на том, как она воспринимала желание мужа в виде негативной само-рефлексии, которая

снимала с него давление желания секса, перемещая ответственность на нее, вынуждая подтверждения или конфронтации. С другой стороны, это вызывало большее давление на мужа, который оказывался в позиции принятия решения о том, является ли уровень его сексуального желания проблематичным, то есть, в свою очередь, бросало вызов его дифференциации, (спаянности сэлфа, способности к самоуспокоению, способности переносить психологический дискомфорт).

Иногда муж делал пробные заявления о занимаемой им позиции, иногда вел себя по-прежнему уклончиво. На повестке дня выступали те же три аспекта дифференциации жены:

(1) будет ли муж по-прежнему настаивать на требуемой им ранее частоте сексуальных контактов и будет ли она по-прежнему вынуждена принимать решение о разводе?

(2) откажется ли муж от своих сексуальных претензий ради сохранения брака, чувствуя себя страдающей стороной?

(3) будет ли она акцептировать в дальнейшем такую динамику отношений?

Дифференцированные воздействия терапевта на одного из членов брачной пары оказали клинически желаемый эффект на другого члена, в результате чего терапия становилась более эффективной.

В процессе обсуждения жена, проявляя некоторую неуверенность, сообщила, что ее муж испытывал затруднения с достижением оргазма. Муж согласился с этим и сказал, что по этому вопросу он консультировался с индивидуальным терапевтом. В ходе дискуссии супруги согласились с тем, что проблема оргазма не имела сколько-нибудь большого значения в кризисе их отношений.

Более детальный анализ проблемы с оргазмом показал, что у мужа фактически во время каждого сексуального акта имеет место задержка эякуляции. В части случаев муж вызывал оргазм, фантазируя во время секса о связи с другой женщиной. В других случаях муж прекращал попытки добиться

оргазма и останавливал сексуальный акт до его завершения. Очень часто муж вообще избегал возможности сексуальной активности, в связи с апперцепцией реальных сложностей. Заявление жены, что она не придает значения проблемеоргазма, не только не устранило эмоционального напряжения мужа, но скорее лишь усилило последнее.

В каждодневной жизни муж в основном старался дистанцироваться от жены, устраняясь от потенциальных ситуаций, которые могли провоцировать взаимное обсуждение возникающих проблем, прежде всего сексуального характера. Муж согласился с тем, что практически он избегал любого близкого общения с женой, как на физическом, так и на психологическом уровнях.

Обнаружилось, что дистанцирование (избегание) было вообще характерной чертой в поведении мужа не только с женой, но и со всеми другими людьми. Проблема дистанцирования возникала в тех случаях, когда отношения переставали носить формальный поверхностный характер и возникали условия, предрасполагающие к выходу на уровень интимности. Возникновение признаков возможной интимности было для мужа сигналом опасности, что автоматически приводило к включению психологической защитной реакции в форме дистанцирования.

Интимность вызывала тревогу, была связана со страхом потери своей идентичности, потери чувства собственного эго. В данном контексте нужно обратить внимание на то, что предрасположенность к реакции дистанцирования у мужа носила скрытый характер. Ее нельзя было обнаружить по внешним признакам социального поведения, так как (и далее опять т.к.) в профессиональных и межличностных кратковременных контактах дистанцирование не проявлялось, так как не создавались условия для вхождения в зону интимности.

Сформированный стиль эмоционального избегания входил в прямую конфронтацию с интенсивностью сексуального желания и возможностью его реализации во время сексуального контакта. Объективно возникала ситуация, при которой дистанцирование присутствовало во время секса, что неизбежно

ограничивало активизацию сексуального потенциала. Сниженная интимность влекла за собой снижение сексуального желания, стимулировала попытки таких искусственных способов его интенсификации, как фантазирование о сексе с другой воображаемой партнершей. Сниженная интимность приводила к нарушениям динамики сексуального акта, в том числе задержке эякуляции.

Анализ ситуации позволял наметить возможные маршруты терапевтических воздействий, направленных на содействие активизации сексуального желания с помощью устранения элементов эмоциональной катаплексии, включая проблемы с сексуальным желанием, трудности с оргазмом, отраженное чувство сэлфа у обоих партнеров, характер их эмоционального реагирования и др. Была необходимой четкая хорошо дифференцированная терапевтическая позиция самого терапевта. Это включало осознание своих чувств и мотиваций (анализ непродуманного известного на бессознательном уровне), способность успокаивать себя и не реагировать излишне эмоционально в случаях возникновения эмоционально напряженной терапевтической ситуации, готовность и желание справляться со всеми вариантами сложных эпизодов отношений с членами пары, с их неожиданными ответами, отрицательными эмоциональными реакциями.

Сложность терапии заключалась в том, что она должна была быть организована таким образом, что если муж выразил согласие участвовать в терапии с целью изменить свое сексуальное поведение с женой, это не должно было ни в каком случае сопровождаться чувством, что это решение явилось результатом подчинения желаниям жены, следствием реакции на собственный страх, или проявлением уступчивости давлению терапевта.

Терапевт подтвердил свою профессиональную убежденность в том, что сниженное сексуальное желание не является патологическим, и что целью терапии является увеличение количества сексуальных контактов и большей интимности с женой.

Терапевт предложил, чтобы терапевтические сеансы были фокусированы на помощи обоим партнерам “быть самими собой” с тем, чтобы они имели

возможность решать, чего они в действительности хотят получать от отношений друг с другом.

Терапевт также предложил мужу, если он хочет, помочь ему в трудностях с оргазмом, не в контексте стимулирования его к желанию секса с женой. Терапевт акцентировал положение о том, что, в случае улучшения функционирования его половых органов, муж сам сможет распорядиться, каким образом вести себя сексуально на этом новом фоне биологических возможностей.

Было вкратце обсуждено, что члены брачной пары должны делать, если они заинтересованы в усилении взаимной интимности, включая физический контакт в виде прикосновений, объятий, вплоть до достижения психологического релаксирования, а также устранения возможных средовых потенциально блокирующих интимность факторов. Мужу и жене было предложено, делать или не делать то, что они считают для себя наилучшим.

Вторая терапевтическая сессия.

Жена в самом начале сессии обратилась к терапевту с вопросом, не является ли ее переживание и депрессия следствием ее проблем с сексуальным желанием и состояния эмоционального слияния. Жена рассказала, что она провела всю ночь, раздумывая о себе, о своих родителях, о детском периоде жизни. Воспоминания исходили из позиции эмоционального слияния с родительским домом и его обстановкой в большей степени, чем с позиции отчуждения от этих элементов прошлого. Самоанализ, проведенный женой в результате проводимых терапевтических обсуждений, помог ей увидеть себя в прошлом и в ее взаимоотношения с мужем с совершенно новой стороны.

Жена сумела проявить критическое отношение также к своей манере употреблять саркастические замечания и высмеивать мужа в различных эпизодах их супружеских отношений, с целью полностью психологически подавить мужа, продемонстрировать его несостоятельность. На этом этапе самоанализа жена ярко вспомнила свое детство и ее взаимоотношения с

матерью, которая часто вела себя с ней агрессивно, подшучивая и высмеивая ее поведение во многих бытовых ситуациях.

Эти воспоминания вызвали одновременно вначале смутное, а потом все более отчетливое чувство, что в отношениях с мужем она повторяет во многом материнскую манеру поведения с ней в детстве. Сформировалось переживание, как будто в ее отношениях с мужем оказывается задействованной какая-то часть матери, живущая внутри ее психики. Она также подумала о том, не повторяет ли она материнский стиль поведения в межличностных контактах вне брачных отношений, и при общении с другими людьми.

Что касается мужа, то он не проявил каких-то признаков анализа своего словесного насилия по отношению к жене и не обнаружил желания проявить активность в этом направлении даже после соответствующей суггестии терапевта. Муж также игнорировал происходящий на его глазах процесс психологической динамики самоанализа жены, что не вызвало у него даже обычного любопытства. Терапевт зафиксировал в своем сознании сложившуюся ситуацию и принял решение активно не вмешиваться и пронаблюдать, как будут развиваться события под влиянием внутренних механизмов.

Муж выразил желание поговорить на терапевтической сессии о сексуальных отношениях, о том, как они складывались в прошедшие сутки. Он сообщил, что предпринимал попытки “заигрывания” с женой, что привело к возникновению взаимной сексуальной активности без совокупления. Жена рассказала, что муж вел себя очень естественно и она не чувствовала, что он пытается имитировать свою сексуальную заинтересованность, играть роль испытывающего сексуальное желание к ней, когда долго держал ее в объятиях и целовал.

На этом фоне возможность вступления в сексуальный контакт представлялась, с точки зрения жены, комфортной и лишенной напряжения. На следующее утро муж напрямую инициировал сексуальный контакт, в

процессе которого у него не было трудностей в достижении оргазма, что сопровождалось взаимным удивлением и удовольствием.

Анализируя свое состояние, муж пришел к выводу, что во время последнего сексуального контакта он в большей степени, чем обычно, фокусировался на происходящем процессе, не используя привычную в такой ситуации активизацию воображения с фантазиями о другом сексуальном объекте.

Терапевт спросил мужа, каким образом они смогли так быстро, в течение одной ночи достичь столь разительного успеха. Муж несколько неуверенно заявил, что он не знает, и что это его не заботит, он просто доволен достигнутым ими прогрессом. Муж закончил объяснение своего видения успеха фразой: “Может быть, произошло чудо”. У терапевта возникло впечатление, что муж старается избавиться от него, сообщив о быстром успехе терапии, поблагодарить за оказанную помощь и констатировать, что пара не нуждается более в терапевтической помощи.

Терапевт убедил мужа, что было бы полезным разобраться в причинах быстрого успеха для того, чтобы подобная ситуация снова не повторилась. Это замечание несколько озадачило мужа, он стал более серьезным. Терапевт подчеркнул, что внезапное улучшение сексуального интереса у него очень впечатляюще, однако не является чудом. Муж рассказал терапевту за день до этого, что он мастурбировал один или два раза в неделю в периоде их брачных отношений. Эта сторона вопроса никогда не обсуждалась супругами. История жизни мужа свидетельствовала о том, что у него было значительно меньше трудностей с оргазмом, когда он не состоял в браке.

Судя также по данным скрываемой мужем информации, в это время он не жаловался на наличие каких-либо связанных с сексуальными отношениями проблем, и он вступал в романтические отношения.

Терапевт констатировал, что в процессе проведения обсуждения сексуальных проблем брачной пары на данном этапе между ее членами сложились не эквивалентные отношения.

Исходное положение об асексуальности мужа не получило подтверждения при рассмотрении его жизни в различные периоды. Особенно обращал на себя внимание тайный роман мужа, признание в котором произвело большое впечатление на жену и терапевта. Вначале муж внешне не отреагировал на происходящее. Он не был уверен в реакции жены, с учетом прежнего опыта взаимоотношений, в которых она постоянно высмеивала его. Муж увидел на лице жены какое-то совершенно новое, не присущее ей ранее выражение, когда она полностью осознала, что муж в реальности не был асексуальным и обнаруживал сниженное сексуальное желание только избирательно в их отношениях.

Осознание новой ситуации не привело к агрессивной реакции со стороны жены. Вместо этого она фиксировала свое внимание на попытке разобраться в том, что происходило в раннем периоде их отношений с мужем. Вопрос сосредоточился на том, “кто выбрал кого?”.

Ответ на этот вопрос имел большое значение в плане выяснения большей или меньшей зависимости, иерархии силы желания друг друга в начале формирования отношений. Во многих отношениях один партнер выбирает другого, а другой партнер/партнерша женится/выходит замуж, не имея возможности самостоятельного выбора.

Однако в анализируемом случае выяснилось, что “преследующий партнер” не обязательно является выбирающим. Муж преследовал жену до тех пор, пока она не выбрала его. Когда же это произошло, он сразу же потерял всякий интерес к сексуальным отношениям с ней.

Можно сказать, что у мужа возникло несоответствие между его эмоциональным потенциалом, необходимым для продолжения отношений на устраивающем потребности жены уровне, и сохранением спянного сэлфа, со способностью регулировать свою тревогу и желанием переносить возникающий психологический дискомфорт.

После того, как это состояние сформировалось, муж уже не хотел отказываться от позиции не принимающего решения, но наделенного правом

его принять индивидуума. Прежде всего, муж не желал оказываться в положении переживания реального желания сексуального контакта с женой.

Раскрытие этой психологической конструкции вызвало ряд значительных реакций. Жена начала плакать и в слезах стала говорить о том, что ее муж - очень слабый человек, который не способен не только любить ее, но и любить кого-то другого. Тем не менее, жена не проявляла типичную для нее ранее тактику давления на мужа. Она, как и ее муж, столкнулась лицом к лицу с трудной для их восприятия истиной. Жена избегала ранее вызубренных ею выражений, поскольку понимала, что это увеличит вероятность развода, учитывая, что муж не сможет справиться со своими проблемами и агрессивным поведением.

Жена проявила способность к более объективной самооценке, к самоутверждению, а также нашла в себе внутренние силы для самоуспокоения. На фоне последовавшего за плачем всхлипывания она производила впечатление человека, который собирается с силами, по мере того, как всхлипывания становились все более редкими и глубокими. Эмоциональное состояние жены стало с этого момента менее ранимым и более спокойным.

Муж в это время не проронил ни слова, очевидно понимая серьезность переживаний жены. Он не демонстрировал желания завязать какой-то диалог.

Жена выглядела более расслабленной и спокойной, по сравнению с предыдущей терапевтической сессией. Терапевт спросила мужа, не видит ли он разницы во внешнем виде жены. Муж согласился с тем, что выражение ее лица смягчилось. Терапевт воспринял это заявление мужа как хороший признак, так как он имел возможность дать отрицательный ответ, желая сохранять напряжение в терапевтической ситуации.

Терапевт предпринял попытку комментировать поведение мужа, которое воспринималось как избегающее и уклончивое, что находило отражение в непостоянстве его утверждений. Терапевта интересовало, каким образом муж научился столь изощренно скрывать свои истинные намерения и

эмоции и не привлекать к себе внимания других людей. Муж рассказал о своих детских переживаниях, о постоянном страхе перед отцом, которому были свойственны вспышки неконтролируемой ярости, настолько выраженной, что у мужа возникала мысль о том, что отец вполне способен убить кого-нибудь из членов семьи.

У мужа сформировался в воображении образный нарратив (рассказ, оперирующий образами, которые называются «иконами») о преследующем его враждебном человеке, который старался причинить ему максимально возможный вред как физический, так и психологический в форме унижений различного содержания.

Этот нарратив в течение дня часто возникал у него в сознании, перед засыпанием, в относительно свободное время на работе, при прогулке или езде в транспорте. Нарратив находил подтверждение в поведении отца, который по-прежнему доводил его до слез и эмоционально унижал его.

В то же время в процессе дальнейшего обсуждения было обнаружено, что в действительности отношение мужа к его отцу в детстве не являлось столь однозначным. Муж вспомнил о детских переживаниях, когда ему очень хотелось, чтобы отец принимал большее участие в его жизни, был эмоционально ближе к нему. И такие переживания сочетались со страхом перед отцом, с желанием, чтобы отец как можно позже приходил домой или вообще не приходил. Возникали также мысли и желания о раскаянии отца, о том, чтобы отец мучился эмоционально, осознав свое несправедливое отношение к сыну.

Таким образом, картина детского периода мужа представлялась значительно более сложной, чем выглядела при поверхностной оценке. Отношения между мужем и его отцом по существу были неоднозначны, а сплавлены как в тигеле. Принцип тигеля очень важен для понимания особенностей отношений внутри диады, в частности, в случаях нарушений сексуального желания. Это положение должно постоянно учитываться при проведении терапевтической коррекции нарушенных сексуальных отношений.

Упрощение ситуации, обусловленное игнорированием принципа тигеля в эмоциональных переживаниях членов диады, неизбежно приводит к неадекватным интерпретациям и ошибочным рекомендациям. В результате эффективная терапевтическая коррекция проблем сексуального желания оказывается невозможной.

Муж вовлек жену в систему садомазохистских отношений, систему которую он усвоил лучше всего в ходе предшествующих периодов своей жизни. Он часто был в положении жертвы в отношениях, и хорошо обучился психологии жертвы.

В то же время он также усвоил навык как загонять кого-то в угол, ставить в зависимое положение и манипулировать этим человеком в своих интересах. Он обучился получать особое удовольствие от самой возможности перехитрить кого-то, что вызывало у него чувство большего удовлетворения, чем достижение “материального” результата. Его умение вынудить кого-то как можно больше эмоционально переживать, испытывать сердечные страдания, эмоциональные мучения вызывало у мужа чувство удовольствия, очевидно, не только на осознаваемом им, но и на неосознаваемом уровне.

Неосознаваемый уровень переживания удовольствия и удовлетворения от эмоциональных страданий другого являлся фактически репликой из прошлого, реминисценцией детских переживаний, “непродуманным известным” с содержанием фантазий о раскаянии отца и связанными с этим раскаянием переживаниями самомучения.

Schnarch, D. (1991) подчеркивал значение наличия в супружеских и диадных сексуальных отношениях часто встречаемого феномена “merry fucking” в качестве выражения садистских мотиваций.

В рассматриваемом случае обнаруживалось, что редкие сексуальные контакты между супругами возникали по инициативе мужа как раз непосредственно после эпизодов его поведения, унижающего жену.

Этот стиль поведения оказался интегральной особенностью психологии мужа, что не ограничивалось отношениями с женой, но и распространялось

на другие межличностные коммуникации. Разрушение этой внутренней модели означало для мужа фактически потерю одной из “точек сборки”, и могло привести к нарушению самой идентичности, которая была уже повреждена ранее в результате длительной психологической травматизации, связанной с негативным влиянием агрессивного и отбрасывающего поведения отца.

Принцип тигеля проявлялся также в том, что, с одной стороны, муж хотел в чем-то видеть себя в образе волевого мужественного человека, способного противостоять отцу, а с другой, - он осознавал, что отец делает все возможное, чтобы сломить его волю и подчинить себе, полностью лишая его самостоятельности. Последнее выражалось, в частности, в том, что отец часто избивал его до тех пор, пока не добивался просьб о прощении.

Данные эпизоды приводили к эмоциональному слиянию в большей степени, чем к эмоциональному дистанцированию. Этот феномен эмоционального слияния сохранился до настоящего времени, что находило выражение в до сих пор возникающем имидже отца, челюсти которого вгрызаются в лицо мужа (смешанные эмоции страха, ненависти и любви).

Муж признался в том, что он не в состоянии преодолеть это двойственное отношение к отцу, которое сформировалось еще в периоде раннего детства.

Тем не менее, муж проявил понимание необходимости выхода из ловушки установившегося эмоционального стереотипа в процессе возрастания самооценки и психологического созревания.

Мужу было предложена модель переосмысления и переработки его прошлого опыта с использованием достигнутых в этом плане результатов в изменении динамики его настоящих сексуальных отношений с женой. Особое значение имело повышение самооценки, формирование доверия к своим потенциальным возможностям и волевым актам, развитие чувства самодостаточности.

Конкретные изменения в поведении относились, прежде всего, к исчезновению различных форм вербальной агрессии по отношению к жене, прекращению саркастических замечаний, унижающих жену высказываний.

Реальная возможность таких изменений, превращение желаемого в действительное, были обусловлены интернализацией (усвоением) в психике мужа понимания, что его агрессивное поведение по отношению к жене является по существу повторением модели поведения отца по отношению к нему в детстве.

Привлекательными для мужа могли стать также оценка изменения своего поведения в контексте личностного роста, развитие в сфере морали и духовности. Дополнительным стимулом являлся также страх того, что сохранение прежнего состояния может привести к формальному окончательному разрыву брачных отношений, так как жена не захочет их продолжения и на этот раз предпримет в этом направлении решающие шаги.

У мужа возникали мстительные желания при мыслях о том, что жена просматривала его частную корреспонденцию. В то же время он совершенно не принимал во внимание и критически не оценивал свое романтическое приключение и планы по вступлению в сексуальную связь с другой женщиной. Муж упрекал жену, основываясь “на принципах высокой морали”, что вызывало немедленную защитную реакцию жены.

Терапевт объяснил мужу, что он имеет право нарушать свою интегральность по собственной воле, не соблюдая соглашение о моногамии, но не имеет права одновременно протестовать против нарушения женой его приватности. Заявление терапевта оказало шокирующее воздействие на мужа и его жену. Муж внезапно оказался в конфронтации с трудной для восприятия правдой о себе, а жена почувствовала, что муж впервые не старается увиливать от правды.

Вначале терапевтической сессии муж производил впечатление потерявшего психологическое равновесие человека, переживания которого носят скорее поверхностный характер. Он порою вздыхал, что

воспринималось терапевтом как в большей степени демонстративное поведение, не отражающее наличия достаточной глубины истинных эмоциональных переживаний. В дальнейшем психологическое состояние мужа изменилось. Он стал более естественным, появились эмпатически воспринимаемые признаки потерянности, эмоциональных переживаний. На глазах появились слезы, сменившиеся приступом рыдания.

Тактика терапии заключалась не в стремлении заставить мужа эмпатизировать переживания жены в плане их взаимных отношений, а в обращении к собственным эмоциям, собственным личностным оценкам и установкам, поддерживающим положительную самооценку и уважение к себе, с сохранением положительного сэлф-имиджа.

Терапевт подчеркивал положение, что муж имеет полное право вне зависимости от какой-либо конкретной причины не вступать с женой в сексуальные отношения. Однако, он не имеет права отнимать у жены право принимать подобные решения в ее жизни. Если у него по-прежнему будет отсутствовать сексуальное желание к жене, он может честно и беспристрастно сообщить жене об этом, констатируя, что он не может изменить своей позиции в этом. Это значительно лучше, чем просто советовать жене быть более спокойной.

Жена продолжала размышлять и обсуждать те откровения, которые пришли к ней во время терапевтической сессии.

Во-первых, она пронаблюдала, как ее муж и терапевт обсуждали ее поведение на терапии, и ее поведение с ее матерью. Она звонила своей матери в конце каждой недели, несмотря на то, что ей очень не хотелось делать это. Жене было особенно неприятно звонить своей матери, так как ее звонки всегда носили вынужденный, внутренне принудительный характер и не совпадали с ее желанием связаться по телефону с матерью.

Во-вторых, она осознавала, что их отношения с мужем (в том числе, “сделка с дьяволом”), связанные не только с эмоциональными проблемами и чувствами, привели к тому, что она стала менее сенситивной.

В-третьих, жена не была уверена, что она чувствовала в связи с заявлением мужа о его нежелании иметь сексуальные отношения вообще, об отсутствии у него сексуальных интересов. Однако до сих пор жена не воспринимала в личном аспекте эмоциональное приключение мужа. Последнее не вызвало у жены отрицательной самооценки и чувства вины в связи с ее покиданием супружеской спальни. Более того, жена задавала себе вопрос, почему она хотела сексуальных отношений с мужем, который не хотел вступать в эти отношения с ней.

Дискуссия расстроила мужа, который сумел принять позицию взрослого (в контексте трансактного анализа), понимая, что партнеры часто расходятся в случаях нечестного отношения друг к другу. В соответствии с прежней тактикой терапевт не стал давать супружеской паре каких-либо предписаний по дальнейшему поведению, включая сексуальную сферу, технику секса, какие-то запреты и др. В то же время терапевт не скрывал своего genuinного любопытства, как далее будут развиваться события, что члены супружеской пары будут делать в ближайшее время.

Третий терапевтический сеанс.

Муж сообщил, что прошедший день и вечер были для него очень грустными. Он был противен самому себе и его более обычного беспокоили мысли о возможной потере жены. Что касается сексуального желания, то у него оно в это время не проявилось. Муж пришел на терапевтическую сессию с ожиданием возникновения конфронтации с терапевтом и был очень удивлен, что этого не произошло.

Терапевт комментировал высказывания мужа о его психологическом состоянии в предшествующий день в том аспекте, что отрицательная самооценка является во многих случаях проявлением здоровой самокритики, если в ней задействована лучшая часть личности.

Далее, терапевт сообщил мужу, что у многих людей отсутствует сексуальное желание в тех случаях, когда они не уважают себя и не уважают

любого человека, который проявляет желание к сексуальному контакту с ними.

Эмоционально нейтральная позиция терапевта, отсутствие конфронтации успокоило мужа, и он уже не в угнетенно-возбужденном состоянии продолжил сообщать о происшедших событиях после последнего терапевтического сеанса.

В предшествующий день жена размышляла о том, как долго и как много она позволяла другим людям контролировать ее поведение, манипулировать ее выборами и решениями. Это вызывало у нее состояние готовности к протесту, что нашло выражение в активизации сексуального желания как формы собственной независимой инициативы. Однако ее сексуально наступательная позиция была отвергнута мужем. В ответ на создавшуюся ситуацию жена приняла решение самостоятельной реализации сексуального вопроса, что сопровождалось приобретением удовлетворяющего ее и повышающего уважение к себе опыта.

Позже вечером муж инициировал сексуальный контакт, что было во многом обусловлено желанием узнать, гневается ли на него жена. Жена не была очень обозлена на мужа за его начальный отказ, но была обижена и рассержена его робкой и раболепной манерой выражения сексуального желания. Муж продолжал утверждать, что жена наказывает его за прежнее сексуальное поведение с ней. Жена утверждала, что ее злит то, как муж ведет себя в настоящее время. Тем не менее, жена не использовала в ходе дискуссии свойственные ей ранее саркастически унижающие выражения.

Несмотря на изменение стиля поведения жены, муж реагировал на происходящее так же, как он реагировал на унижающее его достоинство поведение жены ранее.

В конце концов, жена исчерпала свои аргументы и успокоилась. Муж же продолжал действовать так, как будто жена нападает на него и выскочил из комнаты. Он успокоился, пришел в себя и возвратился через 20 минут, что для него было рекордным сроком “прихода в себя” в конфликтных ситуациях.

Возвратившись, муж заявил, что он воспринимал жену как своего отца в типичном для него состоянии озлобления на него, и реагировал на это как маленький ребенок.

В течение долгого времени они смотрели друг на друга, не отводя глаз, и, в конце концов, расслабились, и стали мягко улыбаться друг другу. Жена поблагодарила мужа за его искреннее признание. Возникло обоюдное сексуальное желание, которое завершилось сексуальным контактом. Во время сексуального контакта муж оказался неспособным достичь оргазма

Расшифровка подробностей сексуальных отношений членами диადы используется в современной терапии сексуальных расстройств для формирования так называемого “окна выявления”, согласно Schnarch’у (1991). Сложные образцы сексуального поведения или его отсутствия рассматриваются в качестве окна, сквозь которое можно увидеть не только сексуальную специфику, но и особенности личностных подходов в целом, распознать системы ценностей и многие мотивационные установки. Секс и сексуальный стиль поведения являются в этом контексте языком отражения многого, находящегося внутри индивидуума.

Пары проигрывают в сексуальной активности фактически историю их жизни, возникающие неудачи, различные дисфункции, нарушения сексуального желания. Сексуальные неудовлетворенности содержат в себе позитивную возможность раскрытия более глубоких проблем личностного уровня, предрасполагающих к возникновению множественных проблем в самооценке и в сфере межличностных отношений различного уровня в разные жизненные периоды, начиная с раннего детства.

Изменение в области сексуальности, таким образом, способно реально “потянуть “ за собой коррекцию на личностном уровне, активизируя до сих пор заблокированные потенциальные возможности психологического развития.

Таким образом, фокусировка внимания на казалось бы достаточно специфичной и локальной проблеме сексуального желания, относящейся к

компетенции специалистов в области сексологии и терапии сексуальных расстройств, может играть роль “трансформационного объекта” (Bollas, 1987).

Встреча с трансформационным объектом, которым может стать любое событие, восприятие, ассоциация, воспоминание, эмоциональное состояние, дает чрезвычайно сильный импульс к личностному изменению, оживлению эмоций, отказу от прежних, сформированных в прошлом стереотипов, активизации прежде не использованных потенциальных возможностей, стимулированию поиска творческих подходов с выходом за границы формальных ригидных оценок себя и своих межличностных отношений.

Муж, обнаружив трудности с оргазмом, ничего не сказал об этом жене, что было типичным для него и ранее. Длительно продолжающиеся попытки привели его к состоянию истощения и эмоционального расстройства. Он чувствовал себя в эту ночь особенно неадекватным и несостоятельным, в связи с тем, что после двух дней терапии он добился успеха, на фоне которого нарушение воспринималось особенно болезненно.

В памяти ожили эмоциональные переживания прошлых жизненных периодов, которые были наполнены тревогой, чувством ранимости, отчаяния и общей неадекватности. Он не чувствовал себя самим собой, не ощущал собственной индивидуальности в отношениях с женой.

Идентифицировалось обостренное чувство тревоги, соединенное с привычным переживанием эмоционального отчуждения, что было характерно для него при всех значимых межличностных контактах.

В свете этой динамики отсутствие интереса к сексу у мужа становится для него более понятным и вызывает сильную реакцию как неожиданное открытие. Муж осознает, что во время сексуального акта он психологически находится в состоянии изоляции, одиночества, исключая взаимность чувств с партнершей, в состоянии отсутствия эмоциональной интимности.

В жизненном сценарии мужа содержание секса было жестко лимитировано физическим компонентом, механической процедурой исполнения, с проникновением и достижением оргазма. Здесь не оставалось

места для эмоциональных оттенков, сопереживания, нежности. Совершенно не присутствовали какие-либо спиритуальные элементы переживания. Отсутствовало также желание о чем-то спрашивать, что-то интерпретировать в сексуальном поведении.

Сценарий сексуального акта сводился к обезличиванию сексуальной партнерши, отношению к ней как к механическому сексуальному объекту, который не может рассчитывать на сострадание, сочувствие, сопереживание и понимание.

От сексуального объекта требуется лишь: “Исполни, что полагается, молчи, не задавай никаких вопросов, дай мне то, чего я хочу от тебя”.

Осознание мужем данного сценария привело его к возникновению стремления к поиску новых путей для преодоления длительно присутствующей сексуальной проблемы.

Что касается жены, то у нее постоянно возникало состояние эмоционального напряжения, когда муж становился тревожным в связи с невозможностью оргазма. Жена также испытывала озабоченности, мешающие ее собственному удовлетворению. Обнаружив, что муж отрицательно реагирует на любую попытку обсуждения его трудностей во время секса или после окончания сексуального контакта, она фактически подкрепляла ситуацию, создавая впечатление, что не видит происходящего. В этом поведении жена повторяла свой детско-подростковый сценарий поведения, когда она делала вид, что ничего не происходит перед лицом трагических и драматических событий в ее семье (депрессия отца, постоянная неуверенность матери).

Осознание содержания и психологических механизмов своего поведения в брачных сексуальных отношениях вызвало у нее решимость стараться не повторять прошлое, не оказываться под влиянием прежних подходов в настоящих сексуальных отношениях.

Механический секс мужа и его нарастающее напряжение в связи с отсутствием оргазма были для нее давно привычным явлением. На этот раз

жена попросила мужа, чтобы он прекратил свою сексуальную активность, а просто спокойно полежал возле нее. В ответ на предложение жены, муж начал извиняться за свое “поражение”, добавив, что она помешала ему достичь желаемого, нарушая его концентрацию внимания. После этого жена объявила мужу, что она не собирается далее участвовать в сексе, наблюдая за тем, как “муж ведет войну с самим собой” и не хочет концентрироваться на ее настроении и всех ее желаниях.

Муж прекратил свои механические старания, и они коротко поговорили о проблеме. Муж сказал, что он очень расстроен и разочарован, но он не повернулся спиной к жене, как обычно, в подобных ситуациях, а лежал на спине, уставившись в потолок. Жена восприняла поведение мужа как попытку примирения и пошла навстречу мужу, оставаясь лежать в постели, положив свою руку на его руку. Через какой-то момент муж повернулся к жене, простонал, расплакался, и они заснули в объятиях друг друга, вместо привычного эмоционального и физического дистанцирования.

На следующее утро муж извинился за прошедшую ночь. В ответ на это, прижавшись к мужу, жена выразила свою признательность и сказала, что все произошедшее ей понравилось. Произошел сексуальный акт, который быстро закончился у мужа оргазмом. Оба были довольны, но муж проявил беспокойство по поводу того, что жена не испытала оргазма.

Жена заявила, что она была совершенно удовлетворенной, в частности, в связи с тем, что смогла снять у мужа состояние тревоги.

Реакция жены усилила позитивную позицию мужа. Динамика взаимоотношений пары создала предпосылки для дальнейшей психотерапевтической работы. Анализ сексуальных проблем мужа позволил сделать заключение о том, что в своих отчаянных и безуспешных попытках добиться оргазма он в определенном смысле активизировал механизм привычных отношений в детстве, когда он как маленький мальчик обучился на модели общения с отцом комплексу собственной неадекватности и неполноценности.

Сексуальные неудачи усиливали уже присутствующий комплекс, и даже периодические успехи не могли исправить убежденность в неполноценности, так как рассматривались с позиции случайных эпизодов, скорее доказывающих наличие дефицитности, чем наоборот. Стремление достичь оргазма еще более дистанцировало мужа от жены, оставляя его в состоянии безнадежности и одиночества, проходящих красной линией через всю его жизнь.

Терапевтические подходы в контексте раскрываемых механизмов включали на следующем этапе обсуждение несколько возможных альтернатив. Одной из них было смещение основных переживаний во время сексуального акта с акцентуацией собственных физических сенсорных ощущений и фантазий на восприятие жены как живого человека, который сопереживает и проявляет собственные эмоции.

Быть с женой, а не с сексуальным объектом, эмпатизировать и симпатизировать ей является очень важным компонентом решения проблемы мужа. Необходима эмоциональная интимность в отношениях. Ее достижение представляет особенное значение для коррекции сформировавшейся хронической патологической ситуации.

Мужу нужно заменить позицию, позволяя на волне интимности определять, чего они оба хотят на следующем этапе сексуальной динамики. Процесс должен быть более релаксирующим, чем их прежнее сексуальное поведение.

При этом следовало иметь в виду, что происходящий процесс мог вызвать обострение тревоги у мужа, который не привык функционировать в зоне доверия к кому-либо в течение всей прошлой жизни.

Возник вопрос о том, сможет ли муж принять для себя позицию человека, принимающего помощь, искреннюю заботу, психологическую поддержку со стороны другого, любящего его человека, жены или партнерши.

Во время терапевтической сессии внимание сконцентрировалось на эпизоде объятия с мужем, которое длилось до состояния расслабления. При

этом учитывалась реальная возможность иной динамики, когда объятие могло закончиться не психологической релаксацией, а развитием у мужа быстро нарастающей тревоги.

Возникновение психологического расслабления в его основе было для мужа очень трудным процессом, так как ассоциировалось с чувством поражения, психологической катастрофы, потерей психологической брони, защищающей сформированный социальный имидж. Имидж, в границах которого функционировал в обществе муж, был одним из вариантов нарцисстической фантазии.

Как известно, индивидуум с нарцисстическим имиджем выстраивает свою тактику и стратегию в области межличностных отношений, максимально предотвращая его разрушение.

Потеря имиджа для мужа была эквивалентной потере прежних жизненных ориентиров, разрушением модели ролевого поведения, которое начало “съедать” аутентичную личность. Муж фактически в течение длительного времени жил во власти сформированного им имиджа и платил за это лишением себя истинных чувств, эмоциональных оттенков, возможности интерактивных контактов, со всем богатством и многообразием жизненных переживаний, не укладывающихся в какую-то упрощенную механическую схему.

Муж также испытывал страх проявления физической неловкости во время объятия, невозможности удерживать жену в объятии, когда она уже захочет прекратить этот акт, и вызвать тем самым ее рассерженную реакцию.

Мысли на тему об объятии вызвали у мужа воспоминание об эпизодах, когда он стоял навтыяжку перед своим отцом. В этом плане муж увидел для себя положительную сторону обсуждения эпизода объятия как каким-то образом позволяющую преодолеть влияние старых стереотипов.

На терапевтической сессии затем обсуждалась возможность прекращения мужем попыток во что бы то ни стало добиться осуществления оргазма во время полового акта, в сочетании с готовностью подчинить себя

активности жены и “переключиться” на волну ее эмоциональных переживаний. Задача заключалась в том, чтобы “подчинение” себя жене не сопровождалось отрицательными эмоциями потери силы и интегральности, а наоборот приводило к укреплению уверенности в себе. Акцент переживаний мужа должен был сместиться с механических попыток “удовлетворить” жену стараниями вместо этого “обольстить” ее, удовлетворяя взаимные внутренние мотивации.

Анализ данного элемента обсуждаемой динамики отношений брачной диады позволяет, с нашей точки зрения, прийти к выводу о том, что проблемы в области сексуального желания могут включать в себя занятие одним из партнеров так называемой пассивно-агрессивной позиции. Последняя включает ряд признаков, в частности, убежденность в правильности своего неадекватного поведения для достижения цели в межличностных отношениях с обвинением другой стороны в постоянно возникающих неудачах.

Динамика и содержание процесса отражает черты характерные для пассивно-агрессивного поведения.

Пассивно-агрессивное поведение, как известно, характеризуется ригидностью, инертным застреванием на реализации избранного сценария действий. В основе такого поведения присутствует невербализуемый протест, что другая сторона несправедлива и предъявляет необоснованные и непомерные требования.

Индивидуумы с пассивно-агрессивными подходами повышено чувствительны к критическим оценкам, попыткам скорректировать их поведение. В ситуациях критики они становятся аргументативными, раздражительными. Они обидчивы, но обычно умеют скрывать обиду, которая в последующем находит выражение в усилении элементов пассивно-агрессивного поведения.

Важным элементом тактики проведения терапии при нарушениях сексуального желания является акцентуация необходимости обучения лучшей переносимости тревоги, а не стремление прямого устранения тревоги. Муж

должен был обучиться способности наблюдать как бы со стороны за своими опасениями и страхами и управлять ими, что, по сути, являлось умением контролировать свое психическое состояние.

В нашей практике иногда использовался психотерапевтический прием обозначения конкретных актуальных для пациента/пациентки страхов определенными именами, лишая тем самым их компонента неопределенности, которая, как известно, всегда страшнее известности.

Муж сказал, что он думает, что в случае возникновения более выраженного сексуального желания по отношению к жене, у него может появиться чувство, что жена одерживает победу над ним, а он, соответственно, терпит поражение.

В ответ на это, терапевт заявил, что до тех пор, пока муж будет продолжать вести себя в отношениях так, как будто он находится в изолированном психологическом пространстве, в отрыве от переживаний жены, он обречен на повторение сценария ранних отношений с отцом и продолжение существования и взаимодействия в этом замкнутом пространстве. В том числе, он может автоматически действовать некомпетентно, принуждая другую сторону таким образом чувствовать свою неадекватность и возможно даже совершать такие же некомпетентные действия.

Последняя тактика также характерна для пассивно-агрессивных подходов. У мужа был выбор продолжать действовать по прежнему сценарию или же отказаться от него, но отказ вовсе не означал «победу» над ним жены. Возможная новая ситуация определялась его отношением к ней, способностью контролировать свое состояние, быть самим собой.

Последовало теоретическое обсуждение возможных кратковременных и долговременных последствий отказа от своей психологической аутентичности, ролевого функционирования в рамках сформированной под влиянием родителей модели. Такого рода дискуссии с пациентами/пациентками полезны, так как получаемая таким образом психологическая информация

оказывается полезной для лучшего понимания себя, более адекватной самооценки, стимуляции к развитию асертивности, поиску новых подходов в межличностных отношениях.

Большое значение в данном контексте имеет также ретроспективный анализ самих родительских позиций. Родительская демонстрация силы перед детьми обычно возникает у родителей с низкой самооценкой, родителей, которые не имеют возможности проявить свою независимость в профессиональных отношениях и занимают в них вынужденную подчиненную позицию, проецируют свою неразряженную агрессию в домашней обстановке на детей или других, более слабых, зависимых от них членов семьи.

Результатом обсуждения было то, что муж стал рассказывать о своих прегрешениях и проступках в отношениях с женой. Его рассказ характеризовался изложением различных деталей и сопровождался сильным эмоциональным реагированием. Не было попыток каким-то образом рационализировать или как-то оправдывать свое поведение.

Муж также не реагировал отрицательно на замечания жены, которая во время его рассказа порою вносила некоторые уточнения и вспоминала о не упоминавшихся эпизодах.

В конце нарратива муж заявил, что он чувствует себя также слабым и как его отец отрицательно оценивает себя. Терапевт спросил, видел ли он когда-нибудь, чтобы отец расстраивался после вербальной агрессии против членов его семьи.

Муж после некоторого периода раздумывания сказал, что он не припоминает таких случаев.

Терапевт констатировал, что это является положительным признаком, поскольку отрицательное отношение к своим поступкам свидетельствует о дифференциации с отцом, для которого такая самокритика не была свойственна.

Создавалось впечатление, что на этом этапе терапии муж обнаруживал в своем поведении нарастающую сопротивляемость подвергаться охваченности

отрицательными чувствами и способностью к мобилизации потенциальных способностей ориентирования на аутентичный сэлф, активизируя его дальнейшее развитие.

Психологическое состояние жены во время дискуссии и терапевтической интерпретации характеризовалось концентрацией внимания на происходящем и размышлением на тему, в какой степени интерпретации терапевта могут быть ею использованы применительно к ее позиции в диадной системе отношений. Она думала о своем желании принять новую позицию мужа, о своей собственной форме ухода от интимности в отношениях и способности адекватно воспринимать чувства мужа. Она также взвешивала свои возможности сохранения уравновешенной позиции понимания в случаях эмоционального разочарования, раздражения и огорчения.

Жена положительно оценивала старания мужа разобраться в себе и критически анализировать свои просчеты и вину по отношению к ней, но полагала, что ей необходимо время для того, чтобы удостовериться в стабильности происходящих изменений.

Муж и жена за прошедший период терапии научились по-новому оценивать свое прошлое и перед ними стоял вопрос, что, основываясь на прошлом опыте, они будут делать в настоящем.

Нельзя недооценивать и тем более забывать значение психологического механизма проективной идентификации, понимание которого терапевтом и членами брачной диады существенно помогает эффективности протекания терапевтического процесса.

Использование проективной идентификации представляет осевое звено семейной терапии объектных отношений. Члены семьи воспринимают проекции других членов семьи и отвечают на них (Schnarch, 1991). Активность в этом процессе может быть интрапсихической, в том случае, если ограничивается лишь одним объектом или же становится межличностной при интеракции двух и более членов.

Проективная идентификация характеризуется тем, что имеющий место бессознательный конфликт активизируется в брачных отношениях. Природа конфликта отражает содержание аффективных переживаний, которые были интернализированы (усвоены) психикой партнеров значительно ранее.

Таким образом, возникает повторное переживание травмирующего события (событий). Травмированная часть сэлфа одного из членов брачной диады реагирует на другого члена как на агрессивную фигуру из прошлого или же эта реакция является актом психической агрессии против нежелаемых, отвергаемых аспектов своего сэлфа (своего я), которые проецируются на другого/другую. В обоих случаях процесс носит бессознательный характер и его осознание чрезвычайно значимо для достижения терапевтического эффекта.

В процессе проведения терапевтических интерпретаций нужно стараться соблюдать равновесие между оценками внутриспсихической и межличностной динамики обоих брачных партнеров. Внутриспсихическая и межличностная динамики оказывают взаимное влияние и вызывают эффект взаимного усиления. Динамика психических переживаний одного члена пары отражается на динамике другого члена.

В этом процессе имеют значение структура и содержание всего мира объектных отношений. Для терапевта важно постоянно избегать нарушения баланса между реальностью и его/ее субъективным восприятием переживаний каждого пациента, что связано с неизбежным возникновением контртрансференса (контрпереноса).

Неконтролируемый контрперенос способен полностью разрушить терапевтическую среду, обстановку взаимного доверия между пациентом и терапевтом и привести к терапевтическому поражению.

Необходимо также соблюдение равновесия в оценках и интерпретациях событий в прошлой и настоящей жизни брачных партнеров. Задачей терапевта является оказание квалифицированной профессиональной помощи в идентификации и реорганизации тех следов переживаний прошлого, которые

нарушают брачные отношения, вторгаются в сферу интимности и сексуального желания в каждодневной жизни.

У обращающихся за терапевтической помощью членов брачной пары с нарушением сексуального желания отчетливо проявляется тенденция обвинять своего партнера/партнершу в причине этих нарушений.

В ходе терапевтического процесса для изменения сформировавшейся привычной модели объяснений важны информация и привлечение пристального внимания каждого из членов пары к пониманию наличия в психике до сих пор неизвестных или недостаточно известных структур, осознание бессознательного функционирования которых может объяснить проблему и в то же время найти способы для исправления сложившейся ситуации.

В анализируемой модели отношений следует обратить внимание на то, что терапевтический процесс проходит скорее в обстановке сотрудничества, чем взаимной конфронтации, несмотря на неизбежно возникающие противоречия. Не следует бояться и избегать во время терапии конфронтаций, которые в итоге ведут к позитивному результату, стимулируя психологическое созревание, с лучшим пониманием себя и пациента, освобождением от деструктивных стереотипов в сфере переживаний и поведения.

Терапевт может рассчитывать на достижение желаемого результата при создании психологического климата взаимного доверия, взаимопонимания, восприятия членами диады места и общей обстановки проводимой терапии как безопасной зоны, в которой отсутствуют какие-либо блокирующие, вызывающие напряжение и подозрительность элементы.

Пациенты должны чувствовать эмпатию терапевта, ее/его сочувствие, искреннюю заинтересованность, интимность и заботу.

Особое значение имеет обучение членов пары умению справляться с тревогой. Еще раз подчеркнем, что акцент в терапии должен делаться не на устранении тревоги, а на развитии толерантности к ней. Элиминация тревоги из повседневной жизни нереальна и поэтому не должна быть целью терапии.

Обучение умению переносить определенный уровень тревоги является реалистичным и помогает в преодолении различных конфликтных и трудных ситуаций каждодневной жизни.

Обучение переносимости тревоги включает формирование навыков противостояния психологическому давлению со стороны другого/другой, давлению, которое мешает самоопределению, самооценке, способности активизировать свои усилия, мобилизовать себя.

Развитие таких навыков обычно происходит после кратковременного острого периода дезорганизации, связанного с новым восприятием себя, своего восприятия партнерши/партнера.

Реакции терапевта на эмоциональное состояние пациента в значительной мере активизируют ее/его самоанализ, приводят к росту профессиональной квалификации. Этот процесс непосредственно затрагивает способность правильно анализировать динамику событий настоящей терапии.

В течение терапии и во многом вне терапевтических сессий терапевт переживает эпизоды отношений с пациентами, реагирует на их поведение и эмоциональные проявления. У терапевта возникают собственные эмоциональные переживания и фантазии на темы, касающиеся пациентов, терапевтического процесса, правильности своих оценок и интерпретаций, а также своей профессиональной компетентности.

В противоположность традиционному взгляду, контрперенос отражает не только активизацию следов своего прежнего опыта (что может не иметь прямого отношения к происходящей терапии), но и реакции на усвоенные пациентами репрезентации их объектных отношений, которые могут проецироваться на терапевта (О.Kernberg, 1965). Очень важно, чтобы терапевт смог распознавать и правильно анализировать эти свои контрпереносные реакции и дифференцировать их от переживаний пациента (Tansey, Burke, 1989).

Недостаточно квалифицированный специалист может быть поглощен эмоциями контрпереноса и совершать под их влиянием импульсивные

действия, которые неизбежно повредят эффективности терапии и даже могут привести к невозможности ее продолжения.

Терапевт, способный использовать контрперенос в качестве инструмента познания внутреннего мира пациента, приобретает тем самым способность уже на раннем этапе терапии распознать основные содержания конфликтов и особенности их динамики у брачных партнеров.

Способность вызывать реакции контрпереноса у терапевта неодинаково представлена у разных пациентов. Это связано с личностными особенностями пациентов, их способностью воздействовать на бессознательном уровне. Особенно сильно такое воздействие выражено у пациентов, функционирующих во время коммуникации на превербальном, прездипальном уровне, обозначаемом Balint'ом, как уровень "основной недостаточности".

Пациенты, находящиеся или выходящие в процессе терапии на уровень основной недостаточности, по-особому воспринимаются терапевтом. Прежние, ранее усваиваемые интерпретации, теряют прежний смысл и не воспринимаются пациентами. Произносимые слова оказывают непрогнозируемый, неожиданный, часто противоположный ожидаемому, эффект. Вместе с тем, у терапевта часто создается рационально необъяснимое впечатление, что пациентка/пациент каким-то образом знают о нем/о ней нечто сокровенное, очень интимное, обладают способностью на невербальном уровне разгадывать его/ее мысли и чувства.

Реакции контрпереноса при терапии таких пациентов обычно бывают очень интенсивными. Следует принимать во внимание, что на уровне основной недостаточности классическая психоаналитическая техника мало или даже контрпродуктивна. Значение имеют не столько сами вербальные элементы, сколько интонации произношения слов, мимика, тонкие эмоциональные реакции.

Большое значение при этом имеет молчание, которое может нести различную эмоциональную нагрузку. Среди различных вариантов

терапевтических вмешательств молчание, очевидно, выделяется как одно из базисных и вместе с тем наименее понимаемых. Langs (1989) считает молчание наиболее фундаментальным терапевтическим вмешательством.

Молчание может быть пустым, бессодержательным, однако молчание также может быть тревожным, угнетающим, напряженным, меланхолическим, насыщенным позитивными эмоциями, создающим обстановку контемплиции, размышления, обдумывания. Молчание способно интенсифицировать как положительные, так и отрицательные эмоции в диадном отношении между терапевтом и пациентом/пациенткой. Молчание может быть использовано терапевтом в процессе его выслушивания, а также как форма невербальной коммуникации, раскрывая многие психологические состояния пациента/пациентки, которые вызывают у терапевта контрпереносные положительно или отрицательно окрашенные эмоциональные реакции.

Что касается техники психодинамической терапии, терапевт должен начинать каждую сессию с молчания. Пациентка/пациент приходит на терапию с различными проблемами и должны сами, без психологического давления со стороны терапевта, иметь возможность начать рассказ о том, что их беспокоит. Не следует торопить пациента/пациентку в этой ситуации.

Для того, чтобы определить общее состояние пациента/пациентки, их исходное отношение к специалисту и к терапевтическому процессу, терапевту следует в течение какого-то периода соблюдать молчание. В этом периоде можно определить коммуникабельность, наличие психологического сопротивления. Во время исходного молчания терапевт проделывает большую психологическую работу. Он/она восстанавливает в памяти то, что происходило во время предыдущей сессии, содержание последнего обсуждения, реакции пациентки/пациентки, его/ее внутриспсихические конфликты и фантазии, реакции на интерпретации терапевта.

Во время своего молчания терапевт внимательно прислушивается к разговору пациента/пациентки, принимает во внимание не только содержательную сторону повествования, но и эмоциональную

экспрессивность, тональность произносимых слов, словосочетаний и высказываний. Терапевт не должен торопиться с интерпретациями до тех пор, пока не “схватит” то, что скрывается за фасадом манифестных высказываний пациента/пациентки. Терапевт, как правило, должен научиться сохранять молчание, пока это возможно, до тех пор, пока оно не станет пустым или не начнет вызывать психологический дискомфорт и эмоциональное напряжение.

В настоящее время феномен основной недостаточности становится все более актуальным при проведении психодинамической терапии. Это обусловлено объективным фактом возрастания количества пациентов, психологические проблемы которых связаны с диффузной идентичностью, не сформировавшимся в процессе раннего развития спаянным сэлфом. Значительная часть этих пациенток/пациентов имеют проблемы в области сексуальных отношений, в том числе проблемы с интимностью и сексуальным желанием.

Терапевту очень важно не вторгаться в ход разговора, который по своему содержанию является нарративом (повествованием). Любое замечание, терапевта, выражение эмоции в форме восклицания, произвольного бормотания, а также телефонный звонок, стук в дверь способны нарушить безвозвратно процесс изложения, что отрицательно влияет на эффективность терапии.

Нужно обучиться навыку распознавания ситуаций, в которых терапевту нужно воздерживаться от попытки интерпретации, даже когда это представляется крайне заманчивым. Повествование пациентки/пациента порою прерывается, и в это время пациент/пациентка может подбирать слова для экспрессии содержания воображения, фантазий. У пациентки/пациента могут возникать трудно вербализуемые размышления на различные темы интимного характера, что особенно часто встречается при обсуждении вопросов, затрагивающих тематику сексуальных отношений и проблем нарушенного сексуального желания.

Молчание терапевта во время таких пауз создает благоприятную обстановку для дальнейшего формирования нарратива и его окончательного завершения. Прерывание пациента, наоборот, нарушает концентрацию пациентки/пациента на теме, создает условия для возникновения психологических защит, блокирующих наиболее значимые моменты в нарративе. При этом не следует упускать из виду, что вербальные интервенции терапевта воздействуют на пациентку/пациента не только на сознательном, но и на бессознательном уровне, активизируя непрогнозируемые содержания, непосредственно не относящиеся к данному терапевтическому эпизоду.

Терапевту также не следует вмешиваться в ситуации, когда он/она не уверены в правильном понимании происходящего, сомневаются в адекватной оценке высказываний и мотивации пациента/пациентки.

Умение слушать у индивидуумов постсовременной культуры во многих случаях недостаточно сформировано, так как оно находится в противоречии с типичным стилем жизни, с темпом происходящих в постсовременном обществе изменений. Член постсовременного общества постоянно находится в процессе бега, вертится “как белка в колесе”, всегда находится в состоянии активности, не имея обычно достаточного времени на концентрацию внимания на многих событиях.

Брачные пары в условиях современной жизни настолько заняты многообразным участием в профессиональной деятельности, в событиях социальной жизни, в мире развлечений, что они даже не замечают, что фактически у них совершенно не остается времени друг для друга.

Находясь формально вместе, они в реальности мало встречаются на уровне значимых эмоциональных коммуникаций. Он/она тем более не привыкли находиться в состоянии пассивных наблюдателей, которые активно не вмешиваются в непосредственно затрагивающие их текущие события.

Умение слушать в процессе психодинамической терапии необходимо как для психотерапевта, так и для пациентки/пациента. Для каждого из участников психотерапевтического процесса имеет позитивное значение

возможность периодического погружения “во время тишины”, время спокойствия. Это вхождение необходимо для “входа в себя”, для переживания погружения в глубину психики, для оживления чувства собственной аутентичности с одновременным переживанием единства с окружающим миром.

Время тишины, таким образом, является элементом психотерапии, положительно влияющим как на пациентку/пациента, так и на терапевта, на эффективность динамики терапевтического процесса.

Практика терапии пар с проблемами сексуального желания показывает, что молчание имеет значение как инструмент адекватного улучшения взаимопонимания и сопереживания с пациентом/пациенткой. В данном случае речь идет о том, что далеко не все оттенки чувств могут находить вербальную экспрессию. Часто очень трудно или невозможно найти подходящие слова и фразы для выражения, например, неформального понимания эмоциональных реакций и общего состояния пациентки/пациента, а также для описания собственных переживаний.

В результате интерпретации оказываются искаженными, встречаются с непониманием, способны вызвать разочарование, раздражение, реакцию гнева, мысли об эмоциональной грубости, невнимании, недостаточной заинтересованности или об отсутствии профессиональной квалификации терапевта.

Пациентка/пациент, стремящиеся бессознательно к установлению отношений с терапевтом на уровне интимности, воспринимают неправильные интерпретации часто не как случайно ошибочные, а придают им более глубокое, затрагивающее личностную систему ценностей значение, что способно привести к жесткому отторжению, нарушению терапевтического союза.

В ряде случаев сами пациенты бессознательно положительно настроены на молчание терапевта. Они исходно предпочитают его/ее молчание многоречивости, излишней говорливости, что расценивается как проявление

некомпетентности, с попыткой ее сокрытия за потоком слов, не имеющих сколько-нибудь глубокого смысла. Опытный квалифицированный терапевт обычно чувствует такое желание пациентки/пациента и подавляет в себе стремление к интерпретационному вмешательству, если такое желание у него по ходу терапии и возникает.

Молчание терапевта, по мнению Langs'a, является инструментом усиления у пациента чувства автономности и независимости, ответственности за себя, за принятие жизненно важных решений, за свою мораль, идеалы и поведение.

Посредством молчания терапевт информирует пациента о том, что немедленный вербальный контакт с ним не желателен, что терапевт хочет получить от пациентки/пациента больше информации, что молчание не является выражением отрицательного отношения и тем более враждебности, а составляет оправданный и необходимый элемент терапевтического процесса.

Молчание терапевта на протяжении различных эпизодов терапии может обучить пациента/пациентку повышению порога толерантности к фрустрациям, помочь плавно и незаметно развивать более зрелые подходы в области межличностных отношений.

Использование молчания в терапии нарушений сексуального желания может сопровождаться серьезными трудностями в случае проявления прямой враждебности к терапевту, в случае соблазняющего поведения, при отталкивающем содержании сообщаемых фантазий. Такого рода коммуникации требуют обычно интерпретации, которые невозможны без применения конфронтационной терапевтической тактики. Тем не менее, в подобных ситуациях определенный период выжидательного молчания оказывается обычно продуктивным, так как не мешает дальнейшему раскрытию содержания эмоциональных переживаний пациентов, что делает последующие интерпретации более адекватными и лучше воспринимаемыми. Кроме того, начальный период молчания в ситуациях враждебности, соблазняющего или отталкивающего поведения пациентов/пациенток

помогает терапевту психологически собраться и контролировать отрицательные реакции контрпереноса.

В заключение следует обозначить и другую сторону использования молчания в технике психодинамической терапии. Молчание может быть не только полезным ее элементом, но и приносить вред в случаях его неадекватного и чрезмерного использования.

Одним из вариантов неадекватного применения молчания в психодинамической терапии являются случаи, когда молчание связано с гневом терапевта.

“Наказание молчанием” хорошо известно в ситуациях бытовых конфликтов в жизни многих супружеских пар. В некоторых семьях молчание одного из супругов (чаще жены) становится стереотипно повторяющимся и входит в постоянно повторяющийся сценарий брачных отношений.

При терапии пар с проблемами сексуального желания терапевту необходимо принимать во внимание возможность такого сценария в случае проводимой терапии и не включать в свой репертуар данный элемент. Практика показывает, что многие терапевты далеко не иммунны в этом отношении. К молчанию терапевта провоцирует поведение пациента/пациентки, которое задевает его/ее “точки наименьшего сопротивления”, наиболее чувствительные болевые зоны его/ее психики.

Раздраженный, обиженный, разгневанный терапевт замолкает, на сознательно-бессознательном уровне стараясь таким образом наказать пациента/пациентку напрямую или же использовать психологическую защиту избегания, отстраняясь от конфликтной ситуации.

Застревание на выраженных отрицательных эмоциях неизбежно нарушает эффективность терапии, так как терапевт лишается возможности использовать потенциал своих профессиональных знаний и навыков, перестает осознавать динамику и перспективу терапевтического процесса. По сути дела в подобной ситуации терапевт перестает быть терапевтом, а сам/сама становится пациентом/пациенткой.

Langs 1989) подчеркивает, что обращенный на пациента/пациентку гнев терапевта в ряде случаев объективно оправдан неадекватным поведением пациента/пациентки. Тем не менее, и в таких случаях терапевт должен уметь контролировать гнев, который сам по себе способен потенциально оказаться источником инсайта в плане качественно нового понимания скрытого значения конфликтов пациентки/пациента.

Нельзя забывать также, что терапевт имеет возможность глубже проанализировать механизмы возникшего у нее/него гнева, провести потенциально эффективный самоанализ, повышая, таким образом, свою профессиональную квалификацию и общее развитие.

В случае, если терапевт не контролирует свои реакции гнева, ярости или унижения и полагает, что все эти эмоции скрыты от пациента/пациентки за покрывалом молчания, он/она, как правило, ошибается. Пациент/пациентка распознают отрицательные эмоции терапевта даже, если они не сопровождаются вербальным компонентом.

В ответ на молчаливый гнев терапевта пациентка/пациент реагируют, в свою очередь, дальнейшим усилением гнева, что создает ситуацию порочного круга с прогрессирующим уменьшением возможности достижения взаимопонимания на следующих этапах терапевтического процесса.

Langs (1989) советует терапевту внимательно отслеживать реакции пациентов на молчание в процессе психоаналитической терапии. Автор придает в этом контексте большое значение тому, как пациент ведет себя на следующем терапевтическом сеансе после неадекватного молчания терапевта в течение предшествующего сеанса. Неудовлетворенность пациента находит выражение в содержании нарратива, который, кроме манифестной, всегда содержит скрытую часть, понимание смысла которой требует применения специальной процедуры декодирования.

Отрицательное отношение к молчанию может быть выявлено и непосредственно во время терапевтического эпизода при анализе изменившегося содержания ассоциаций пациента/пациентки.

Существенной помехой критического отношения к использованию молчания терапевтом может быть бессознательное стремление находить рациональные объяснения своей манере проводить терапевтический процесс. Рационализация, интеллектуализация и проективная идентификация являются формами психологической защиты, анализ содержания которых может быть полезен даже на отстраненных от конкретного клинического случая учебных примерах.

Эротизированный перенос

При терапии пациентов/пациенток с сексуальными проблемами, в том числе связанными с нарушениями сексуального желания, внимание должно быть обращено на случаи возникновения эротизированного переноса. Обычно эротизированный перенос выражается как в вербальном контакте, так и в невербальном поведении. В повествованиях возникают темы сексуальных фантазий, которые имеют связующий компонент с эпизодами терапии, являющимися триггерами таких нарративов. Эти нарративы терапевту следует удерживать в фокусе, исследовать и не прибегать к недостаточно обдуманым импульсивным интерпретациям, несмотря на оказываемое пациенткой/пациентом давление с требованиями немедленных ответов на возникающие вопросы сексуального вовлечения.

Задачей терапевта при возникновении эротизированного переноса является осторожная конфронтация пациента/пациентки с теми общими дисфункциями эго, на основе и в структуре которых это имеет место.

Механизмы эротизированных фантазий следует анализировать не только в контексте недавних, появившихся в процессе терапии триггеров, но и в “генетическом” аспекте, с учетом событий ранних периодов жизни, ситуаций в родительском доме, особенностей поведения родителей.

Дисфункции эго, характерные для пациенток/пациентов с эротизированным переносом, включают, как правило, ослабленный контроль над драйвами, трудности с задержкой исполнения возникающих желаний, стремление к немедленной gratification, отсутствие здравого смысла и

самокритичности. После того как терапевт устанавливает присутствие этих недостатков у пациента/пациентки с эротизированным переносом, он/она должны продемонстрировать им на примерах эпизодов из каждодневной жизни, что эти эго дисфункции находят свое выражение в многообразных ситуациях, и не ограничиваются сферой сексуального характера.

Конфронтация пациента/пациентки с эго дисфункциями должна включать анализ их глубинных механизмов, которые оказываются общими для различных по содержанию нарушений, выступающих в эпизодах межличностных отношений. Конфронтация и анализ позволяют пациентке/пациенту отделить здоровую часть эго от дисфункциональной и избежать, таким образом, тотального личностного вовлечения в систему нарушенного функционирования.

Такая благоприятная динамика находит свое клиническое выражение в том, что проявления нарушенного функционирования, ранее воспринимающиеся как эго-синтонные, начинают восприниматься как эго-дистонные, что сопровождается стремлением избавиться от них, как от чуждых аутентичной личности компонентов. Пациентка/пациент начинают пристально исследовать свои недостаточности, мобилизуют силы для того, чтобы справиться с ними, сформировать более зрелую, более стабильную эго структуру.

Возникновение эротизированного переноса не должно вызывать у терапевта реакцию осуждения, морализаторства. Нужно учитывать, что у пациентов/пациенток с эротизированным переносом обычно сильно представлен нарцисстический радикал. В связи с последним эти индивидуумы крайне сенситивны ко всему, что представляет угрозу созданному имиджу.

Для терапевта здесь не существует рецепта на все встречающиеся в его/ее практике случаи эротизированного переноса. Тем не менее, главное для терапевта заключается в способности эмпатически улавливать оттенки эмоциональных переживаний пациентки/пациента и адекватно, не нарушая

основных правил психодинамической терапии, в нужное время реагировать на них.

Важно стараться переключать фиксацию пациентки/пациента на себе на фокусировку на отношениях с другими людьми, опираясь на информацию о прежних значимых контактах. Умение терапевта сохранять терапевтический контакт, не задевая самооценку пациентки/пациента, и ограничивая при этом диапазон их эротизированных фантазий, связано главным образом с невербальным аспектом.

Излишняя говорливость терапевта в ситуации эротизированного переноса неадекватна, она вызывает обычно вне зависимости от желания терапевта эффект сверх-стимуляции. Терапевту нужно “разделять перенос” с пациентом/пациенткой, тщательно контролируя свои контрпереносные реакции.

Эротизированный контрперенос у терапевта вызывает часто реакцию тревоги у пациентки/пациента и нужно быть крайне осторожным с раскрытием его содержания. На это указывает Gorkin (1987), Maroda (1994) и др. Eber (1990) приходит к выводу, что длительный и интенсивный эротизированный перенос пациенток/пациентов в большинстве случаев связан с поведением терапевта, которое создает для этого благоприятную психологическую почву. Что-то в поведении терапевта стимулирует возникновение и сохранение эротизированного переноса. Как правило, это могут быть элементы сублингвального соблазна, нарцисстического желания привязать к себе, скрыть чувство своей недостаточной профессиональной компетентности.

Во всяком случае, при длительном эротизированном переносе пациентка/пациент не только чувствуют, но и осознают наличие у терапевта сексуальной заинтересованности. Как должен вести себя терапевт в подобной ситуации?

Atwood, Stolorow, Troup (1989) описывают клинический случай возникновения патовой ситуации в психоаналитической терапии пациентки,

которая испытывала острую потребность в признании терапевта мужчиной, что он находит ее сексуально привлекательной.

Приводим данные одного из клинических наблюдений, приводимого Maroda (1994).

Пациентка 36-летняя женщина в детстве была полностью игнорирована своим отцом, который хотел иметь сына. У пациентки развилась сильная эротическая привязанность к терапевту и в конце второго года наличия эротизированного переноса она потребовала, чтобы он признал, что находит ее привлекательной и сексуально возбуждающей его.

Находясь под чрезвычайно сильным давлением, терапевт отметил, что она, несомненно, сексуально привлекательна и что это ей могут подтвердить многие мужчины. У пациентки возникла реакция ярости, и она заявила, что терапевт уклоняется от прямого ответа. Она продолжала настаивать, чтобы терапевт просто признал, что она сексуально возбуждает его.

Пациентка повторяла, что не стремится к сексуальной связи с терапевтом, но хочет, чтобы терапевт признался, что находит ее сексуально привлекательной и что она возбуждает его. Под воздействием ее нарастающих требований терапевт почувствовал себя более эмоционально раскрепощенным и занял позицию перевода темы на интеллектуальный уровень. Он спросил пациентку, почему у нее возникла такая потребность в его признании. Пациентка обиделась еще больше и сказала, что принимает решение покинуть терапию, так как не может больше с ним общаться.

Анализируя данный случай, Maroda рассматривает его как классический вариант тупиковой ситуации в психоаналитической терапии. Автор считает, что в данном случае ситуация требовала эмоциональной реакции со стороны терапевта.

Пациентка была чрезвычайно сильно фокусирована на сексуальном интересе к ней терапевта. Значение фактора привлекательности для пациентки определялось событиями в ее прошлой жизни. Убежденность пациентки в том, что она сексуально привлекательна для терапевта не расходилась с

реальностью. Состояние пациентки нельзя рассматривать в контексте наличия у нее нарушения.

Maroda полагает, что, несмотря на хорошее описание случая, невозможно сделать заключение о том, нуждалась ли пациентка только в подтверждении ее сексуальной привлекательности для терапевта как доказательства силы ее женской сексуальности, или же требования отражали нуждаемость в другом неформальном ответе, который, по ее мнению, терапевт утаивал от нее.

Интенсивные сексуальные переживания пациенток/пациентов могут быть связаны с неравенством отношений с терапевтом, выражать реакцию на значительную фрустрацию. Эротический аттачмент у пациентки мог быть выражением психологической защиты от враждебности, способом реагирования на какие-то глубоко репрессированные переживания прошлого.

Maroda придерживается позиции, что в случаях возникновения тупиковых терапевтических ситуаций на фоне интенсивных эротических переживаний, пациентка/пациент нуждается в личностной эмоциональной реакции терапевта. Основываясь на собственном опыте, автор рекомендует прежде, чем раскрыть перед пациенткой/пациентом что-то потенциально способное вызвать или усилить тревогу в качестве сексуального возбудителя, обсудить образовавшуюся тупиковую ситуацию, разобраться в ее причинах и скрываемых содержаниях на когнитивном уровне.

Необходимо сообщить пациентке/пациенту о своем понимании возникновения кризиса в терапии. Сообщить, что терапевт эмпатизирует потребность пациента/пациентки в эмоциональной поддержке.

Таким образом, патовая ситуация получает импульс для ее разрешения посредством взаимных усилий. В процессе взаимного обсуждения следует стараться выяснить, в чем пациентка/пациент в реальности нуждается. Тактика терапевта заключается в умении анализировать сексуальный перенос во взаимодействии с пациентом/пациенткой, а не идти навстречу эротическим фантазиям или отвергать их. Неправильное поведение аналитика-терапевта

способно быть психотравмирующим и приводить к усилению комплекса неполноценности у пациентов/пациенток, фрустрировать их, сохраняя и консолидируя тем самым сформировавшуюся тупиковую ситуацию.

В приведенном выше случае терапевт вначале проявлял защитные реакции, сохраняя дистантность и избегая конфронтации с пациенткой. Это поведение терапевта вызвало ярость пациентки и желание покинуть терапию в создавшейся патовой ситуации.

После консультации с супервизором терапевт обсудил с пациенткой происходящий процесс, объяснив ей, что она действительно вызывала у него сексуальный интерес, но такое признание было для него очень дискомфортным с профессиональной позиции. Пациентка положительно восприняла объяснение терапевта, считая инцидент исчерпанным, и продолжила терапию, акцептируя как должное факт, что профессиональные обязанности терапевта исключают возможность установления с ней сексуальных отношений.

Maroda считает, что, остановившись на этом этапе терапии, нельзя исключить, что в последующем могут снова появиться условия для возникновения тупиковой ситуации. Раскрытие терапевтом своей заинтересованности в пациентке, не взирая на ее заявление о понимании ограничений в контактах между терапевтом и пациентом, могло в значительной мере стимулировать ее сексуальную активность. Тем не менее, такое развитие событий можно предотвратить в случае, если терапевт не будет проявлять в своем поведении элементы прямого или скрытого соблазна.

Автор полагает, что в некоторых ситуациях не выходящее за рамки профессиональной этики сексуальное стимулирование пациента имеет менее серьезные последствия, чем унижение на личностном уровне с преждевременным прекращением терапии.

Для многих пациенток с сексуальными расстройствами очень важно подтверждение их сексуальной привлекательности и его отсутствие является серьезной психической травмой, разрушающей эффективное течение

терапевтического процесса. Пациентка имеет право на получение ответа на вопрос о ее сексуальной привлекательности для терапевта и с тревогой ожидает подтверждения, которое бывает необходимо даже в случае отсутствия привлекательности.

Словесное подтверждение терапевта нельзя ни в коем случае путать с проявлением сексуальной активности в каких-либо действиях, что полностью исключается при проведении терапии.

В своей терапевтической практике с пациентками/пациентами, настойчиво требующими подтверждения правильности их интуиции в отношении чувств терапевта к ним автор считает более терапевтическим согласиться, чем занимать позицию полного отрицания.

В некоторых случаях эротизированный перенос пациентов/пациенток является выражением психологической защиты в форме формирования реакции, в процессе которой отрицательные агрессивные чувства к терапевту заменяются прямо противоположными по содержанию (Maroda, 1994).

Иногда эротизированный перенос возникает у пациенток/пациенток с нарушениями сексуального желания как способ доказательства и подтверждения своей сексуальной привлекательности и возможностей соблазна.

С позиции традиционного психоанализа сексуальная дисфункция рассматривается как симптом, выражающий наличие патологического процесса в личностном развитии в виде его задержки. Механизм нарушения включает влияние кастрационных фантазий, чувство вины в связи с инцестными желаниями и бессознательные страхи.

В более современных исследованиях сексуальных дисфункций у женщин, в том числе нарушений сексуального желания, наблюдается изменение терапевтической цели. Цель терапии более не заключается в достижении сексуальной “зрелости” посредством смены клиторального оргазма вагинальным.

Внимание фокусируется не на физиологических различиях между этими двумя видами оргазма, а на психологической дифференциации между ними. Основное терапевтическое послание для женщины заключается в том, что переживание оргазма и удовольствия в широком смысле во время сексуального контакта связано непосредственно со способностью к функционированию на уровне эмоциональной интимности.

В контексте психоанализа объектных отношений способность индивидуума формировать отношения с другими имеет врожденный характер.

Человек рождается в отношениях. Человек живет и умирает в отношениях, никогда не освобождаясь от них. Отношения определяются способностью формировать в себе, в своей психике внутренние психические репрезентации других людей. Положительные и отрицательные репрезентации матери, отца, других лиц, осуществляющих заботу о ребенке, усваиваются его психикой (интернализуются) и становятся моделью репрезентаций в последующих периодах жизни. В этом процессе очень важно раннее формирование толерантности к амбивалентности, способности к терпимому восприятию у близких и любимых людей, наряду с положительными, отрицательных качеств, их неправильных поступков и ошибок. Сформированная толерантность определяет способность к развитию интимности в межличностных отношениях.

Stiver (1984) подчеркивает значение отношений с матерью как чрезвычайно важных для взрослого гетеросексуального функционирования. В отношениях с матерью автор акцентирует не синдром патологической зависимости, выделяемый часто психологами и аналитиками, а возможность полагаться на мать, устанавливать с ней интимные доверительные отношения. Образец отношений с матерью постепенно становится нормальной частью самоопределения и переносится на характер отношений во взрослом периоде. Сексуальные отношения неизбежно оказываются под влиянием сформированной в детстве модели отношений с матерью.

Сохраняющееся во взрослой жизни воздействие ранней модели может быть потенциально опасным в сфере сексуальных отношений. Это связано с тем, что здесь воссоздаются условия для психологического слияния с матерью в превербальном периоде отношений.

Интимные сексуальные отношения в данном контексте могут сопровождаться требованиями к сексуальному партнеру воспроизводства модели отношений с матерью в раннем периоде жизни.

В таком случае происходит нарушение границ собственного я, теряется внутреннее чувство сепаратности, без которого невозможна интимность. В результате может возникать чувство гнева, враждебность, расстраиваются доверительные отношения, нарушается сексуальное желание и способность к достижению оргазма. Женщине необходимо чувство уверенности в ее собственной идентичности для переживания сексуального удовольствия во время сексуального контакта, без страха смешивания с партнером и потери себя в этом процессе.

Травматические переживания раннего детского периода способны играть роль прекурсоров репрессирования возможности получения удовольствия от сексуальных отношений и блокировать возникновение оргазма.

Одним из вариантов такой сексуальной динамики является минимизация связанных с сексом сексуальных физических ощущений.

Возможен также вариант апперцептивного отрицания интереса к сексу, обесценивание секса на уровне формальных рационализаций и интеллектуализации с использованием философских подкреплений “мышления по желанию”.

Индивидуумы с нарушениями сексуального желания во многих случаях “принимают на вооружение” психологическую защиту в форме проективной идентификации, когда содержание собственных сексуальных переживаний проецируется на партнера/партнершу и последние воспринимаются в виде части собственного эго.

Проективная идентификация становится, таким образом, эффективным способом противодействия неприемлемым чувствам или импульсивному поведению. Так, например, неспособная достичь оргазма женщина, которая испытывает неловкость и чувство вины в связи со своим желанием контролировать поведение других, в отношениях с мужем идентифицирует все его поведение как выражение стремления контролировать ее чувства и поведение.

В психоаналитической терапии сексуальных расстройств, включая нарушение сексуального желания, акцент делается не на устранении самого симптома, а на выявлении и проработке конфликтов, которые ведут к возникновению патологических симптомов.

Cohen (1978) придает особое значение символическому содержанию симптома сексуального нарушения, которое используется для достижения определенных, не полностью осознаваемых целей. Имеет несомненное значение также анализ механизмов сопротивления (резистентности) к проводимой терапии. В этом контексте может быть рекомендовано использование структурной модели анти-симптомной и про-симптомной позиции, согласно концепции Ecker, Hulley (1995).

Анти-симптомная и про-симптомная позиция

Пациентка/пациент придерживающиеся анти-симптомной позиции рассматривают симптом нарушения как эго-дистонный, бессмысленный и иррациональный. Анти-симптомная позиция предполагает отношение к симптому как к нежелательному во всех отношениях явлению, от которого следует как можно быстрее избавиться.

Пациенты/пациентки, функционирующие в диапазоне анти-симптомной позиции, видят себя в качестве жертвы, которая не способна самостоятельно контролировать создавшуюся ситуацию и чувствует собственное бессилие.

Во многих случаях анти-симптомная позиция сочетается с негативной самооценкой. Когда имеет место отрицательная самооценка, присутствует выраженное чувство вины, стыда, неспособности к адекватной заботе о

партнерше/партнере, отрицательная оценка своих общих психических и профессиональных способностей.

Про-симптомная позиция характеризуется тем, что симптом или проблема, в том числе нарушение сексуального желания, переживаются как имеющие глубокий смысл и особое личностное значение.

При определенных обстоятельствах симптом или проблема в рамках про-симптомной позиции витально необходимы пациентке/пациенту и имеют в этом смысле позитивное значение.

Про-симптомная позиция пациента/пациентки не позволяет терапевту ориентироваться на немедленное устранение симптома или проблемы без предварительного анализа механизмов, сформировавших нарушение и препятствующих его устранению.

Про-симптомная позиция является эго-синтонной, симптом или проблема расцениваются не как чуждые пациентке/пациенту, а как встроенные в личностную систему ценностей.

Про-симптомная позиция представляет собой бессознательную модель реальности, в которой наличие симптома или проблемы необходимы для пациента/пациентки. Основываясь на про-симптомной позиции, пациентка/пациент продуцируют или активизируют симптом.

В этой связи можно привести пример мужа с комплексом неполноценности, в связи с которым он оказывается не в состоянии отстаивать свои интересы в семейных взаимодействиях с женой, так как чувствует себя не имеющим на это морального права. У него появляется такое чувство только в случаях, когда жена проявляет по отношению к нему агрессию. Только когда жена нападает на него, он имеет возможность активно противостоять ей, испытывая при этом чувство столь желаемого законного удовлетворения. На сознательном уровне мужу не нравятся подобные ситуации, но на бессознательном уровне он провоцирует постоянно такое развитие событий.

Esker, Hulley полагают, что про-симптомная позиция всегда связана с эмоциональной раной, с повреждением чувства личной законной независимости, автономии. Внутренний смысл про-симптомной позиции заключается в защитном действии, противостоящем попыткам нарушить эту автономию.

Про-симптомная позиция представляет психологически защитную динамику, отражающую желание избежать переживания чего-то психологически крайне неприятного, болезненного, нарушающего самооценку, связанного с риском потери социальной респектабельности. Защитные действия, проявляющиеся в виде симптомов, в том числе нарушения сексуального желания, могут быть разнообразными, включая навязчивый страх, гнев, тревогу, маниакальную защиту, диссоциативные расстройства, различные формы аддиктивных реализаций, низкую самооценку и др.

Все подобные симптомы, несмотря на их негативное содержание, позволяют избежать прямого более тяжелого переживания, непосредственно связанного с незалеченной и давно вытесненной из сознания эмоциональной травмой.

Пациент/пациентка с нарушениями сексуального желания в начале терапии фиксированы на беспокоящем их нарушении и не отдают себе отчета во внутренних механизмах, участвующих в возникновении расстройства. Это объясняется тем, что про-активная позиция бессознательна и обычно не осознается без специального профессионального, совместного с заинтересованным лицом, анализа. Непосредственной задачей терапевта является выявление в самом начале терапии про-симптомной позиции пациента/пациентки и концентрация усилий на выведении бессознательной позиции на уровень ее осознания.

Выявление и проработка про-симптомной позиции является, таким образом, одним из очень важных звеньев психодинамической терапии сексуальных расстройств. Достижение длительного терапевтического эффекта

предполагает сочетание устранения беспокоящего симптома с проработкой про-симптомной позиции.

В то же время в процессе проведения терапии психодинамически ориентированный специалист не должен пренебрегать анти-симптомной позицией пациента, ему следует проявлять эмпатию к переживаниям, связанным с симптомом или проблемой, и не только понимать на интеллектуальном уровне, но и прочувствовать стремление избавиться от беспокоящего нарушения.

Тем не менее, основное внимание терапевта следует концентрировать на скрытом бессознательном компоненте про-симптомной позиции, создающем ситуацию, в которой присутствие симптома или проблемы оказывается более важным, чем их отсутствие.

Ecker, Hulley (1996) называют такую методологию “радикальным расследованием”, в процессе которого терапевт раскрывает содержание про-симптомной позиции, после чего сосредотачивается на вызывании смещения переживаний (experiential shift) пациента/пациентки. Смещение переживаний относится к изменению, прежде всего на эмоциональном уровне, восприятия про-симптомной позиции в процессуальной динамике ее осознания. Такое изменение может произойти сразу или постепенно.

Смещение переживаний и радикальное расследование воспринимаются пациентами/пациентками вначале как встреча с эго-дистонным эмоционально непривычным материалом. Здесь особенно необходимы неформальное отношение терапевта, его/ее сенситивность, эмпатия, высокий профессионализм в установлении взаимного доверия, максимально комфортного психологического климата в терапевтических отношениях.

Проводимое терапевтом радикальное расследование является высоко концентрированным процессом выявления про-симптомной позиции. Смещение переживаний в равной степени фокусировано на прямом вовлечении в сознательную психику скрываемых основ про-симптомной позиции.

Радикальное расследование представляет собой, согласно Ecker, Hulley, “феноменологически-эмпирический процесс раскрытия, происходящий исключительно в области мира субъективных значений клиента”. В этот процесс не вовлекаются попытки клиента акцептировать теоретический анализ или интерпретации. Он не включает использование специалистом психиатрической терминологии, какого-либо патологизирования.

Пациента/пациентку не нужно стимулировать к стараниям вербализовать их переживания, создавать для их изложения специальный нарратив. Главное заключается в нахождении признаков “эмоциональной правды” симптома или проблемы, симптомов, которые в виде нераспознаваемых на уровне сознания значений присутствуют в бессознательной психике.

Эффективная терапия нарушений сексуального желания требует нахождения и интеграции скрытой от пациента/пациентки эмоциональной истины, содержащейся в про-симптомной позиции. На следующем этапе пациентка/пациент имеет возможность принять для себя решение как относиться к анти-симптомной и уже распознанной про-симптомной позиции.

В этом контексте возможны два решения.

Пациент/пациентка могут изменить или отвергнуть анти-симптомную позицию под влиянием осознания и прочувствования про-симптомной позиции. В таком случае симптом (нарушение сексуального желания, проблема интимности) теряет свою актуальность в мире переживаний и стремление к их устранению утрачивает прежний смысл. Или же в другом возможном варианте решения изменяется про-симптомная позиция и тем самым необходимость освобождения от симптома перестает встречаться с прежним бессознательным сопротивлением.

В последнем варианте беспокоящий симптом или проблема из бессознательно желаемых становятся нежелательными как на сознательном, так и на бессознательном уровне. Про-симптомная позиция трансформируется в другую позицию, при которой наличие симптома теряет прежний внутренний (бессознательный) смысл.

У лиц с нарушением интимности и сексуального желания выявление про-симптомной позиции с последующим ее осознанием и интеграцией в психике обычно оказывается терапевтически эффективным, так как дает возможность принципиально по-новому проанализировать свои переживания. В результате такой переоценки беспокоящая проблема, хотя и остается болезненной, но видится по-другому, теряет свою актуальность, ее признаки смягчаются.

В то же время осознание содержания про-симптомной позиции у некоторых пациенток/пациентов приводит к обратному результату. Это происходит в тех случаях, когда сохранение симптомов нарушения становится более предпочтительным, чем их устранение, в связи с тем, что цена избавления от болевой проблемы слишком высока, то есть состояние без симптомов более болезненно, чем состояние при сохранении симптомов. В последнем варианте терапия должна фокусироваться на психотравмирующих объектных отношениях, которые лежат в основе возникновения и сохранения про-симптомной позиции, осознанию механизмов их формирования.

Приводимая динамика может быть проиллюстрирована следующим наблюдением.

Женщина, 32-х лет, обратилась за помощью к психоаналитику с жалобами на затруднения в общении с мужчинами, невозможность выхода на неформальный (по ее выражению, “взаимочувственный” уровень отношений). Пациентка жаловалась также на слабую выраженность сексуального желания и часто появляющееся “отвращение ко всему, что каким-то образом связано с сексом”. Таким образом, содержание анти-симптомной позиции пациентки заключалось в стремлении избавиться от беспокоящих ее проблем, стать “обычной незакомплексованной женщиной”.

В процессе изучения жизненных обстоятельств и событий детско-подросткового периода пациентки выяснилось, что она воспитывалась матерью в неполной семье. Отец покинул семью, когда пациентке было три года. Мать пациентки, по профессии программист, проявляла к дочери отстраненное или критическое отношение. Больше внимания уделяла брату

пациентки (старше ее на пять лет). Мать часто подчеркивала, что дочь “не вышла красотой” и, что ее единственная возможность как-то преуспеть в жизни - это профессиональная карьера, так как она не способна быть сколько-нибудь привлекательной для мужчин. В школьные годы мальчики не хотели дружить с пациенткой, обзывали “толстушкой”. У девочки сформировалось отрицательное отношение к своей внешности. Она считала себя некрасивой, даже уродливой.

Пациентка успешно окончила школу и университет. Несколько раз вступала в кратковременные сексуальные связи, после которых отрицательное отношение к себе усиливалось. К нему присоединялось моральное осуждение. Появлялся страх “потерять себя как личность”, оказавшись во власти неконтролируемого сексуального желания. В содержании психических переживаний в относительно свободное от работы время доминировали представления о своей физической непривлекательности не только для мужчин, но и для женщин, в связи с периодически возникающими лесбийскими чувствами. Эти мысли значительно репрессировали ее сексуальность.

Таким образом, гипоактивное сексуальное желание, от которого хотела избавиться пациентка (анти-симптомная позиция), выступало на основе скрытой про-симптомной позиции, которая выражалась в убежденности пациентки в ее «уродстве», что а priori вызывало сопротивление сознательно желаемому усилению сексуального желания. Сознательное желание избавиться от низкого сексуального желания четко контрастировало с бессознательным желанием защититься от овладения неадаптированной разрушительной сексуальностью с угрозой развития неприемлемого в плане моральных ценностей поведения и потерей сформированной социальной идентичности.

К вышесказанному следует добавить, что ни в одном клиническом случае нельзя недооценивать силу и значение про-симптомной позиции.

Возможны до сих пор мало исследованные варианты, когда проживание пациентом/пациенткой про-симптомной позиции осложняется выходом на психотический уровень реагирования. В таких случаях клинические проявления психотического уровня могут включать в себя даже кратковременные бредовые идеи и галлюцинаторные эпизоды, выполняющие роль психологической защиты. Переживание этих психопатологических феноменов временно спасает пациента/пациентку от погружения в непереносимые состояния экзистенциального ужаса, одиночества, потери собственного я (потери элфа).

Про-симптомные переживания психотического уровня наблюдались нами у пациенток с пограничной личностной организацией. Они возникали на фоне плохой переносимости тревоги и выраженной слабости эго-системы. Агентом, провоцирующим такую динамику, являлось присоединение событий с дополнительным тревожным потенциалом. Эти события нарушали привычный стиль жизни пациенток, становились стрессовым фактором, разрушающим сформировавшиеся ранее и устоявшиеся психологические защиты.

2.2. Когнитивно-бихевиоральная терапия

Когнитивная или когнитивно-бихевиоральная терапия, как известно, была разработана А. Бек в начале 1960-х. Когнитивная терапия была в раннем периоде ее возникновения ориентирована на лечение депрессии посредством коррекционного воздействия на дисфункциональное мышление и поведение. В дальнейшем происходило постепенное расширение диапазона применения когнитивной терапии с разработкой новых технологий, адаптированных к различным формам психических расстройств (Freeman, Datillo, 1992, Scott, Williams, Beck, 1989, Ellis, 1962, Hollon, Beck, 1993).

Эффективность когнитивно-бихевиоральной терапии была продемонстрирована при большом депрессивном расстройстве,

генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, социальной фобии, пищевых расстройствах. Vaucou et al. (1990) обнаружили перспективность использования когнитивно-бихевиоральной терапии при семейных проблемах. Dancu, Foa (1992) установили эффективность когнитивной терапии при посттравматическом стрессовом расстройстве.

Когнитивно-бихевиоральная терапия основывается на нескольких принципах. В их число входит формулирование проблем, беспокоящих пациентку/пациента в когнитивных терминах. Проблемы идентифицируются как развивающиеся в результате дисфункционального мышления, которое, в свою очередь, их интенсифицирует. Неблагоприятные средовые факторы, семейная ситуация, неадекватное воспитание предрасполагают к возникновению симптомов и проблем.

Следующим принципом является формирование в процессе терапии терапевтического союза между пациенткой/пациентом и терапевтом. Чрезвычайно большое значение имеет уважительное, теплое отношение терапевта, эмпатия, способность к внимательному выслушиванию жалоб пациентов, эмоциональная поддержка на всех этапах лечения.

Когнитивная терапия подчеркивает необходимость взаимного сотрудничества между пациентом/пациенткой и терапевтом, взаимное участие в обсуждениях достигаемых результатов, неудач, преодоления патовых ситуаций *gridlock'a*.

Происходит обучение пациента/пациентки выявлению дисфункциональных мыслей, которые формируют болезненный симптом и блокируют усилия по его устранению. Когнитивная терапия обучает пациента/пациентку быть собственными терапевтами при понимании как их мысли способны влиять на эмоциональное состояние и поведение.

Когнитивная терапия обучает пациентов/пациенток идентифицировать, оценивать и своевременно реагировать на возникающие дисфункциональные мысли и убеждения, обучает осознанию того, как дисфункциональные мысли

формируют патологические убеждения в отношении себя, других людей, окружающего мира.

Терапия нарушений сексуального желания, наряду с психоаналитическими, может включать также когнитивно-бихевиоральные подходы. Последние выстраиваются на современных теориях обучения и когнитивной процессуальной динамики, которые используются в объяснении происхождения нарушений сексуального желания и возможностей достижения оргазма. Тревога, связанная с сексуальными переживаниями, способна блокировать возникновение сексуального желания и ингибировать наступление оргазма. Она может также вмешиваться в механизм психологической релаксации, необходимой для элиминации явлений эмоционального напряжения, нарушающего динамику появления и развития сексуальной активности. Нарушение связи между мыслями сексуального содержания, позитивными эмоциями и сексуальным поведением может приводить к избеганию тех форм поведения, которые необходимы для возникновения возбуждения и оргазма. В когнитивно-бихевиоральной модели хроническое отсутствие оргазма сочетается с низкой самооценкой, чувством “дефектности”, неполноценности, по сравнению с другими. Для этих лиц, по мнению Kuriansky et al.(1982), свойственна невозможность коммуникации их сексуального желания другим.

Целью когнитивно-бихевиоральной терапии является стимулирование когнитивного изменения, активизация смены привычных подходов, снижение тревоги. Изменение содержания мышления, усиление когнитивной связи между пассивными чувствами, сексуальными образами и сексуальным поведением входит в задачи проводимой терапии (Ellis, 1975).

Когнитивно-бихевиоральная терапия нарушений сексуального желания является кратковременной, обычно не превышает 15-20 терапевтических сеансов. В более сложных случаях срок терапии продлевается. Терапевтический эффект может достигаться, однако остается неясной длительность его достижения.

Когнитивная терапия выстраивается на когнитивной модели с гипотезой, что эмоции и поведение индивидуума определяются во многом ее/его восприятием того, что происходит с ним/ней и в окружающем мире. Не ситуация как таковая определяет, что чувствует человек, а то, как индивидуум конструирует эту ситуацию. Характер чувств ассоциируется с интерпретацией, содержанием мышления о ситуации. Реакция связана с тем, как эта ситуация воспринимается. Характер восприятия, содержание мыслей о ситуации являются медиаторами, с которыми связаны чувства, переживания ситуации. Следует принимать во внимание, что мысли о ситуации не исчерпываются их осознаваемым компонентом.

Наряду с осознаваемыми мыслями, всегда возникают мысли на более глубоком, пресознательном и бессознательном уровне. Они возникают в рамках нерационального подхода, появляются молниеносно и также быстро исчезают.

Эти автоматические мысли не осознаются, но вызывают возникновение сильных эмоций. Эмоциональный компонент автоматических мыслей фиксируется в психике и воспринимается без критики (как неосознаваемый). Тем не менее, когнитивная терапия делает возможным обучить пациента/пациентку идентифицировать автоматические мысли посредством установления их связи с повторяющимися изменениями аффекта.

Идентификация автоматических мыслей позволяет в определенной степени оценить их правильность и силу воздействия на психическое и соматическое состояние. В том случае, когда пациентка/пациент интерпретирует свои мысли как ошибочные, появляется реальная возможность посредством их коррекции изменить свое эмоциональное состояние, позитивно повлиять на нарушенное сексуальное желание.

В рамках когнитивной терапии в причинах нарушения сексуального желания придается значение наличию в психике пациентов/пациенток патологических убеждений, коррекция которых является важным звеном терапевтического процесса.

Начиная с очень раннего периода жизни, у человека формируется комбинация убеждений по отношению к восприятию и оценке себя, других лиц и окружающего мира. Среди них присутствуют центральные убеждения, которые во многом определяют систему ценностей, содержание мотиваций и принятие решений. Такие убеждения обычно не вербализуются (даже во внутреннем диалоге с самим/самой собой) и находят метафорическое выражение, входя в категорию “unthought known” (непродуманного известного). Они воспринимаются как “абсолютная истина”, которая не нуждается в каких-либо дополнительных объяснениях. Эти убеждения могут иметь отрицательное патологическое содержание, включать уничижающую оценку себя, невозможность конкурировать с кем-либо, отсутствие интереса к своей личности для других.

Патологические убеждения ведут к тому, что индивидуум рассматривает многие ситуации, прежде всего как затрагивающие сферу значимых для него/нее межличностных отношений, сквозь призму своей недостаточности, отсутствия способностей, общей некомпетентности.

Такая патологическая апперцепция возникает даже при отсутствии каких-либо реальных оснований, подтверждающих ее правильность. Имеет место избирательная фиксация внимания только на отрицательных элементах, обычно искусственно “притягиваемых” в качестве психологической защиты в форме рационализации. Положительная информация при этом отвергается на сознательном и бессознательном уровне.

Повторяющаяся динамика все более усиливает патологические убеждения, несмотря на их неправильность и дисфункциональность. В состояниях сниженного настроения имеет место интенсификация патологических убеждений, которые, в свою очередь, усиливают депрессивность.

Патологические убеждения могут лежать в основе различных психических нарушений непсихотического уровня. К их числу относятся сексуальные расстройства, в том числе нарушения сексуального желания.

Выявление в структуре нарушений сексуального желания наличия патологических убеждений должно быть составным компонентом терапевтического процесса, что обусловлено последующей необходимостью смягчения или полной элиминации этих убеждений для достижения терапевтического эффекта. Методики когнитивной терапии считаются некоторыми специалистами методом выбора при установлении наличия патологических убеждений.

Judith Beck (1995) предложила последовательную схему разворачивания патологических убеждений.

Автор выделяет центральные убеждения (core beliefs), которые являются глобальными, ригидными и сверх-генерализованными. Автоматические мысли, в форме слов или имиджей, возникающих в сознании, специфичны для конкретной ситуации и могут рассматриваться как наиболее поверхностный уровень когниции.

Центральные убеждения определяют развитие промежуточного класса убеждений, который состоит из часто невербализуемых подходов, правил и допущений. Промежуточные убеждения оказывают влияние на характер восприятия пациенткой/пациентом ситуации, что, в свою очередь, влияет на содержание мышления, чувства и поведение.

Judith Beck для иллюстрации выше описанного устанавливает следующую последовательность:

Центральные убеждения – промежуточные убеждения – ситуации – автоматические мысли – эмоции.

В специфической ситуации лежащие в основе убеждения воздействуют на восприятие, что находит выражение в возникновении автоматических мыслей, специфичных для данной ситуации. Автоматические мысли, в свою очередь, влияют на возникновение эмоций. Автоматические мысли также влияют на поведение и часто вызывают физиологические реакции. Если, например, у изучающего техническое руководство индивидуума возникает автоматическая мысль “Это для меня слишком сложно. Я никогда не смогу это

понять”, ему в связи с этой мыслью становится грустно, появляется сердцебиение, давление в области живота, и он откладывает руководство в сторону. Мысль о невозможности справиться с материалом в данной конкретной ситуации была не случайной, а связанной с центральным убеждением об общей некомпетентности, убеждением, прорывающимся в сознание в различных ситуациях повседневной жизни.

Для терапевта важно установить содержание центральных убеждений пациента/пациентки, сформулировать эти убеждения в когнитивной форме, выяснить, какие жизненные события, психические травмы, межличностные контакты были для нее/него наиболее значимыми, установить преимущественный способ, с помощью которого пациент/пациентка справляются со своими слабостями.

Judith Beck рекомендует терапевту как можно ближе узнать клиента “изнутри”, суметь поставить себя на его/ее место, посмотреть на окружающий мир его/ее глазами. Тем самым автор акцентирует необходимость включения в когнитивно-бихевиоральную терапию компонентов эмпатии, сопереживания и совместной концептуализации динамики терапевтического процесса.

Концептуализация начинается уже во время первой встречи с пациенткой/пациентом и оттачивается при каждом последующем терапевтической сессии. Терапевт высказывает свою гипотезу о том, как он видит проблему пациента/пациентки, основываясь на полученных от них данных.

Гипотезы терапевта могут находить подтверждение, отвергаться или претерпевать изменения по ходу продолжения терапии, по мере того как терапевт получает новую информацию. Процесс концептуализации, таким образом, исключает ригидность, стереотипии, неизменяемые консервативные схемы.

Когнитивная терапия концентрируется на распознавании иррациональных убеждений или сценариев, которые блокируют развитие сексуального желания и мешают выходу на уровень интимности (Gagnon et al., 1982). Терапия

помогает членам диады эмпатизировать чувства друг друга, и обучиться более адаптивным когнитивным стратегиям.

2.3. Нарративная терапия

Эффективная коррекция нарушений интимности и сексуального желания может использовать подходы нарративной терапии. Нарративная терапия оперирует рассказами, историями пациентов/пациенток о событиях прошлого, настоящего и воображаемого будущего их жизни. Для нарративного терапевта термин “истории” связан с различными ассоциациями и значениями в нарративах, которые сформировались в психике, начиная с ранних периодов жизни, продолжают свое развитие, обогащаясь в процессе рассказывания.

Методики нарративной терапии приводятся в работах современных авторов (Epston White (1990), White, Epston (1990), White. (1997), Kamsler (1990), Morgan. (2000).

В историях выделяются, в частности, события, эпизоды отношений; последовательность и взаимосвязь событий и эпизодов; временная динамика; содержание сценариев и их интерпретация. Пациенты/пациентки создают истории о себе, своей жизни, своих отношениях с другими. Они рассказывают о своей работе, своих желаниях, достижениях и поражениях.

Определенные истории занимают доминирующее значение в содержании психических переживаний. Эти истории объединяют положительные или отрицательные эмоциональные переживания и оказывают сильное влияние на общее психическое состояние, самооценку, желания, мотивации.

Человек находится под постоянным влиянием формируемых историй не только о будущем, но и о настоящем и прошлом. Доминирующие, локализованные в различных временных периодах истории, составляют и во многом определяют содержание и динамику будущей жизни. Доминирующие

истории могут отражать семейные отношения и общение с другими на различных уровнях взаимодействия.

Истории отражают понимание жизни в ее различных аспектах и их содержание находится под значительным воздействием культуры, социальных стереотипов, принятой системы ценностей. На содержание историй влияет отношение к гендерной специфике, оценка роли интимности, значения сексуального желания. Истории не возникают в вакууме. Контексты пола, гендера, сексуальности влияют на содержание сценариев, присутствующих в рассказываемых историях.

Эффективная терапия требует флюидной (текучей) концептуализации. В процессе терапии психоаналитик нуждается в подтверждении пациентом/пациенткой правильности своей оценки проблемы, адекватности разработанного и реализуемого плана терапевтических действий и поставленных целей лечения на его различных этапах.

Во время первых встреч с пациентами/пациентами терапевты выслушивают рассказываемые ими истории о разных событиях и эпизодах отношений. Рассказы сопровождаются оценочными характеристиками, которые раскрывают некоторые черты личностных установок, в том числе, выходящих за границы повествуемых в историях доминирующих содержаний.

Эти начальные повествования часто имеют поверхностный характер (*thin character*) и не отражают всех сложностей и противоречий реальной жизни. В них обнаруживается тенденция к упрощению, которая может провоцировать терапевта к односторонним выводам в отношении личности пациента/пациентки, их предпочтений, слабостей, отношения к излагаемой проблеме.

На пациента/пациентку в таких случаях “наклеивается” этикетка (ярлык), например, “избегающий”, или “требующий признания”, или нуждающийся во внимании”. Опасность такого упрощенного подхода заключается в том, что из поля внимания ускользают другие нередко очень важные, особенности и значения. Не учитываются в сколько-нибудь

достаточной степени влияния родителей, воспитания, религиозных убеждений, преобладающие в окружающей среде стереотипы социального поведения и др. Часто описания проблем психического здоровья пациентами находятся в связи с влиянием прежних контактов со специалистами в области психологии, психоанализа или психиатрии и отражают способы видения ими беспокоящей проблемы.

Поверхностные и в то же время насыщенные проблемами описания приводят к поверхностным заключениям в отношении психологических особенностей, идентичности пациенток/пациентов, что неизбежно влечет за собой отрицательные последствия. Обратившийся за помощью индивидуум может односторонне восприниматься как, например, “пациент/пациентка из дисфункциональной семьи”, “зависимый”, “безнадежный” и др. В дальнейшем может происходить обоюдное усиление воздействия на пациента односторонне доминирующего подхода. На бессознательном уровне происходит собирание фактов, которые укладываются в поверхностную модель и поддерживают ее.

Специалисты в области нарративной терапии после начального этапа продуцирования поверхностных историй стимулируют пациентов к формированию альтернативных историй, историй, в которых пациенты рассказывают о том, каким образом они хотели бы жить и получать удовольствие от жизни.

Терапевт заинтересован в беседах, в процессе которых пациент/пациентка реализовали погружение в мир событий, эпизодов (реальных или воображаемых), находящихся вне ассоциаций внутри мучающей их болезненной проблемы. Нужно стремиться к максимальному обогащению содержания альтернативных историй. Такие обогащенные истории включают обычно эпизоды из жизни других людей, членов семьи, близких, знакомых. Альтернативные истории могут затрагивать детали характера отдельных людей, их поведение, эмоциональные реакции, особенности коммуникации. Альтернативные истории - это истории

идентичности вне границ беспокоящей индивидуума проблемы (Epston, White, 1990).

Одним из важных элементов нарративной терапии являются экстернализованные собеседования (externalizing conversations), согласно Morgan (2000). В процессе экстернализованных собеседований терапевту необходимо отделить идентичность пациента от проблемы, которая его/ее беспокоит и от которой она/он старается избавиться. Терапевт начинает обсуждать проблему, с самого начала локализуя ее вне личности и идентичности, пациента.

Экстернализация является основой, на которой строится нарративное собеседование. Экстернализация - это не только техника или навык, это ориентация в собеседовании, общий подход к происходящему. Значение экстернализации обусловлено тем, что пациенты/пациентки, обращаясь за терапевтической помощью, часто воспринимают проблему как часть собственной личности, которая находится внутри их.

Например, пациентка заявляет: “По своей природе я депрессивна, поэтому мне не хочется ничего преодолевать”, “я беспокойный человек, поэтому у меня всегда возникает тревога, когда я сталкиваюсь с чем-то новым и мне необходимо изменить устоявшийся стереотип поведения”.

Подобные, усвоенные как органические компоненты психики (по терминологии Kohut'a, трансмутированные) импринты оказывают на человека чрезвычайно сильное бессознательное воздействие.

Терапевт должен обучиться навыку при обсуждении с пациентом беспокоящей его/ее проблемы экстернализовать ее, рассматривать вне личности клиента. Так, например, вместо утверждения “я депрессивен и поэтому ни на что не способен”, терапевт может внести коррекцию и сказать, “Депрессия вызывает у Вас отсутствие энергии и мотивации”.

Morgan (2000) делится своим опытом нарративной терапии, когда использует технику обозначения болевой проблемы в воображении пациента/пациентки в виде “вещи”, которая находится на расстоянии, в каком-

то месте кабинета, около входной двери, на книжном шкафу, на плече у клиента. Обозначение проблемы как внешней по отношению к пациенту превращает ее с эго-синтонной в эго-дистонную, чуждую, не затрагивающую идентичность.

Иногда самой проблеме может быть присвоена отдельная “идентичность” или имя, как личности. Нарративные терапевты называют такой техникой прием персонификацией проблемы. Некоторые пациенты с проблемой интимности и гипоактивного сексуального желания обозначали, например, эти нарушения терминами “истощение”, “психический вампиризм”.

Экстернализация может применяться по отношению к чувствам, включая тревогу, грусть, страх, беспокойство, вину, стыд и др. Экстернализованными могут быть также аспекты межличностных отношений, такие, как Раздраженность, Зависть, Ревность, Безднадежность и др. В таких случаях терапевт может формулировать свои вопросы к пациентке/пациенту в рамках следующей модели: «Каким образом Страх вынуждает Вас терять чувство уверенности в себе при общении?», «Как долго Ревность мешает Вам выходить на уровень интимности при контактах с интересующими Вас людьми?»

В процессе нарративной терапии следует выяснить, какую роль играет экстернализованная проблема в различных сферах жизни пациентки/пациента, как она влияет на оценку себя как личности, как мужа/жены, отца/матери, брата/сестры, профессионала и др. Важно установить воздействие проблемы на состояние психического и физического здоровья, видение будущего, спиритуальность.

В контексте нарративной терапии живучесть проблем определяется их поддержкой определенными убеждениями, верованиями, идеями. Проблемы сексуального желания и интимности возникают в культуре, акцентирующей сексизм, сверхценное отношение к сексуальному перформансу с принижением роли глубоких эмоциональных переживаний взаимной поддержки, сочувствия.

Нарративные терапевты ставят своей задачей распознавание и деконструкцию (разрушение) убеждений и практик, которые поддерживают проблему на всех этапах ее формирования и существования. В этом процессе особое значение имеет стимулирование пациентов к формированию альтернативных историй о жизни и межличностных отношениях. Эти истории оперируют событиями и контактами, не соответствующими доминантным историям. Они формировались в свое время, включая детский период жизни, и их можно обнаружить в психике каждого человека. Morgan (2000) обозначает такое исключение из доминирующего нарратива термином “уникальный выход”. Когда человек находится под влиянием уникального выхода, он/она уходит в большей или меньшей мере от прессинга доминирующего нарратива. В такое время возникают мысли, появляются чувства, убеждения, идеи, действия, на которые не влияет беспокоящая проблема и связанные с ней ассоциации. Открывается путь для новых альтернативных жизнеутверждающих нарративов.

Литература:

- Bader, M. (1998) You've Lost That Lovin' Feeling. The Meaning of Sexual Boredom. *Tikkan*.13 (2), 13-14.
- Bancom, D., Epstein, N. (1990) *Cognitive-Behavioral Marital Therapy*. New York. Brunner/Mazel.
- Beck, J. (1995) *Cognitive Therapy. Basics and Beyond*. New York. Guilford Press.
- Cohen, S. (1978) Sexual Interviewing. Evaluation and Therapy. *Psychoanalytic Emphasis on the Use of Sexual Fantasy*. *Archives of Sexual Behavior*, 7, 229-241.
- Branden, N. (2008) *The Psychology of Romantic Love*. New York. Penguin.
- Dancu, C., Foa, E. (1992) Posttraumatic Stress Disorder. In A.Freeman, F.Dattilio (Eds.) (1992) *Comprehensive Textbook of Cognitive Therapy*. New York. Plenum Press, 79-88).
- Davies, S., Katz, J., Johnson, J. (1999) Sexual Desire Discrepancies: Effects on Sexual and Relational Satisfaction in Heterosexual Dating Couples. *Archives of Sexual Behavior*. 28 (6), 552-564.

- Eber, M. (1996) Erotized Transference Reconsidered: Expanding Countertransference Dimension. *Psychoanalytic Review*, 77, 25-39.
- Ecker, B., Hulley, L. (1996) *Depth Oriented Brief Therapy*. San Francisco. Jossey-Brass.
- Ellis, A. (1975) The Rational-Emotions Approach to Sex Therapy. *Counseling Psychologist*, 5, 14-21.
- Ellis, A. (1980) Treatment of Erectile Dysfunction. In S. Leiblum, L. Pervin (Eds.) *Principle and Practice of Sex Therapy*. New York. Guilford.
- Epston, D., White, M. (1990) Consulting Your Consultants: The Documentation of Alternative Knowledge. *Dulwich Centre Newsletter*, 4.
- Freeman, A., Dattilio, F. (Eds.) (1992) *Comprehensive Textbook of Cognitive Therapy*. New York. Plenum Press.
- Gagnon, J., Rosen, R., Leiblum, S. (1982) Cognitive and Social Aspects of Sexual Dysfunction: Sexual Scripts in Sex Therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 44-56.
- Giles, J. (1998) *The Nature of Sexual Desire*. University Press of America.
- Gorkin, M. (1987) *The Uses of Countertransference*. Northvale. New Jersey. Aronson.
- Haley, J. (1976) *Problem Solving Therapy*. San Francisco. Jossey-Brass.
- Hollon, S., Beck, A. (1993) Cognitive and Cognitive-Behavioral Therapy. In A. Bergin, S. Garfield. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change 4th Ed.* New York. Wiley, 422-466.
- Kamsler, A. (1990) Her-Story in the Making. In M. Durrant, C. White (Eds.) *Ideas for Therapy With Sexual Abuse*. Adelaide. Dulvich Centre Publications.
- Kernberg, O. (1987) Projection and Projective Identification. *Developmental and Clinical Aspects*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35, 795-819.
- Kernberg, O. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York. Jason Aronson.

- Kurinsky, J., Sharpe, I., O'Connor, D. (1982) The Treatment of Anorgasmical Long-Term Effectiveness of a Short-Term Behavioral Group Therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, 252-277.
- Langs, R. (1989) *The Technique of Psychoanalytical Psychotherapy*, vol.1. Northvale, New Jersey, Aronson.
- Langs, R. (2004) *Fundamentals of Adaptive Psychotherapy and Counseling*. New York. Palgrave.
- Lief, H. (1977) What's New in Sex Research. Inhibited Sexual Desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 11 (7), 94-95.
- Maroda, K. (1994) *The Power of Countertransference*. Northvale, New Jersey, Jason Aronson.
- Masters, W., Johnson, V. (1970) *Human Sexual Inadequacy*. Boston. Little, Brown.
- Morgan, A. (2000) *What Is Narrative Therapy?* Adelaide. Dulvich Centre Publications.
- Renshaw, D. (2001) Women Coping With a Partner's Sexual Avoidance. *Family Journal*, 9, 11-16.
- Scharff, D., Scharff, J. (1987) *Object Relation Family Therapy*. Northvale, NJ, Aronson.
- Schnarch, D. (1991) *Constructing the Sexual Crucible: An Integration of Sexual and Marital Therapy*. New York. Norton.
- Schnarch, D. (2000) Desire Problems: A Systematic Perspective. In S.Leiblum, R.Rosen (Eds.) *Principles and Practice of Sex Therapy*. New York. Guilford Press, 17-56.
- Scott, J., Williams, J., Beck, A.(Eds.) (1989) *Cognitive Therapy in Clinical Practice. An Illustrative Casebook*. New York. Routledge.
- Stiver, I. (1984) *The Meaning of Dependency in Female-Male Relationships*. Wellesley, MA. Stone Center For Developmental Services and Studies.
- White, M., Epston, D. (1990) *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York Norton.
- White, M. (1997) *Narratives of Therapists: Lives*. Adelaide. Dulvich Centre Publications.