

**Г.С. КОЧАРЯН**

**СОВРЕМЕННАЯ СЕКСОЛОГИЯ**

**Киев  
НИКА-Центр  
2007**

УДК 616.69 + 618.17] – 008

ББК 57.0

К75

**Кочарян Г.С.**

К75 Современная сексология. – К.: НИКА-Центр, 2007.  
– 400 с.

ISBN

В книге, написанной доктором медицинских наук, профессором кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, академиком Российской академии естествознания КОЧАРЯНОМ Гарником Суреновичем, на современном уровне представлены некоторые актуальные физиологические, психологические, социальные и клинические аспекты сексологии.

Для врачей, психологов, физиологов; студентов высших учебных заведений, где проводится подготовка названных специалистов; образованных людей, интересующихся вопросами современной сексологии.

**ББК 57.0**

ISBN

© Г.С. Кочарян, 2007

© G.S. Kocharyan, M.D., Ph.D., 2007

# MODERN SEXOLOGY

## Annotation

In the book, written by the M.D., Ph.D., Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education, Academician of the Russian Academy of Natural Sciences **Garnik S. KOCHARYAN**, some important physiological, psychological, social and clinical aspects of sexology are submitted on the modern level.

For doctors, psychologists, physiologists; students of universities studying these disciplines; educated people interested in problems of modern sexology.

Kiev: NIKA-Centre, 2007.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Последние десятилетия охарактеризовались для сексологии рядом изменений. Это связано как с накоплением новых знаний, так и с трансформацией отношения к некоторым устоявшимся положениям, что привело к существенным сдвигам в мышлении. Вместе с тем эти трансформации не всегда достаточно обоснованы, а иногда и вовсе не обоснованы.

Появление новых знаний, в частности, обусловлено открытием феромонов человека, которые, как выяснилось, могут влиять на его поведение и различные функции его организма. Считается, что человеческие феромоны открыли в 1986 г., а их существование было подтверждено в 1998 г. Тем не менее J.V. Kohl, R.T. Francoeur (2002) отмечают, что еще в 1974 году Джордж Додд (George Dodd) из Уорикского университета (Англия) изолировал из мужского пота и идентифицировал человеческий половой феромон альфа-андростенон. J. Morgenthaler (2000) сообщает, что значительный прорыв относительно феромонов человека был осуществлен в 1986 г., когда исследователи the Monell Chemical Senses Center (Филадельфия, США) синтезировали первый работающий человеческий феромон EroScent™. В двух главах нами представлены современные данные о влиянии феромонов на репродуктивную сферу и соматосексуальное развитие женщин, сексуальную привлекательность лиц обоего пола и социосексуальное поведение человека.

В сексологической литературе в качестве синонимов часто используются термины «половое влечение» и «либидо». Однако эти термины и одноименные понятия не являются полностью равнозначными, совпадая лишь частично. Понятие «либидо» более емкое. Семантическому (смысловому) анализу этого понятия, его взаимоотношению с понятием «половое влечение», а также происхождению термина «либидо» посвящен один из разделов книги.

Творчество З. Фрейда вызывало и вызывает большой интерес. Его метафорический язык привлекает интеллекту-

алов. Значительное место в теоретических разработках З. Фрейда принадлежит учению о сексуальном развитии человека. Предлагаемая им модель этого развития оценивается неоднозначно. Некоторые принимают ее, другие же находят в ней некие несоответствия реальной действительности, а также ее ограниченность определенным культуральным контекстом. Тем не менее данная модель, описанная в одной из глав нашей книги, представляет определенный интерес.

Произошедшие в сексологии изменения, в частности, коснулись представлений о мастурбации и гомосексуализме. Если вплоть до начала 70-х годов XX столетия считалось, что онанизм довольно часто приводит к сексуальным нарушениям, то в настоящее время можно встретиться с двумя несколько отличающимися установками в отношении возможности его негативного влияния. Одни авторы считают, что мастурбация, кроме пользы, ничего не приносит (исключение составляет, пожалуй, только чувство вины). Принятие данной точки зрения, по сути, означает полное изменение существовавшего в течение долгого времени представления по этому вопросу. Другие полагают, что хотя в большинстве случаев онанизм не приносит вреда и может выполнять определенную положительную функцию (способствовать сексуальному развитию, играть заместительную роль при отсутствии возможности осуществления сексуальных контактов), однако все же редко он оказывает неблагоприятное воздействие на организм человека, в том числе на его половую систему, что может приводить к развитию сексуальных расстройств. Анализ создавшейся ситуации и поиск истины стали задачами одной из глав этой книги.

Изменения произошли и по отношению к гомосексуализму. Украина стала первой постсоветской страной, в которой произошла его декриминализация (1991 г.). В России это случилось в 1993 г., а в Белоруссии в 1994. Вместе с тем, например, в Узбекистане за удовлетворение половой потребности мужчины с мужчиной без применения насилия предусмотрено уголовное наказание лишением свободы

сроком до трех лет. Интересно отметить, что хотя в ряде штатов США гомосексуализм не преследовался и ранее, только в 2003 г. это было законодательно закреплено для всей страны в целом. Следующим этапом было исключение гомосексуализма из списка психических расстройств. В США это произошло в 1973-1974 гг. и нашло отражение в национальной классификации. В начале 90-х годов это случилось и с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Однако значительное число специалистов (клинических сексологов, психиатров, психологов) все же не считают гомосексуализм нормой и полагают, что при обращении за помощью тех пациентов, которых не устраивает направленность их полового влечения, им не следует отказывать в психотерапии, изменяющей их ориентацию на гетеросексуальную. Медико-социальный анализ проблемы депатологизации гомосексуализма нашел отражение в нашей книге.

Изменение отношения к мастурбации, а также закрепленная в медицинских классификациях нормализация гомосексуальности отразились как на изменении в обращаемости за сексологической помощью (в настоящее время в связи со своей сексуальной ориентацией гомосексуалы либо не обращаются за медицинской помощью, либо обращаются за ней чрезвычайно редко), так и на интерпретации больными причин их сексуальных дисфункций. Если 15-20 лет тому назад пациенты очень часто обвиняли мастурбацию в возникновении у них половых расстройств, то в настоящее время они не называют ее в качестве их причины.

Работая в области клинической сексологии, мы обратили внимание на тот факт, что сексуальная аверсия, которая имеет свой собственный шифр в МКБ-10, тем не менее, до сих пор находится в положении Золушки, которой сексологи не уделяют должного внимания. Это побудило нас изучить данную проблему на современном уровне ее развития. В данной книге излагаются результаты проделанной нами работы, а также приводятся собственные клинические наблюдения (включен и психотерапевтический аспект), касающиеся лиц с названной патологией.

Сексуальное расстройство часто оказывает сильное психотравмирующее воздействие на человека, особенно если речь идет о мужчинах. Пытаясь улучшить свои сексуальные функции, они, как показали результаты наших исследований, используют различные приемы психической саморегуляции, которые в ряде случаев бывают эффективными, хотя кардинально и не решают проблему. Поведение больных с сексуальными дисфункциями вне интимной близости тоже не остается интактным и может трансформироваться. Результаты изучения изменений поведения у таких больных во время интимной близости (психическая саморегуляция половых функций) и вне ее отражены в двух главах книги.

Принято считать, что пациент, обратившийся за помощью, а также его партнерша/жена в тех случаях, когда речь идет о сексуальных расстройствах, будут испытывать радость от наступающих положительных сдвигов в процессе лечения. Однако так бывает не всегда. Иногда такие сдвиги воспринимаются негативно, и фиксируется сопротивление лечению. Анализу этого не всем хорошо знакомого феномена посвящен раздел нашей книги.

В одной из ее глав представлены психотерапевтические приемы, направленные на коррекцию масштаба переживаний пациентов с сексуальными дисфункциями, так как внутренняя картина болезни может оказывать существенное влияние на течение патологического процесса, в том числе быть фактором, способствующим его утяжелению и хронизации.

Аутогенная тренировка обладает большим терапевтическим потенциалом, однако для овладения всеми ее упражнениями (даже только низшей ступени в ее классическом варианте) требуется довольно длительное время. Оно значительно уменьшается при использовании разработанного нами ее ускоренного варианта для лечения сексуальных расстройств, который нашел отражение в этой работе.

Достаточно хорошо изученный в настоящее время синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи является наиболее универсальным сексопатологическим синд-

ромом у мужчин, хотя он может иметь место и у женщин. В разделе, посвященном терапии пациентов с данной патологией, мы представили различные традиционные, новые и новейшие психотерапевтические техники, которые используются для его устранения. В начале данного раздела кратко представлены сведения о формировании и клинических проявлениях этого синдрома.

Регрессивный гипноз, который применяется на Западе и Востоке, в том числе и с терапевтической целью, пока что должным образом не востребован психотерапевтами на постсоветском пространстве. Некоторые могут стыдливо избегать даже возможность его применения для решения тех или иных проблем, а также с целью лечения больных на том основании, что он не имеет строгого научного обоснования. Более того, известно, что он базируется на концепции реинкарнации (повторного рождения). Однако его положительные терапевтические эффекты можно объяснить и с научной точки зрения. В этой работе нами представлены положительные результаты использования регрессивного гипноза для решения ряда сексуальных проблем.

В заключение хотелось бы выразить надежду на то, что данная книга повысит уровень знаний читателей в области сексологии и будет тепло принята ими.

*Автор*



## ГЛАВА 1

# ВОЗДЕЙСТВИЕ ФЕРОМОНОВ НА РЕПРОДУКТИВНУЮ СИСТЕМУ ЖЕНЩИНЫ, ТЕМПЫ ЕЕ СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И СРОКИ УВЯДАНИЯ

Новым в познании механизмов сексуального поведения и не только является изучение возможного влияния феромонов – летучих веществ, которые выделяются организмом во внешнюю среду. Проблема феромонов (феромонные воздействия, интеракции, обусловленные ими, вемороназальная система, дополняющая обонятельную, и др.) вызывает все больший интерес. Это касается не только животных, но и человека. Сообщения относительно роли феромонов для человека, появляющиеся на русскоязычных сайтах интернета, немногочисленные включения популярного характера, помещенные в издаваемых в СНГ профессиональных журналах, единичные статьи в научно-популярных и специальных российских журналах разжигают воображение и вызывают вполне закономерное любопытство, которое требует своего удовлетворения. Все это явилось причиной, побудившей автора изучить данную проблему на современном уровне ее развития [5], проработав значительное число англоязычных (большой частью) и русскоязычных текстов, содержащихся на бумажных носителях, в базах данных на CD, а также помещенных в интернете.

В своем фундаментальном труде «Биология» (1968 г.), неоднократно переиздававшемся как в США, так и в СССР, К. Вилли [1, с. 487] писал следующее: «Вопрос о существовании феромонов у человека остается открытым. Интересное наблюдение сделал французский биолог Ж. ЛеМаньян. Он установил, что запах 14-окситетрадекановой кислоты ясно воспринимают только женщины, достигшие половой зрелости, причем наибольшая чувствительность к нему отмечается в период овуляции. Мужчины и девочки сравнительно мало чувствительны к запаху этого вещества; если

же мужчинам вводили эстроген, то они становились более восприимчивыми к нему».

И хотя в течение определенного периода времени вопрос о наличии феромонов у человека, в том числе и половых, оставался нерешенным, тем не менее многие факты, которые подметили достаточно давно, наталкивали на мысль о том, что они все же существуют.

Так, Мост, профессор из Ростока, сообщал следующее: «Я узнал от одного похотливого молодого крестьянина, что он возбуждал и соблазнял не одну целомудренную девушку, достигая легко своей цели тем, что во время танцев обтирал потное лицо своей дамы платком, который он предварительно продержал некоторое время под мышкой» [по 6, с. 46]. Напомним, что книга Р. Крафт-Эбинга «Половая психопатия», на которую мы ссылаемся, впервые была издана в Германии в 1886 г. То, что ощущение запаха человеческого пота может служить первым толчком к страстной любви, по его мнению [6], доказывает пример с Генрихом III. На пиру, устроенном по поводу помолвки короля Наваррского и Маргариты Валуа, он случайно вытер себе лицо потной сорочкой Марии Клеве. Последняя тогда уже была невестой принца Конде. Однако Генрих внезапно воспылал к ней страстной любовью, что принесло ей «величайшее несчастье». Существует рассказ о подобной инициации любовного чувства Генриха IV к прекрасной Габриэль. Все началось с того, что на одном балу он вытер себе лоб ее носовым платком.

«Подобный же намек мы встречаем у профессора Иегера, который в своей книге “Раскрытие души” (2 изд. 1880. Гл. 5. С. 173) обращает внимание на важное значение пота для возникновения половых эффектов, считая его особенно соблазнительным. Сочинение Плосса “Женщина в естествознании и народоведении” (Перев. под ред. д-ра А.Г. Фейнберга. СПб., 1898) равным образом изобилует примерами из психологии различных народов, указывающими на стремление привлекать лиц другого пола собственной испариной» [по 6, с. 46].

В аспекте связи между обонятельным аппаратом и половыми органами представляют собой интерес данные, приведенные Дж.Н. Макензи (Journal of Medical Science, 1884, April). Автор отмечает следующее: 1) у известного числа женщин при отсутствии патологии со стороны носа при каждой менструации регулярно наступало набухание его пещеристых тел, исчезающее после ее окончания; 2) появление замещающей носовой менструации, которая впоследствии большей частью уступала место маточному кровотечению, но иногда периодически возвращалась в течение всей половой жизни; 3) иногда наступающие при половом возбуждении явления раздражения в носу (чихание и т.п.); 4) появление полового возбуждения при заболевании носа.

Цитируемый автор также сообщает, что у многих женщин, у которых имеют место болезни носа, отмечается их утяжеление во время месячных, а эксцессы в половой сфере обычно вызывают воспаление слизистой оболочки носа или усиливают уже существующий воспалительный процесс [по 6].

Что же со временем изменилось относительно представления о возможности существования человеческих феромонов?

Как отмечает J.S. Hyde [15], люди, в общем, не относятся к «нюхающим животным» («smell animals»). Поэтому обоняние не является для нас очень важным, особенно по сравнению с другими видами. Мы главным образом полагаемся на зрение, а затем на слух. В связи с этим возникает вопрос о роли феромонов в жизни человека. Продолжая свою мысль, названный автор, ссылаясь на A. Comfort [10], указывает, что в настоящее время исследователи предполагают, что феромоны человека не только существуют, но и оказывают существенное влияние на его сексуальное поведение. Именно феромоны могут быть той «химией тела» («body chemistry»), которая привлекает людей друг к другу. Предполагалось, что человеческие феромоны продуцируются потовыми железами подмышечных впадин и крайней плотью мужского пениса и женского клитора. Духи

с мускусным запахом, которые достаточно популярны, усиливают сексуальную привлекательность, вероятно, за счет того, что они пахнут как феромоны.

Интерес к феромонным эффектам у женщин был пробужден М.К. McClintock известной демонстрацией влияния подмышечного содержимого женщин-доноров на продолжительность менструальных циклов женщин-реципиентов, о котором было сообщено в 1971 году [18]. Подмышечное содержимое ежедневно прикладывалось выше верхней губы реципиентов в течение ряда циклов. Субъекты «получали» подмышечное содержимое, собранное во время фолликулярной или овуляторной фазы доноров. Оказалось, что содержимое подмышек, собранное в течение фолликулярной фазы доноров, сокращало продолжительность циклов у реципиентов, в то время как содержимое, собранное в течение овуляторной фазы, увеличивало их продолжительность. Таким образом, два различных предполагаемых феромона способствовали наступлению или задержке преовуляторной волны (подъема) лютеинизирующего гормона (ЛГ).

Интересно отметить, что феномен менструальной синхронизации был отмечен у студенток колледжа, живущих в одной комнате, у проживающих вместе матерей и дочерей, а также у женщин, являющихся близкими друзьями или коллегами, которые проводили много времени в одном помещении. Доказано, что фактором, ведущим к синхронизации, является запах пота подмышечной области. Здесь, как известно, расположены многочисленные апокринные железы. Выявлено (D.V. Gover, B.A. Ruparelia, 1993) два стероида подмышечного пота, которые, возможно, опосредуют синхронизацию циклов: (3H)-5 $\alpha$ -16-андростен-3 $\alpha$ -ол и (3H)-5 $\alpha$ -16-андростен-3 $\alpha$ -он [по 2].

Считается, что синдром менструальной синхронизации был впервые открыт М.К. McClintock именно в 1971 г. В том же году она установила, что женщины, которые проводили больше времени с мужчинами, имели более короткие и более регулярные циклы. Это было первым явным доказа-

тельством, что социальные взаимодействия управляют гипоталамо-гипофизарно-гонадной осью, а именно, менструальным циклом [по 8]. В то время McClintock выдвинула гипотезу, что одним из возможных механизмов этого феномена мог бы быть феромонный.

*J.V. Kohl, R.T. Francoeur [17] сообщают о некоторых исторических подробностях открытия у женщин феномена менструальной синхронизации. Отмечается, что Марта МакКлинток/МакКлайнток (Marta McClintock) разработала эксперимент, подтвердивший «анекдотические сообщения», согласно которым менструальные циклы дочерей и матерей, монахинь в женских монастырях и студенток колледжа, проживающих в студенческих общежитиях, начали происходить в то же самое время после того, как они вместе жили в течение нескольких месяцев. В дополнение к подтверждению «эффекта спальни» М.К. McClintock нашла несколько субъектов, которые отметили, что их менструальные циклы стали более регулярными и короткими, если они ходили на свидания более часто.*

*Случайно статья М.К. McClintock появилась в престижном британском журнале «Nature» вскоре после статьи анонимного ученого-мужчины. Живя один на острове, этот ученый заметил, что его борода стала расти более быстро, когда он уехал на материк и наслаждался контактом с женщинами и своей сексуальной партнершей. Он подтвердил свое случайное наблюдение измерением массы сухих волос лица, остающихся в его электрической бритве после каждого бритья. Высказывалось предположение, что для мужчин, очевидно, контакт с другим полом может стимулировать образование андрогенов, что сказывается на росте бороды и продукции феромонов.*

*Несколько лет спустя Michael Russell при Sonoma State Hospital (Калифорния) решил проверить эти наблюдения. Расселл попросил «Женевьеву» поместить стерильные хлопковые мягкие прокладки в подмышечную область, чтобы собрать свой пот. Затем три раза в неделю в те-*

*чение четырех месяцев исследователь помещал «экстракт Женевьевы» («essence of Genevieve») на верхнюю губу восьми женщин-добровольцев, в то время как на верхнюю губу восьми женщин контрольной группы помещали спирт. В результате менструальные циклы восьми женщин контрольной группы не изменились, однако спустя 4 месяца значительно сократился интервал между менструальными циклами женщин, входящих в состав основной группы. Расселл не опубликовывал результаты своего исследования середины 1970-х в течение десяти лет. Поэтому это не оказало никакого влияния на дебаты, вызванные краткой статьей МакКлинток [по 17].*

*Двадцать пять лет назад идея, что аромат женщины может изменять менструальный цикл других женщин, воспринималась как ересь. Ученые быстро бросали вызов любому предположению, что люди могут вырабатывать феромоны и реагировать на них, особенно когда их собственные исследования не подтверждали результаты, полученные М.К. McClintock. Дебаты, наконец, завершились в середине 1980-х в результате нескольких независимых исследований.*

*В филаделфийском центре изучения химических ощущений Монелла (Philadelphia's Monell Chemical Senses Center) Preti, Cutler и их коллеги подвергли десять женщин воздействию подмышечного пота других женщин. Каждые несколько дней они прикладывали пот женщин-доноров к верхней губе испытуемых реципиентов. В пределах трех месяцев менструальные циклы последних начали совпадать с циклами женщин-доноров [по 17].*

*В серии интересных экспериментов 1980-х действительно было продемонстрировано и подтверждено влияние феромонов на менструальный цикл человека (W.B. Cutler et al. [12]; G. Preti et al., 1986). Доноры мужчины и женщины помещали в подмышечную область котноновые мягкие прокладки, впитывающие секрет, который предположительно содержал феромоны. Затем данный секрет («мужской экстракт» и «женский экстракт») извлекали из этих прокладок. В одном из экспериментов группа женщин-добровольцев бы-*

ла подвергнута воздействию «женского экстракта», собиравшегося с регулярными интервалами в течение менструального цикла. В результате была отмечена синхронизация их менструальных циклов с менструальными циклами женщин-доноров. В другом эксперименте женщины с менструальными циклами, продолжительность которых была меньше 26 дней или больше 32, подверглись воздействию «мужского экстракта». Результаты данного эксперимента свидетельствовали о том, что этот экстракт способен оказывать оптимизирующее воздействие на длительность циклов. Сообщается, что исследователи выделили некое вещество, относимое к группе феромонов, из подмышечных потовых желез мужчин. Был приготовлен спиртовой раствор этого вещества, который наносился на верхнюю губу женщин. Вне зависимости от того, был ли смочен тампон чистым спиртом или спиртовым раствором феромона, они говорили, что чувствуют только запах спирта. Однако через 12-14 недель после этого женщины с нерегулярными менструальными циклами, которые подверглись воздействию «мужского экстракта», сообщили, что их циклы стали регулярными. Было сделано заключение, что некий неизвестный мужской феромонный фактор нормализует менструальный цикл, что, безусловно, повышает репродуктивный потенциал женщин [12].

Исследование, свидетельствующее о синхронизирующем влиянии феромонов на овариальный цикл женщин, также было осуществлено в 1988 году Stern и McClintock. Собирался подмышечный пот женщин-добровольцев с определенными интервалами в течение их ежемесячных циклов овуляции (первая группа). После того как эти образчики были обработаны для того, чтобы лишить их запаха, их прикрепляли к верхним губам второй группы женщин-волонтеров. В результате было отмечено, что начало и продолжительность овуляторных циклов в этой группе изменились в направлении синхронизации с аналогичными параметрами циклов испытуемых первой группы [по 24]. Необходимо примерно 10-13 недель для полной синхронизации, что может соответствовать 85 дням, соответствующим-

щим периоду созревания фолликула. Адаптивная функция менструальной синхронизации может быть сопоставима с таковой у мышей, описанной как эффект Вайттена [по 7].

Возвращаясь к обсуждению вопроса о возможном влиянии мужских феромонов на овариально-менструальный цикл женщин, отметим, что немного более десяти лет назад Jane Veith и его коллеги из университета штата Вашингтон (Washington State University) выявили, что у женщин, которые проводили две или более ночи с мужчинами в течение сорокадневного периода, овуляции наступали более часто, чем у женщин, которые спали с мужчиной в течение этого периода только один раз или вообще не спали. При этом частота половых сношений не имела значения. Исследователи не смогли определить, что обуславливало эту реакцию, но они предположили, что это был какой-то вид феромона [по 17].

В университете Пенсильвании (the University of Pennsylvania) Winifred Cutler подтвердила наблюдение M.K. McClintock, согласно которому женщины, живущие регулярной половой жизнью, имеют тенденцию иметь более короткие и более регулярные циклы, чем женщины, которые не встречаются с мужчинами. Она также сообщила о большем количестве регулярных и более коротких циклов у женщин, которые в процессе работы контактируют с естественными и синтетическими мускусными запахами, а также у тех женщин, которые подвергаются воздействию тестостерона [по 17].

После сравнения различных данных о синхронизации менструального цикла John Money – директор программы психогормонального исследования в университете имени Джонса Хопкинса (Johns Hopkins University) – предположил, что наиболее вероятная гипотеза, которая способна объяснить синхронизацию в парах или группах, заключается в том, что она (синхронизация), возможно, подсознательно опосредуется через обоняние феромонами или запахами [по 17].

M. Morofushi et al. [20] исследовали возможность того, что «составы», которые были идентифицированы как феро-



моны у экспериментальных животных, являются посредниками менструальной синхронизации у человека. Оценивалось отношение между менструальной синхронией и способностью воспринимать запахи предполагаемых феромонов: 5alpha-androst-16-en-3alpha-ol (3alpha-androstenol) и 5alpha-androst-16-en-3-one (5alpha-androstenone). Когда авторы изучили менструальную синхронию среди 64 женщин, живущих вместе в общежитии колледжа, то выявили, что у 24 (38%) из них синхронизация цикла с соседями по комнате произошла через три месяца. Затем растворы 3alpha-androstenol, 5alpha-androstenone и контрольного одоранта (pyridine) были «представлены» этим 64 женщинам, чтобы сравнить чувствительность к запахам названных веществ между женщинами с синхронизированными и несинхронизированными циклами. Не было найдено никаких различий между двумя сравниваемыми группами в пороге обнаружения пиридина, что указывало на отсутствие между ними отличий в общей обонятельной способности. Порог обнаружения 3alpha-androstenol у синхронизированных женщин был значительно ниже, чем у несинхронизированных, но никакого различия в пороге восприятия 5alpha-androstenone между двумя названными группами выявлено не было. Эти результаты указывают, что женщины, у которых развилась менструальная синхрония, имели более высокую чувствительность к 3alpha-androstenol.

Stern, McClintock (1988) предположили, что синхронизация менструальных циклов является эволюционной чертой, которая решает следующие две задачи. Во-первых, в результате такой синхронизации «все женщины отвергают мужчин одновременно и заставляют их идти на охоту». Во-вторых, данная синхронизация приводит к тому, что женщины рожают одновременно, а это позволяет оптимизировать имеющиеся в их распоряжении ресурсы для заботы о детях и их защиты. Как отметила по завершению характеризуемого исследования McClintock, его результаты свидетельствуют о том, что у людей есть феромоны. Оценивая эти результаты, J. Morgenthaler [24] восклицает: «Мы все еще ну-

ждаемся в том, чтобы знать, используем ли мы их на регулярной основе, но они существуют».

Эти предположения интересны. Однако E.T. Ven-Ari [8] все же считает, что одним из оставшихся без ответов вопросов относительно коммуникации с помощью феромонов у людей является следующий: «Какую эволюционную выгоду это обеспечивает?» Он сообщает, что у других видов эволюционные преимущества феромонов являются обычно понятными/очевидными. У хомяков, например, феромоны влагалищных секретов самки стимулируют спаривательное поведение самцов, позволяя даже неопытным животным при первой возможности спариваться удачно. Феромоны, выпущенные в воду женской особью серебряного карася (goldfish) до нереста, могут стимулировать гормональные изменения, которые повышают качество и количество спермы его мужских особей.

McClintock сообщает, что ее исследования на крысах обеспечивают несколько линий доказательства эволюционного преимущества способности самок к выбору времени овуляции в соответствии с окружающей их социальной средой. Например, самки крыс, находящиеся вместе с другими самками, координируют время своей овуляции, а следовательно, и беременности, а также имеют более здоровых и крупных детенышей, чем самки, находящиеся в изоляции. Это обуславливается тем, что крысы-матери объединяют свои выводки и лелеют детенышей друг друга [по 8].

Как считает E.T. Ven-Ari [8], эволюционные преимущества феромонных эффектов для овуляции человека, которые идентифицировали Stern и McClintock, не настолько очевидны. Meredith, чье определение феромона включает требование, что он должен обеспечивать некоторое эволюционное преимущество и «отправителю» феромонов, и их «получателю», говорит, что находка McClintock не поддержала бы данное определение. Трудно себе представить, какую бы выгоду принес этот вид связи как их донору, так и их реципиенту. Однако он отмечает, что, возможно, феромонные эффекты, которые наблюдали McClintock и Stern,

могли быть побочными продуктами другого эффекта, который является важным с точки зрения эволюции. McClintock соглашается с этим утверждением, отмечая, что менструальная синхронизация, которую она идентифицировала, является только одной маленькой частью явления. Более важно, подчеркивает она, понять, как и почему социальные взаимодействия регулируют овуляцию. По ее утверждению, синхронизация может быть сопутствующим явлением, пережитком некоего другого эволюционно выгодного эффекта человеческих феромонов, которые могут регулировать выбор времени овуляции или, возможно, оказывают влияние на иные факторы, связанные с воспроизводством [по 7].

Е.Т. Ben-Ari [8] ссылается на высказывание McClintock, в котором она отметила, что в 1980-х годах несколько групп исследователей сообщили о возможном влиянии подмышечных секретов женщин и мужчин на регуляцию менструального цикла. Однако эти исследования подверглись нападкам по ряду причин, включая методологические и статистические проблемы.

К. Stern, М.К. McClintock [23], работа которых, как считается, подтвердила существование человеческих феромонов, открытых в 1986 году, также провели специальное исследование с целью установить, продуцируют ли люди вещества, которые оказывают воздействие на нейроэндокринную систему других людей без осознания их восприятия в качестве запахов, что соответствовало бы классическому определению феромонов. Авторы обнаружили, что лишенное запаха подмышечное содержимое женщин-доноров, полученное у них в конце фолликулярной стадии менструального цикла, ускоряло возникновение преовуляторной волны (подъема) ЛГ у женщин-реципиентов и сокращало менструальные циклы последних. Подмышечные же секреты тех же самых доноров, которые были собраны позже (в период овуляции), производили противоположный эффект: они задерживали волну (подъем) ЛГ у реципиентов и увеличивали продолжительность их менструальных циклов. Делается вывод, что это исследование обеспечило имеющее решающее значение доказательство существования человеческих

феромонов. Его результаты, опубликованные в 1998 году, получили высокую оценку.

Е.Т. Ven-Ari [8] в связи с этим отмечает, что данное исследование на сегодняшний день обеспечивает самое надежное доказательство существования человеческих феромонов, однако полученные результаты – только первый шаг к пониманию их роли у людей.

Считается, что человеческие феромоны открыли в 1986 году, а их существование было подтверждено в 1998 году [10]. Тем не менее J.V. Kohl, R.T. Francoeur [17] отмечают, что еще в 1974 году Джордж Додд (George Dodd) из Уорикского университета (Англия) изолировал из мужского пота и идентифицировал человеческий половой феромон альфа-андростенон. J. Morgenthaler [24] сообщает, что значительный прорыв относительно феромонов человека был осуществлен в 1986 году, когда исследователи the Monell Chemical Senses Center (Филадельфия, США) синтезировали первый работающий человеческий феромон EroScent™. Используется он следующим образом. Его фасуют в аппликатор, который помещают на верхнюю губу. Так как феромоны не должны транспортироваться кровью, то EroScent™ начинает действовать немедленно.

Волнующим продвижением на пути выявления человеческих феромонов была идентификация в вагинальном секрете 50 женщин химических веществ (*копулинов*), известных у обезьян как сексуально притягательные [19]. Пик продукции этих веществ приходится как раз на период до овуляции и на ее время. Копулины могут быть одними из веществ, ответственных, в частности, за синхронизацию менструально-овариальных циклов.

Существует гипотеза, согласно которой феромонное воздействие может объяснить более ранний срок возникновения менархе у современных женщин [9]. Отмечается, что в течение последних 150 лет в западных индустриальных культурах наблюдалось уменьшение возраста, в котором наступает менархе (первая в жизни менструация). Эта тенденция в значительной степени приписывалась улучшению питания и здоровья. Авторы же предлагают альтернатив-

ную гипотезу, согласно которой изменения социально-экономических условий привели к изменению феромонного климата, который воздействует на представительниц женского пола, находящихся в препубертатном периоде развития, что оказало свое влияние на срок наступления менархе. Результаты многочисленных исследований указывают, что достижение половой зрелости у самок млекопитающих задерживается, когда они находятся в окружении взрослых самок, и ускоряется, когда они живут в окружении взрослых самцов. В основе данного механизма лежит феромонное воздействие. В связи с этим отмечается, что домашний феромонный климат, возможно, изменился, так как матери меньше времени находятся в семье (большее количество женщин теперь работает). Вместе с тем отцы проводят дома больше времени, чем раньше (сейчас рабочий день скорее 8 часов, а не 14).

Однако в литературе высказывается диаметрально противоположное мнение по данному вопросу, согласно которому воздействие мужчин на время наступления половой зрелости девочек зависит от биологического родства между ними. Отмечается зависимость от наличия или отсутствия феромонов биологического отца. Когда отец присутствует, то половое развитие его дочери не происходит так быстро, как в случае, когда его нет [14]. Если же речь идет о проживании девочки с отчимом или другом матери (mother's boyfriend), то ее половое созревание происходит быстрее [13].

Такой же точки зрения о роли мужчин в половом созревании их дочерей придерживаются исследователи из Университета штата Пенсильвания (Penn State University). «Биологические отцы посылают ингибирующие (подавляющие) химические сигналы своим дочерям», – сообщил руководитель исследования Роберт Матчок (Robert Matchock). – «В отсутствие этих сигналов девочки склонны к более быстрому достижению половой зрелости». Отмечается, что ранее было известно о существовании подобного явления в животном мире. В частности, при удалении биологического отца из семьи грызунов половая зрелость у его потомства

женского пола наступала быстрее. «Недавно в обонятельной системе человека ученые обнаружили ген, кодирующий рецепторы к феромонам, что позволяет объяснить влияние последних на менархе, то есть время наступления первой менструации», – отметил ученый. Американские исследователи проследили взаимосвязь между социальным окружением девочек и возрастом достижения половой зрелости, воспользовавшись данными опроса 1938 студенток. Ученые проанализировали информацию о размере и составе семей девочек, наличии в них отца, а также о том, насколько регулярным было их общение с ним и в каком возрасте количество этих контактов сократилось или сошло на нет. Полученные результаты показали, что девочки, лишившиеся отцов, созревали примерно на три месяца раньше тех, кто рос в полных семьях».

Кроме того, наблюдалась взаимосвязь между продолжительностью контактов с отцом и возрастом менархе: чем раньше девочка лишилась регулярного общения с отцом, тем раньше у нее наступала первая менструация. Присутствие сводных братьев, напротив, способствовало более раннему половому созреванию. Помимо этого, было выявлено, что наличие сестер в семье при созревании, особенно старших, ассоциировалось с задержкой в наступлении менархе. Возраст менархе не был связан ни с числом братьев в семье, ни с порядком рождения.

Еще одна закономерность, на которую обратили внимание исследователи – у девочек, проживающих в городе, возраст менархе был меньше, чем у жительниц сельских районов. По мнению ученых, описанный факт можно объяснить тем, что в городе у девочек имеется больше возможностей «сбежать» от ингибирующих феромонов отца и встретить мужчину, выделяющего сексуально привлекающие феромоны.

Таким образом, роль феромонов в эволюции становится более понятной: эти вещества не только способствуют половым контактам, но и препятствуют инбридингу (близкородственному скрещиванию). Предупреждение инбридинга играет важную роль в сохранении вида, поскольку умень-

шает риск передачи дефектных генов. Отчет о результатах данного исследования был опубликован R.L. Matchock, E.J. Susman в «American Journal of Human Biology» в статье «Family composition and menarcheal age: anti-inbreeding strategies» (2006. 18 (4). P. 481–491.).

Помимо высказывания R.L. Matchock относительно различий влияния феромонов самцов на наступление половой зрелости самок многих видов животных в зависимости от того, являлись ли они (самцы) их биологическими родственниками или нет, имеются сообщения других авторов, в которых утверждается факт существования документированных доказательств таких различий [17].

Существуют публикации, в которых высказывается мнение, что феромоны могут влиять и на срок наступления менопаузы. Так, установлено, что у замужних женщин она наступает позже. К такому выводу пришли ученые Массачусетского университета, изучавшие образ жизни большой группы женщин в возрасте около пятидесяти лет. Оказалось, что у замужних женщин менопауза наступает в среднем в 50 лет и 3 месяца, тогда как у незамужних – в 48 лет. Авторы исследования полагают, что пахучие вещества феромоны, выделяющиеся с мужским потом, стимулируют выработку женских половых гормонов и продлевают детородный возраст женщины. Другими особенностями образа жизни обследованных лиц разницу во времени наступления менопаузы объяснить не удалось [по 4].

В этой связи можно привести и результаты исследований L.L. Sievert et al. [22]. Эти ученые также отмечают, что замужние женщины сообщают о более позднем среднем возрасте наступления менопаузы. Они подчеркивают, что полученные ими результаты вовсе не являются исключением. Обследованные ими замужние и овдовевшие женщины сообщали о более позднем среднем возрасте наступления естественной менопаузы по сравнению с незамужними и разведенными женщинами ( $P < 0,05$ ). Чтобы лучше понять связь семейного положения с возрастом наступления менопаузы, учитывалось возможное влияние различных переменных (количество детей в семье, сексуальная актив-

ность, курение, уровни образования, дохода и др.). Количество детей в семье и доход за 10 лет до интервью, наряду с семейным положением, являются существенными факторами, которые объясняют часть изменений в сроках наступления естественной менопаузы. Альтернативное объяснение – влияние феромонов мужчины, живущего в семье.

Имеется сообщение о том, как запах молока одних женщин может воздействовать на плодовитость других [3]. Как показал довольно оригинальный эксперимент, недавно осуществленный учеными из Чикагского университета, организм кормящей грудью матери вырабатывает химические вещества, влияющие на фертильность других женщин. Авторы эксперимента полагают, что эти вещества по своей природе являются феромонами и действуют на окружающих через органы обоняния.

В ходе эксперимента ученые предлагали группе женщин-добровольцев в течение месяца 4 раза в день нюхать гигроскопичные прокладки, предварительно побывавшие в подмышечных впадинах и чашках бюстгалтеров матерей, кормящих грудью. По истечении месяца оказалось, что у значительного количества участниц эксперимента нарушилась регулярность менструального цикла. Характеризуя запах, исходящий от прокладок, женщины-добровольцы заявили, что последний не похож на обычный запах пота или грудного молока. По их словам, данный запах больше напоминает очень слабый аромат неких абстрактных духов. Это позволило ученым предположить, что выделяемые лактирующими женщинами вещества являются феромонами. Биологический смысл обнаруженного феномена пока что неясен. Руководитель исследовательской группы профессор Марта МакКлинтон склонна объяснять его «инстинктивным стремлением организма матери» повысить плодовитость окружающих женщин для того, чтобы ее ребенок получил возможность расти и развиваться в обществе сверстников. Однако многие из ее коллег предостерегают от слишком смелых обобщений результатов данного эксперимента.



В связи с обсуждаемым вопросом уместно привести и результаты исследований S. Jacob et al. [16]. Ученые отмечают, что до настоящего времени не проводилось исследований, чтобы определить влияют ли кормящие женщины и их младенцы на овариальную функцию других женщин, с которыми они взаимодействуют. Чтобы оценить эффекты продолжительного воздействия компонентов грудного кормления, было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование 47-ми нерожавших женщин. Полученные результаты, в частности, свидетельствовали о том, что эти вещества изменяли продолжительность овариального цикла по сравнению с контролем ( $0,01 < \text{или} = \text{всем значениям } P < \text{или} = 0,05$ ). Высказывается мнение, что, поскольку «составы» от кормящих женщин и их младенцев изменяют овариальные циклы других женщин, как это было замечено и у иных млекопитающих, то, следовательно, они обладают функциональным потенциалом феромонов, способных регулировать фертильность женщин.

Другое исследование наводит на мысль, что женщины, жившие в ранних обществах, рожали детей, когда ресурсы продовольствия были обильны. Названные же выше химические сигналы (феромоны) могли быть фактором, который стимулировал деторождение у других женщин, когда обстоятельства для этого были оптимальны [по 21].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вилли К. (Villem C.A.) Биология / Пер. с англ. – М.: МИР, 1968. – 808 с.
2. Гулимова В.И. Вомероназальная система животных и человека в норме и патологии // Архив патологии. – 2002. – Т. 64, №4. – С. 52–59.
3. Запах грудного молока повышает плодовитость женщин // <http://mednovosti.ru/news/2000/05/05/milk/>
4. Запах мужчины продлевает молодость женщины // <http://mednovosti.ru/news/2001/08/08/scent/>

5. Кочарян Г.С. Половые феромоны человека (новейшая сексология). – Харьков: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2005. – 270 с.
6. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. – М.: Республика, 1996. – 591с.
7. Палмер Джек, Палмер Линда. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. Гл. 5. Сексуальные отношения и продолжение рода. Феромоны у людей // <http://bookap.by.ru/okolopsy/evolution/gl29.shtm>
8. Ben-Ari E.T. Pheromones: What's in a name? // Bioscience. – 1998. – Vol. 48, Issue 7. – P. 505–511.
9. Burger J., Gochfeld M.A. A hypothesis on the role of pheromones on age of menarche // Med. Hypotheses. – 1985. – 17 (1). – P. 39–46.
10. Comfort A. Likelihood of human pheromones // Nature. – 1971. – 230 (5294). – P. 432–433.
11. Cutler W.B., Genovese-Stone E. Wellness in women after 40 years of age: the role of sex hormones and pheromones // Dis. Mon. – 1998. – 44 (9). – P. 421–546.
12. Cutler W.B., Preti G., Krieger A., Huggins G.R., Garcia C.R., Lawley H.J. Human axillary secretions influence women's menstrual cycles: The role of donor extract from men // Hormones and Behavior. – 1986. – 20 (4). – 463–473.
13. Ellis B.J., Garber J. Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress // Child Development. – 2000. – 71 (2). – P. 485–501.
14. Ellis B.J., McFadyen-Ketchum S., Dodge K.A., Pettit G.S., Bates J.E. Quality of early family relationships and individual differences in the timing of pubertal maturation in girls: a longitudinal test of an evolutionary model // Journal of Personal and Social Psychology. – 1999 –77 (2). – P. 387–401.
15. Hyde J.S. Understanding Human Sexuality. – McGraw-Hill, Inc., 1994. – 769 p.
16. Jacob S., Spencer N.A., Bullivant S.B., Sellergren S.A., Mennella J.A., McClintock M.K. Effects of breastfeeding chemosignals on the human menstrual cycle // Hum Reprod. – 2004. – 19 (2). – P. 422–429.

17. Kohl J.V., Francoeur R.T. *The Scent of Eros*. – San Jose; New York; Lincoln; Shanghai: Authors Choice Press, 2002 – 306 p.
18. McClintock M.K. Menstrual synchrony and suppression // *Nature*. – 1971. – 229 (5282). – P. 244–245.
19. Michael R.P., Bonsall R.W., Warner P. Human vaginal secretions: Volatile fatty acid content // *Science*. – 1974. – 186 (4170). – P. 1217–1219.
20. Morofushi M., Shinohara K., Funabashi T., Kimura F. Positive relationship between menstrual synchrony and ability to smell 5alpha-androst-16-en-3alpha-ol // *Chem. Senses*. – 2000. – 25 (4). – P. 407–411.
21. Researchers find chemosignal that encourages women's sexual desire. Public release date: 6–Oct–2004 // [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2004-10/uoc-rfc100604.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-10/uoc-rfc100604.php)
22. Sievert L.L., Waddle D., Canali K. Marital status and age at natural menopause: considering pheromonal influence // *Am. J. Human. Biol.* – 2001. – 13 (4). – P. 479–485.
23. Stern K., McClintock M.K. Regulation of ovulation by human pheromones // *Nature*. – 1998. – 392 (6672). – P. 177–179.
24. *The Pheromone Revolution*. By John Morgenthaler. Chemical Attractants and Their Effects on Sex, Confidence and Human Health // <http://www.smart-publications.com/articles/article-106-pheromone-revolution.html>

## ГЛАВА 2

### ВЛИЯНИЕ ФЕРОМОНОВ ЧЕЛОВЕКА НА СЕКСУАЛЬНУЮ ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ И СОЦИОСЕКСУАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

Выше нами были приведены результаты исследований, свидетельствующих о влиянии феромонов человека на его репродуктивную сферу, которые были отражены в нашей статье [2]. Однако их воздействие имеет гораздо более широкий диапазон [1]. В частности, существуют данные об их эффектах на сексуальную привлекательность (аттракцию) и социосексуальное поведение.

Сообщается, что женские феромоны копулины, которые находятся в вагинальном секрете, оказывают влияние на восприятие женщин мужчинами и могут индуцировать у них гормональные изменения [21]. В одном исследовании субъекты оценивали приятность запаха вагинального секрета на различных стадиях вагинального цикла [18]. Его результаты показали, что более приятным был запах секрета, продуцируемого в периоды, совпадающие с овуляцией, или находящиеся в непосредственной близости к ней. Биологическое значение этого состоит в содействии проведению половых актов именно в период, благоприятствующий репродукции.

К. Граммер, А. Джутт (1997) также обнаружили необычное изменение восприятия у мужчин, которые были подвергнуты воздействию копулинов. Когда испытуемых просили оценить привлекательность женщин, изображенных на фотографиях, то они не испытывали никаких затруднений. Однако после воздействия копулинов эти же мужчины с трудом устанавливали тонкие различия в степени женской привлекательности [по 3]. Хотя адаптивная функция этих феромонов остается неясной, показано, что копулины могут служить средством оценки женщиной фазы ее менструально-овариального цикла. Так, К. Граммер (1996) выявил значимую корреляцию между фазой цикла и площадью обнаженного тела у женщин во время посещения ими дискотек. В частности, у женщин, не употребляющих противо-

зачаточные таблетки, в середине цикла большая поверхность кожи остается неприкрытой, а когда они посещают дискотеки и бары, то одевают более обтягивающую одежду и более короткие юбки [по 3].

Вопрос о влиянии феромонов женщины на ее сексуальную привлекательность обсуждают J.V. Kohl, R.T. Francœur [28]. Авторы сообщают, что мужчины оценивают аромат женщин, менструальный цикл которых находится вблизи стадии, обуславливающей их наибольшую фертильность, как наиболее привлекательный [38]. Когда женщина наиболее фертильна (например, когда она находится в овуляторной фазе менструального цикла), уровень ее эстрогенов достигает пика. Существует доказательство положительной корреляции между эстрогенным уровнем и продукцией феромонов, которые, в свою очередь, оказывают сильное воздействие на образование тестостерона у мужчин. Так, пик уровня этого гормона возникает у них спустя 15 мин после воздействия химической смеси, имитирующей естественный влагалищный аромат, свойственный женщине в наиболее фертильной стадии [24]. Предполагается, что результатом этого является усиление сексуального желания мужчины и его половой активности с фертильной женщиной, которая, наиболее вероятно, в результате забеременеет.

У млекопитающих химические сигналы предупреждают самца о готовности самки к спариванию и овуляции. Например, сука в период течки посылает химические сигналы кобелям, которые могут улавливать их на далеком расстоянии и отвечать на них инициативами к спариванию. Подобно другим самцам млекопитающих, мужчины, кажется, предпочитают аромат женщин, которые являются наиболее фертильными.

Исследовалось и возможное воздействие мужских феромонов на сексуальную аттракцию представителей «сильного пола». Одно из таких исследований было проведено F. Thorne et al. [40]. Оно состояло в том, что 32 женщины, половина из которых принимала контрацептивные пилюли, подверглись воздействию подмышечных секретов мужчин. При этом их просили ранжировать отдельные характерис-

тики мужских свойств и оценивать фотографии мужчин в аспекте их привлекательности. Ее оценка осуществлялась в течение двух отдельных дней, каждый из которых соответствовал различным стадиям менструального цикла. Данная оценка производилась как при воздействии этих стимулов, так и в их отсутствие. Действие феромонов привело к значительно более высоким оценкам характеристик мужчин женщинами. Вместе с тем использование контрацептивной пиллюли или фаза менструального цикла не оказали какого-либо определенного эффекта на некоторые пункты описания свойств мужчин. Ни то, ни другое не повлияло на оценку женщинами привлекательности мужских лиц. На основании проведенного исследования авторы делают вывод, что воздействие естественных мужских подмышечных феромонов может значительно усиливать восприятие женщинами различных аспектов мужской привлекательности.

Было показано [по 5], что женщины в фазе овуляции предпочитают майки, которые носят симметричные мужчины (Gangestad, Thornhill, 1998). Степень предпочтения женщинами запаха мужчин, обладающих симметрией, в наибольшей степени выражена во время ежемесячного пика фертильности (Gangestad, Thornhill, 1998) (рис.).

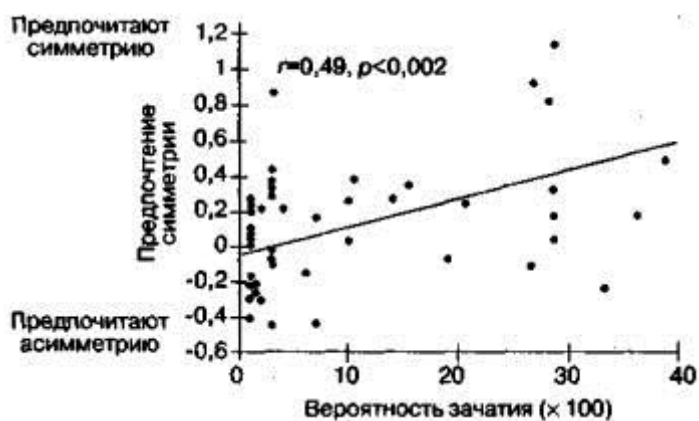


Рис. Предпочтение женщинами с нормальной овуляцией (не использующих противозачаточные таблетки) «запаха симметрии» в соотношении с вероятностью зачатия

Осуществлялся контроль использования мужчинами парфюмерии и принятия душа. Мужчины, заявившие об использовании парфюмерии, не участвовали в эксперимен-

те. Число посещений душа отражалось на оценке женщинами запаха мужчин. (Адаптировано из «The scent of symmetry: A human pheromone» by R. Thornhill & S. Gangestad, из «Evolution & Human Behavior», 20, Fig. 2, pp. 175-201, (c) 1999 by Elsevier; используется с разрешения Elsevier Science [по 5]).

Симметрия является одной из характеристик идеального мужчины. Отмечается, что последний обладает хорошей билатеральной симметрией, но она не идеальна, так как почему-то нарушается под влиянием андрогенов. Их выработка (например, тестостерона) во время внутриутробного развития вызывает небольшие искажения в формировании симметрии. Вместе с тем, ввиду адаптивной функции тестостерона у мужчин, женщинам свойственно оценивать легкую ассиметрию как признак большей красоты, нежели идеальная симметрия [5].

Е.М. Miller [34] утверждает, что андростенон и андростенолоподобные секреты подмышечной области мужчин, кажется, оказывают влияние на их сексуальную привлекательность для женщин.

J.V. Kohl et al. [27] приводят анализ влияния андростенола и андростенона на организм человека. Они сообщают, что в большинстве исследований воздействие андростенола приводило к тому, что женщины начинали «видеть» мужчин более привлекательными. J.J. Cowley, B.W.L. Brooksbank [8] изучали влияние андростенола на мужчин и женщин. В эксперименте участвовало 38 чел. каждого пола. Воздействие андростенола производилось вечером (студенты носили ожерелье, «испускающее» это вещество), а на следующее утро «измерялись» их социальные интеракции. С этой целью участниками эксперимента заполнялся специальный анкетный опросник. Было зафиксировано, что женщины, подвергнувшись воздействию андростенола, намного более интенсивно контактировали с мужчинами. Это касалось частоты взаимодействий, их продолжительности и степени личной вовлеченности. При проведении исследований учитывалось и то, кто был инициатором интеракций. Было доказано, что женщины, подвергнувшие-

ся воздействию названного вещества, больше взаимодействуют с мужчинами, чем представительницы женского пола, которые не стали объектом такого воздействия. Это нашло отражение в увеличении значений всех названных критериев оценки (количество, глубина и продолжительность интеракций). В данном эксперименте не было выявлено влияния андростенола на мужчин, взаимодействующих как с женщинами, так и с мужчинами. Также не было отмечено его влияния на интеракции между женщинами.

Авторы характеризуемого исследования предлагают объяснение функции, которую выполняют довольно сильные эффекты андростенола. Они отмечают, что, кажется, его воздействие вызывает реакцию «подхода» у женщин. Ранее эти авторы заявляли, что с социобиологической точки зрения воздействие данного вещества является выгодным для мужчин, которые «испускают» названный феромон.

Приведем рассуждения Е.М. Miller [33], касающиеся оценки роли андростенола в коммуникации супругов/сексуальных партнеров, которые были навеяны результатами охарактеризованного исследования.

*Предполагается, что человеческий феромон андростенон (и, возможно, другие феромоны человека) играет роль в воспроизводстве, но эта роль касается формирования и поддержания/сохранения партнерских уз. В сущности, выявление феромона, «испускаемого» противоположным полом и обнаруживаемого только на очень близком расстоянии (например, когда супруги/партнеры спят вместе), свидетельствует о присутствии полового партнера. Феромон активизирует поведение, которое ведет к формированию партнерских уз или способствует их сохранению, а также стимулирует репродуктивное поведение, являющееся оптимальным при наличии этих уз. Если на женщин андростенон оказывает влияние в естественных условиях, можно было бы спросить, где и как они подвергаются его воздействию в той степени, которая была бы достаточной для его обнаружения. Очевидный ответ – во время сна со своими партнерами. Люди,*



связанные обязательствами, регулярно спят вместе, и часто нос обнимаемой женщины расположен около подмышек мужчины. Это, в частности, обусловлено тем, что рост женщин обычно меньше роста мужчин. Поэтому их головы часто находятся около (на уровне) плеч партнера и его подмышек. В естественных условиях воздействие андростенола, вероятно, осуществляется в течение всей ночи.

Большая часть взаимодействий, индуцированных андростенолом, является тем, что упоминается как разговор, происходящий на подушке («pillow talk»). Речь идет о беседе с постоянным или потенциальным партнером и обсуждении с ним различных проблем в то время, когда женщина просто лежит рядом с мужчиной в постели или когда она обнимается с ним. Так как мужчины и женщины испытывают желание обнять друг друга, то ноздри женщин расположены достаточно близко к груди мужчин и их подмышкам. В связи с этим pillow talk создает и усиливает связь между мужчиной и женщиной.

Далее Е.М. Miller [33] отмечает, что pillow talk может помочь женщине оценить мужчину. Участвуя в намного более продолжительных и более глубоких взаимодействиях (интеракциях), чем обычные, она может осмыслить содержание беседы. Это помогает оценивать пригодность мужчины в качестве долгосрочного партнера, включая и его готовность помочь растить и воспитывать детей.

Цитируемый автор задается вопросом, является ли система, благодаря которой мужчины «испускают», а женщины воспринимают андростенол, что и стимулирует pillow talk, эволюционно устойчивой [33]. Ведь индивидуумы любого пола с ее недостаточностью имели бы меньший репродуктивный успех [29].

В связи с этим Е.М. Miller [33] рассматривает несколько гипотетических ситуаций. Сначала обсуждается ситуация, когда бы женщина не реагировала на андростенол. Меньше взаимодействуя со своим партнером, она бы формировала менее прочные партнерские узы и получала

бы меньше мужской помощи в воспитании детей и заботе о них. Однако индуцирование мужчин оказывать такую помощь является проблемой женщины. Таким образом, то, что активизирует партнерские узы, вероятно, помогает ей. Также женщина, которая не испытывает значительного желания взаимодействовать с мужчиной, с которым она спит или обнимается, будет иметь меньше информации о нем. Такая информация помогает ей решить, следует ли формировать или поддерживать с ним партнерские отношения. Андростенон, активизирующий взаимодействие, должен облегчать соединение между мужчиной и женщиной, которое является решающим в ее репродуктивном успехе.

Рассматривается и противоположная ситуация, когда бы речь шла о женщине с очень чувствительной (сенситивной) системой распознавания андростенона или других феромонов. На нее повлияли бы феромоны, «испускаемые» не только постоянными или потенциальными партнерами, но и другими находящимися поблизости мужчинами. Она во многом бы утратила выгоду от несоразмерно большего взаимодействия с постоянными или потенциальными партнерами. Таким образом, эта гипотеза может объяснить не только то, почему женщины сохранили способность воспринимать воздействие феромонов, но также и то, по какой причине их чувствительность к андростенону относительно слаба по сравнению с таковой у представителей других биологических видов.

Также обсуждается гипотетическая ситуация с мужчиной, который бы не «испускал» андростенон. Он бы не стимулировал женщин к взаимодействию с собой, когда бы обнимал их или спал с ними. Менее вероятно, что он сформировал бы прочные партнерские узы, которые бы обеспечили ему продолжительный «сексуальный доступ» и вели бы к «репродуктивному успеху».

Рассмотрение приведенных выше гипотетических ситуаций привело автора к заключению, что роль андростенона как человеческого феромона, который стимули-

рует *pillow talk*, кажется такой, которая могла появиться и выжить [33].

Влияния андростенола и родственных веществ на поведение могут интерпретироваться как адаптивные, которые облегчают соединение пары [9, 20, 26]. Например, J.J. Cowley et al. [9] выявили, что женщины оценивают мужчин более положительно, когда подвергаются воздействию андростенола. D. Benton [7] установил, что женщины с помещенным на верхнюю губу андростенолом воспринимали себя как более покорных в середины цикла, что способствует оплодотворению. J. Cowley, B.W.L. Brooksbank [8] упоминают, что Jackson, работающий в их лаборатории, доказал, что эффекты первоначального воздействия андростенола могут сохраняться, по крайней мере, в течение двух недель. Это согласуется с представлением о феромоне, функция которого, в частности, заключается в сообщении индивидууму о постоянном присутствии лица противоположного пола (т.е. партнера), но не такого, чья цель состоит только в облегчении осуществления однократного сексуального сближения.

В дальнейших своих рассуждениях E.M. Miller [33] отмечает, что как андростенон, так и другие феромоны, «испускаемые» мужчинами, могут служить и иным целям. Так, подчеркивается, что женская фертильность, которая активизируется близостью с мужчиной (по-видимому, имеется в виду пребывание партнеров на близком расстоянии в течение определенного [не короткого] периода времени), является рациональной адаптацией. Последняя предназначена для увеличения вероятности того, что женщины забеременеют от «отцов», которые останутся рядом и помогут вырастить/воспитать потомство, а не от «хамов», которые бросят их после одной, проведенной вместе ночи (а «one night stand»). Если один из эффектов физической близости состоит в стимулировании фертильности, возможно, за счет изменения гормонального статуса, делающего коитус более вероятным, это также является полезной адаптацией.

*Некоторые эффекты, как отмечает цитируемый автор, объясняют в литературе, например:*

*1) тенденцией женщин, которые регулярно общались с мужчинами, иметь больше менструальных циклов, продолжительность которых в большей степени способствует фертильности [10, 12-14, 16];*

*2) способностью «экстракта мужчин» (имеется в виду феромонное воздействие) оказывать влияние на «женский цикл» [17, 37];*

*3) воздействием мужчин на возникновение овуляции у женщин [41].*

Майкл Кирк-Смит (Michael Kirk-Smith) из Уорикского университета (Англия) и его коллеги использовали альфа-андростенон в двух экспериментах. В первом из них мужчины и женщины реагировали на ряд фотографий женщин. При добавлении мельчайших количеств альфа-андростенола к воздуху как мужчины, так и женщины оценили женщин на фотографиях как более сексуальных, более теплых и более привлекательных по сравнению с тем, как они оценивали их, когда воздух не содержал альфа-андростенон. Во втором эксперименте мужчин и женщин попросили оценить нескольких мужчин. Некоторым из этих мужчин при прикосновениях тайно нанесли альфа-андростенон на лицо. В то время как женщины постоянно высоко оценивали их, мужчины неизменно давали им низкие оценки [26].

Исследование, направленное на определение влияния андростенола на поведение человека, было проведено в University College (департамент психологии, Лондон). В нем участвовало 76 студентов-волонтеров мужского и женского пола. Добровольцы женского пола оценивались по количеству социальных интеракций (взаимодействий) с мужчинами до и после короткой экспозиции названного феромона. В результате, после данной экспозиции зафиксировано существенное увеличение этих интеракций.

J. Cowley et al. [9] просили студентов-психологов в Hatfield Polytechnic (Великобритания) оценить способности к лидерству трех мужчин и трех женщин, претендующих на работу в студенческом офисе. Каждому студенту выдали

хирургическую маску и инструктировали носить ее якобы для того, чтобы скрыть выражение своего лица от этих шести кандидатов. К половине масок были тайно приложены крошечные дозы андростенона или влагалищных алифатических кислотных секретов (ВАКС). Оценка названных кандидатов студентами мужского пола, которые использовали пахнущие маски, не отличалась от таковой у студентов-мужчин контрольной группы. Женщины, носившие маски с ВАКС, дали более высокие оценки по лидерству претендентам со скромными, застенчивыми лицами и более низкие оценки напористым, уверенным кандидатам. Женщины, которые носили маски, пахнущие андростеноном, дали самую высокую оценку агрессивному, самоуверенному претенденту.

Проведенное в 1978 г. психологами Манчестерского университета (Великобритания) исследование также изучало реакции людей на андростенон. Тестируемых мужчин и мужчин контрольной группы попросили оценить привлекательность женщин на ряде фотографий. Перед этим тестируемые мужчины вдыхали андростенон, а мужчины контрольной группы были подвергнуты воздействию запаха вещества, не имеющего отношения к феромонам. Мужчины, которые вдыхали феромон, оценили всех женщин по шкале аттрактивности намного выше, чем мужчины контрольной группы. Очевидное объяснение данных различий, как отмечается в сообщении, состоит в том, что андростенон может вызывать эротические воспоминания, возбуждать либидо «и/или вызывать кое-что еще» в эротических центрах тестируемого мужского мозга. Это приводит к тому, что мужчины видят женщин на фотографиях более сексуальными, более «теплыми» и более привлекательными, чем те испытуемые, которые не вдыхают андростенон [по 28].

Е.Е. Filsinger et al. [20] подвергли группу волонтеров мужского и женского пола воздействию андростенона. Мужчинам и женщинам показывали фотографию мужчины, а затем спрашивали о возникающих у них мыслях. Женщины сообщили, что они были менее «сексуальными», когда подвергались воздействию указанного химического вещества.

Мужчины же думали, что мужчина, изображенный на фотографии, «пассивен» или реагировали положительно, если им нравился запах андростенона.

Отмечается, что ключем к пониманию влияний андростенона и андростенола может быть то обстоятельство, что женщины по-разному могут реагировать на них в зависимости от стадии менструального цикла (R.E. Maiworm, 1990). Одна из теорий состоит в том, что эти два вещества являются «системой передачи сигналов». В одном исследовании женщины-волонтеры, которые находились в фазе овуляции, фактически оценили запах андростенона как более приятный по сравнению с его восприятием в другие дни цикла. Дальнейшее усложнение проблемы состоит в том, что андростенон быстро окисляется и превращается в плохо пахнущий андростенон [29], который предположительно может быть расценен как «радар овуляции», обнаруживающий женщин, находящихся в этой фазе. Другими словами, женщины были бы более дружелюбными, несмотря на вдыхаемый андростенон, если бы они находились в ней [27].

Том Кларк (Tom Clark) из Guy's Hospital (Лондон) распылил «мускусный» альфа-андростенон в нескольких телефонных будках на Лондонском вокзале. Им было зафиксировано, что как мужчины, так и женщины проводили больше времени, разговаривая по телефону, когда кабина была обработана этим веществом, в отличие от того, когда она же оставалась не пахнущей [по 19].

Существует ряд исследований, которые, кажется, свидетельствуют о том, что женщины в общественных местах (кинотеатры, рестораны и т.д.) более часто выбирают сидения, на которые был распылен феромон андростенон, по сравнению с теми сидениями, на которые последний не распыляли.

Отмечается, что, к счастью, роль других человеческих феромонов несколько более ясна. Например, было показано, о чем уже сообщалось выше [24], что копулины значительно увеличивают уровень тестостерона у мужчин. Воздействуя на последних, они фактически делают привлека-

тельность женщины менее важной для представителей мужского пола [25].

R.E. Maiworm, W.U. Langthaler [30] отмечали, что существует мало информации о влиянии андростерона на явное или тайное поведение людей. A.R. Gustavson et al. [22] использовали андростерон в качестве контрольного запаха по отношению к андростенолу при изучении его влияния на «поведение человеческого выбора» («human choice behavior») в кабинах комнаты одыха. Никаких эффектов андростерона на поведение мужчин и женщин выявлено не было.

В исследованиях, проведенных R.E. Maiworm, W.U. Langthaler [30], изучалось возможное влияние андростенола и андростерона на оценку привлекательности и других свойств мужчин представительницами женского пола. Авторы выдвинули гипотезу, в соответствии с которой андростенол и андростерон будут влиять на субъективную оценку женщинами привлекательности и других свойств мужчин на фотографиях. Двойное слепое исследование, в котором участвовало 102 студентки (средний возраст = 23,3 года), проводилось двумя экспериментаторами женского пола. Гипотеза относительно влияния андростенола и андростерона была подтверждена. Оба вещества оказывали влияние на субъективное восприятие женщинами привлекательности и других свойств мужчин, представленных на фотографиях. Авторы отмечают, что относительно андростерона такой результат был неожиданным, так как в литературе какие-либо упоминания об этом отсутствуют. В то время как между двумя контрольными группами (использовался растворитель или не применялось какое-либо вещество) каких-то различий не отмечалось, андростенол и андростерон, кажется, оказывали свое воздействие на оценки. Так или иначе, оба вещества функционировали как «уравнители» («levellers»), повышая оценку умеренно привлекательных мужчин и понижая оценку более высоко привлекательных. Также было выявлено, что воздействие андростенола на оценку других свойств находится под влиянием менструального цикла, что, как показало предыдущее исследование (R.E. Maiworm, W.U. Langthaler, 1990),

оказалось более очевидным для андростенона. Мужчины намного более негативно оценивались женщинами в третьей части их менструального цикла. Под влиянием обоих веществ (андростенола и андростерона) оценки эротических свойств (сексуальный, эротический) имели тенденцию становиться более негативными, тогда как оценки несексуальных признаков (например, эмоциональный, теплый, чувствительный, внимательный/отзывчивый) имели тенденцию быть более позитивными. Когда речь шла о воздействии андростенола, женщины описывали себя как находящиеся в хорошем настроении (менее угнетенных, активных), тогда как при воздействии андростерона они характеризовали себя как менее уверенных и менее отважных.

В литературе приводится ряд данных об изучении влияния синтетических феромонов на социосексуальное поведение человека. W.B. Cutler, E. Friedmann, N.L. McCoy [11] провели исследование, чтобы установить оказывают ли влияние синтетические феромоны мужчин на данное поведение. В этом исследовании участвовало 38 гетеросексуальных мужчин в возрасте от 26 до 42 лет. Изучалось их поведение в течение двухнедельного периода без использования феромонов, а затем проводилось шестинедельное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, тестирующее воздействие феромона, предназначенного для «улучшения романтики их жизни». Каждый испытуемый вел ежедневный протокол, фиксирующий 6 видов социосексуального поведения: петтинг, формальные свидания, неформальные свидания, пребывание в постели вместе с «романтическим партнером» во время сна, половые акты и самостимуляцию, направленную на эякуляцию (мастурбация). Эти данные еженедельно сообщались испытуемыми по факсу. Результаты характеризуемого исследования свидетельствовали о следующем. При сопоставлении с параметрами, которые фиксировались в указанном выше начальном двухнедельном периоде, те мужчины, которые подверглись воздействию феромона, отметили существенно большее учащение половых актов по сравнению с субъектами, на которых такое воздействие не оказывалось.



Такой же вывод при сопоставлении основной и контрольной групп можно было сделать и относительно увеличения продолжительности пребывания в постели с «романтическим партнером» во время сна.

У испытуемых, на которых воздействовал феромон, также была отмечена тенденция к интенсификации петтинга и неформальных свиданий по сравнению с плацебо-группой. Вместе с тем различий между двумя этими группами в частоте мастурбации и формальных свиданий выявлено не было. У существенно большего числа мужчин, подвергшихся феромонному воздействию, по сравнению с теми, кто составил плацебо-группу, интенсифицировалось 2-3 или более из 5 названных видов социосексуального поведения, связанного с вовлечением женщины. Таким образом, в результате исследований было зафиксировано обусловленное воздействием феромона усиление тех видов социосексуального поведения, которые сопряжены с вовлечением партнерши, чего не наблюдалось относительно мастурбации. Как отмечают авторы, полученные результаты дают основание предполагать, что мужские феромоны усиливают сексуальную «тягу» мужчин к женщинам.

Проводилось и изучение влияния феромонов на социосексуальное поведение женщин. Так, N.L. McCoy, L. Pitino [32] осуществили двойное слепое плацебо-контролируемое исследование воздействия предполагаемого синтезированного женского феромона. В нем участвовали регулярно менструирующие женщины (N = 36, средний возраст = 27,8 г.). Формула феромона была установлена ранее при изучении подмышечных секретов сексуально активных фертильных гетеросексуальных женщин. Пробирки, содержащие синтезированный феромон или плацебо, отбирались вслепую. Их содержимое добавлялось к духам субъектов, которые фиксировали и заносили в протокол данные о семи видах социосексуального поведения, о которых они еженедельно сообщали в течение трех менструальных циклов. 19 субъектов подверглись воздействию феромона, а 17 составили плацебо-группу. В результате этого исследования было установлено, что три или большее число видов

социосексуального поведения активизировалось выше исходного уровня у 74% женщин, которые употребляли феромон, по сравнению с 23% лиц из группы плацебо. Авторы пришли к заключению, что синтезированный феромон, о котором идет речь, действует как фактор, увеличивающий сексуальную привлекательность женщин для мужчин.

W.B. Cutler, E. Genovese [15] обсуждают эффекты феромонов, акцентируясь на их потенциальном вкладе в половую привлекательность женщин в менопаузе. Они отмечают, что физическая привлекательность важна для лучшего качества жизни. Три независимых двойных слепых плацебо-контролируемых исследования, проводившихся по единому протоколу, продемонстрировали, что местно наносимый синтезированный феромон увеличивал сексуальную привлекательность женщин. Как отмечают авторы, при наличии партнера сексуальная аттракция может усиливать «нежное интимное поведение», которое, в свою очередь, улучшает благосостояние и повышает качество жизни. В заключение подчеркивается, что необходимо большее количество исследований, чтобы наметить пути, пользуясь которыми находящиеся в менопаузе женщины смогут извлекать выгоду от применения феромонов.

Интерес представляют и следующие исследования, которые свидетельствуют о роли феромонов в повышении сексуальной аттракции (привлекательности). При двойном слепом тестировании 20 женщин, использовавших синтезированный человеческий феромон EroScent™ 3 раза в неделю, сообщили о значительно более высоком уровне сексуальных контактов с мужчинами по сравнению с женщинами, которые применяли плацебо. Второе двойное слепое плацебо-контролируемое исследование, проведенное в 1998 году, выявило, что мужчины, использовавшие человеческие феромоны, также обнаруживали тенденцию к более частым сексуальным контактам с женщинами по сравнению с теми мужчинами, которые употребляли плацебо [по 35].

Согласно результатам исследований, EroScent™, действуя через эндокринную систему, приводит к учащению сексуальных реплик, а следовательно, «повышает шансы

наслаждения романтическими отношениями». Один мужчина сообщил, что у него и его жены развилось угнетенное состояние духа. Это было обусловлено длительным супружеством. Они разошлись, и он имел сексуальные контакты приблизительно 5 раз в год. После того как этот мужчина начал использовать феромон, частота половых актов возросла до 5 раз в неделю.

Также существуют данные, согласно которым выделяемые с грудным молоком кормящих матерей вещества могут влиять на социосексуальное поведение других женщин. Так, N.A. Spencer et al. [39] сообщают, что «естественные вещества», собранные у кормящих женщин и их кормящихся грудью младенцев, увеличивали сексуальную мотивацию других женщин, что по-разному проявлялось у женщин, имеющих постоянного полового партнера, и тех испытуемых, у кого его не было. В то время как у первых фиксировалось усиление сексуального влечения на 24%, у вторых имела место интенсификация сексуальных фантазий на 17%. Женщины из контрольной группы, у которых был постоянный половой партнер, подвергнувшись воздействию нейтрального вещества, сообщили о незначительном уменьшении сексуального влечения, в то время как женщины, не имевшие партнера, отметили уменьшение фантазий на 28%.

Данное исследование осуществлялось следующим образом. В Филадельфии Julie Mennella рекрутировала 26 кормящих грудью женщин, которых попросили использовать щадящую диету, чтобы избежать передачи ароматов типа карри (карри/кэрри – острая приправа) через грудное молоко. Кормящие грудью женщины носили мягкие прокладки, которые помещались в бюстгалтеры, где слюна их младенцев собиралась в дополнение к их собственному поту и молоку. Затем эти мягкие прокладки были собраны, разрезаны на части и заморожены. Такая процедура сбора химических сигналов (chemosignals) показала свою эффективность в других исследованиях, осуществленных в лаборатории M.K. McClintock.

В Чикаго исследователи рекрутировали приблизительно 90 нерожавших женщин в возрасте между 18 и 35 годами. Они были разделены на две группы. Одна группа была подвергнута воздействию мягких прокладок с «веществами грудного кормления», а другая группа – мягких прокладок с фосфатом калия (potassium phosphate), имитирующим консистенцию пота и грудного молока [36]. Natasha Spencer, характеризуя данное исследование, сообщила, что так как «предвзятые идеи» о феромонах могли потенциально влиять на ответы участников, последние не были осведомлены относительно гипотез и используемых веществ. Исследование было представлено субъектам как экспертиза восприятия аромата/запаха в течение менструального цикла. Сделан вывод, что полученные результаты согласуются с известными эффектами феромонов на эндокринную функцию и гарантируют дальнейшее изучение этих социальных химических сигналов для понимания процессов, связанных с их воздействием на другие аспекты мотивации и поведения.

Для того чтобы протестировать влияние феромонов в реальной жизни, телекомпания «ABC News» в марте 1988 года осуществила, как отмечает J. Morgenthaler [35], недостаточно научно обоснованное исследование. Речь идет о следующем близнецовом тесте. Две пары однояйцовых близнецов (две сестры и два брата) были приглашены в один популярный бар Нью-Йорка. Человеческий феромон использовался одним из близнецов в каждой паре, но никто из них не знал, чем его снабдили экспериментаторы. Результаты в отношении мужчин оказались приблизительно равными: только небольшое число женщин обратилось к каждому из них. Отмечается, что это вполне естественно, так как обычно женщины первыми не подходят в барах к мужчинам. Однако различия относительно женщин были разительными. К сестре, которая «носила» человеческий феромон, обратилось почти в 3 раза больше мужчин, чем к другой сестре. Последняя сообщила: «Люди не хотели говорить со мной, в то время как моя сестра пользовалась всеобщим вниманием. По правде говоря, это было неве-

роятно». Ее же сестра, напротив, сказала: «Они не просто говорили со мной, они были ОЧАРОВАНЫ мной!» Делясь своими впечатлениями об этом эксперименте с медицинским корреспондентом «ABC News» доктором Nancy Snyderman, репортер Bill Ritter отметил следующее: «Эти результаты изумили нас. Мы не могли отрицать то, что увидели в этом баре».

Подобный эксперимент был осуществлен и в одном из баров Германии. При его проведении использовались скрытые камеры. Речь идет об однойцовых сестрах-близнецах, которые были в идентичных платьях. Одна сестра использовала феромоны, а другая нет. Как следовало из наблюдений, первая из них пользовалась гораздо большим вниманием мужчин.

В литературе приводятся разноречивые данные относительно связи между сексуальной привлекательностью, цветом волос и продукцией феромонов. Так, J.V. Kohl, R.T. Fransoeur [28] отмечают, что естественный цвет волос связан с генетическими факторами, участвующими в продукции феромонов. Также он влияет на распределение последних. Брюнетки, например, удерживают больше феромона в волосах, потому что их волосы обычно более толстые, чем у белокурых женщин. Гены, которые детерминируют цвет волос и глаз, также связаны с образованием феромона. Вместе с тем в сообщении научно-популярного характера, помещенном в интернете, отмечается, что натуральные блондинки и рыжие выделяют феромонов в шесть раз больше, чем темноволосые женщины. Тем самым они привлекают к себе мужчин [6]. Однако не приводится никаких объяснений таких различий, которые невозможно понять, просто сообразуясь «со здравым смыслом». Более того, лично у нас возможность таких выраженных различий (шестикратное доминирование блондинок и рыжих над темноволосыми женщинами по интенсивности выделения феромонов) вызывает вполне понятные сомнения. В связи с этим следует подчеркнуть, что в доступной нам специальной литературе мы не обнаружили упоминаний о таком доминировании. В приводимом нами сообщении, тем не менее,

подчеркивается, что и брюнеткам не стоит отчаиваться, так как выявлена связь между интеллектуальным развитием мужчины и предпочтением им цвета женских волос. Мужчины со строгим, логичным, математическим складом ума в 90% случаев хотят делить кров, стол и ложе с брюнетками. Представители сильного пола, живущие скорее по наитию и не обременяющие себя умственным трудом, в 65% случаев из ста выбирают натуральных блондинок. В чисто мужской среде (например, в армии) образ прекрасной дамы почти стопроцентно ассоциируется со светлыми волосами.

Эта тема обсуждается и в другой публикации, помещенной в интернете [4]. Сообщается, что результаты необычного исследования недавно опубликовали австралийские психологи. Их интересовало, какой процент мужчин больше любит блондинок, а какой – брюнеток. Как ни странно, любителей блондинок оказалось меньше – всего 40 процентов. Большинство же предпочло темноволосых женщин. По сообщению журнала «Глобус», мужчинам продемонстрировали фильм, в котором фигурировали только женщины – блондинки и брюнетки. И опять выбор был в пользу брюнеток. Тогда психологи пошли дальше – пригласили в зал восемьдесят девушек с разным цветом волос. Причем девушки с крашеными волосами в эксперименте не участвовали. Вот тут-то мужчины и показали свою сущность: 85% из них «проголосовали» за блондинок и рыжих. Возникшее противоречие было объяснено воздействием феромонов, привлекающих мужчин и женщин друг к другу, запах которых улавливается неосознанно. Как и в предыдущей публикации, подчеркивается, что натуральные блондинки и рыжие выделяют феромонов в шесть раз больше, чем брюнетки, то есть привлекают мужчин в гораздо большей степени. Однако не всегда дело обстоит именно так. Как и в вышеприведенном сообщении, акцентируется связь между интеллектуальным развитием и предпочитаемым цветом женских волос. Отмечается, что мужчины с рациональным складом ума и высоким коэффициентом интеллекта в 90% случаев предпочитают брюнеток, а те, кто живет интуитивно, в 65% процентов случаев выбирают натуральных блондинок. Как

и в приведенной ранее публикации, сообщается, что в чисто мужской среде (армия, мужская зона) образ прекрасной дамы почти в ста процентах случаев окрашен в светлые тона [4].

В литературе обсуждаются и изменения в длине волос мужчин и женщин, а также связанные с этим социально-психологические эффекты. Отмечается, что более короткие волосы на голове «заманивают в ловушку» меньше феромонов и уменьшают «различие в распределении ароматов/запахов» между мужчинами и женщинами. Таким образом, женщина с короткими волосами может пахнуть более маскулинно, а мужчина с длинными волосами более фемининно. Тот факт, что все больше и больше женщин ищут чувствительных и эмоциональных мужчин, а все больше и больше мужчин чувствуют себя спокойно (комфортно) с уверенными в себе женщинами, может обуславливать определенную полезность названных трансформаций причесок [28].

Подводя итоги своего анализа возможного влияния феромонов на половое поведение человека, J.S. Hyde [23] подчеркивает, что запах феромонов не должен быть обязательно сознательно воспринимаемым для того, чтобы оказывать свое влияние. Автор также высказывает мнение, что если предположения относительно влияния феромонов на сексуальное поведение человека являются верными, то наше «суперчистое» общество («hyperclean» society) может быть «разрушено» этими запахами, которые притягивают людей друг к другу. Также она отмечает, что гигиенические дезодоранты, применяемые женщинами, могут уничтожать запахи, которые «заводят мужчин» («turn men on»).

J. Morgenthaler [35] в связи с этим отмечает, что современные люди обладают утонченным чувством гигиены. Он восклицает: «Мы принимаем ванну или душ почти ежедневно, удаляя любые следы наших естественных феромонов. Мы обрабатываем себя дезодорантами и используем ароматизирующие вещества, что маскирует любые естественные запахи. Мы покрываем себя с головы до пят, блокируя ту самую кожу, которая продуцирует наши естественные

феромоны. Короче говоря, мы делаем все для того, чтобы заблокировать наше шестое чувство и нашу способность к химической коммуникации».

По мнению W. Masters и V. Johnson, продукты, содержащие феромоны, могут использоваться для коррекции сексуальных дисфункций. Эти ученые считают, что обоняние «недогружено» в лечении сексуальных проблем. Они положительно относятся к использованию в их клинике пахнущих лосьонов с феромонами, чтобы помочь лечащимся парам (по J. Morgenthaler, M. Simms, 2000). Биохимик из Рокфеллеровского университета Уильям Агоста уверяет, что феромоны могут стать одними из самых выдающихся лекарств XXI века, способных помочь в лечении многих сексуальных расстройств.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г.С. Половые феромоны человека (новейшая сексология). – Харьков: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2005. – 270 с.
2. Кочарян Г.С. Феромоны человека и их эффекты: современный анализ проблемы (Сообщение I) // Сексология и сексопатология. – 2006. – №3. – С. 3–8.
3. Палмер Д., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. Гл. 5. Сексуальные отношения и продолжение рода. Феромоны у людей // <http://bookap.by.ru/okolopsy/evolution/gl29.shtm>
4. Почему мужчины предпочитают блондинок? Добавлено 5 марта 2004 г. // <http://www.moigorod.ru/news/details.asp?n=487910>
5. СЕКРЕТЫ ПОВЕДЕНИЯ НОМО SAPIENS (ч. 16) // <http://www.inventors.ru/index.asp?mode=3456>
6. Справка // <http://tablet.front.ru/fermon.htm>
7. Benton D. The influence of androstenol – a putative human pheromone – on mood throughout the menstrual cycle // Biol. Psychol. – 1982. – 15 (3–4). – P. 249–256.



8. Cowley J.J., Brooksbank B.W. Human exposure to putative pheromones and changes in aspects of social behaviour // *J. Steroid. Biochem. Mol. Biol.* – 1991. – 39 (4B). – P. 647–659.
9. Cowley J.J., Johnson A.L., Brooksbank W.L. The effect of two odorous compounds on performance in an assessment-of-people test // *Psychoneuroendocrinology.* – 1977. – 2 (2). – P. 159–172.
10. Cutler W.B. *Love Cycles: The Science of Intimacy.* – New York: Villard Books, 1991.
11. Cutler W.B., Friedmann E., McCoy N.L. Pheromonal influences on sociosexual behavior in men // *Arch. Sex. Behav.* – 1998. – 27 (1). – P. 1–13.
12. Cutler W.B., Garcia C.R., Huggins G.R., Preti G. Sexual behavior and steroid levels among gynecologically mature premenopausal women // *Fertil. Steril.* – 1986. – 45 (4). – P. 496–502.
13. Cutler W.B., Garcia C.R., Krieger A.M. Luteal phase defects: A possible relationship between short hyperthermic phase and sporadic sexual behavior in women // *Horm. Behav.* – 1979. – 13 (3). – P. 214–218.
14. Cutler W.B., Garcia C.R., Krieger A.M. Sporadic sexual behavior and menstrual cycle length in women // *Horm. Behav.* – 1980. – 14 (2). – P. 163–172.
15. Cutler W.B., Genovese E. Pheromones, sexual attractiveness and quality of life in menopausal women // *Climacteric.* – 2002. – 5 (2). – P. 112–121.
16. Cutler W.B., Preti G., Huggins G.R., Erickson B., Garcia C.R. Sexual behavior frequency and biphasic ovulatory type menstrual cycles // *Physiol Behav.* – 1985. – 34 (5). – P. 805–810.
17. Cutler W.B., Preti G., Krieger A., Huggins G.R., Garcia C.R., Lawley H.J. Human axillary secretions influence women's menstrual cycles: The role of donor extract from men // *Hormones and Behavior.* – 1986. – 20 (4). – P. 463–473.
18. Doty R.L., Ford M., Preti G., Huggins G.R. Changes in the intensity and pleasantness of human vaginal odors during the menstrual cycle // *Science.* – 1975. – 190 (4221). – P. 1316–1318.
19. Durden-Smith J., deSimone D. *Sex and the Brain.* – New York: Arbor House, 1983.

20. Filsinger E.E., Braun J.J., Monte W.C., Linder D.E. Human (Homo sapiens) responses to the pig (Sus scrofa) sex pheromone 5-alpha-androst-16-en-3-one // J. Comp. Psychol. – 1984. – 98 (2). – P. 219–222.
21. Grammer K., Jutte A. Der Krieg der Dufte: Bedeutung der Pheromone für die menschliche Reproduktion // Gynacol. geburtshilfliche Rundsch. – 1997. – 37 (3). – S. 150–153.
22. Gustavson A.R., Dawson M.E., Bonnet D.G. Androstenol, a putative human pheromone, affects human (Homo sapiens) male choice performance // Journal of Comparative Psychology. – 1987. – 101 (2). – P. 210–212.
23. Hyde J.S. Understanding Human Sexuality. – McGraw-Hill, Inc., 1994. – 769 p.
24. Jutte A. Weibliche Pheromone – Wirkung und Rolle von synthetischen «Kopulinen» bei der versteckten Ovulation des Menschen: Diplomarbeit an der Universität Wien. 1995.
25. Jutte A. Female Attractiveness and Copulins // Taborsky M., Taborsky B. (eds.). Advances in Ethology 32, Supplements to Ethology: Contributions to the XXV International Ethological Conference. – Vienna, Austria, 20–27 August, 1997. – P. 49.
26. Kirk-Smith M., Booth D.A., Carroll D., Davies P. Human social attitudes affected by androstenol // Research Communications in Psychology, Psychiatry & Behavior. – 1978. – Vol. 3 (4). – P. 379–384.
27. Kohl J.V., Atzmueller M., Fink B., Grammer K. Human pheromones: integrating neuroendocrinology and ethology // Neuroendocrinol. Lett. – 2001. – 22 (5). – P. 309–321.
28. Kohl J.V., Francoeur R.T. The Scent of Eros. – San Jose; New York; Lincoln; Shanghai: Authors Choice Press, 2002. – 306 p.
29. Labows J.N., Preti G., Hoelzle E., Leyden E., Kligman A. Steroid analysis of human apocrine secretion // Steroids. – 1979. – 34 (3). – P. 249–258.
30. Maiworm R.E., Langthaler W.U. Influence of Androstenol and Androsterone on the evaluation of men of varying attractiveness levels. Münster. Chemical Signals in Vertebrates, 1992 // <http://wwwpsy.uni-muenster.de/inst2/maolst/books/book06.html>
31. Maynard-Smith J. Evolution and the Theory of Games. – Cambridge: Cambridge University Press, 1982.

32. McCoy N.L., Pitino L. Pheromonal influences on sociosexual behavior in young women // *Physiol. Behav.* – 2002. – 75 (3). – P. 367–375.
33. Miller E.M. Androstenol as a Pheromone Promoting Pillow Talk. November 4, 1995 // [http://cas.bellarmine.edu/tietjen/images/androstenol\\_as\\_a\\_pheromone\\_promo.htm](http://cas.bellarmine.edu/tietjen/images/androstenol_as_a_pheromone_promo.htm)
34. Miller E.M. The pheromone androstenol: Evolutionary considerations // *Mankind Quarterly.* – 1999. – 39. – P. 455–466.
35. Morgenthaler J. The Pheromone Revolution. Chemical Attractants and Their Effects on Sex, Confidence and Human Health // <http://www.smart-publications.com/articles/article-106-pheromone-revolution.html>
36. Researchers find chemosignal that encourages women's sexual desire. Public release date: 6–Oct–2004 // [http://www.eurekalert.org/pub\\_releases/2004-10/uoc-rfc100604.php](http://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-10/uoc-rfc100604.php)
37. Russel M.J., Switz G.M., Thompson K. Olfactory influences on the human menstrual cycle // *Pharm. Biochem. Behav.* – 1980. – 13. – P. 737–738.
38. Singh D., Bronstad P.M. Female body odour is a potential cue to ovulation // *Proc. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.* – 2001. – 268 (1469). – P. 797–801.
39. Spencer N.A., McClintock M.K., Sellergren S.A., Bullivant S., Jacob S., Mennella J.A. Social chemosignals from breastfeeding women increase sexual motivation // *Horm Behav.* – 2004. – 46 (3). – P. 362–370.
40. Thorne F., Neave N., Scholey A., Moss M., Fink B. Effects of putative male pheromones on female ratings of male attractiveness: influence of oral contraceptives and the menstrual cycle // *Neuroendocrinol Lett.* – 2002. – 23 (4). – P. 291–297.
41. Veith J.L., Buck M., Getzlaf S., Van Dalfsen P., Slade S. Exposure to men influences occurrence of ovulation in women // *Physiol. Behav.* – 1983. – 31 (3). – P. 313–315.

## ГЛАВА 3

### ЛИБИДО: СЕМАТИЧЕСКИЙ (СМЫСЛОВОЙ) АСПЕКТ

Половое влечение представляет собой базовый компонент, инициирующий весь копулятивный цикл. Даже при отсутствии жалоб на его расстройства специалист, занимающийся лечением сексуальных нарушений, должен обращать пристальное внимание на диагностику его состояния. Необходимость этого определяется тем, что названное влечение является энергетикой секса.

В специальной литературе в качестве синонима понятия «половое влечение» часто используется термин «либидо» (ударение следует делать на втором слоге). Однако эти понятия не следует считать тождественными, так как их семантика совпадает лишь частично. Кроме того, термин «либидо» несет определенную методологическую (идеологическую) нагрузку, так как прочно связан с психоаналитическим подходом к осмыслению психических процессов. Подтверждением этому может быть проведенный нами анализ понятия «либидо» с учетом его динамики.

Известно, что многие первоначальные положения З. Фрейда с течением времени претерпевали определенные изменения. Так случилось и с понятием «либидо», которое изначально обозначало лежащую в основе всех сексуальных проявлений индивида психическую энергию. В своей работе «Три очерка по теории сексуальности», увидевшей свет в 1905 г., автор, в частности, отмечал, что либидо «... следует отличать от энергии, которая вообще лежит в основе душевных процессов, так как оно имеет особое происхождение и особый качественный характер, обусловленный особым химизмом сексуальных процессов в организме» [3]. В дальнейшем в своей книге «Я и Оно», которая впервые была опубликована в 1923 г., З. Фрейд рассматривает два влечения: сексуальное, или эрос (влечение к жизни), и влечение к смерти. К первому он относит теперь «... не только подлинное незадержанное половое влечение и производные от него целесообразно подавлен-

ные, сублимированные влечения, но также инстинкт самосохранения...» [5]. В лекциях по введению в психоанализ, написанных в начале 30-х годов, автор также называл первый род влечений сексуальными в широком смысле [4]. Если влечение к жизни стремится усложнить и сохранить ее, то задачей влечения к смерти является возвращение всех живых организмов в безжизненное состояние. Возвращаясь к пониманию либидо З. Фрейдом, отметим, что за этим понятием в последующем утвердилось роль энергии, доступной влечению к жизни (инстинктам жизни), в то время как энергия влечения к смерти (инстинкта смерти, агрессивного инстинкта) не получила специального названия [2]. Во фрейдовском употреблении термина «либидо» предполагается, что эта энергия количественно измерима и характеризуется «подвижностью».

Следует отметить, что основатель психоанализа различает Я-либидо и объект-либидо. Если о последнем следует говорить в том случае, когда либидо концентрируется на определенных объектах, фиксируется на них или же оставляет эти объекты и переключается на другие, то о первом речь идет тогда, когда либидо, будучи отнятым от субъектов, спустя некоторый промежуток времени, в течение которого оно находилось в свободном состоянии, возвращается к «Я». Я-либидо в отличие от объект-либидо получило также название нарциссического. Это последнее является большим резервуаром, из которого исходят привязанности к объектам и в который они снова возвращаются.

Важным в психоанализе является такое понятие, как «вязкость либидо». Для его обозначения З. Фрейд использует несколько близких ему по смыслу слов (прилипчивость, способность к фиксации, цепкость, вязкость, инерция). Чаще всего встречаются два последних термина. Данное понятие было введено З. Фрейдом в работе «Три очерка по теории сексуальности», где он, в частности, определяет вязкость либидо как повышенную стойкость впечатлений сексуальной жизни, способность к их фиксации. Названное свойство отражается на лечебном процессе. Это происходит вследствие того, что люди, для которых оно характер-

но, никак не могут решиться переместить «либидинальные нагрузки» с одного объекта на другой. Вязкость, по мнению З. Фрейда, может стать помехой в лечении, значительно замедляя его. Она является конституциональным фактором, воздействие которого усиливается с возрастом [по 1]. Вязкость либидо, по-видимому, обусловлена психической инерцией.

В ряде случаев прочная фиксация условнорефлекторно обусловленных парафилий (расстройств сексуального предпочтения) с позиций психоанализа может расцениваться как следствие вязкости либидо с трудностью его переключения на нормальные объекты влечения. В лекциях по введению в психоанализ З. Фрейд пишет, что упорство, с которым либидо держится за определенные направления и объекты (его прилипчивость), представляется самостоятельным, индивидуально изменчивым, совершенно неизвестно от чего зависящим фактором. Он отмечает, что еще до психоанализа было известно, что в анамнезе лиц с сексуальными извращениями весьма часто встречается очень раннее впечатление ненормальной направленности влечения или выбора объекта, на котором либидо этого человека застряло на всю жизнь [4].

Вязкость либидо играет роль и в механизмах задержки и регрессии – одного из психологических механизмов, целью которого, как и всех других, является снижение эмоционального напряжения. В первом случае какие-то компоненты функции либидо могут надолго задержаться на ранних ступенях. Опасность этого состоит в том, что более развитые компоненты, которые в своем развитии пошли дальше других, легко могут вернуться на одну из более ранних ступеней, что и носит название регрессии. Она случается тогда, когда достижение цели удовлетворения стремления, проявляющегося в более высокоразвитой форме, наталкивается на серьезные внешние препятствия. З. Фрейд отмечает, что в связи с этим напрашивается предположение, что фиксация и регрессия не совсем независимы друг от друга. «Чем прочнее фиксация на пути развития, тем скорее функция отступит перед внешними трудностями, ре-

грессируя до этих фиксаций, т.е. тем неспособнее к сопротивлению внешним препятствиям для ее выполнения окажется сформированная функция». Прибегая для наглядности к метафоре, автор пишет, что если кочевой народ оставил на стоянках на своем пути сильные отряды, то ушедшим вперед естественно вернуться к этим стоянкам, если они будут разбиты или встретятся с превосходящим их по силе противником. Однако чем больше людей из своего числа этот народ оставил на своем пути, тем скорее он окажется в опасности потерпеть поражение [4].

Вязкость либидо, обуславливающая его задержку, связанную с фиксацией либидо на более ранней стадии, лежит в основе устойчивых патологических сексуальных стереотипов, которые могут быть следствием многолетней мастурбации. В этих случаях проведение полового акта невозможно или же он осуществляется при нарушенных характеристиках, в то время как мастурбация может доставлять большое наслаждение, а ее осуществление не сопровождается нарушением функциональных показателей (полового влечения, эрекции и др.).

Слово «либидо» (лат. *libido* – сильное желание, страстное влечение, обыкновенно в смысле полового влечения) было заимствовано З. Фрейдом у А. Молля (*Untersuchungen Über die Libido sexualis, vol.1, 1898*). Оно многократно встречается в письмах и рукописях, посланных Флиссу, – впервые в Рукописи E, написанной, по-видимому, в июне 1894 г. [1]. В «либидо» Молль выделил два компонента: стремление к прикосновению, побуждающее к физическому (объятия, поцелуи) и духовному общению с другой особой (в нормальных условиях – с особой противоположного пола), и стремление к расслаблению, побуждающее к достижению изменений в половых органах, связанных с вазомоторными и мышечными процессами, следующими за эякуляцией у мужчин и оргазмом у обоих полов.

Понятие «либидо» разрабатывалось не только З. Фрейдом, но также другими психоаналитиками и не только ими. В книге Карла Юнга «ЛИБИДО, его метаморфозы и символы» отмечается, что главным источником для истории по-

ния libido являются «Три очерка по теории сексуальности» З. Фрейда, где термин libido использован в первоначальном медицинском смысле, означая половое влечение. Позднее, сообщает автор, употребление понятия libido видоизменилось: область его применения расширилась. К. Юнг утверждает, что З. Фрейд одновременно с ним был вынужден расширить объем данного понятия. Этот процесс происходил осторожно и неторопливо, что вполне уместно в отношении столь трудной проблемы [6].

Таким образом, хотя А. Молль, предложивший термин «либидо», а затем первоначально З. Фрейд, позаимствовавший его у Молля, отождествляли либидо с половым влечением, в дальнейшем это понятие, как следует из приведенных данных, приобрело более сложную и многомерную трактовку.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
2. Фейдимен Д. Фрейгер Р. Личность и личностный рост. – Т. I. – М.: ВЦМ, 1985. – 388 с.
3. Фрейд З. Психология бессознательного: Сб. произведений / Сост., науч. ред., авт. вступ. ст. М.Г. Ярошевский. – М.: Просвещение, 1989. – 448 с.
4. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989. – 456 с.
5. Фрейд З. Я и Оно. – М.: МЕИТЭМ, 1990. – 56 с.
6. Юнг К. Либидо, его метаморфозы и символы. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1994. – 416 с.



## ГЛАВА 4

### СЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА: ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ

Значительное место в учении З. Фрейда принадлежит его представлениям о сексуальном развитии человека. Выделен ряд стадий развития полового инстинкта [8], которые дифференцировались в зависимости от локализации эрогенной зоны (главенствующего места накопления либидо в пределах тела) и рода предмета катексиса: деятельности или лиц, разряжающих избыток энергии либидо, т.е. снижающих инстинктивное напряжение [14].

**Оральная стадия** продолжается в течение первого года жизни. Основной эрогенной зоной в этот период является оральная, а основным предметом катексиса – функция сосания или кусания. После рождения ребенка большая часть доступной энергии либидо сосредоточивается в указанной зоне. Если изначально это касается губ и языка, то в дальнейшем – это зубы. Основное побуждение младенца – потребность в питании, а также уменьшение чувства напряжения, связанного с голодом и жаждой. Однако во время кормления ребенка ласкают и прижимают к себе, а также утешают и качают. Поэтому уменьшение напряжения и удовольствие первоначально ассоциируются у ребенка с процессом кормления.

В позднем периоде оральной стадии (после появления зубов) отмечается удовлетворение агрессивных инстинктов. Примером может служить доставляющее ребенку удовольствие кусание груди, причиняющее боль матери. В соответствии с указанным З. Фрейд различал в оральной фазе две ступени. Если на первой имеет место оральное поглощение и никакой амбивалентности по отношению к материнской груди нет, то на второй обнаруживаются признаки амбивалентности. Фрейд назвал эту ступень, характеризующуюся появлением кусания, орально-садистской.

Несмотря на то что с возрастом и другие развивающиеся области тела становятся источником наслаждения, опреде-

ленная часть энергии все же оказывается связанной с оральной зоной. У взрослых можно наблюдать ряд привычек, а также стремление к получению удовольствий, связанных именно с этим. В их числе еда, кусание, сосание, жевание, обхватывание губами сигареты при курении, облизывание губ и причмокивание. С агрессивными проявлениями поздней стадии орального развития связывают сарказм, сплетни, «набрасывание» на пищу. Считается, что сохранение интереса к оральным удовольствиям является нормальным, и лишь когда данный способ удовлетворения и снижения напряжения доминирует, следует говорить о патологии.

Фиксация на орально-садистской стадии выражается у взрослых любовью к спорам, пессимизмом, сарказмом, часто в циничном отношении к окружающему. Лицам с данным типом характера свойственно эксплуатирование других людей и доминирование над ними для удовлетворения собственных нужд [9].

Э.В. Соколов [4] характеризует оральный тип характера, возникающий вследствие оральной фиксации, следующим образом:

*«Оральный тип характера формируется в результате концентрации либидо в оральной зоне. Он может отличаться богатством фантазий, мечтаний, в которых особенное значение придается губам, поцелуям, нежным прикосновениям. Сосание каких-либо предметов – трубки, папиросы, пальца, повышенный интерес к еде, привычка грызть ногти являются следами акцентуированного орального либидо. Оральная символика включает в себя зрелые, сочные плоды, округлые формы, напоминающие материнскую грудь. Оральные фиксации на сосании формируют пассивный, выжидательный тип личности, установку на зависимость от других. В любви этот тип ищет проекции. Сублимирование оральных влечений в интеллектуальную сферу порождает рассеянный интерес к знаниям, новой информации, как бы заменяющей материнское молоко. Грубое подавление оральных влечений в детстве оставляет след в виде отвращения к поцелуям, снижает*

*восприимчивость к внешним впечатлениям, угнетает любознательность. Оральный тип по преимуществу общителен, доброжелателен, доверчив. Способен легко увлекаться, мечтать, но пассивен и безынициативен.*

*“Фрустрации”, т.е. травматические следы грубо вытесненных влечений становятся впоследствии основой реактивных образований. В фантазиях орального типа встречается желание укунить, съесть, выпить кровь другого человека».*

**Анальная стадия** охватывает период со 2-го по 3–4-й год жизни. Эрогенными зонами являются органы выделения, а предметом катексиса – функция выделения или удержания стула и мочи. Ребенок испытывает удовлетворение при мочеиспускании и дефекации, а также при удержании кала и мочи. S. Freud [13] в своей работе «Характер и анальная эротика» отмечает, что в том случае, если происходит фиксация на этой стадии развития с акцентом на приятных ощущениях, связанных с анальной зоной (в младенческом и даже более позднем возрасте дети получают удовольствие от задержки стула и поэтому всячески оттягивают акт дефекации), то в дальнейшем, вследствие постепенной утраты эрогенного значения этой зоны, развиваются такие черты характера, как аккуратность, бережливость и упрямство. Они представляют собой продукт сублимирования анальной эротика. При этом под аккуратностью понимается не только физическая чистоплотность, но и добросовестность. Это люди, на которых можно положиться. Бережливость же может доходить до размеров скупости.

Перечисленные черты характерны для так называемого анально-удерживающего типа личности. Данный тип формируется в тех случаях, когда родительская тактика в процессе преодоления неизбежной фрустрации, связанной с приучением ребенка к туалету, состоит в следующем. Некоторые родители, которые ведут себя требовательно и негибко, настаивают, чтобы их ребенок «сейчас же сходил на горшок». В ответ на это ребенок может отказаться выполнять их требования и у него начнутся запоры. Но перечисленного было бы недостаточно для формирования дан-

ного типа личности, которое происходит только тогда, когда подобная тенденция «удерживания» становится чрезмерной и распространяется на другие виды поведения. Анальная фиксация, обусловленная родительской строгостью в отношении туалета, может привести и к формированию «анально-выталкивающего» типа личности. Его характеризуют склонность к разрушению, беспокойство, импульсивность и даже садистическая жестокость. В зрелом возрасте в любовных отношениях подобные субъекты воспринимают партнеров в первую очередь в качестве объектов обладания [9].

Э.В. Соколов [4], анализируя проблемы, связанные с анальной стадией развития, пишет:

*«Ш. Ференчи – один из ближайших учеников Фрейда, подробно проследил пути культурной эволюции анального либидо. Первичным заменителем фекалий в качестве объекта анального либидо является жидкая грязь, по которой дети с наслаждением ступают босиком и которую любят пропускать сквозь пальцы. Более отвлеченной заменой является песок, из которого они что-то пекут, строят. В ряду дальнейших замещений – камушки, всякого рода строительный материал, затем – общие символы материальных ценностей – золото и деньги. Полное, без невротических фиксаций вытеснение анального либидо в сферу манипулирования деньгами, золотом, властью, создает, по мысли Фрейда, наиболее подходящий для рыночной экономики тип характера. Анальный тип характера продуктивен для строителя, предпринимателя, банкира, рантье. Люди этих профессий склонны находить удовлетворение в коллекционировании, систематизации, управлении людьми, регулярных усилиях воли. Черты этого типа – упрямство, жадность, педантизм, аккуратность. Зрелая форма анальной любви содержит сильные собственнические мотивы. Любовь осознается как обладание, господство, сочетаясь нередко с чувством долга.*

*Фрейд подчеркивает культурную значимость анального характера: стремлений к порядку, бережливости и*

*упорства, которые являются фундаментальными мотивами европейцев. В Африке, латиноамериканских странах эти черты не имеют широкого распространения, поэтому там не развивался капитализм.*

*Фрейд и другие исследователи обращают внимание на различия в воспитании детей в разных культурах, на специфическое отношение взрослых к каждой стадии сексуального развития. В Европе, в особенности среди буржуазии, уже в 18 веке приучали детей к регулярности в отправлении туалета, чистоте и аккуратности. Анальная стадия сильнее других акцентировалась в воспитании. В результате получил распространение тип деятельного, скупого, педантичного собственника, недоверчивого и эгоистичного. Стремление к богатству и власти служит характерным признаком европейского буржуазного характера.*

*В странах Африки и Азии на сексуальную дисциплину мало обращают внимания. Открытое проявление детской сексуальности считается нормальным явлением. У африканского ребенка не возникает вытеснений и нет богатой символики сексуальности. Этим объясняется слабое развитие рациональности, настойчивости и других качеств, важных для капиталистического накопления и предпринимательства».*

Определенный интерес для сексологов имеет и представление психоаналитиков о так называемой уретральной эротике, которая предполагает эрогенность всего периферического мочевыделительного аппарата в целом: от мочевого пузыря до наружного отверстия мочеиспускательного канала. J. Sadger [18] отмечает, что нормальные дети, которых до третьего года жизни не удалось приучить к опрятности, в дальнейшем чаще всего становятся уретральными эротиками. У таких детей уже в самом раннем возрасте отмечается учащенное мочеиспускание, поллакиурия, нередко в сочетании с полиурией. При этом их отношение к акту мочеиспускания и его продукту окрашено оттенком интенсивного наслаждения. Малыши очень часто мочатся под

себя, а когда становятся старше, то беспрестанно просят на горшок.

Дети – уретральные эротики испытывают эрогенные ощущения при мочеиспускании даже при обычном (без длительных задержек) или, более того, незначительном наполнении мочевого пузыря с самых ранних пор. Поэтому они мочатся часто и маленькими порциями. Для уретральных эротиков характерны такие явления, как появляющееся в мочеиспускательном канале щекотание, остро возникающие уретральные боли, не имеющие анатомической основы, особые состояния, напоминающие поллюции с отделением секрета или без такового, всегда сопровождающиеся сладострастными ощущениями.

Характеризуя уретральную эотику, J. Sadger [18] представляет и ряд связанных с ней феноменов, наблюдающихся у взрослых людей. Эти явления, по его мнению, имеют то же самое значение и сохраняют даже такую же форму с той лишь разницей, что сексуальную роль начинают играть половые продукты. Например, если раньше имело место недержание мочи, в дальнейшем наблюдаются частые поллюции, семятечение и преждевременное семяизвержение (напрашивается аналогия с синдромом парацентральных долек). Вместо задержек мочи увеличивается продолжительность полового акта. Не имеющие анатомической основы боли, наблюдающиеся у детей при мочеиспускании, продолжаются затем «генитальными невралгиями» яичек или семенных канатиков, а чаще «невралгиями мочеиспускательного канала». Вместе с тем J. Sadger отмечает, что инфантильная мочева эротика может и не иметь каких-либо из указанных трансформаций, но такая возможность существует.

Если же по аналогии с сублимированной анальной эротикой рассматривать сублимированную уретральную эотику, то она сказывается в выборе вида спорта (плавание, гребля, парусный спорт), профессии (моряки, морские путешественники, инженеры-гидротехники), а также в творчестве (устройство общественных водоемов, фонтанов, карти-

ны с изображением колодцев и др.). Таким образом, во всех случаях речь идет о том, что связано с водой.

**Фаллическая стадия** продолжается с 3–4-го по 6–7-й год жизни. Эрогенной зоной являются половые органы, а предметом катексиса – мастурбация. Эту стадию называют фаллической на том основании, что в этот период ребенок либо замечает у себя пенис, либо осознает, что таковой у него отсутствует. У девочек, не обнаруживших у себя полового члена, формируется синдром «зависти к пенису». Этот пункт является критическим, так как у представительниц женского пола возникает противоречие между констатацией отсутствия члена и желанием его иметь. Переживания этого периода (комплекс кастрации) определяют у девочек три возможные линии развития: первая ведет к сексуальным запретам и неврозу, вторая – к модификации характера («комплекс маскулинизации»), а третья – к нормальной женственности.

Сексуальное напряжение, побуждающее ребенка к мастурбации, связывают с близким физическим присутствием родителей. В этот период ребенку свойственно желание лечь в постель вместе с ними. Он с ревностью относится к тому вниманию, которое родители уделяют друг другу. Стремление к контакту с ними становится удовлетворить все труднее. В этот период ребенок начинает ощущать угрозу со стороны родителей.

В своей книге «Психология масс и анализ человеческого «Я» в разделе, посвященном такому защитному механизму, как идентификация, З. Фрейд [6] отмечает, что отец служит идеалом для своего сына, и последний хотел бы стать и быть таким же, как он. Это отношение к отцу является исключительно мужским и способствует подготовке эдипова комплекса. Одновременно с этим у сына появляется «сексуальное объектное влечение» к матери. Отличающиеся между собой привязанности сына к своим родителям некоторое время существуют, не мешая друг другу и не оказывая взаимного влияния. Однако по мере развития ребенка они неизбежно сталкиваются, вследствие чего и возникает нормальный эдипов комплекс. Теперь уже отец как бы ме-

шает сыну, так как стоит на его пути к матери. Таким образом, идентификация приобретает уже враждебный оттенок и становится тождественной желанию занять место отца по отношению к матери.

Испытывая ощущение соперничества со стороны отца, который мешает мальчику обладать матерью, он желает ему смерти. По этой же причине сын боится, что отец кастрирует его и тем самым сделает безопасным, неконкурентоспособным существом. В детстве эдипов комплекс подавляется, и функцию сторожа, удерживающего его в бессознательном и препятствующего каким-либо внешним его проявлениям, в том числе и исключаящего размышления о нем, выполняет развивающееся суперэго. У девочек наблюдается сходная ситуация, однако поскольку боязнь кастрации со стороны соперничающих с ними матерей отсутствует, то потребность подавления желаний у них менее остра. Это позволяет им оставаться в «эдиповой» ситуации неопределенно долго.

У женщин комплекс, подобный эдипову, называется комплексом Электры. Единая точка зрения по отношению к этому комплексу отсутствует. Можно встретить и противоречащие друг другу сообщения об употреблении этого термина самим З. Фрейдом. Так, Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис [3] указывают, что данное понятие было введено Юнгом и впервые использовано им в работе «*Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie*» («Опыт описания психоаналитической теории», 1913). З. Фрейд (1920), однако, отнесся к этому отрицательно и заявил, что не видит смысла в этом выражении. Затем в статье о женской сексуальности (1931) он высказался еще решительнее, утверждая, что тождества между эдиповым комплексом и комплексом Электры нет и что «только у мальчика складывается это определяющее всю его судьбу отношение между любовью к одному из родителей и ненавистью к другому как к сопернику».

Тем не менее Л. Хьелл, Д. Зиглер [9] приводят данные, согласно которым З. Фрейд обращался к этому термину и использовал его, отмечая, что девочка со временем избав-



ляется от комплекса Электры. Это происходит за счет подавления тяготения к отцу и идентификации с матерью. Со временем, становясь все более похожей на мать, девочка получает символический доступ к своему отцу. Таким образом якобы увеличиваются шансы когда-нибудь выйти замуж за мужчину, который похож на отца. Позже некоторые женщины начинают мечтать о том, чтобы их первенцы оказались мальчиками. Данный феномен ортодоксальные фрейдисты интерпретируют как выражение замещения пениса (J. Hammer, 1970).

Взрослые мужчины, у которых имеет место фиксация на фаллической стадии, ведут себя дерзко. Они хвастливы и опрометчивы, стремятся к успеху, а его достижение символизирует для них победу над матерью. Их характеризуют постоянные попытки, доказывающие их мужественность и половую зрелость. Они хотят убедить других в том, что они «настоящие мужчины». Один из применяемых ими для этого способов – безжалостное завоевание женщин, т.е. поведение по типу Дон Жуана. У женщин фаллическая фиксация, как отмечал З. Фрейд, обуславливает склонность к флирту, оболъщению, беспорядочным половым связям. Вместе с тем в сексуальном отношении они могут казаться наивными и невинными. В некоторых случаях речь идет о так называемых кастрирующих женщинах, которые борются за главенство над мужчинами. Они чрезмерно настойчивы, напористы и самоуверенны.

Проблемы «эдипова» периода, которые не были разрешены, расценивались основоположником психоанализа как основной источник последующих невротических моделей поведения, особенно тех, которые имеют отношение к «импотенции» и «фригидности» [9].

Э.В. Соколов [4], характеризуя данные проблемы, отмечает:

*«Формирование и преодоление эдипова комплекса – ответственный момент в жизни личности. Плохо сформированный или не до конца преодоленный эдипов комплекс служит источником страха, робости, стыда – чувств, которые могут обостряться в кульминационные моменты*

*развития любовных отношений и многократно усиливаются случайными обстоятельствами, перерастая в стойкий невроз. Не изжитый эдипов комплекс блокирует нормальное половое развитие. Например, молодой человек испытывает затруднение, что-то вроде потери речи, когда приходит момент объясниться в любви. Будучи мечтательно и романтически настроен, он, однако, не способен любить данного конкретного человека, поскольку его либидо заблокировано неизжитой привязанностью к матери и страхом перед отцом. Неизжитость эдипова комплекса служит причиной несообразного выбора партнера: молодой человек влюбляется в женщину значительно старше его, которая напоминает ему мать: любовный выбор падает на людей, уже состоящих в браке, поскольку их социальная позиция аналогична позиции родителя».*

**Латентный период** по времени охватывает интервал с 6–7-летнего возраста до начала полового созревания. В этот период сексуальные желания ребенка не привлекают внимание «Я» и успешно подавляются «сверх-Я». Ослабляется привязанность детей к родителям, их интересы обращаются к взаимоотношениям со сверстниками, к учебе, спорту и т.п. Рассматриваемая фаза характеризуется также уменьшением интенсивности сексуальных стремлений. Многие из того, что ребенок знал или делал раньше, забывается и оставляется. В этот период возникают стыд, отвращение и мораль, которые предназначены противостоять бурям пубертатного периода и направлять просыпающиеся сексуальные желания.

Э.В. Соколов [4] дает следующую характеристику этого периода:

*«Пройдя оральную, анальную и генитальную фазы, либидо вытесняется с поверхности тела, перемещается вглубь психики, приводя к образованию эмоционально насыщенной зоны “я”. Задерживаемая на пути к внешней разрядке энергия либидо инвестируется в “я”, давая чувство уверенности, собственной значимости, полноты души».*

Данную возрастную фазу не следует рассматривать как собственно стадию полового развития, так как в этот период не появляются новые эрогенные зоны, а сексуальный инстинкт предположительно дремлет [9].

**Генитальная стадия** начинается с периода полового созревания. Эрогенной зоной, так же как и в фаллической стадии, являются половые органы, но изменяется предмет катексиса. Им становятся чужое тело и половой акт с лицом противоположного пола.

Генитальный характер, согласно психоаналитической теории, идеален. Это зрелый и ответственный в социосексуальных отношениях человек, испытывающий удовлетворение в гетеросексуальной любви [9]. Термин «генитальная личность» З. Фрейд использовал для обозначения конечного уровня психосексуального развития индивида [по 8]. Однако он считал, что генитальная зрелость вообще редко достигается.

Как следует из всего сказанного, на каждой из стадий может произойти задержка развития, которую З. Фрейд называет фиксацией. Она обуславливается чрезмерным поощрением или сильной фрустрацией при наличии препятствий к более зрелому удовлетворению инстинкта. Фиксация не остается без последствий и приводит к формированию анального, орального, фаллического или генитального характера (W. Reich, 1933). Фиксация на какой-либо из стадий обуславливает тенденцию к регрессии либидо именно к этой стадии с типичными для нее формами поведения, что отмечается в тех случаях, когда возникают какие-либо трудности в его реализации.

Э.В. Соколов [4] размышляет над понятием «сексуальная конституция» с позиций стадийности развития либидо и его последствий, связанных с той или иной степенью фиксации либидо на какой-либо из стадий. Он отмечает, что данная конституция «определяется доминированием в личностном ядре орального, анального или генитального либидо. Преобладание либидо того или иного типа обуславливает чувствительность каждой из эрогенных зон и предпочтительность той или иной формы сексуального контакта.

Так называемые извращенные формы сексуальности, «перверсии», получают тем самым убедительное объяснение.

Существуют и другие модели сексуального развития человека. Одна из них, которая была разработана в СССР сотрудниками отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии, представлена в приложении 2.

Не проводя детального анализа приведенных данных, отметим лишь, что они вызывают неоднозначную оценку. Так, например, Л. Хьелл, Д. Зиглер [9] весьма элегантно критикуют представление о латентной фазе. Они отмечают, что З. Фрейд уделял незначительное внимание процессам развития в латентном периоде. Авторы полагают, что это довольно странно, поскольку он занимает в жизни ребенка почти такой же временной промежуток, как все предыдущие стадии вместе взятые, и иронически замечают: «Возможно, это была передышка не только для ребенка, но и для теоретика».

Значительно более резко высказывается Л.М. Щеглов [11], который вообще крайне негативно относится к использованию психоаналитического метода с лечебной целью, в том числе и для коррекции сексуальных проблем. Он считает, что психоаналитическое ортодоксальное лечение «носит несколько издевательский характер», имея в виду его большую продолжительность. По мнению Л.М. Щеглова, никакие стадии, описанные З. Фрейдом, «не работают в конкретном контексте – в каком-нибудь полинезийском племени или в Китае периода реформаторства», поскольку психоаналитическая теория личности Фрейда справедлива только в рамках той культуры, в которой он родился и жил.

Характеризуя выделенные в психоанализе стадии сексуального развития, автор даже акцентирует внимание на том факте, что они не являются таким же объективным понятием, как, например, количество лейкоцитов, работа костного мозга, которая объективна с тех пор, как человек стал таким, каким он является в настоящее время.

В связи с последним утверждением цитируемого автора, уместно привести мнение Э.В. Соколова [4], который отмечает, что формирование эдипова комплекса предполагает

существование устойчивой моногамной патриархальной семьи. Поэтому нет оснований искать его там, где дети воспитываются в большой семье родственников и не всегда знают, кто их отец. Более того, автор считает, что не только где-нибудь в Африке, но и в современной европейской семье отец в настоящее время не является столь значимой фигурой для ребенка, какой он был еще сто лет тому назад.

Продолжая характеризовать свое отношение к психоанализу и его неприятие (во всяком случае как «теоретической базы для практического использования»), Л.М. Щеглов [11, с. 150] отмечает: «Психоаналитические рассуждения о сексологических симптомах и синдромах сегодня в основном – это удел не врачей, медицинских психологов и психотерапевтов, а философствующих субъектов, которые мне напоминают наших бывших инженеров, прошедших годичное обучение на психфаке и ставших психологами».

Однако следует заметить, что как сам Л.М. Щеглов [10, 12], так и другие профессиональные российские клинические сексологи [1, 5], не говоря уже о западных специалистах [2, 15–17 и др.], прибегали и прибегают к использованию психоаналитической терминологии и подходов для объяснения различных нарушений сексуального здоровья и связанных с ними проблем. Так, например, ранее Л.М. Щеглов [10], суммируя значение учения З. Фрейда для развития сексопатологии, отмечал, что можно наметить такие пути практического использования и научных разработок основных его положений в сексопатологии, как широкое применение психоанализа для диагностики и лечения сексуальных расстройств и неврозов, использование основных положений З. Фрейда в структуре психотерапевтического процесса, применение теории стадийности развития сексуальности для целей и задач сексуального воспитания и просвещения, профилактики семейно-сексуальной дисгармонии и формирования сексуальной культуры.

Нам представляется, что обращение к наследию З. Фрейда и психоанализу в целом в ряде случаев оказывается полезным, поскольку позволяет глубже понять, в частности, механизмы развития некоторых сексуальных

расстройств и обусловленных ими изменений поведения. Однако при объяснении тех или иных сексологических симптомов с использованием психоаналитических трактовок следует стремиться к доказательности последних, избегая чисто умозрительных построений, не имеющих под собой реальной основы.

Вновь возвращаясь к проблеме сексуального развития человека, необходимо отметить, что существуют и другие критические высказывания относительно психоаналитической концепции сексуального развития. Это, в частности, касается комплекса Электры. В разделе, посвященном сексуальному развитию человека и его стадиям, Р. Фрейджер, Дж. Фейдимен [7] отмечают, что, согласно Фрейду, женская сексуальность представляет собой «разочаровавшуюся мужскую», вместо того чтобы представлять чисто женские склонности. По их мнению, сегодня эта точка зрения кажется, возможно, одним из самых слабых предположений в теории Фрейда. Если принять ее в качестве основного искажения реальности, то большинство выводов ученого относительно природы женской сексуальности и женской психологии покажутся сомнительными.

Предположение, сделанное в большинстве ранних психоаналитических работ, по мысли авторов, заключается в том, что отсутствие пениса у маленькой девочки приводит не только к зависти по отношению к пенису мальчиков и связанному с ним чувству неполноценности, но и к подлинной неполноценности, понимаемой в широком смысле. Именно поэтому отвергается женская зависть к пенису как якобы самый реальный и часто наблюдаемый клинический феномен. Л. Хьелл, Д. Зиглер [9] отмечают, что сторонники феминистского движения считают взгляд З. Фрейда на женщин не только унижительным, но и абсурдным. Вместе с тем К. Horney (1926) отмечала, что зависть к пенису может быть естественным переживанием для женщин, таким же, как зависть по отношению к беременности, деторождению, материнству и вскармливанию грудью – для мужчин. Важно то, что переживаемая зависть не обрекает маленькую девочку на постоянное чувство неполноценности, а скорее

может дать ей целый спектр чувств. Совладание с ними служит основой для ее роста и развития как зрелого человека, а не как низшего существа [по 7].

Мы не ставили своей целью искать изъяны в психоаналитической концепции сексуального развития человека. Критических оценок отдельных ее положений, в том числе и достаточно конфронтационных, как мы убедились, и так существует в избытке. Наша задача состояла в представлении данной концепции. Тем не менее хотелось бы высказать ряд общих соображений о различных теориях и вытекающих из них рекомендациях для практики. С опытом мы пришли к убеждению о справедливости известной заповеди: «Не сотвори себе кумира». В каждой теории и основанной на этой теории терапии имеются ограничения. Всегда уместно помнить о том, что «карта – это не территория». Исповедуя единственный концептуальный подход и отрицая все другие, теоретик и практик тем самым ограничивают свои возможности, «зашоривают» мышление, работают на ригидность восприятия и осмысления.

Однако закономерно возникает вопрос, почему какой-либо из кумиров стал таковым? Почему его теория и опирающаяся на эту теорию практика существуют так долго, если существуют? Почему у данного кумира масса преданных поклонников? Надо полагать, что в теоретических конструкциях и клинических разработках этого кумира и его последователей есть нечто рациональное, что и подпитывает определенную систему, обеспечивая сам факт ее существования, тем более длительного. Это в полной мере справедливо и по отношению к психоанализу.

Только использование продуктивных концепций и полезных разработок разных систем, построение «образа»/«схемы» пациента, опирающееся на эти концепции и разработки, позволят максимально приблизиться к объективной реальности, к всестороннему и глубинному пониманию личности и ее проблем, а следовательно, и созданию эффективных лечебных программ.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Екимов М.В. Формы мастурбации, психосексуальное развитие и сексуальные дисфункции // Сексология и сексопатология. – 2003. – №6. – С. 14–21.
2. Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
3. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
4. Соколов Э.В. Введение в психоанализ. – СПб.: Лань, 2002. – 320 с.
5. Федорова А.И. Психосоматические аспекты диспарейнии // Сексология и сексопатология. – 2005. – № 1. – С. 10–14.
6. Фрейд З. Психология масс и анализ человеческого «Я». – М.: Современные проблемы, 1925. – 98 с.
7. Фрейджер Р., Фейдимен Д. Личность: теории, эксперименты, упражнения / Пер. с англ. – СПб.: ПРАЙМ – ЕВРОЗНАК, 2001. – 864 с.
8. Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста / Пер. с англ. – М., 1996. – 431 с.
9. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 608 с.
10. Щеглов Л.М. Психоанализ Фрейда и сексопатология // Сексопатология и андрология. Методическое пособие для врачей. Вып. 1. / Под ред. Б.М. Ворника. – К., 1994. – С. 45–64.
11. Щеглов Л.М. Вместо комментария // Фрейд З. Эротика: психоанализ и учение о характерах. – СПб.: Изд-во А. Голода, 2003. – С. 149–153.
12. Щеглов Л.М. Психологические защитные механизмы у сексуальных девиантов // Актуальные проблемы современной сексологии и репродуктологии / Сб. тезисов науч.-практ. конф. (23–26 июня 2003 г.). – К., 2003. – С. 110–111.



13. Freud S. Характер и анальная эротика // Freud S., Jones E., Hattinberg H., Sadger J. Психоанализ и учение о характерах. – Москва–Петроград: Гос. изд-во, 1923. – С. 17–23.
14. Jakubik A. Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia. – Warszawa: PZWL, 1979. – 374 s.
15. Janssen P.L. Psychodynamic study of male potency disorders. An overview // Psychother. Psychosom. – 1985. – 44 (1). – P. 6–17.
16. Marmor J. Impotence and ejaculatory disorders // The Sexual Experience / B. Sadock, H. Kaplan, A. Freedman (eds.). – Baltimore: Williams and Wilkins, 1976.
17. Radin M.M. Preoedipal factors in relation to psychogenic inhibited sexual desire // J. Sex Marital Ther. – 1989. – 15 (4). – P. 255–268.
18. Sadger J. Уретральная эротика // Freud S., Jones E., Hattinberg H., Sadger J. Психоанализ и учение о характерах. – Москва-Петроград: Гос. изд-во, 1923. – С. 73–124.

## **ГЛАВА 5**

### **ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ И НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ МАСТУРБАЦИИ: МИФЫ И РЕАЛЬНОСТЬ**

О патогенном воздействии мастурбации раньше (до 60-х – начала 70-х годов XX века) писали много и почти все те, кто касался этой темы. Мнение о греховности и чрезвычайном ее вреде существовало на протяжении ряда веков. В христианском мире представлению о греховности онанизма способствовало распространение мировоззрения ряда теологов. В связи с этим, в частности, упоминается Августин (IV в. н. э.), который считал, что каждый половой акт и семяизвержение должны осуществляться естественно и иметь своей целью зачатие. Так как мастурбация не приводила к деторождению, то она была отнесена к категории греховных деяний.

Мнение о греховности мастурбации, которую раньше гораздо чаще называли онанизмом, поддерживалось и тем обстоятельством, что библейский персонаж Онан, с именем которого и связано происхождение термина «онанизм», не подчинился существующему закону. Однако, как отмечают В.И. Здравомыслов с соавт. [12], термин «онанизм» семантически неправилен. Согласно еврейскому закону левират-брака, Онан должен был жить половой жизнью с вдовой своего старшего брата. Однако он не хотел, чтобы та от него забеременела, и не допускал интравагинального семяизвержения при половом акте, изливая семя на землю. Таким образом, речь шла не о мастурбации, а о прерванном половом сношении (*coitus interruptus*).

Детально анализирует проблему В.В. Андрианов [1], который с этой целью обращается к Библии, что дает возможность понять, почему именно Онан изливал семя на землю. Бытие, гл. 38: «6. И взял Иуда жену Иру, первенцу своему; имя ей Фамарь. 7. Ир, первенец Иудин, был негоден перед очами Господа, и умертвил его Господь. 8. И сказал Иуда Онану: войди к жене брата твоего, женись на ней, как деверь, и восстанови семя брату твоему. 9. Онан знал, что семя будет не ему; и потому, когда входил к жене брата своего, изливал на землю, чтобы не дать семени брату своему. 10. Зло было пред очами Господа то, что он делал; и Он умертвил и его». Таким образом, Библия не содержит указаний о греховности мастурбации.

Однако идея о ее греховности, которая провозглашалась некоторыми теологами, привела к возникновению социального заказа. Данный социальный заказ заключался в том, чтобы признать мастурбацию не просто грехом, как некоей моральной категорией, но и тем, за что следует нести наказание, т.е. расплачиваться чем-то вполне осязаемым, а именно различными болезнями. Дальше все шло по обычному сценарию. За выполнение этого социального заказа рьяно взялись медики. Разнообразие вредных последствий мастурбации, которое было названо ими, превосходит самые смелые и необузданные фантазии.

Среди этих последствий, помимо половой слабости, которая, как указывают, в частности, может быть вызвана поражением спинномозговых центров эрекции и эякуляции, неверие в свои силы, малодушие, робость, снижение работоспособности, умственных способностей и самостоятельности, нарушение способностей к сосредоточению, нерешительность, мрачность, капризность, обидчивость, замкнутость, подавленность, стремление к уединению и избегание общения, физическое и психическое истощение, изменение цвета кожных покровов, появление угрей, увеличение одной или обеих грудей у мальчиков в возрасте 12-18 лет, поллюции, простаторея (выделение простатического секрета), сперматорея (непроизвольное отделение семени), усиленное выделение секрета желез Купера и Литтре, которое может происходить даже при самом небольшом сексуальном возбуждении, парафимоз (чаще всего при узком отверстии препуциального мешка), баланопостит (воспаление кожи головки и крайней плоти вследствие частого трения нежной кожи *glans penis* и крайней плоти), атоничная и дряблая простата, конгестивный простатит, колликулит (воспаление семенного бугорка), «особый противный запах», исходящий от хронических онанистов, общая слабость, ослабление памяти, апатия, раздражительность, неврастения и вообще тяжелые неврозы, мигрень, невралгия, потеря веса, эпилепсия, ослабление зрения и даже слепота, «размягчение мозга», сухотка спинного мозга, прогрессивный паралич, различные виды помешательств, летаргия, извращение полового чувства у мужчин (в форме гомосексуализма, зоофилии и фетишизма) и даже преждевременная смерть. Однако называвшиеся негативные последствия мастурбации далеко не исчерпывались только вышеприведенными.

Е.А. Кащенко (2003) в своей книге «Сексуальная культура военнослужащих», вышедшей в Москве в издательстве «Едиториал УРСС», называет следующие признаки, по которым в начале XX века офицеры в армии определяли онаниста: большой половой член, отвисшая мошонка, открытая головка полового члена, частые носовые кровотечения, ослабление чувства обоняния, носоглоточные забо-

левания, неопрятность, отсутствие брезгливости, обкусанные ногти на руках, красные руки с синеватым отливом, ломкие и сухие волосы на голове, расширенные зрачки, глаза, чаще выражающие удивление, чем какое-то другое чувство, голос слабый, глуховатый, тембр его нечистый, при движении в строю мастурбант высоко поднимает носок сапога. Онанисты безразличны к родителям, враждебны к педагогам, придиричивы и раздражены по отношению к товарищам. Для них характерны заискивание и трусливость перед сильными товарищами, требовательное и бессердечное отношение к подчиненным. Они лживы, их моральные чувства, в том числе и чувство долга, ослаблены.

Р. Крафт-Эбинг [23, с. 290], говоря о неблагоприятном влиянии мастурбации на психосексуальное развитие личности, отмечает:

*«Этот порок, если ему предаются с юных лет, отражается в высшей степени вредно на всех благородных, идеальных чувствах, вытекающих из нормального полового развития; иногда он прямо-таки губит все эти чувства. Онанизм не дает распуститься зачаткам идеальной любви, он лишает растущий цветок его красоты и аромата и оставляет только грубое животное стремление к половому удовлетворению. Когда испорченный таким образом индивид достигает зрелого возраста, то оказывается, что у него недостает чисто эстетического, идеализированного стремления к другому полу. Это уменьшает и силу его чувственных ощущений, так что его влечение к лицам другого пола оказывается в значительной степени ослабленным. Этот дефект отражается крайне вредно на всей психике юных онанистов – как мужчин, так и женщин; у них страдает этика, характер, поведение, фантазия, настроение, вся их инстинктивная и чувственная жизнь. Нередко влечение к другому полу падает до нуля, так что мастурбант предпочитает свой порок естественным половым сношениям».*

Лоброзо в приводимом им клиническом примере даже наводит читателей на мысль о том, что мастурбация может оказывать самое неблагоприятное влияние на потомство.

Так, он сообщает: «Другая девочка начала онанировать с 8 лет и продолжала предаваться этому пороку и в браке, не останавливаясь даже перед беременностью. Она рожала 12 раз; 6 детей умерли в раннем детстве, 4 имели гидроцефалию (головную водянку), 2 (мальчика) стали мастурбировать на 7-м и 4-м году жизни» [по 23, с. 72].

Особое место в распространении взглядов о патогенном влиянии мастурбации занимает швейцарский врач С. Тиссо (1728–1797), который стал рассматривать ее как медицинскую проблему и превратил из простого греха в заболевание, требующее лечения. Он полагал, что любая половая активность опасна, так как вызывает прилив крови к голове, тем самым снижая кровоснабжение других органов. Из-за этого нервы и другие жизненно важные ткани постепенно дегенерируют. Возникающее поражение нервной системы в свою очередь ведет к безумию. Мастурбация же, по мнению Тиссо, является особенно «опасной» формой сексуальной активности ввиду ее простоты и возможности начинать заниматься ею в детские годы, когда организм особенно уязвим. В дополнение к этому, испытываемое мастурбантом чувство вины создает дополнительную нагрузку на нервную систему, увеличивая опасность нервных расстройств [по 27].

Произведение 1710 года, озаглавленное как «Онания», обвиняло мастурбацию во всех венерических заболеваниях. В 1864 году Эллен Уайт опубликовала книгу, в которой говорилось, что «порок одиночества» был причиной абсолютно всех нарушений – от умственной отсталости до безумия и рака.

Страх перед последствиями мастурбации привел к применению профилактических мер диетического и гигиенического характера. Так, те, кто занимался онанизмом, не должны были употреблять острый соус, спиртные напитки, устрицы, соль, перец, рыбу, варенье, шоколад, имбирное пиво и кофе, так как считалось, что они раздражают нервную систему и усиливают сексуальное желание. Кроме того, с этой же целью рекомендовалось исключение тесной одежды (тесных трусов и брюк) и грубых простыней, которые, как

считалось, могут провоцировать мастурбацию. Также по рекомендации врачей использовались оборачивание мокрыми простынями, окунание в холодную воду, привязывание рук к спинке кровати и ночные смирительные рубашки. В поиске более действенных мер в США (XIX век) были разработаны сетки, замки и пояса, напоминающие средневековые пояса целомудрия, препятствующие возможности касаться своих гениталий. Их можно было запереть на замок, ключ от которого хранился у родителей. Все это было поставлено на «серьезную научную» основу, так как сопровождалось выдачей патентов изобретателям этих приспособлений. Для подростков и взрослых мужчин также было сконструировано довольно мучительное приспособление. Это была утыканная изнутри острыми шипами трубка. Когда она одевалась на член, то при возникновении его эрекции эти шипы попросту начинали его колоть. В начале XX века в США с целью не допустить занятия мастурбацией применялись металлические рукавички, которые одевали детям на руки, колокольчики, находящиеся в комнате родителей и звеневшие, когда ребенок начинал мастурбировать, а также специальная сигнализация, которая звонком предупреждала родителей о покачивании детской кроватки. Предлагались и более решительные меры: иссечение крайней плоти (обрезание), прикладывание пиявок на гениталии для устранения вызывающей сексуальное желание гиперемии, их прижигание электрическим током или раскаленным железом для разрушения соответствующих нервов, что вело к снижению чувствительности и возделения. Крайними мерами, которые пользовались большой популярностью в США для борьбы с мастурбацией в 1850–1860-х годах, были кастрация и удаление клитора [27].

Представляет интерес сообщение M.I. Good [49] о пациентке 51 года, подвергнувшейся в раннем детстве антимастурбаторным мерам, финальным аккордом которых явилась «клиторэктомия». Последняя привела к психотравмирующим последствиям. На самом же деле удаление клитора было мнимым, что не помешало оказывать этому «удалению» патогенное воздействие на психику пациентки, так

как «ложная память шоковой травмы» может репрезентировать истинные травматические воздействия.

J. Stengers и A. Van Neck – авторы книги «The History of the Great Terror» («Мастурбация: история большого террора»), характеризуя отношение к онанизму, которое господствовало ранее, сообщают, что поездки в бордель и/или ранний брак стали необходимыми, чтобы помочь мальчикам избежать ужасающих последствий мастурбации, которые включали гонорею, истощение, бессилие и смерть [72].

В начале XX столетия появилось сомнение в том, что мастурбация является причиной различных болезней. Это привело к постепенному накоплению статистики, которая свидетельствовала, что значительное большинство людей занимается мастурбацией. Отсюда можно было сделать вывод, что если у большинства людей, которые онанируют, не развивается безумие, бессилие и они рано не умирают, то мастурбация не может считаться ответственной за происхождение этих неблагоприятных явлений, которые относят к ее последствиям [72].

Однако в первой трети XX столетия к онанизму все еще продолжали относиться с большим страхом. Так, в 1918 г. G. Wood, E. Ruddock [75], характеризуя тех, кто занимается мастурбацией, писали, что она может привести к застенчивости и робости, избеганию общества лиц противоположного пола. Лицо мастурбанта склонно к бледности, часто имеют место синеватые или багрянистые круги под глазами, в то время как сами глаза выглядят грустными и безжизненными. Края век часто становятся красными и воспаленными. Человек не может смотреть другим в глаза, опускает их или отворачивается от пристального взгляда другого лица, как будто в чем-либо виновен. Здоровье вскоре заметно ухудшается. Развивается общая слабость, замедление роста нижних конечностей, нервозность и тремор рук, потеря памяти и неспособность учиться, беспокойное поведение, слабость глаз, их воспаление и слепота, головная боль и бессонница, тупость, истощение организма, поражение спинного мозга, непроизвольное выделение семени, потеря всей энергии или духа, безумие и идиотия – безна-

дежное разрушение и тела и души. Немногие, возможно, когда-либо думали о том, продолжают авторы, сколько обитателей психиатрических больниц попали туда из-за этого ужасного порока. Далее они отмечают, что знания о вреде характеризуемого порока, вероятно, встревожат как родителей, так и его жертв даже больше, чем боязнь холеры или оспы [по 45].

В 1930 году один из авторитетных медиков предостерегал от опасности онанизма, к которому, в частности, может привести лазание по канату, езда на велосипеде или кручение швейной машины. Он настаивал, что этот путь ведет к слабоумию и преждевременной старости, утрате духа, потере памяти, зависимости, апатии, раздражительности, головным болям, невралгиям, ухудшению зрения и т.п. [70]. В 1940 году был опубликован текст «Детские и юношеские болезни», где говорилось о безусловном вреде мастурбации. Высказывается предположение, что, вероятнее всего, общей причиной для запрета мастурбации во все времена служило желание увеличить прирост населения [29].

Страх перед последствиями онанизма может быть тем более велик, что его частота является очень большой. Так, по данным одного из последних фундаментальных исследований сексуального поведения в США [55] среди опрошенных лиц мужского пола в возрасте 18-26 лет (253 чел.) никогда не занимались мастурбацией 26%, 27-38 лет (353 чел.) – 12%, 39-50 лет (281 чел.) – 16%, 51 года – 64 лет (226 чел.) – 24%, 65 лет и выше (214 чел.) – 23%. Среди респондентов женского пола в возрасте 18-26 лет (266 чел.) никогда не занимались онанизмом 44%, 27-38 лет (378 чел.) – 20%, 39-50 лет (294 чел.) – 16%, 51 года – 64 лет (233 чел.) – 30%, 65 лет и выше (213 чел.) – 35%.

С течением времени, однако, отношение к мастурбации как к фактору, способному приводить к различным неблагоприятным последствиям, постепенно смягчалось. Например, это выражалось в том, что из перечня таких последствий постепенно исключались наиболее страшные. Затем, более того, вектор отношения стал менять свое направление с отрицательного на положительное. Так, в 1970 году



К. Imielinski писал, что в настоящее время онанизм, встречающийся в период полового созревания, считается почти нормальным физиологическим проявлением, обычной формой выражения развивающегося полового влечения [по 12].

В 1974 г. В. Dodson [48, p. 13] заявляет: «Мастурбация, конечно, является нашей первой естественной сексуальной активностью. Это способ, которым мы обнаруживаем наш эротизм, способ, которым мы учимся отвечать сексуально, способ, которым мы учимся любить себя и строить чувство собственного достоинства. Сексуальный навык и способность отвечать на сексуальные стимулы “неестественны” в нашем обществе. Поведение (образ действий), которое “возникает естественно” для нас, является заторможенным. Секс подобен любому другому навыку. Он должен быть изучен и осуществлен».

Вместе с тем отношение к мастурбации как к фактору, неблагоприятно влияющему на здоровье человека, все еще оказывало большое воздействие на представления ученых. Так, в 1972 году Л.Я. Мильман [30, с. 70] писал: «Практикуемый онанизм у физически здоровых людей (с сильным типом высшей нервной деятельности) может иногда не причинять большого вреда». В рассматриваемом контексте интерес представляет и мнение Й.М. Аптера [2], которого он придерживался в тот же период времени. Автор считал, что влияние мастурбации на организм зависит от ее частоты (онанистические акты, осуществляемые ежедневно, чаще, чем нормальная половая жизнь, приводят к большему вреду) и от того, в каком возрасте начали мастурбировать (продолжительный онанизм, которым начали заниматься в раннем детстве, чаще, чем онанизм, который возник в период полового созревания, является причиной половой слабости у мужчин). Данное высказывание Й.М. Аптера, более того, свидетельствует о возможности неблагоприятного влияния на организм человека «нормальной половой жизни».

Интерес представляет статья К.Ж. Zucker [76] в журнале американской академии психоанализа, в которой сообщается о неоднозначном отношении к мастурбации З. Фрейда. Автор отмечает, что З. Фрейд делил невроты на два типа:

психоневрозы, которые включают истерию и obsессии, и актуальные неврозы, к которым он относил невроз тревоги и неврастению. Он рассматривал мастурбацию как актуальный невроз, но наряду с этим полагал, что она важна для психосексуального развития от младенчества до половой зрелости. Из-за этого противоречия, как подчеркивает К.Ж. Zucker, мастурбация остается сложной областью для аналитической интерпретации.

R. Crooks, K. Baur [45], характеризуя отношение психоанализа к онанизму, отмечают, что З. Фрейд и большинство других ранних психоаналитиков признавали, что мастурбация не вредит физическому здоровью. Они считали ее нормальной в детстве. Однако полагали, что «мастурбация во взрослой жизни» может вести к «незрелому» сексуальному развитию и неспособности формировать хорошие сексуальные отношения. Тем не менее исследование, проведенное в США среди студентов и студенток колледжей, свидетельствует, что онанизм не препятствует развитию положительных социальных и сексуальных отношений. Оказалось, что большая частота свиданий, поцелуев, прикосновений к груди и половым органам, а также половых актов коррелировала с более высокой частотой мастурбации [37].

С течением времени вектор отношения к онанизму все больше и больше изменял свое направление с отрицательного на положительное. Наконец маятник отклонился так далеко, что занял положение, диаметрально противоположное тому, которое он занимал на протяжении ряда столетий, когда мастурбация рассматривалась как крайне опасное для здоровья явление. Такой вывод можно сделать на основании сведений, изложенный в западной литературе (как специальной, так и популярной).

Так, У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [27] (США) отмечают, что большинство сексологов и психотерапевтов считают ошибочным заявление, согласно которому мастурбация может войти в привычку и помешать развитию нормального сексуального поведения. Они рассматривают его как возврат к мышлению XIX в. Сообщается, что накаплива-

ется все больше данных о том, что отсутствие опыта мастурбации может привести к нарушению эрекции или аноргазмии [39, 47, 51, 65].

Г.Ф. Келли [15] (США) отмечает, что когда мифы о связи мастурбации со всевозможными психическими и физическими заболеваниями развеялись, стало ясно, что не существует таких требующих медицинского вмешательства состояний, которые могут быть вызваны мастурбацией, независимо от того, насколько часто ею занимается данный индивид. Доктор медицины из Калифорнии (США) D. Reuben [68] утверждает, что ни один моралист, учитель или ученый не привел факты, доказывающие вред онанизма.

Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок [14] (США) отмечают, что моральное табу по отношению к мастурбации создало мифы, что она вызывает психические болезни или снижение сексуальной потенции, однако в пользу этих высказываний нет серьезных фактов. Мастурбация является психопатологическим симптомом только тогда, когда она становится compulsией, которая не контролируется субъектом. Мастурбация – почти универсальный и неизбежный аспект психосоциального развития. В большинстве случаев она имеет адаптивное значение.

В одной популярной книге, изданной в США [73], в результате анализа феномена мастурбации делается вывод, что она во многом схожа с другими видами секса. Исключение состоит лишь в том, что «обычно у вас нет компании». Мастурбация – «радующее действие, которое вы можете продолжать всю оставшуюся жизнь. Это одно из лучших средств сексуальной разрядки. Это совершенно безвредно для вас и для общества. Исключая, конечно, то, что у вас отпадут уши». Последнее замечание отражает ироническое отношение к тем чрезвычайно вредным последствиям онанизма, которые назывались в старой литературе, и апеллирует к чувству юмора читателей.

В рассматриваемом аспекте интересно жесткое заявление феминистки Бетти Додсон: «Мастурбация первична в половой жизни. Это основа секса. Все, что мы делаем по-

мимо нее, – просто способ социализации нашей половой жизни» [48].

В США в 1993 году доктор Джойслин Элдгерс предложила преподавать мастурбацию в школах. Ее предложение отставляется и по сей день [28].

Для обоснования положительного отношения к онанизму у людей приводятся этологические аргументы. (Этология – наука о поведении животных в естественной среде обитания.) Отмечается, что для того чтобы лучше понять современное отношение к мастурбации, следует обратить взор на более ранние культуры. Трудно изучить доисторические времена, поскольку тогда еще не существовало письменности. Однако наиболее близкими к нам приматами (из ныне живущих) являются шимпанзе Бонобо. Эти животные примечательны тем, что у них отсутствуют какие-либо запреты на половую активность – они постоянно мастурбируют и совершают множество половых актов. Примечательно, что их общественное устройство удивительно гармонично: регулярное половое удовлетворение сводит к минимуму агрессию и возникновение конфликтов. Возможно, что поведение шимпанзе Бонобо показывает, как вели бы себя мы сами, не существуй в обществе предрассудков и предубеждений [28].

В специальной литературе высказывается мнение об антидепрессивном эффекте мастурбации. Так, в частности, R. Cocchi, R.G. Rossa [43] сообщают о ее позитивном влиянии на детей, находящихся в депрессивном состоянии. Под их наблюдением находилось десять детей в возрасте от 5 до 11 лет, которые лечились левоглутамином (levoglutamine) в дозе 125-250 мг в день и диазепамом в дозе 2-4 мг в день от депрессии и привычной «невротической» мастурбации. Позитивные результаты были получены у всех пациентов в течение от 1 недели до 3 мес. Это касалось как депрессии, так и мастурбации. Авторы считают, что мастурбация, отмечаемая в детстве, тесно связана с депрессией и выполняет функцию, препятствующую развитию более глубокой депрессии и сохраняющую целостность организма. Они отмечают, что мастурбация редуцирует активность ре-

тикулярной системы. Оргазм у ребенка, также как и у взрослого, сопровождается увеличением артериального давления и освобождением адреналина. Эта антидепрессивная компенсаторная роль мастурбации необходима в поддержании нормотонии.

О том, что на Западе (в частности, в США) к мастурбации стали относиться не только как к абсолютно безвредному, но и как к полезному явлению, например, свидетельствует тот факт, что онанизм стал использоваться в качестве лечебного средства в системе такого направления лечения половых расстройств, как сексуальная терапия (sex therapy). Если создатели данного направления W. Masters, V. Jonson [64] (США) рассчитывали на взаимодействие партнеров в процессе лечения, и использование мастурбации не предполагалось, то развитие названного направления привело к появлению рекомендаций по ее применению. Приведем ряд конкретных примеров.

Так, в книге Е. Lux [61] можно встретить следующие рекомендации по увеличению продолжительности полового акта. Пациент с помощью мануальной стимуляции пениса должен удерживать член в эрегированном состоянии, всякий раз прерывая ее перед приближением эякуляции. При этом применением описанного приема искусственной пролонгации добиваются того, чтобы семяизвержение происходило не ранее, чем через 5 мин с момента начала стимуляции. Таким образом формируется новый поведенческий стереотип. J. LoPiccolo, W.C. Lobitz [60] предложили технику терапевтической мастурбации для лечения аноргазмии у женщин. Программа, разработанная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью в 1 неделю каждый. Г.С. Васильченко [4] отмечает, что частое использование секс-терапевтами мастурбации с лечебной целью дало основание Л.М. Кучерской привести сжатую формулировку основной линии одного из современных американских руководств по секс-терапии: «Вся секс-терапия – в том, чтобы убедить людей примириться с пользой мастурбации и обучить мастурбации тех, кто этого еще не умеет». О применении мастурбации для лечения половых расстройств (в по-

давляющем большинстве случаев сексуальных дисфункций и неизмеримо реже парафилий) сообщают многие авторы.

Однако секс-терапия не всегда бывает успешной. Так, С. Christensen [42] в своей статье фиксирует внимание на том, что при традиционных секс-терапевтических подходах может поражаться интимность. Это находится в оппозиции заявленным требованиям секс-терапевтов, которые, начиная с пионерской работы W. Masters и V. Johnson, стремились улучшать/усиливать интимность/близость, «удаляя препятствие бедного сексуального ответа». Предписанная мастурбация, предназначенная для ограничения внимания от «отвлечения» на ответы партнера, может фактически служить дальнейшему повреждению открытости и доверия, необходимых для действительно полезного сексуального выражения. К трудностям в отношениях, которые устраняют доверие, необходимое для открытого сексуального взаимодействия, нужно обратиться прежде, чем предписывается любая сексуальная активность. Если работа клиницистов обходит интеракционный компонент дисфункции, они могут быть «виновны в участии в сговоре с клиентами в защите их от интимности».

Результаты, достигнутые при мастурбационном тренинге, не всегда удается перенести в сексуальную жизнь с партнером. Иногда речь может идти лишь о частичном трансфере. Под нашим наблюдением находился молодой мужчина, которому врач с целью увеличения продолжительности полового акта (речь в данном случае шла об абсолютно ускоренном семяизвержении) рекомендовал заниматься пролонгированной мастурбацией с целью научиться переживать высокий уровень полового возбуждения и при этом не эякулировать. Данный тренинг пациент довел до автоматизма. Каждое утро на протяжении ряда лет, умываясь, чистя зубы, он мастурбировал левой рукой, а правой проводил все действия, связанные с туалетом. Он достиг своей цели в полной мере, но речь шла о возможности долго не эякулировать именно при мастурбации. Продолжительность же полового акта увеличилась в небольшой сте-

пени, что и заставило его вновь обратиться за лечебной помощью.

Однако следует отметить, что ни один из существующих эффективных методов лечения не дает стопроцентного эффекта. Поэтому не следует предъявлять повышенные требования именно к сексуальной терапии, высокая результативность которой, в частности, была показана ее создателями.

Укрепление в общественном сознании представления не только о полной безвредности мастурбации, но и о ее пользе находит свое отражение в определенных социальных мероприятиях. Так, в помещенном в интернете сообщении «Онанисты Америки собрались на турнир» отмечается, что традиционный, седьмой по счету марафон онанизма прошел в Сан-Франциско (штат Калифорния) в 2005 году. Такие марафоны проходят и в других штатах и даже странах – от Аляски до Германии, однако в Сан-Франциско марафон является самым массовым. На него съехались 120 человек со всех Соединенных Штатов. У марафона есть свой сайт, на котором, кроме прочего, можно скачать деморолик. Участники акции уже не первый год собирают деньги на сексуальное просвещение и пропагандируют безопасный секс. Они считают, что сексуальное самоудовлетворение не только приятно и полезно, но также помогает психологическому раскрепощению личности, а значит, работает на благо общества. Основное действо разворачивалось в местном Центре сексуальной культуры, занимающимся просвещением. Вход на соревнования был открыт для всех желающих старше 18 лет. Шоу также транслировалось в прямом эфире в интернете. Участники марафона, в числе которых было немало супружеских пар, пытались побить рекорд непрерывной мастурбации, принадлежащий Норине Дворкин. Отмечается, что этот марафон доставил удовольствие не только его участникам, но и зрителям, среди которых собралось немало вуайеристов.

В то время как в американской литературе культивируется, пожалуй, исключительно положительное отношение к мастурбации, современные клинические сексологи Украи-

ны [17, 20-22, 24], России [3, 5, 10] и Польши [12, 13] считают, что в ряде случаев мастурбация может оказывать патогенное воздействие и приводить к неблагоприятным последствиям.

Г.С. Васильченко [3] (Российская Федерация) предложил выделять различные типы мастурбации: раннюю допубертатную, раздражительную, периода юношеской гиперсексуальности, викарную (заместительную), персевераторно-обсессивную (навязчивую), фрустрационную (автор называет ее фрустрационной псевдомастурбацией), а также особые случаи, т.е. те, которые не могут быть отнесены ни к одной из ранее перечисленных рубрик. Данная классификация хорошо разработана и имеет широкое распространение на постсоветском пространстве.

Анализ влияния каждого из названных типов мастурбации на соматическое состояние свидетельствует о том, что патогенное влияние может оказывать, по-видимому, персевераторно-обсессивная мастурбация. Это связано с тем, что она обычно осуществляется в режиме, который значительно превосходит конституциональный оптимум. Вместе с тем данный тип мастурбации сам по себе является следствием психической патологии (шизофрении, ананкастного расстройства личности). Например, описан больной шизофренией, который «должен был» совершать 11 онанистических актов в день, что фиксировал в специально заведенном для этой цели дневнике. Естественно, что о естественном желании, базирующемся на соответствующем нейрогуморальном обеспечении, в данном случае говорить не приходится. Г.А. Султанов (1972) обследовал 150 больных с диагнозом «шизофрения, простая форма», в анамнезе которых имел место длительный онанизм. Последний отличался большой частотой, упорным характером, напоминая навязчивость, кататоническую стереотипию. При этом стремление к оргастической разрядке отсутствовало. Как сообщалось нами ранее, Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок [14] (США), обсуждая вопросы, связанные с мастурбацией, отмечают, что последняя только тогда является психопатологическим симптомом, когда



она становится компульсией, которая не контролируется субъектом.

В литературе, однако, можно встретиться с замечаниями о том, что чрезмерной мастурбации в принципе быть не может. Так, Г.Ф. Келли [15] (США) сообщает об отсутствии медицинских критериев избыточной мастурбации. Судя по всему, отмечает автор, мастурбация не наносит физического вреда вне зависимости от того, насколько часто она практикуется, что связано с наличием в большинстве случаев естественных ограничений. Сексуально насытившись, индивид просто теряет интерес к тому, чтобы приводить себя в состояние сексуального возбуждения. Такие высказывания не являются единичными [73].

Подчеркивается субъективный характер представлений о чрезмерности мастурбации. Так, W.H. Masters, V.T. Johnson [63] (США) сообщили, что большинство опрошенных ими мужчин неизменно считали избыточной мастурбацией такую, которая по частоте превосходит их собственную. Те, кто мастурбировали раз в месяц, утверждали, что слишком часто – это раз или два раза в неделю, тогда как тот, кто мастурбировал дважды или трижды ежедневно, чрезмерной считал мастурбацию пять раз в день.

Менее категорично о возможности чрезмерной мастурбации и ее неблагоприятных последствий высказываются R. Crooks, K. Baur [45] (США). Авторы отмечают, что даже в тех источниках, где мастурбация рассматривается как «нормальное явление», мастурбирование «сверх меры» часто называют отклонением. При этом, как правило, критерии чрезмерности отсутствуют. Тем не менее когда человек занимается онанизмом так часто, что это создает значительные проблемы в других сферах его жизни, это может служить поводом для беспокойства. Однако в этих случаях имеет место какая-то внутренняя проблема, а мастурбация как таковая является лишь ее проявлением (симптомом). В качестве примера авторы приводят ситуацию, когда испытывающий сильную тревогу человек может прибегать к мастурбации с целью ее уменьшения и самоуспокоения. В этом

случае проблемой является его эмоциональное состояние, а вовсе не сама мастурбация.

По нашему мнению, утверждение о невозможности чрезмерной мастурбации гораздо больше касается непроблемных психически здоровых лиц, у которых срабатывает нормальный механизм регуляции сексуальной активности. Однако в случаях, когда речь идет о так называемом персеве- раторно-обсессивном варианте мастурбации, говорить о нормально функционирующих регуляторных механизмах не приходится. Кроме того, мысль о том, что мастурбация не может быть чрезмерной, а поэтому вести к неблагоприятным последствиям, ассоциируется с высказываниями о невозможности переедания, физических перетренировок и умственных перегрузок, которые способны приводить к неблагоприятным последствиям. Неправомочность таких высказываний абсолютно очевидна. В связи с этим вспоминается проблема аддиктивного поведения.

*В нашем клиническом архиве есть история болезни пациента, обратившегося в связи с сексуальными дисфункциями, который мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4-5 раз в неделю, иногда более чем 30 раз в сутки («бывало с 11 часов вечера и до 6 часов утра»). Совершал мастурбаторные акты непрерывно, «... не так, что кончил, а потом отдохнул, а подряд. Первые пять раз было семяизвержение и оргазм, а потом все меньше и меньше, но приятные ощущения испытывал после онанистического акта каждый раз». Затем пациент отметил, что, возможно, мастурбировал не 30, а 50 раз (точно не считал), но не меньше 30 в некоторые дни. Интенсивную мастурбацию связывает с тем, что много времени проводил дома и нечем было заняться. На вопрос о том, как он чувствует себя после интенсивной мастурбации, ответил: «Напряжение снимается, легче дышится, вроде бы стрессы как рукой сняло, как на крыльях летаю, умиротворенность, полная расслабленность, эйфория как после приема наркотиков. Просто у меня был дефицит положительных эмоций и таким образом (мастурбацией) я повышал себе настроение. После этого какой-то полудрем-*

*ный сон, не отключаюсь, т.е. нахожусь между сном и бодрствованием, а наутро сердце барахлит, чувствую, что оно перегружилось, ощущаю, как будто ему места не хватает, чувствую дискомфорт в области грудины в утреннее время в течение нескольких часов после ночного сна».*

Конечно же, этот случай нуждался в психиатрической и неврологической квалификации. По нашему мнению, такая сексуальная активность не может быть безразличной для организма. Невольно приходит аналогия со спортом высоких достижений, который способен нанести организму вред.

Г.С. Васильченко [3] не исключает патогенного влияния на сому (предстательную железу) ранней допубертатной мастурбации, так как ее частота среди обратившихся за сексологической помощью лиц оказалась наиболее высокой в тех случаях, когда речь шла о поражении так называемой эякуляторной составляющей копулятивного цикла. Характеризуя данный тип мастурбации, автор отмечает, что ею начинают заниматься не менее чем за год до пробуждения сексуального компонента либидо, чаще всего в возрасте до 10 лет. Помимо этого, для данного типа мастурбации характерно наличие диссоциации между эякуляцией и оргазмом (оргазм без эякуляции или эякуляция без оргазма). Вместе с тем существуют косвенные данные, согласно которым говорить о неблагоприятном влиянии данного типа мастурбации на предстательную железу, по-видимому, не представляется возможным (J. Bancroft et al., 2003).

Однако необходимо отметить, что даже при суммировании частот персевераторно-обсессивной (2,1%) и ранней допубертатной мастурбации (10,6%) общая цифра составляет всего 12,7%. Таким образом, можно сделать заключение, что в большинстве случаев онанизм не оказывает патогенного влияния на сому. Это заключение остается верным даже с учетом негативного влияния на нее систематически практикуемой мастурбации, при которой умышленно исключается наступление эякуляции (см. ниже), а также психосоматического подхода, рассматривающего реальную возможность формирования у мастурбантов зре-

лых внегенитальных эрогенных зон, не вовлекающихся при половом акте, что может стать причиной аноргазмии при данной форме сексуальной активности [9].

В связи с обсуждаемым вопросом о возможном патогенном влиянии мастурбации на сому следует отметить сообщение Н. Noble, В.Т. Goh [66]. Речь идет о мужчине с диагностированным хламидийным конъюнктивитом и уретритом, а также хроническим отеком полового члена. Последний был обусловлен мастурбацией и не беспокоил пациента.

Однако следует отметить, что в случаях так называемой инструментальной мастурбации, когда с целью сексуального самоудовлетворения используются вспомогательные средства, могут иметь место различные неблагоприятными последствия и повреждения, требующие хирургического вмешательства. В качестве этих средств, в частности, применяются термометры, шпильки, карандаши, проволока, рыболовная леска, пластмассовые трубки [7, 25].

М.И. Давидов [7] приводит два клинических наблюдения. В первом из них речь идет о больном 51 года, который жаловался на затрудненное мочеиспускание. Оказалось, что при мастурбации он неоднократно вводил себе в мочеиспускательный канал медицинский термометр, который во время очередного онанистического акта проскочил в мочевой пузырь. Термометр удален при цистотомии. Другой больной 18-ти лет при уретральной мастурбации использовал рыболовную леску, которая в момент оргазма проникла в мочевой пузырь. Спустя 6 месяцев обратился за медицинской помощью. Был установлен диагноз хронического цистита, а при цистоскопии в мочевом пузыре был обнаружен крупный конкремент. При удалении он раскрошился и в его центре был обнаружен моток этой лески.

В ряде случаев к хирургическому удалению инородных тел приходится прибегать и тогда, когда речь идет об анальной мастурбации. Так, М.И. Давидов [8] сообщает, что J.S. Cohen, J.M. Sackier [44] наблюдали 48 пациентов с колоректальными инородными телами. При этом в 77% наблюдений данные предметы были введены в прямую

кишку с целью сексуальной стимуляции. После анальной мастурбации в прямой и толстой кишке оказывались металлическая отвертка, водяной термометр, деревянные и пластмассовые стержни, плоды овощей и фруктов, а также другие предметы [16, 31, 36, 74].

М.И. Давидов [8] наблюдал 15 мужчин в возрасте 22-71 года с инородными телами, оказавшимися в прямой или толстой кишке в результате анальной мастурбации. Это были огурцы (3), искусственный фаллос из резины (2), баллон с дезодорантом (2), деревянные, пластмассовые и металлические стержни, ручка от молотка, морковь, еловая шишка и другие предметы. У 14 больных произведено трансанальное удаление инородных тел, в 1 случае выполнена лапаротомия с ушиванием разрыва прямой кишки, вызванного инородным телом. Осложнений и летальных исходов не было. Установлено, что к анальной мастурбации прибегали многократно 11 человек, впервые – 4. Выявлено, что большинство (11) мужчин имели гомосексуальные наклонности. Отсутствие постоянного гомосексуального партнера вынуждало их прибегать к анальной мастурбации.

G.W. Grumet [50] описывает случай уретральной мастурбации, при которой инородное тело вводилось в уретру пациента 46 лет для эротической стимуляции. Это привело к морфологическим изменениям, что спустя 7 лет обусловило задержку мочи и гангрену мошонки. Возникла необходимость в срочной операции, которая, в частности, включала удаление левого яичка, смещение правого яичка к бедру и цистостомию (вскрытие полости мочевого пузыря).

F. Kanda et al. [56] сообщают о редком случае инородного пузырно-уретрального тела с мочевого фистулой. 12 марта 2002 года 53-летний холостой мужчина вставил трехметровую виниловую трубу диаметром 6 мм в мочеиспускательный канал в целях мастурбации, а затем не смог ее извлечь. Самостоятельно разрезав мочеиспускательный канал, он все же попытался достичь своей цели, но так и не смог. На следующий день он поступил в больницу с жалобами на мочевою фистулу и жар. Были выполнены хирургическое удаление инородного тела, цистостомия и восста-

новление луковичной части мочеиспускательного канала. На 24 день после операции цистостома и катетер из мочеиспускательного канала были удалены и мочеиспускание стало беспрепятственным.

Имеются сведения и о женщинах, которые вводят инородные предметы в половые органы с целью мастурбации. Так, V. Jaluvka, A. Novak [54] сообщают о трех женщинах (81 год, 73 года и 69 лет), у которых инородные предметы были введены во влагалище или непосредственно пациентками или кем-то еще. Во всех случаях потребовалась медицинская помощь, чтобы удалить эти предметы. У одной пациентки инородное тело находилось во влагалище в течение 7 лет. Две женщины признались, что предмет был введен для сексуального возбуждения. Авторы отмечают, что это наблюдение демонстрирует проблемную сексуальную ситуацию, которая часто имеет место у многих пожилых людей.

Последствия инструментальной мастурбации могут быть весьма печальными. Так, M. Maruschke, H. Seiter [62] сообщают, что относящиеся к мужскому половому члену повреждения, обусловленные его сдавливанием – редкие чрезвычайные ситуации, при которых возникает необходимость в быстром урологическом вмешательстве с целью его декомпрессии и удаления инородных тел. Сдавливающие предметы могут быть металлическими или неметаллическими и обычно используются для эротических или аутоэротических целей (для мастурбации или усиления эрекции). Авторы сообщают о 62-летнем мужчине с тотально инфицированной гангреной пениса, вызванной его сдавливанием горлышком пластмассовой бутылки, которое продолжалось 14 дней. Это привело к необходимости полной ампутации полового члена.

В некоторых случаях с целью сексуального самоудовлетворения прибегают к асфиксии (так называемый синдром сексуальной асфиксии). В этих случаях получение сексуального удовлетворения связано с риском для жизни, так как оно достигается в процессе развития удушья при самоповешении. Ежегодно в США эта форма сексуальной стимуляции становится причиной примерно 250 смертельных

случаев [69]. Помимо этого, для достижения тех же целей лица, достигающие сексуального удовлетворения во время удушья, могут помещать голову в воздухонепроницаемые емкости ограниченного объема (чаще – в пластиковые мешки) или закрывают лицо изолирующими масками (чаще противогазными или для подводного плавания). Оргазм в этих случаях может возникать и без дополнительной стимуляции гениталий. Это связано с тем, что под воздействием острой кислородной недостаточности происходит нарушение процессов возбуждения-торможения в головном мозге, что и обуславливает центральное происхождение семяизвержения и оргазма. Такой вид эротической самостимуляции связывают с мазохизмом [41]. Многие нормальные люди эмпирически также постигают данную закономерность и используют ее при половой жизни. Они задерживают дыхание на завершающем этапе полового акта, что ускоряет наступление семяизвержения и оргазма [35].

В ряде случаев для мазохистской сексуальной стимуляции применяется техническое оборудование. Так, R.L. O'Halloran, P.E. Dietz [67] сообщают о двух мужчинах в возрасте 42 и 62 лет, для которых использование гидравлических лопат тракторов/тягачей при подвешивании себя для получения данной стимуляции, кончилось летальным исходом.

Изменения во взглядах на возможную патогенность мастурбации нашли отражение в МКБ-9, где она была исключена из рубрики «Половые извращения и нарушения» (шифр 302) и перенесена в рубрику «Другие и неуточненные специфические симптомы или синдромы, не классифицируемые в других рубриках» (шифр 302.9). В характеристике этой рубрики отмечается, что большинство названий, перечисленных в ней, не указывают на психическое расстройство и включены только ввиду того, что такие термины могут еще иногда появляться как диагнозы. Здесь онанизм перечисляется в одном ряду с детской формой речи (лепетом), сюсюканьем, кусанием ногтей, сосанием пальцев и выдергиванием волос. Однако в МКБ-10 мастурбация упоминается в рубрике «Другие расстройства сексуального предпоч-

тения» (шифр F65.8). Отмечается, что часто встречаются различного рода мастурбаторные ритуалы. Крайние степени такой практики, такие как вставление предметов в прямую кишку, мочеиспускательный канал полового члена или неполное самоудушение, когда это происходит при обычных сексуальных контактах, следует считать патологией.

Как свидетельствует наш собственный опыт, а также данные других клиницистов, иногда можно констатировать последствия ряда неблагоприятных влияний «неинструментальной» мастурбации и отношения к ней на здоровье человека, что находит свое выражение, в частности, в появлении сексуальных расстройств. Нами была предложена следующая классификация таких патогенных влияний [21].

## **I. КОГНИТИВНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ**

**А.** Одним из наиболее частых факторов, оказывающих такое влияние, до недавнего времени было ***представление о вреде мастурбации***. Данное представление может вести к возникновению следующих неблагоприятных последствий:

**1. Мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции.** Если первые обуславливаются искаженной интерпретацией нормальных сексуальных проявлений, что связано с воздействием информации о патогенном воздействии мастурбации, то вторые являются результатом возникающей под влиянием такой информации фиксации на сексуальной сфере. Это может приводить к дезавтоматизации сексуальных функций и, в частности, проявляться ослаблением эрекции. Кроме того, переживания, связанные с ожидаемыми негативными последствиями мастурбации, могут приводить к ослаблению либидо. Усугублять мнимые сексуальные расстройства и названные сексуальные дисфункции, а также усиливать выраженность последних могут возникшие на их основе пограничные психогенные психические расстройства, о которых речь пойдет ниже.



**2. Психогенные пограничные психические расстройства (неврастенические, субдепрессивные/депрессивные, тревожно-фобические, ипохондрические).**

**2.1.** Как отмечалось выше, данные расстройства могут развиваться у лиц, у которых после получения информации о возможных неблагоприятных последствиях мастурбации, вследствие фиксации на сексуальной сфере, возникают мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции (главным образом нарушения эрекции). Эти пограничные психические расстройства, в частности, могут выражаться **астенической («неврастенической») и субдепрессивной/депрессивной симптоматикой**. Если в одних случаях после получения такой информации пациент прекращает мастурбировать, то в других – нет, что связано с выраженной сексуальной потребностью. В последнем случае каждый онанистический акт является очередной психотравмой.

Характеризуемые психогенные психические расстройства могут возникать и у родителей тех, кто занимается мастурбацией.

*К нам за лечебной помощью обратилась женщина в связи с тем, что ее сын, которому 16 лет, онанирует. Узнала об этом, проследив за ним, так как насторожилась из-за того, что он иногда подолгу задерживался в туалете. Была потрясена и рассказала сыну о многих, по ее мнению, возможных неблагоприятных последствиях мастурбации. Сама же в связи с этим заболела неврастенией, по поводу чего получала соответствующее лечение. Рассказала, что в связи с тем, что сын занимается онанизмом, обращалась в психоневрологический диспансер к специалисту по детской психиатрии. Тот, выслушав ее, сказал буквально следующее: «Пусть занимается себе на здоровье». Такая «психотерапия» только подлила масла в огонь. Когда женщина по моей просьбе привела своего сына, то им оказался парень высокого роста и крепкого телосложения. В свои 16 лет он мастурбировал, как выяснилось, 1 раз в неделю. Только после адекватной психотерапии, включающей информацию о различных ти-*

пах мастурбации, а также разъяснения того факта, что в данном конкретном случае речь идет о мастурбации периода юношеской гиперсексуальности, которая никоим образом не оказывает неблагоприятного влияния на организм, все признаки неврастении у матери нивелировались.

## **2.2. Тревожно-фобические расстройства.**

**2.2.1. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи.** В ряде случаев данный синдром может формироваться еще в период, предшествующий первому сексуальному контакту (так называемый доманифестный вариант формирования названного синдрома, появление которого предшествует сексуальным расстройствам, часто возникающим в связи с его наличием при первом половом контакте) [18, 19]. Это может быть следствием боязни неблагоприятных последствий мастурбации.

**2.2.2.** Сообщается, что представление об аморальности онанизма может приводить к развитию **фобических расстройств невротического регистра**, символически выражающих отношение к мастурбации, которой занимались ранее, как к чему-то нечистоплотному. Так, А.М. Свядоц [33] (Российская Федерация) предполагает, что у женщины навязчивый страх загрязнения (мизофобия) может развиваться в связи с тем, что девочкой, занимаясь онанизмом, она считала это занятие грязным, морально недопустимым. (В МКБ-10 мизофобию относят к обсессивно-компульсивным расстройствам.)

R. Karthikeyan, V.D. Swaminathan [57] сообщили о 6 студентах колледжа мужского пола, которые были направлены для лечения из-за чувства мастурбаторной вины с вторичной тревогой и проявлениями депрессии.

**2.3. Ипохондрические расстройства.** К. Имелинский [12] (Польша) сообщает, что такие расстройства могут возникать на почве неправильных представлений об онанизме. Это происходит следующим образом. Запуганные «жуткими» последствиями онанизма подростки начинают наблюдать за собой, проверяя, не появились ли уже первые признаки предсказанных болезней. Легкие головные или мы-

шечные боли, изменение цвета или количества стула, мочи представляются им первыми «сигналами» начинающегося «усыхания мозга» или какого-нибудь другого «страшного» заболевания. Подростки непрерывно наблюдают за функциями собственного организма, перестают учиться, работать и т.д. Единственное, что их интересует, работа внутренних органов. Поэтому совершенно здоровые люди выключаются из нормального образа жизни, чрезвычайно интенсивно переживая выдуманные заболевания.

**3. Комплекс неполноценности.** Человек считает, что в результате мастурбации он стал в какой-то мере ущербным, так как нанес некий вред своему организму, в том числе и половой системе. При этом каких-либо сексуальных нарушений при половых контактах может и не быть. О данном «вреде» он, в частности, может вспомнить, например, тогда, когда спустя какой-то период нормальной половой жизни у него возникнут сексуальные проблемы. В прошлые десятилетия мужчины, обращающиеся за сексологической помощью, часто указывали, что причиной их сексуальных дисфункций является мастурбация, которой они занимались в подростковом возрасте. Нередко доходило даже до курьезов, когда, например, пациенты в возрасте 30-40 лет и более после длительного периода нормальной половой жизни в течение 10-20 и более лет при возникновении у них копулятивных нарушений называли онанизм их причиной. Сейчас такие высказывания практически не встречаются, что связано с распространением представлений о безвредности мастурбации [20].

Следует отметить, что в литературе для обозначения боязни последствий онанизма используется термин «онанофобия». Однако он довольно редко соответствует представлению о фобии, опирающемуся на ее критерии, принятые в психиатрии. Это своего рода укоренившийся штамп, который объединяет совокупность представлений людей о возможном вреде мастурбации.

**Б.** Патогенное влияние может оказывать представление о мастурбации, как о чем-то «грязном», морально недопустимом, греховном, что приводит к **появлению чувства ви-**

ны. Г.Ф. Келли [15] (США) отмечает, что, вероятно, из-за долго существовавшего негативного отношения к мастурбации, эта практика не всегда бывает свободной от чувства вины. Его испытывают примерно половина женщин и мужчин. Это, отмечает автор, судя по всему, не влияет на то, как часто занимаются мастурбацией мужчины, но у женщин такая связь есть [59]. Женщины, которые испытывают чувство вины от самостимуляции, с меньшей вероятностью имеют положительные физиологические и психические реакции на мастурбацию, а также реже сообщают о том, что удовлетворены или адаптированы в сексуальном отношении [46]. По данным одного опроса 40% немастурбирующих студентов воздерживались от мастурбации, так как считали ее аморальной [38].

Нами выше отмечалось, что чувство вины, связанное с мастурбацией, может приводить к возникновению тревоги, депрессии, а также, предположительно, к фобии, символически выражающей аморальность мастурбации, которая имела место ранее (мизофобия).

D. Reuben [68] (США) утверждает, что единственный вред онанизма – это комплекс вины, который формируют у мастурбирующих детей учителя и родители.

Чувство вины и стыда, которое связано с мастурбацией, может быть следствием представления о ее греховности, обусловленного религиозными убеждениями. В нескольких исследованиях было установлено, что глубоко верующие люди мастурбируют реже, чем неверующие или те, кто имеет менее прочные религиозные убеждения [47]. Отношение современного христианства и его некоторых групп к мастурбации, а также рекомендуемые религиозно ориентированные способы ее преодоления отражены в приложениях 3 и 4. Приведем пример, демонстрирующий влияние религиозных убеждений на отношение к мастурбации, из нашего клинического архива.

*Больной Б., 42 года, разведен, имеет высшее гуманитарное образование. Был женат на женщине с ребенком. Женился на ней, когда ребенку было 6 лет. Общих детей у них не было, так как у жены была воспалительная пато-*

логия гениталий. Он ее любил, а она его нет. Развелись по ее инициативе. Она ему за год до этого изменила с другим мужчиной, но рассказала перед разводом. Тогда же предложила ему развестись. С 1991 г. (после развода) до последнего времени (до марта 1993 г.) не жил половой жизнью, так как продолжал любить свою жену и надеялся быть с ней вместе. Все это время избегал встреч с женщинами. Помимо этого, в 1996 году уверовал в бога (пятдесятник), что подкрепило его установку не жить половой жизнью с женщинами, так как это является морально оправданным только в браке. После развода, т.е. с 1991 года, мастурбировал примерно 1 раз в неделю. При онанизме использовал эротические картинки в журналах, но чаще всего возбуждающими стимулами были фантазии. В подавляющем большинстве случаев (практически всегда) при фантазировании видел свою жену обнаженной. Во время мастурбации возбуждающими стимулами в 60% случаев были фантазии, а в 40% случаев – реальные эротические стимулы (картинки). Всегда речь шла об обнаженных женщинах, а не о половых актах. После того как однажды посмотрел порнографический фильм, увиденные сцены в течение некоторого времени всплывали в памяти и являлись стимулирующими факторами при мастурбации. Это было всего несколько раз. «Для меня единственным сильным раздражителем была моя жена». Занимался мастурбацией и тогда, когда еще жил с ней половой жизнью (супруга не предоставляла ему возможность в полной мере реализовать свои сексуальные потребности). Тогда представлял ее в обнаженном виде (не целующейся с ним и не проводящей половой акт). При мастурбации, которой занимался в комнате и ванной, закрывал глаза и использовал только обычную технику: охватывал кистью правой руки половой член и имитировал коитальные фрикции.

В 1996 году, после того как уверовал, стал относиться к онанизму по-другому. Начал тяготиться им «из-за совести». В связи с этим отмечает, что «организм работал по прежнему, но в голове было определенное табу».

*Из-за этого стал мастурбировать реже, в чем ему помогало и то, что начал избегать внешних воздействий (информационных) эротического характера. Постепенно перешел на ритм 1 раз в месяц (имеется в виду частота онанизма).*

*Отмечает, что в последние 3 года мастурбация происходит чисто механически для сброса напряжения, не сопровождаясь никакими эротическими фантазиями. До того, как уверовал в бога, считал ее нормой: полагал, что, «снимая таким способом сексуальное напряжение, я сохраняю свое сексуальное здоровье. После того, как уверовал, этот факт стал меня тяготить. Поэтому вначале я уменьшил частоту мастурбации, а потом вообще начал избегать влияния факторов, которые могут оказывать возбуждающее воздействие. Мастурбация, которой занимался после того, как уверовал в бога, была компромиссом между моральными убеждениями и опасением стать импотентом при сохраняющемся сексуальном желании. В последние 3 года мастурбировал без привлечения фантазий или реального стимулирующего материала, так как половое возбуждение при резко уменьшившейся частоте мастурбации было настолько сильным, что достаточно было сделать всего несколько движений, обхватив член рукой, чтобы произошла сексуальная разрядка. Это происходило потому, что мастурбировал я только в тех случаях, когда изнутри подпирало (имеет в виду очень сильное половое возбуждение)». Удалось выяснить, что не использовал никаких фантазий и стимулирующих видеоматериалов не потому, что считал это греховным, а потому, что степень полового возбуждения была такова, что в этом не было никакой необходимости: разрядка наступала после нескольких мастурбаторных движений.*

*При получении второго высшего образования в 2003 г. познакомился с женщиной, с которой вначале встречались только на занятиях. Однажды пошел провожать ее домой, и так как просидели у нее дома допоздна, а то место, где он жил, было далеко от ее квартиры, заночевал у нее. Спали отдельно. Утром, когда проснулся, почувство-*

вал выраженное сексуальное желание. Были полностью обнажены, ласкались, целовались. Острота контактного восприятия женщины при ласках и поцелуях тогда была полностью нормальной (нисколько не сниженной). Эрекция была полной. Когда же наступило время «решительных действий», то пришла мысль о том, что это аморально и он не может себе этого позволить. Женщина посчитала вначале, что она является причиной его отказа, т.е. что в ней ему что-то не понравилось. Однако он ей объяснил, с чем это связано. Когда это случилось, возникло «чувство вины, страх, шок (!)». «Страх чего?» «Страх перед продолжением, т.е. чтобы не начать совершать этот половой акт». Через 1-2 часа после того, как попытка была прервана им, у него возникла сильная головная боль.

Вообще же последняя для него очень редкое явление, которое возникает в исключительных случаях. Это бывает связано с каким-то потрясением, с каким-то стрессом. Считает, что возникновение головной боли в данной ситуации было связано со стрессом, который он пережил. Головные боли не возникают у него на перемену погоды и не бывают связаны с физическими нагрузками. Только один раз в жизни головная боль возникла у него в связи с сильным физическим перенапряжением, когда он занимался спортом (борьбой) в школьном возрасте. Тогда тренер заставил его бороться с взрослыми ребятами. Это было в 15 лет.

Отмечает, что в приведенной выше сексуальной ситуации «совесть оспаривала тело, тело хотело одного, а разум говорил другое». Воспринимал это как грех. Следует отметить, что эта женщина замужем и у нее есть ребенок. Это происходило в ее квартире. Муж был в командировке. Они не живут с ним половой жизнью, так как у него сексуальные проблемы.

После произошедшего «я потерял чувствительность, уменьшилась моя реакция на любую зрительную информацию эротического характера» (телевизионные передачи, женщины на улице, какие-то журналы, изображения красивых женщин, которые ребята вешают на стены

*комнаты в общежитии, где он сейчас проживает в связи с получением второго высшего образования).*

Из представленного примера видно, что религиозность, генерирующая чувство вины у пациента, отразилась не только на частоте мастурбации, но и на его сексуальных отношениях с замужней женщиной.

В результате рассмотрения приведенных выше данных может возникнуть вполне закономерное желание (соблазн) сделать вывод, что сама мастурбация не играет никакой роли в возникновении представленных негативных явлений. Однако следует помнить о том, что для человека любое явление означает не только то, чем оно является само по себе, но и то, как оно воспринимается им. У того, кто считает онанизм вредным для здоровья, но не мастурбирует, никаких негативных последствий, связанных с этой формой сексуальной активности, развиться не может.

Завершая раздел о возможных когнитивно обусловленных негативных последствиях мастурбации (имеются в виду представления о ее вреде), хотелось бы специально подчеркнуть, что в результате распространения среди населения представлений о ее непатогенности частота таких последствий резко уменьшилась и достигла низкой отметки.

## **II. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ (БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ) ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ (НЕПРАВИЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ**

Согласно поведенческому подходу, те или иные патологические проявления являются результатом неправильного научения. Такое научение может происходить, в частности, при сочетании мастурбации с определенными ситуационными факторами, воздействии при онанизме ряда вызывающих сексуальное возбуждение и способствующих его нарастанию стимулов (тактильных, визуальных, обонятельных, температурных, психических, в том числе интрапсихических [фантазии]), которые отсутствуют при половом акте, а также при умышленном недопущении возникновения при



мастурбации эякуляции. Результатом такого научения могут стать различные сексуальные расстройства (см. ниже).

Приведем характеристику условий возникновения патологических сексуальных стереотипов, связанных с мастурбацией.

#### **А. Влияние ситуативных стимулов.**

В западной литературе в качестве одной из причин преждевременной эякуляции называют тот факт, что некоторые представители мужского пола, из-за боязни разоблачения, занимаются мастурбацией в спешке. Это может обуславливать формирование патологических программ сексуального реагирования, и при проведении полового акта мужчина завершает его быстро, несмотря на то, что торопиться теперь вовсе незачем. А.М. Свядош [34] (Российская Федерация) приводит примеры, когда сочетание сексуального возбуждения и мастурбации с подглядыванием сексуальных сцен привело к формированию у женщины вуайеризма (визионизма, скоптофилии), а с осматриванием женщиной мужского полового члена – эксгибиционизма у мужчины.

**Б. Воздействие физической стимуляции, отличающейся (подчас значительно) от той, которая может быть воссоздана при проведении полового акта, и впечатлений, обусловленных влиянием внешних психических факторов, сопровождающих мастурбацию.**

В ряде случаев при мастурбации используется физическая стимуляция, которая значительно отличается от той, которая имеет место во время интимной близости. Так, некоторые подростки мастурбируют, сжимая головку полового члена, другие «перекатывают» ствол пениса между ладонями обеих рук как тесто и т.п. Совершенно естественно, что при сексуальной близости такая привычная для данного мужчины тактильная стимуляция не может быть воспроизведена, что, в частности, может стать причиной анэякуляторных коитусов. Неблагоприятные последствия можно ожидать и от мастурбации, которая хотя и имитирует копулятивные фрикции, однако не полностью, так как при этом не вовлекается головка полового члена. По этой причине во

время полового акта ее сексуальная чувствительность может быть снижена или даже вообще отсутствовать.

Одна наша 28-летняя пациентка не испытывала оргазма при половых актах ни с одним из двух своих мужей (в настоящее время разведена). Неоднократные ее попытки пережить его при интимных контактах с другими мужчинами также не увенчались успехом. Вместе с тем она способна испытать до 30 и более оргазмов после того, как в течение некоторого времени сжимает мышцы бедер, положив одно из них на другое. Оказалось, что таким образом эта женщина впервые испытала оргазм в 8 лет и до сих пор систематически прибегает к данной форме сексуального самоудовлетворения.

Также речь может идти о воздействии комплекса физических стимулов, включая тактильные, которые характеризуются определенной интенсивностью, температурными и другими параметрами, которые сами по себе, а тем более в совокупности не могут быть воспроизведены при половом акте. В качестве примера может быть приведен фрагмент истории болезни одной из наших пациенток. Обратившаяся за лечебной помощью в связи с отсутствием оргазма молодая женщина рассказала о том, что они с мужем перепробовали различные сексуальные техники и позы, но, несмотря на то что супруг обладает очень хорошей потенцией и может пролонгировать половой акт с легкостью, все попытки довести ее до оргазма не увенчивались успехом. Выяснилось, что когда она была девочкой, то, занимаясь мастурбацией, направляла струю душа на область половых органов. Сначала просто испытывала приятные ощущения, а затем постепенно стал возникать оргазм. К моменту обращения за лечебной помощью, как выяснилось, она точно таким же образом может легко вызвать его у себя.

В качестве примера техники мастурбации, при которой стимуляция резко отличается от той, которая имеет место при половом акте, может быть приведена следующая. Обследованный нами пациент, у которого была заподозрена шизофрения, находясь в положении лежа на спине, сгибал ноги в тазобедренных и коленных суставах, а затем то од-

ной ногой, то другой, то обеими ногами одновременно гладил свою грудь. После 5-10 мин такого поглаживания у него возникала эрекция и сразу же происходило семяизвержение.

В ряде случаев, хотя по форме стимуляция полового члена приближается к той, которая имеет место при половом акте, из-за того что отсутствует комплекс привычных эротических стимулов, которые невозможно в полной мере воссоздать при коитусе, речь может идти об анэякуляторных половых актах. Так, нами наблюдался молодой человек, который обратился в связи с отсутствием детей в браке. При расспросе причиной этого оказалось отсутствие семяизвержения при коитусе. Выяснилось, что, начиная с подросткового возраста, он регулярно занимался мастурбацией в течение ряда лет. Более того, он и сейчас изредка «срывается» на онанизм. По невербальным реакциям было видно, что он доставляет ему большое наслаждение. Это подтвердилось и при целенаправленном расспросе, который выявил, что при мастурбации он испытывает гораздо более приятные ощущения, чем при половых контактах с женой. К тому же оказалось, что при онанизме у него возникает как эякуляция, так и оргазм, чего не случается при сексуальной близости [17].

Представляет интерес и следующее наше клиническое наблюдение.

*Больной У., 38 лет, женат 2 года, образование высшее техническое (инженер электросвязи), в настоящее время по специальности не работает (частный предприниматель). Жалобы на исчезновение эрекции полового члена приблизительно спустя 2-3 мин после его введения во влагалище и начала фрикций. Семяизвержение при интимной близости вообще никогда не наступает. При активном расспросе расстройств либидо не выявлено. Первая попытка провести половой акт, которая не увенчалась успехом, в 32 года. До того как начал жить половой жизнью с женщиной, которая затем стала его супругой, всего было совершено 4-6 попыток с двумя другими женщинами. Ни одна из этих попыток не удалась из-за*

того, что член вообще не «поднимался», несмотря на то, что желание было «полным». В 35 лет вступил в интимные отношения со своей будущей женой. Тогда при близости в 50% случаев эрекция возникала, а в 50% – нет. Когда напряжение члена возникало, то в 20-25% случаев удавалось ввести его во влагалище (тогда эрекция была полной), а в других – нет (из-за недостаточного напряжения полового члена). За 3 года половой жизни с женщиной, которая в настоящее время является его супругой, состояние несколько улучшилось: половой член стал чаще напрягаться, когда находится с ней в интимной обстановке. Жена за все это время его ни разу не упрекнула. В связи с сексуальным расстройством обратился за медицинской помощью. Был установлен диагноз простатита. Прошел 2 курса интенсивной комплексной терапии у 2-х разных врачей с интервалом в полгода. Отмечает, что последний курс лечения дал некоторый эффект. Это выразилось в том, что при попытках провести половой акт напряжение полового члена стало возникать чаще. Кроме того, если раньше мог предпринять за вечер только одну попытку (эрекция повторно уже не возникала), то теперь две-три.

Родился здоровым. Рос и развивался в детстве нормально. Болел какими-то детскими болезнями, но не помнит, какими именно. С раннего детства всегда страдал полнотой. В 16 лет в связи с левосторонним крипторхизмом ему безуспешно попытались хирургическим путем опустить яичко в мошонку. В школе успеваемость была выше средней (четверок и пятерок было больше, чем троек). Жил в селе. До службы в армии (служил в войсках министерства внутренних дел) никто из девочек не нравился. Впервые влюбился в девушку в 21 год, когда учился на первом курсе института. Она была его одногруппницей. Никуда ее не приглашал и не встречался с ней. Эта влюбленность прошла через 2-2,5 месяца. Потом кого-то из девушек выделял среди других, но не влюблялся. Вместе с тем сообщает, что «очень хотелось с женщиной потра..., аж до скрипа зубов».

*Первое семяизвержение в 17 лет при ночной поллюции. В первый раз даже испугался, но потом принял как должное. В 25 лет из литературы узнал, что это нормально. Мастурбация с 18 лет. Первый онанистический акт был случайной находкой. Сначала мастурбировал регулярно 1 раз в день, потом несколько раз в неделю. Затем перешел на ритм 1 раз в неделю. Каждый раз при онанизме, начиная с самого первого раза, возникали семяизвержение и оргазм. Занимался мастурбацией и во время службы в армии. В последний раз мастурбировал в прошлом году. Отмечает, что техника мастурбации была «обычной» (при фрикциях использовал кисть руки, согнутую в кулак). При онанизме представлял, что проводит половые акты с женщинами в различных позах, редко с целью эротической стимуляции использовал игральные карты с изображением обнаженных женщин. До 25 лет никогда не думал о возможном неблагоприятном влиянии онанизма. Только в указанном возрасте, читая книги и газеты, познакомился с различными мнениями по поводу мастурбации. При активном целенаправленном расспросе отмечает, что когда он сам мастурбирует, то испытывает в области полового члена максимально приятные ощущения. Эрекция при этом полная и наступает эякуляция и оргазм. Когда же жена стимулирует член (это было включено нами в качестве элемента секс-терапии), то «в мозгу и по всему телу ощущаю большее наслаждение, а член на ее стимуляцию очень вяло реагирует». Повторяется и уточняет, что когда он мастурбирует – все наоборот: «член возбуждается, а приятных волн возбуждения нет почти до последнего момента» (когда вскоре должно произойти семяизвержение). Только тогда «все тело пронизывает». Также отмечает, что при фрикциях во влагалище только чувствует, что член «скользит» (двигается), но приятных ощущений никаких нет (все ограничивается обычными тактильными ощущениями), и напряжение члена с течением времени исчезает.*

Не вдаваясь в детальный клинический анализ данного наблюдения, лишь отметим, что в этом случае речь идет о

сформированном в результате длительной и систематической мастурбации патологическом сексуальном стереотипе, проявляющемся отсутствием специфических сладострастных ощущений при фрикциях, расстройством эрекции и анэякуляторным феноменом, что имеет место именно при интимной близости.

О возможности формирования вследствие мастурбации патологических сексуальных стереотипов сообщает и Г.С. Васильченко [5, с. 127] (Российская Федерация). Он приводит следующее клиническое наблюдение.

*«Больной Ях., 38 лет, никогда не живший половой жизнью и за три недели до обращения к нам женившийся, оказался несостоятельным в половом отношении. Сношение не удавалось потому, что ласки жены ни разу не смогли вызвать эрекции. Наряду с этим при посещении туалета возникали очень сильные эрекции. Нередко бывали и утренние эрекции, и пациент пытался иметь сношения утром, но с тех пор, как он стал подстерегать появление утренних эрекции, они также прекратились.*

*Поллюции возникли с 15 лет. После первой же поллюции начал мастурбировать, желая вновь вызвать испытанное при поллюции ощущение. Отмечает, что первые 1–1½ года при мастурбации вызывал иногда в воображении женский образ, затем же в течение 20 с лишним лет онанировал механически, без участия фантазии. Онанировать приходилось чаще всего в уборных. Отмечает, что до последнего времени специфический запах уборной, звук льющейся воды, блестящие унитазы, вид кафельных полов, а также вид обнаженной от крайней плоти головки члена вызывают сильное желание мастурбировать, сопровождающееся выраженными эрекциями.*

*Больной обратился к нам за советом после непродолжительного лечения у «знаменитого гипнотизера». Сон, по его рассказу, был поверхностным, внушавшиеся эрекции не появлялись, и после третьего сеанса попытки гипнотического лечения были прекращены. Считая случай малообнадеживающим и рассматривая его скорее как жестокий, но поучительный урок природы, мы все же по-*

*советовали пациенту отказаться на неделю или две от всяких попыток полового сближения и подготовить в этом отношении жену (аргументировав это необходимостью отдыха, дабы освободиться от явлений неврас-тении), но в то же время систематически 1-2 раза в неделю брать для гигиенических помывок отдельный номер в бане и посещать его с женой, опять-таки не делая никаких попыток к сближению. Было рекомендовано вести себя по отношению к жене так, чтобы она верила, что это только обычное гигиеническое посещение бани.*

*При первом же посещении бани у Ях. появилась столь сильная эрекция, что он нарушил намеченную установку, хотя жена вначале не вызывала в нем сексуального возбуждения и зачатки его появились лишь перед наступле-нием эякуляции. На следующие сутки Ях. удалось исполь-зовать для сношения утреннюю эрекцию. Именно исполь-зовать, ибо лишь с течением времени ласки жены и даже просто ощущение ее тела стали вызывать сладост-растное ощущение, за которым следовали эрекции. При первых сношениях, наоборот, эрекции возникали почти без либидинозных ощущений и последние появлялись только с началом фрикций.*

*Год спустя, будучи в командировке, Ях. имел ночные поллюции, сопровождавшиеся эротическими сновидения-ми, в которых фигурировала женщина.*

*Заключение: нарушение сексуальных условно-рефлек-торных комплексов (вследствие их порочного формирова-ния в результате длительного онанизма)».*

В связи с обсуждаемым механизмом патогенного влия-ния мастурбации следует привести мнение К. Имелинского [13] (Польша). Автор, ссылаясь на свою публикацию 1974 года, отмечает, что по мере эмоционального и сексуально-го развития человека все большую роль в сексуальных реакциях и сексуальном поведении начинает играть про-цесс обусловливания (формирование условных сексуаль-ных рефлексов), являющийся особой формой процесса на-учения новым реакциям на сексуальные раздражители. Особенно прочные условно-рефлекторные связи сексуаль-

ного характера образуются в период созревания и в юности. Комплекс систематизированных условно-рефлекторных сексуальных связей формирует стереотип реакций. Закрепление определенных стереотипов (например, в связи с часто повторяющимися соматическими раздражителями и представлениями при мастурбации) создает своеобразный «код», в соответствии с которым протекает весь цикл сексуальных реакций у человека. У некоторых людей код оказывается настолько прочным, что сексуальные реакции могут нормально проявляться только в случаях, когда комплекс сексуальных раздражителей по своему набору и последовательности действует в точном соответствии с кодом. Любое отступление от «закодированного» стереотипа сексуальных реакций тормозит эти реакции или искажает их. Синдром закодированных сексуальных реакций (речь в данном случае идет о женщинах), отмечает автор, возникает на почве мастурбации, практикуемой в период созревания или в юности, посредством закрепления связи между состоянием сексуального возбуждения и специфическими раздражителями, которые не может предоставить во время сношения мужчина, либо посредством закрепления стереотипа реакций, предъявляющего к нему слишком высокие требования.

К. Имелинский [12] также описывает следующий вариант формирования сексуальных дисфункций по рассматриваемому бихевиоральному механизму. Он сообщает, что в клинической практике относительно часто можно встретить молодых людей, которые занимались онанизмом, одновременно рассматривая фотографии обнаженных женщин, помещенные в альбомы. Сексуальные переживания в этих случаях сочетаются со зрительным восприятием сразу нескольких обнаженных и, как правило, красивых женщин. Если это практикуется систематически в течение длительного времени, то может привести к тому, что после вступления в брак раздражители, поступающие от жены, могут оказаться слишком слабыми, чтобы вызвать нормальную реакцию. Кроме того, эти люди, у которых в результате данной практики, связанной с рассматриванием красивых женщин,



сформировался идеал женской красоты, нередко чересчур разборчивы в выборе партнерши, поскольку ни одна из известных им женщин может не соответствовать сложившемуся у них идеалу. Все это приводит к долгим колебаниям перед окончательным выбором, а впоследствии к неудовлетворенности или разочарованию в супружеской жизни.

В связи с рассматриваемым патогенным механизмом формирования негативных последствий мастурбации, следует привести рассуждения М.В. Екимова [9] (Российская Федерация), который отмечает, что эрогенные зоны (ЭЗ) не «абсолютная биологическая данность», не «изначально готовая и сугубо соматическая структура с чуть ли не особыми нервными окончаниями». В процессе сексуального развития происходит созревание эрогенных зон. Интегративный психосоматический подход, отмечает автор, помогает понять, как из биологических предпосылок потенциальных ЭЗ с обычными тактильными рецепторами в процессе психосексуального развития (ПСР) формируются зрелые ЭЗ. Таким образом, заключает М.В. Екимов, ЭЗ – это не анатомическое, а функциональное понятие. Процесс формирования ЭЗ может быть искажен мастурбацией, которая по своей технике значительно отличается от сексуальных физических стимулов, имеющих место при половом акте, что приводит к развитию сексуальных дисфункций.

Автор также рассматривает вопрос о том, что при мастурбации на основе биологических предпосылок могут формироваться внегенитальные эрогенные зоны, воздействие на которые способно приводить к оргазму. Однако эти зоны при половом акте не вовлекаются. Следствием этого может стать аноргазмия, имеющая место при коитусе.

*М.В. Екимов [10] приводит следующий экзотический случай, демонстрирующий такую возможность. Речь идет о мужчине с низким порогом возбуждения, который впервые испытал оргазм при дневной неадекватной поллюции. В 11 лет, купаясь, он зашел в холодную воду по колени. При этом у него наступил оргазм. Затем, стремясь к его достижению, он сначала напускал в ванную холодную воду, а затем просто орашал ноги ниже колен холодной*

*водой душа, чем и достигал своей цели. В свои 30 лет он таким образом был способен испытать до 3 таких оргазмов в течение 20 мин. Во время же полового акта оргазм у него не наступает. Анализируя данное наблюдение, автор отмечает, что у этого пациента сформировалась внегенитальная эрогенная зона, неадекватная как по топике (ноги ниже колен), так и по виду стимуляции (не тактильные, а холодовые стимулы).*

W. Slosarz [71] из Вроцлавского института психологии (Польша) обсуждает последствия юношеской мастурбации для последующего гетеросексуального партнерства и описывает, как возникает «мастурбаторная фиксация». Последнюю он определяет как расстройство, которое имеет место, когда мастурбация является доминирующей формой сексуальной активности даже в тех случаях, когда сексуальные контакты являются возможными. Автор также предполагает, что эксцессивная мастурбация может вести к социальной изоляции, эгоцентрическому чувству удовлетворения или разочарованию в партнерах. В ряде случаев мастурбация также может вести к зависимости от различного «мастурбаторного оборудования», без использования которого невозможно достигнуть оргазма.

В связи с этим следует специально отметить, что патологические сексуальные стереотипы действительно могут формироваться при инструментальной мастурбации, когда при сексуальной стимуляции для раздражения клитора, уретрального валика и дистальной части уретры у женщин, семенного бугорка и стенок мочеиспускательного канала у мужчин используются различные вышеупомянутые нами вспомогательные средства. Так, отмечается, что оргастические ощущения, которые возникают при уретральной «инструментальной» мастурбации, ярки, что контрастирует с таковыми при нормальной половой жизни, которые могут быть стертыми или даже вовсе отсутствовать. Это является причиной неудовлетворенности половой жизнью с партнером и побуждает больных периодически прибегать к названному виду мастурбации, которую они подчас даже не скрывают от своих жен [8, 25].

Иногда можно встретиться с попыткой объяснить возникновение гомосексуализма так называемой взаимной мастурбацией. Однако следует отметить, что сам по себе термин «взаимная мастурбация» (ВМ) является ошибочным. Под ВМ понимают взаимную («перекрестную») стимуляцию гениталий лицами одного и того же пола. Этот феномен, по сути, должен быть отнесен к глубокому петтингу (гомосексуальному). В тех случаях, когда рука другого человека одноименного пола воспринимается как какой-нибудь неодушевленный предмет или когда лицо, производящее стимуляцию, не воспринимается как сексуально притягательное, ВМ как бы приближается к мастурбации. Она приближается к ней и у подростков, когда сочетается с гетеросексуальным фантазированием. В этих случаях ВМ обусловлена связанными с возрастом затруднениями в установлении гетеросексуальных контактов. Однако с того момента, когда стимуляция начинает восприниматься как одушевленное гомосексуальное действие, которое по бихевиоральному (поведенческому) механизму может приводить к формированию однополой направленности полового влечения, говорить о ВМ как о собственно мастурбации не представляется возможным. Конечно же, возможен постепенный переход от первого варианта ВМ (приближающегося к мастурбации) ко второму (гомосексуальному петтингу).

**В. Действие интрапсихических стимулов (фантазий), значительно отличающихся от тех психических стимулов, которые могут быть воссозданы при половых актах.**

Большое значение для оценки патогенности мастурбации играет оценка эротических фантазий, сопровождающих мастурбацию. Чем больше они отличаются от сюжетов, имеющих место во время интимной близости, тем больше вероятность формирования патологических сексуальных стереотипов. Бине приводит следующий пример такого рода [по 23, с. 235].

*«Х., 34 лет, учитель гимназии, страдал в детстве судорогами. В 10 лет начал мастурбировать, что сопровождалось сладострастными ощущениями, связанными с*

*крайне причудливыми представлениями. Собственно он обожал женские глаза, но так как он непременно хотел создать в своем воображении картину какого-либо вида полового общения, а между тем сексуально оставался в полном неведении, то он напал на идею – дабы приблизить по возможности эту картину к предмету своего обожания, именно к глазам, – переместить местоположение женских половых органов в ноздри. Вокруг этого представления стали с тех пор вращаться со всей силой его половые желания. Он рисовал женские головки с классическим греческим профилем, но с ноздрями, ширина которых допускала бы введение пениса. Однажды он увидел в омнибусе девушку, в которой, как полагал, усмотрел свой идеал. Он преследовал ее до самой квартиры и стал просить ее руки; получив отказ, он стал настаивать до тех пор, пока его не арестовали. Х. не имел ни разу полового общения».*

К. Holstein, G. Schudze [52] сообщают о случае педофилии для иллюстрации роли мастурбации и мастурбаторных фантазий в развитии и фиксации данной парафилии. Другим важным неизменным условием в патогенезе парафилий они называют расстройства психосексуального развития в детстве и юности.

J. Impallari, M.G. de Impallari [53] изучали корреляции между контролируемой неторопливой, сопровождающейся паузами мастурбацией (1-й тип) и неконтролируемой мастурбацией, которая не сопровождается паузами (2-й тип). Оказалось, что 1-й тип мастурбации сопровождается участием «живых» киноподобных фантазийных репрезентаций «здоровых» проявлений в холистическом (целостном) сексуальном контексте. 2-й же из названных типов мастурбации стимулируется статическими, вуайеристическими, подобными фотографиям (т.е. застывшими) образами и выражает компульсивное, свободное от вины стремление к освобождению от невыносимого сексуального напряжения. Было высказано предположение, что 1-й тип мастурбации коррелирует с контролируемыми, адекватными эякуляторными проявлениями во всех сексуальных контекстах, в то

время как 2-й тип мастурбации является прообразом хронических преждевременных семяизвержений. Экспериментальные исследования с 38 мужчинами, у которых семяизвержение наступает преждевременно, и 38 здоровыми мужчинами контрольной группы подтвердили эту гипотезу.

Следует отметить, что в ряде случаев довольно трудно, а подчас невозможно спрогнозировать вероятность возникновения неблагоприятных последствий влияния бихевиорального фактора при онанизме для половой системы. Даже при мастурбации, которая как будто не отличается по форме стимуляции от той, которая имеет место при половом акте, у некоторых лиц, по-видимому, может фиксироваться чрезмерно устойчивый (ригидный) стереотип сексуального реагирования, что и приведет к тому, что человек окажется несостоятельным при половой жизни. В любом случае стимуляция (физическая и психическая) при мастурбации, которая по форме вроде бы ощутимо не отличается от той, которая имеет место при коитусе, никогда полностью не соответствует последней.

#### **Г. Исключение возможности возникновения при мастурбации эякуляции.**

Может иметь место при боязни потери семени, что в настоящее время в нашей культуре встречается крайне редко. Естественно, что при такой мастурбации не возникает и оргазм. Если данный вид мастурбации практикуется регулярно в течение длительного времени, то это может привести к формированию патологического сексуального стереотипа, который проявляет себя при половой жизни главным образом анэякуляцией и аноргазмией.

Следует отметить, что в целом все патологические сексуальные стереотипы, о которых идет речь, диагностируют редко. Вместе с тем они, по-видимому, имеют место чаще, чем выявляются.

Приводя собственную оценку влияния различных типов мастурбации (по классификации Г.С. Васильченко [3]), а также выделенной им ее формы (детский доэротический онанизм), М.В. Екимов [10] (Российская Федерация) называет, пожалуй, наибольшее в доступной нам современной

специальной литературе число неблагоприятных последствий неинструментальной мастурбации. Это мнимые сексуальные расстройства, внутренняя противоречивость, высокая уязвимость половой функции в гетеросексуальной жизни, снижение адаптивности в гетеросексуальных отношениях, выпадение стадии платонического (романтического) либидо, конкуренция онанизма с существующим сексуальным партнерством, искажение психосексуального развития и формирования эrogenных зон, формирование в дальнейшем невротического секса, потеря либидо, расстройства эрекции, различные эякуляторные нарушения, расстройства оргазма (включая аноргазмию), нарушение адекватного сексуального возбуждения, садистическое (т.е. мужское гиперролевое) поведение, освоение девочками гиперролевой формы поведения, их половая сегрегация с восприятием мужчин агрессорами, а себя жертвами, формирование гомосексуализма у представителей мужского пола, а также возникновение у них так называемого латентного гомосексуализма. В последнем случае речь идет о формировании особого типа личности и особого нарушения психосексуального развития в виде сочетания незрелых (гомоплатонических по уровню развития) гомосексуальных установок с гиперкомпенсаторным гетеросексуальным поведением с характерным для периода половой сегрегации пренебрежительным и гиперролевым (агрессивно-садистическим) отношением к противоположному полу в сочетании с глубинным страхом перед женщинами. В крайнем варианте, отмечает автор, такая сексуальность может проявлять себя формированием типично криминального типа личности, что нередко приводит в места лишения свободы, т.е. реализуется подспудное стремление к изолированному мужскому обществу. Среди неблагоприятных последствий мастурбации автор также называет искажения психосексуального развития с формированием парафилий (фетишизма, вуайеризма, фроттеризма, эксгибиционизма и пр.).

Следует отметить, что в отличие от Г.С. Васильченко [3], М.В. Екимов причиной фрустрационной псевдомастурбации

чаще считает не поражение нейрогуморальной составляющей, а онанофобию.

О зрелости нейрогуморальной составляющей у таких пациентов, отмечает автор, свидетельствует наличие произвольных поллюций, а также принципиальная возможность мастурбаторного оргазма, но пациент «не позволяет» себе достигнуть оргазма, так как боится вреда, обусловленного потерей семени при эякуляциях. По этой причине они им подавляются. Эпизодические фрустрации не страшны, однако если такой вид мастурбации практикуется часто, то возможно формирование ряда сексуальных дисфункций. Стойкая ассоциация либидо и сексуального возбуждения с фрустрацией и защитное стремление избежать ее выражаются в потере либидо и адекватного сексуального возбуждения. Однако особенно характерны при этом оргазмические дисфункции (аноргазмии).

По нашему мнению, к этому следует добавить факт неблагоприятного влияния неминуемо возникающих при систематически практикуемой мастурбации, намеренно не завершаемой эякуляцией, застойных явлений, в частности, в области простаты, что может вести к ее патологии. Поэтому негативное влияние мастурбации возрастает. Л.Я. Мильман [30], характеризуя данную форму мастурбации, отмечает, что она вредна, так как простатическая часть уретры, семенной бугорок, предстательная железа, железы Купера и Литтре становятся отечными, в них возникают застойные явления, а это способствует последующему воспалению.

Также возникает вопрос о судьбе неотреагированного сексуального возбуждения (энергетический аспект проблемы). Отсюда следует, что систематически осуществляемое умышленное блокирование семяизвержения, а следовательно, и оргазма, по меньшей мере, неминуемо ведет к патологической адаптации.

По нашему мнению, по всей видимости, отсутствие семяизвержения при мастурбации может быть следствием как сексуальной ретардации, делающей невозможным наступление эякуляции из-за недостаточного нейрогуморального обеспечения (данная разновидность мастурбации чаще

всего встречается при поражении нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла), как указывает Г.С. Васильченко, так и боязни потери семени, на что обращает внимание М.В. Екимов. В первом случае все ограничивается возникновением приятных эротических ощущений во время мастурбаторных фрикций (сенситивные проявления не выходят за рамки Wollust).

В контексте обсуждаемого вопроса хотелось бы отметить, что в настоящее время среди подростков и лиц молодого возраста боязнь потери семени при мастурбации если и встречается, то, по-видимому, крайне редко, что связано с укоренившимся у населения (особенно у молодой его части) представлением о полной безвредности онанизма, в том числе имеющего естественное завершение.

Анализируя уровень возможного ущерба, наносимого мастурбацией, М.В. Екимов [10] указывает на существование форм онанизма, положительно влияющих на психосексуальное развитие и способность к половой жизни. В таких ситуациях речь идет о формировании адекватных первичных сексуальных сценариев, получении необходимого телесного опыта половых реакций и развитии генитальных адекватных ЭЗ. В целом, отмечает автор, поскольку в популяции количественно преобладают мастурбация периода юношеской гиперсексуальности и заместительная мастурбация над другими ее клиническими типами [3], можно говорить, что положительные влияния онанизма явно преобладают над отрицательными.

Представленный М.В. Екимовым [10] материал вызывает интерес, заслуживает внимания и нуждается в серьезном обсуждении и анализе действительной возможности возникновения ряда перечисленных им негативных последствий мастурбации, а также в подтверждении развития в результате онанизма некоторых из тех истинных сексуальных дисфункций у мужчин, которые формируются по названным им психоаналитически трактуемым механизмам.

Следует отметить, что приведенная выше разработанная нами классификация патогенных влияний мастурбации и ее возможных неблагоприятных последствий была допол-



нена. В настоящее время она выглядит следующим образом [22].

## **I. КОГНИТИВНО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ**

**А. Представление о вреде мастурбации.** Может вести к возникновению следующих неблагоприятных последствий:

**1. Мнимых сексуальных расстройств и психогенных сексуальных дисфункций.**

**2. Психогенных пограничных психических расстройств (неврастенических, субдепрессивных/депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических).**

**3. Комплекса неполноценности.**

**Б. Представление о мастурбации, как о чем-то «грязном», морально недопустимом, греховном (приводит к появлению чувства вины).**

## **II. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ (БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ) ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ (НЕПРАВИЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ**

**А. Влияние ситуативных стимулов.**

**Б. Воздействие физической стимуляции, отличающейся (подчас значительно) от той, которая может быть воссоздана при проведении полового акта, и впечатлений, обусловленных влиянием внешних психических факторов, сопровождающих мастурбацию.**

**В. Действие интрапсихических стимулов (фантазий), значительно отличающихся от тех психических стимулов, которые могут быть воссозданы при половых актах.**

**Г. Исключение возможности возникновения при мастурбации эякуляции.**

## **III. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ МАСТУРБАЦИЕЙ, ЗНАЧИТЕЛЬНО ПРЕВОСХОДЯЩЕЙ ПО СВОЕЙ ЧАСТОТЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ ОПТИМУМ**

#### **IV. ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ФИЗИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ**

#### **V. ПАТОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МАСТУРБАЦИИ НА СЕКСУАЛЬНУЮ И ПСИХОЛОГИЧЕСКУЮ КОММУНИКАЦИЮ СУПРУГОВ/СЕКСУАЛЬНЫХ ПАРТНЕРОВ**

Характеризуя последний пункт представленной классификации, необходимо указать, что приведенные выше различные негативные последствия мастурбации могут обусловить трудности адаптации в супружестве/партнерстве, так как способны оказывать негативное воздействие на сексуальную и психологическую коммуникацию супругов/сексуальных партнеров. В качестве примера может быть приведено следующее клиническое наблюдение. К нам за лечебной помощью обратилась супружеская пара в связи с наличием сексуальных проблем. Одна из них состоит в том, что муж получает удовольствие, когда жена мочится. Он заходит в это время в туалет и мастурбирует. Также получает удовольствие от того, что, обнимая жену, лежа с ней в постели, представляет, как она «мочится». При этом тоже может мастурбировать. Ей же хочется нормальной половой жизни. В связи с существованием данной проблемы говорить о сексуальной и психологической адаптации в супружестве не представляется возможным.

Завершая данную главу, следует отметить, что проведенный нами анализ литературы по рассматриваемой проблеме свидетельствует о различиях во взглядах на вероятность, количество и частоту негативных последствий неинструментальной мастурбации. Так, с одной стороны, можно констатировать отношение к ней ряда авторитетных специалистов из США, практически не предполагающее возможность возникновения каких-либо подобных последствий (кроме, пожалуй, чувства вины), которые делают акцент на ее полезном влиянии, что отражено в эталонных сексологических учебных изданиях [15, 27, 45], энциклопедиях [6, 40] и популярных книгах по сексологии [68, 73]. (Эти популяр-

ные книги были изданы и на русском языке в Украине [32] и Эстонии [26]). С другой же стороны, в частности, мнение ряда клинических сексологов Украины, России и Польши, которые хотя и считают, что в большинстве случаев мастурбация не приводит к неблагоприятным последствиям и может способствовать нормальному сексуальному развитию (например, мастурбация периода юношеской гиперсексуальности), а также выполнять компенсаторную функцию (заместительная мастурбация), однако полагают, что все же в небольшом проценте случаев (редко) она способна приводить к таким последствиям. Речь идет только о различиях в числе называемых и признаваемых этими сексологами негативных последствий мастурбации.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что в данной главе мы попытались раскрыть проблему патогенности мастурбации, опираясь на данные литературы и собственные клинические наблюдения, что не позволяет исключить неинструментальную мастурбацию из перечня явлений, обуславливающих возникновение нарушений здоровья человека. Попытки полностью реабилитировать ее в этом смысле, которые нашли отражение в ряде специальных и популярных изданий, не соответствуют реальной действительности.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрианов В.В. БИБЛИЯ О МУЖЧИНЕ И ЖЕНЩИНЕ – любви, интимных отношениях, семье и браке, воспитании детей, половых отклонениях (очерки библейской сексологии). – М., 1997. – 187 с.
2. Аптер Й.М. Онанізм (причини, лікування і профілактика) // Статеві розлади / За ред. Й.М. Аптера. – К.: Здоров'я, 1972. – С. 123–134.
3. Васильченко Г.С. Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая

- сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 281–295.
4. Васильченко Г.С. Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 15–26.
  5. Васильченко Г.С. Физиология основных проявлений сексуальности у мужчины // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 94–138.
  6. Вестхеймер Р.К. Энциклопедия сексуальности человека / Пер. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
  7. Давидов М.И. Уретральная мастурбация и ее последствия // Актуальные вопросы сексологии и андрологии / Сборник тезисов симпозиума с международным участием (26–29 сентября 1995). – К., 1995. – С. 79–81.
  8. Давидов М.И. Инородные тела прямой и толстой кишки после анальной мастурбации // Здоровье мужчины. – 2005. – 1 (12). – С. 141–142.
  9. Екимов М.В. Эрогенные зоны как аспект психосексуального развития // Сексология и сексопатология. – 2003 – №4. – С. 6–8.
  10. Екимов М.В. Формы мастурбации, психосексуальное развитие и сексуальные дисфункции // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С. 14–21.
  11. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.
  12. Имелинский К. Психогигиена половой жизни / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1972. – 256 с.
  13. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.
  14. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. – Т. 1. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
  15. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.

16. Кипель В.С., Гаин Ю.М. Ретроградная миграция инородного тела по толстой кишке // *Здравоохранение Белоруссии.* – 1989. – №8. – С. 64–65.
17. Кочарян Г.С. Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции // *Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов.* – Харьков, 1985. – С. 134–135.
18. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
19. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
20. Кочарян Г.С. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью (анализ современной ситуации) // *Сексология и сексопатология.* – 2003. – №6. – С. 26–29.
21. Кочарян Г.С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации (современный анализ проблемы) // *Сексология и сексопатология.* – 2006. – №1. – С. 3–19.
22. Кочарян Г.С. Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии // *Здоровье мужчины.* – 2006. – №4 (19). – С. 84–93.
23. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. – М.: Республика, 1996. – 591 с.
24. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
25. Кубариков П.Г., Давидов М.И. Инструментальный онанизм как причина инородных тел мочевого пузыря и супружеской дезадаптации // *Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами / Тезисы докладов IV областной научно-практической конференции сексопатологов (17 мая 1990 г.).* – Харьков, 1990. – С. 172–174.
26. М. – Как стать желанным / Пер. с англ. – Таллин: РИО, 1991. – 160 с.

27. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
28. Мастурбация в историческом ракурсе // <http://www.forum.kg/archive/index.php?t-5976.html>
29. Мастурбация в историческом ракурсе // [http://www.enjoystick.ru/articles/history\\_facts.shtml](http://www.enjoystick.ru/articles/history_facts.shtml)
30. Мильман Л.Я. Импотенция. – Л.: Медицина, 1972. – 263 с.
31. Папазов Ф.К., Василенко Л.И., Хош Е.М., Скворцов К.К. Необычный путь проникновения инородного тела в брюшную полость // Клиническая хирургия. – 1989. – №1 (565). – С. 60.
32. Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить / Пер. с англ. – Харьков: Агентство «Харьков-Новости», 1991. – 240 с.
33. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1971. – 456 с.
34. Свядош А.М. Женская сексопатология. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
35. Старович З. Судебная сексология / Пер. с польск. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
36. Субботин В.М., Давидов М.И., Файнштейн А.В. и др. Инородные тела прямой кишки // Вестник хирургии. – 2000. – 159 (1). – С. 91–95.
37. Atwood J. The role of masturbation in socio-sexual development: Ph.D. Dissertation. – University of New York at Stony Brook, 1981.
38. Atwood J.D., Gagnon J. Masturbatory Behavior in College Youth // Journal of Sex Education and Therapy. – 1987. – 13 (2) – P. 35–42.
39. Barbach L.G. For Yourself: The Fulfillment of Female Sexuality. – New York: Doubleday, 1975.
40. Bruno F.J. The Family Mental Health Encyclopedia. – New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS, 1989. – 422 p.
41. Burgess A., Hazelwood R. Autoerotic asphyxial deaths and social network response // Amer. J. Orthopsychiatr. – 1983. – 53 (1). – P. 166–170.

42. Christensen C. Prescribed masturbation in sex therapy: a critique // *J Sex Marital Ther.* – 1995. – 21 (2). – P. 87–99.
43. Cocchi R, Rocca R Ghiglione. «Neurotic» masturbation and infantile depression: Clinical-therapeutic approach and possible neuro-psychological interpretation // *Acta Neurologica.* – 1977. – 32 (2). – P. 229–241.
44. Cohen J.S., Sackier J.M. Management of colorectal foreign bodies // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* – 1966. – 41 (5). – P. 312–315.
45. Crooks R., Baur K. *Our Sexuality.* – Fourth Edition. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – 850 p.
46. Davidson J.K., Darling C.A. Mandatory guilt and sexual responsiveness among postcollege age women: Sexual satisfaction revisited // *Journal of Sex and Marital Therapy.* – 1993. – 19 (4). – P. 289–300.
47. DeMartino M.F. (ed). *Human Autoerotic Practices.* – New York: Human Sciences Press, 1979.
48. Dodson B. *Liberating Masturbation.* – New York: Body Sex Designs, 1974.
49. Good M.I. The reconstruction of early childhood trauma: fantasy, reality, and verification // *Journal of the American Psychoanalytic Association.* – 1994. – 42 (1). – P. 79–101.
50. Grumet G.W. Pathologic masturbation with drastic consequences: Case report // *Journal of Clinical Psychiatry.* – 1985. – Vol. 46 (12). – P. 537–539.
51. Hite S. *The Hite Report.* – New York: Dell, 1977.
52. Holstein K., Schutze G. Zur Pathogenese der sexuellen Deviation in der Adoleszenz // *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie.* – 1983. – Vol. 11 (4). – P. 310–316.
53. Impallari J., de Impallari M.G. Antecedentes y relaciones entre formas de masturbacion y tipos de fantasias en eyaculadores precoces y en personas con buen desempeño eyaculatorio: 2o informe // *Revista Latinoamericana de Sexologia.* – 1988. – Vol. 3 (1). – P. 13–24.
54. Jaluvka V., Novak A. Vaginal foreign bodies in women in postmenopause and in senium // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* – 1995. – 61 (2). – P. 167–169.

55. Janus S.S., Janus C.L. *The Janus Report on Sexual Behavior*. – New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993 – 430 p.
56. Kanda F., Hattori Y., Nakahashi M., Horiuchi M. [A case of vesico-urethral foreign body with urinary fistula] // *Hinyokika Kyo*. – 2004. – 50 (6). – P. 443–444.
57. Karthikeyan R, Swaminathan V.D. Behavioural management of masturbatory guilt // *Indian Journal of Clinical Psychology*. – 1992. – Vol. 19 (2). – P. 41–43.
58. Kay D.S. Masturbation and mental health: Uses and abuses // *Sexual & Marital Therapy*. – 1992. – 7 (1). – P. 97–107.
59. Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S. *The social organization of sexuality*. – Chicago: University of Chicago Press, 1994.
60. LoPiccolo J., Lobitz W.Ch. The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction // *Arch. Sex. Behav.* – 1972. – 2 (2). – P. 163–171.
61. Lux E. *Szexual pszichologia*. – Budapest: Medicina Konjukia-do, 1981. – 240 l.
62. Maruschke M., Seiter H. Totale Penisinfarzierung durch Strangulation in einer Plastikflasche // *Urologe A*. – 2004 – 43 (7). – P. 843–844.
63. Masters W.H., Johnson V.T. *Human sexual response*. – Boston: Little, Brown, 1966.
64. Masters W.H., Johnson V.E. *Human sexual inadequacy*. – Boston: Little, Brown and Co, 1970. – 467 p.
65. Money J. *Love and Love Sickness*. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1980.
66. Noble H., Goh B.T. Chronic penile oedema secondary to chronic masturbation // *Int J STD AIDS*. – 2004. – 15 (7). – P. 489–490.
67. O'Halloran R.L., Dietz P.E. Autoerotic fatalities with power hydraulics // *Journal of Forensic Sciences*. – 1993. – Vol. 38 (2). – P. 359–364.
68. Reuben D. *Everything you always wanted to know about sex but were afraid to ask*. – New York: Bantam Books, 1969.



69. Rosenblum S. The adolescent sexual asphyxia syndrome // J. Amer. Acad. of Child Psychiatry. – 1979. – 18 (3). – P. 446–558.
70. Scott J.F. The Sexual Instinct: Its Use and Dangers as Affecting Heredity and Morals. – 3<sup>rd</sup> ed. – Chicago: Login Brothers, 1930.
71. Slosarz W. Masturbation fixation and the problem of adaptation to heterosexual partnerships: A few implications // Sexual & Marital Therapy. – 1992. – Vol. 7 (3). – P. 275–281.
72. Stengers J., Van Neck A. Masturbation: The History of the Great Terror. – New York: Palgrave, 2001.
73. The sensuous man. – Lyle Stuart, Inc., 1971.
74. Vashist M.G., Arora A.L. Screwing a carrot out the rectum // Indian J. Gastroenterol. – 1997. – 16 (3). – P. 120.
75. Wood G., Ruddock E. Vitalogy. – Chicago: Vitalogy Association, 1918.
76. Zucker K.J. Freud's early views on masturbation and the actual neuroses // Journal of the American Academy of Psychoanalysis. – 1979. – Vol. 7 (1). – P. 15–32.

## **ГЛАВА 6**

### **ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТЬ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?**

Гомосексуализм как явление известен с незапамятных времен, хотя слова «гомосексуализм» не существовало до 1869 года. Сообщается, что данный термин впервые был употреблен немецко-венгерским писателем, переводчиком и журналистом Каролом Марией Кертбени (1824–1882), который вначале печатался под именем «Доктор Бенкерт». По этой причине многие и до настоящего времени ошибочно считают его врачом [13]. Наряду с этим приводятся данные, согласно которым в том же 1869 г. названный термин впервые появился в памфлете, написанном в форме открытого письма министру юстиции Германии (нем. *homosexu-*

*alität*) [30]. Данный памфлет принадлежит перу названного выше автора.

Отношение к гомосексуалам в прошлом было неоднозначно в различных странах и в различные времена. Оно колебалось от резко негативного до нейтрального и даже позитивного. У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [26] в связи с этим сообщают, что древние иудейские традиции резко осуждали гомосексуальность. В Библии сказано: «Если кто ляжет с мужчиной как с женщиной, то оба они сделали мерзость; да будут преданы смерти, кровь их на них» (Левит 20:13).

В Древней же Греции некоторые формы гомо- и бисексуальных отношений считались вполне естественными [50]. Чаще в гомосексуальную связь вступали взрослые мужчины и юноши. Хотя однозначно считается, что однополые связи являлись в Древней Греции вполне естественным и почитаемым явлением, интересно привести мнение древнегреческого философа Платона (428 г. или 427 г. до н. э. – 347 г. до н. э.), которое он высказал в конце своей жизни. Согласно этому мнению, «мужчины не должны сходиться с юношами как с женщинами для любовных утех», потому что «это противоречит природе» [13]. Как отмечал цитируемый автор, «наслаждение от соединения мужской природы с женской, влекущее за собой рождение, уделено нам от природы, соединение же мужчины с мужчиной и женщины с женщиной – противоестественно и возникло как дерзкая попытка людей, разнузданных в удовольствиях» [32].

Римляне времен поздней Республики и Империи считали однополые сексуальные контакты проявлением разложения. З. Лев-Старович [24] сообщает, что они с презрением относились к гомосексуализму, распространенному среди греков. Когда в 313 г. император Константин объявил христианство государственной религией Римской империи, по всей Европе сексуальное поведение личности стало подлежать детальной церковной, а лишь затем государственной регуляции в мелочах. Это позволило императорам Диоклетиану и Максимилиану в 287 г., а императору Феодосию в 390 г. издать свои Указы, согласно которым гомосексуаль-

ные отношения карались смертью путем сожжения на костре. Правда, эти законы просуществовали недолго [8].

В Древнем Риме любовь к мальчикам считалась культурно чужеродной. Свободнорожденные римские мальчики и юноши носили на шее специальные амулеты – буллы. Их функция состояла в том, чтобы указывать окружающим, что те, кто их носит, не может стать объектом сексуальных посягательств. Сокращение свободнорожденного мальчика наказывалось смертью [60]. Однако с рабами можно было делать все, что угодно.

Если на христианском Западе в раннем средневековье содомия была просто одним из многих грехов, то в первой половине XIII в. ее приравнивают к ереси, а расследование по таким обвинениям поручают только что созданной «святейшей инквизиции». Теперь однополая любовь наказывается уже не штрафом или изгнанием, а сожжением на костре. В формировании отношения к гомосексуализму большую роль, в частности, сыграло мнение авторитетных христианских теологов. В этой связи следует упомянуть Св. Августина (IV в. н. э.) и Св. Фому Аквинского (XIII в. н. э.), которые в своих трудах писали, что любые половые акты, исключая возможность зачатия, противоестественны и поэтому греховны. Во второй половине XIII в. антисодомитские законы были приняты в большинстве европейских государств. Содомитов сжигали или кастрировали, а затем подвешивали за ноги до наступления смерти. Таким образом, грех становится ересью, а затем и преступлением [14].

Впервые на Руси гомосексуалов стали сжигать на костре при Петре Великом в 1706 г., причем эта мера наказания касалась лишь военных, не распространяясь на гражданское население. В 1716 г. ее заменили телесным наказанием, а в случаях применения насилия – вечной ссылкой. После Петра I гомосексуальные отношения наказывались, но гораздо менее сурово [12, 44]. В связи с этим следует отметить, что в некоторых странах и сейчас гомосексуальные отношения караются смертной казнью. Так, сообщается, что в Иране двое подростков-гомосексуалов были публич-

но повешены на площади города Машат на востоке Ирана [10].

В настоящее время в целом ряде стран Запада на государственном уровне имеет место более или менее терпимое отношение к гомосексуалам, вплоть до признания за ними права на создание семьи. Борьба сексуальных меньшинств за гражданские права привела к тому, что в ряде стран Европы было разрешено заключение юридически закрепленных однополых отношений (Дания, Норвегия, Нидерланды, Бельгия, Швеция, Германия, Испания, Англия), а в некоторых из них, более того, – усыновление детей такими парами (например, в Нидерландах [3]).

Однополые браки с правом усыновления (удочерения) разрешены в Канаде. Ряд евангелических церквей Германии принял решение не отказывать «голубым» и «розовым» в венчании, впрочем – только по справкам из ЗАГСа. Католическая церковь Германии, однако, подобные браки не признает. В настоящее время говорят о кризисе в англиканской церкви, который был вызван решением епископальной церкви США возвести в сан епископа штата Нью-Джерси Джина Робинсона, который не скрывает своей гомосексуальной ориентации, а также решением одной из епархий англиканской церкви в Канаде разрешить венчание однополых пар [6].

За последние два десятилетия нормативные акты США претерпели значительные изменения – в основном из них изъяты пункты, дискриминирующие геев и лесбиянок. Однако общий уровень толерантности по отношению к гомосексуалам остается в американском обществе довольно низким. По подсчетам National Gay and Lesbian Task Force, в 23 штатах США приняты нормы уголовного законодательства, предусматривающие более серьезные наказания за преступления, совершенные против геев, лесбиянок и транссексуалов. В то же время исследование Princeton Survey Research показало, что 88% американцев считают, что гомосексуалы являются наиболее дискриминируемой частью населения США. Для сравнения, аналогичного мнения в отношении эмигрантов придерживаются 76% опрошенных.

По данным ФБР, в 2001 году жертвами насилия и дискриминации стали более тысячи геев и лесбиянок. Согласно данным организации Legal Defense Network, в 1999 году в отношении военнослужащих-геев совершалось примерно три преступления в день. В 2000 году число таких преступлений возросло на 42%. Тем не менее по информации the Gay & Lesbian Victory Fund, открытые геи и лесбиянки ныне занимают должности в 228 из 511 тысяч органов власти США, комплектуемых на основе выборов [42].

Социальное движение в США, направленное на получение юридической защиты гомосексуального брака, которое началось в начале 1970-х, привело к тому, что в настоящее время в штате Массачусетс регистрируются однополые браки (same-sex marriages), в Коннектикуте и Вермонте – гражданские союзы (civil unions), в Калифорнии, штате Мэн, Нью-Джерси и округе Колумбия – домашние/семейные партнерства (domestic partnerships), а на Гавайях устойчивые однополые интимные отношения легитимизирует закон взаимного бенефициара (reciprocal beneficiary law) [55].

Это движение поддерживают некоторые организации и личности, наделенные административной властью. Его, в частности, также поддерживают партии коммунистической и социалистической ориентации, партия Зеленых США, Пацифистская партия США и некоторые демократические партии. Группы, которые выступают против предоставления юридического статуса однополым бракам (same-sex marriages), в частности, включают Республиканскую партию, римско-католическую церковь и ряд протестантских христианских церквей и организаций [55].

Отношение к гомосексуальному браку (gay marriage) жителей США неоднозначное. Более благосклонно к нему относятся горожане, молодые и нерелигиозные люди, члены Демократической партии, жители Западного побережья, Великих озер и Новой Англии. (Новая Англия (New England) – название исторически сложившегося района в северо-восточной части США, куда входят штаты Мэн, Нью-Хэмпшир, Вермонт, Массачусетс, Коннектикут, Род-Айленд). Сельские жители, люди более старшего возраста, протестантские

станты-евангелисты и те, которые живут в южных гористых штатах и более южных штатах Среднего Запада, относятся к гомосексуальным бракам отрицательно. Девятнадцать штатов имеют конституционные поправки, явно запрещающие признание однополного брака, ограничивая гражданский брак юридическим союзом между мужчиной и женщиной. Сорок три штата имеют уставы, определяющие брак как союз между людьми противоположного пола [55].

Дж. Буш и Республиканская партия ведут постоянную борьбу за то, чтобы запретить заключение гомосексуальных браков на территории всех штатов. Напротив, положительное отношение к ним демонстрирует Демократическая партия. Разная позиция Республиканской и Демократической партий по данному вопросу нашла отражение в следующем. Геи и лесбиянки традиционно поддерживают кандидатов от Демократической партии США. В частности, корпорации, управляемые геями и лесбиянками, пожертвовали в свое время на президентскую кампанию Эла Гора несколько миллионов долларов [42].

Следует отметить, что на фоне борьбы за признание однополых браков в США еще несколько лет назад в ряде штатов гомосексуальные отношения считались уголовным преступлением [8, 12]. Однако 26 июня 2003 г. Верховный суд США признал законы, запрещающие гомосексуализм, не соответствующими конституции страны и гомосексуализм стал легальным на всей территории США [4].

В 2004 г. американский Сенат принял поправки к законам, которыми в Америке караются так называемые преступления нетерпимости. Теперь к числу таких преступлений относится пропаганда и действия, направленные против сексуальных меньшинств и людей, ведущих необычный для общества образ жизни. Речь идет о приверженцах самых различных сексуальных практик и людях с необычной психикой. Против данных поправок выступило несколько религиозных организаций США. Они обеспокоены тем, что не смогут публично выразить свое негативное отношение к гомосексуалам. Христиане опасаются, что будут наказыв-

ваться за цитирование Библии, так как закон, по сути, запрещает называть гомосексуализм грехом.

Значительную роль в жизни общества играет религия и церковь. В связи с этим следует отметить, что римско-католическая христианская церковь относится к гомосексуальным бракам резко отрицательно. Папа Римский Бенедикт XVI после своего избрания на Святой престол публично осудил гомосексуальные союзы. Во время своей речи перед духовенством римской епархии в соборе Сан-Джованни-ин-Латерано понтифик подчеркнул, что однополые «браки» не являются истинными союзами двух людей. По его словам, подобное явление – проявления «анархии», угрожающие будущему института брака. Согласно мнению Бенедикта XVI, «псевдо-свободы», к каковым относятся и однополые браки, основываются на том, что он называет «опошлением человеческого тела» и человека вообще [31].

Отношение русской православной церкви к гомосексуализму и гомосексуальным бракам также резко негативное. Так, ею было заявлено следующее: «Православная церковь считает гомосексуализм греховным повреждением человеческой природы, которое преодолевается в духовном усилии, ведущем к исцелению и личностному возрастанию человека. Относясь с пастырской ответственностью к людям, имеющим гомосексуальные наклонности, церковь в то же время решительно противостоит попыткам представить греховную тенденцию как “норму”, а тем более как предмет гордости и пример для подражания» [33]. О крайне негативном отношении к гомосексуализму и гомосексуальным бракам также заявляют российские лидеры мусульман и иудеев.

В России гомосексуальные отношения уголовно не преследуются с 1993 г. Этот шаг по их декриминализации был осуществлен в основном под давлением международного общественного мнения. Данное решение было принято с целью обеспечить вступление России в Совет Европы. Окончательно оно было закреплено в новом уголовном кодексе РФ, вступившем в силу с 1 января 1997 г. [14].

Следует отметить, что уровень отрицательного отношения к гомосексуализму и гомосексуалам у населения России является довольно высоким, о чем свидетельствуют данные опросов Левада-центра и ВЦИОМа, проведенные в 2005 г. Однако это отношение в настоящее время более терпимое, чем ранее зарегистрированное с помощью опроса ВЦИОМ в 1990 г. Интересно отметить, что вопреки ожиданиям выявить уменьшение терпимости с увеличением возраста (это, в частности, имеет место в США), по данным ВЦИОМа более терпимо к представителям нетрадиционной сексуальной ориентации относятся средние возрастные группы, тогда как молодежная группа (18-24 года) и старшие возрастные группы демонстрируют более негативное отношение к ним. В то же время, несмотря на формирование более толерантного отношения к представителям сексуальных меньшинств, к возможности однополых браков, а также воспитанию ими детей россияне относятся крайне отрицательно [36].

В настоящее время в Российской Федерации брак определяется как союз «мужчины и женщины». При отсутствии нотариального завещания переживший партнер не наследует имущество умершего партнера. Совместное усыновление детей партнерами одного пола невозможно.

В отчете «Голубая книга. Положение геев и лесбиянок в Украине» [5] сообщается, что Украина первой из бывших республик СССР отменила уголовное наказание за гомосексуальные отношения между совершеннолетними мужчинами без применения насилия. Это произошло практически сразу после обретения ею независимости. 12 декабря 1991 года Верховный Совет Украины принял Закон о внесении изменений в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Украинской ССР. Согласно этому закону, статья 122 УК Украины была изложена в новой редакции. Ею предусматривалось наказание за гомосексуальные отношения только в случае применения насилия.

До отмены уголовного преследования за гомосексуализм в Украине не могло быть и речи ни о каких геевских группах, не говоря уже об организациях. В лучшем случае существо-



вали компании друзей. Названное же изменение в законодательстве активизировало движение геев и лесбиянок и привело к возникновению ряда организаций. Среди них Черкасская служба знакомств для людей с нетрадиционной сексуальной ориентацией, служба знакомств «Голубая роза» (Луганск), Николаевская ассоциация геев, лесбиянок и бисексуалов «ЛиГА», Региональный информационный и правозащитный центр для геев и лесбиянок «Наш мир» (Луганск), «Твое життя» (Киев), «UGLA» (Одесса), «Гей-Форум Украины», Молодежная ассоциация геев и лесбиянок Украины «gLife», «Ганимед». Последняя из названных организаций уже прекратила свое существование. Единственным реальным источником средств на финансирование геевских инициатив были и являются зарубежные благотворительные фонды [5].

Отношение населения к гомосексуализму в Украине неоднозначное, о чем, в частности, сообщается на сайте туристической компании «ABC GLOBAL Travel». В крупных городах, и в первую очередь в Киеве, люди более толерантны, а в небольших городах и регионах, где сильны религиозные традиции, более консервативны [43]. Но и в Киеве отношение к гомосексуалам далеко неоднозначно. Так, в 17-ом номере христианской газеты «Камень Краеугольный» (август 2004 г.) в статье «Кирпичи трансформации» сообщается, что в сентябре 2003 года на главной улице Киева была проведена первая в Украине акция против гомосексуализма, благодаря которой городские власти запретили геям пройти маршем по Киеву [23].

Тем не менее 17 мая 2006 г. по инициативе Регионального информационного и правозащитного центра для геев и лесбиянок «Наш мир» в Киеве представителями сексуальных меньшинств все же была проведена акция, приуроченная к Международному Дню борьбы с гомофобией. В центре столицы был поднят воздушный шар с символами толерантности и Дня противодействия гомофобии. Над площадью Независимости развевался радужный флаг – символ гей-сообщества, который был прикреплен к упомянутому воздушному шару. В этом году, как считают организато-

ры этой акции, публичные мероприятия достигли цели и положили начало новой традиции – ежегодно отмечать в Украине Международный День борьбы с гомофобией.

Однако в сентябре 2006 г. в Киеве состоялась акция «Любовь против гомосексуализма», в которой участвовали верующие православной, католической и протестантской церквей. Участники шествия развернули плакаты «Любовь против гомосексуализма», «Гомодиктат не пройдет» и др. Они потребовали от украинских политиков отказаться от поддержки гомосексуалов и их инициатив о регистрации однополых браков, а также государственной поддержки гомосексуализма и т.д. По мнению собравшихся, требования гомосексуалов направлены на уничтожение семьи, моральности и, в конце концов, на вырождение нации. Участники акции заявили, что политические партии, которые публично не откажутся от намерений поддерживать политические идеи и требования лесбиянок и гомосексуалов, в том числе путем законодательных инициатив, отныне будут считаться такими, что вступили в конфликт с общенациональными интересами государства. Акции «Любовь против гомосексуализма» проводятся в Киеве с 2003 года.

В помещенном в интернете 8 ноября 2006 г. сообщении Е. Лавриной отмечается, что в письменном ответе заместителя министра Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта Татьяны Кондратюк на открытое письмо руководителей общественных и благотворительных организаций геев и лесбиянок Украины она заявила о необходимости легализации однополых браков, которая связана с возможностью вхождения нашей страны в Европейское Сообщество. Сообщается, что министерством совместно с другими центральными органами исполнительной власти разработан проект постановления Кабмина «Об утверждении Государственной программы поддержки семьи в 2006-2010 годах», мероприятиями которого предусмотрено внесение изменений в действующее законодательство Украины. Вместе с тем Т. Кондратюк констатирует, что к гомосексуалам в Украине относятся с предубеждением. Поэтому для полного и глубокого изучения общественного мнения по

поводу признания Украиной законности однополых браков и легализации гражданского партнерства для людей гомосексуальной ориентации она считает целесообразным вынести данные вопросы на общественные слушания.

Министерство иностранных дел Украины, в свою очередь, изложило собственную официальную позицию относительно признания в стране однополых браков. В письме МИД говорится: «Требование относительно признания в Украине действительными однополых браков между гражданами Украины или между гражданами Украины и иностранцами, законно осуществленных в другом государстве, а также законно зарегистрированных за границей гражданских партнерств в целом не вызывает возражений».

Ответ на эти инициативы со стороны оппонентов не заставил себя долго ждать. В том же ноябре 2006 г. в открытом письме Всеукраинский совет церквей и религиозных организаций (ВСЦРО) обратился к Верховной Раде с просьбой не допустить легализации однополых браков. «Мы выступаем категорически против установления на законодательном уровне в нашей стране однополых браков или регистрируемых однополых партнерств», – сказано в этом письме. Авторы документа также просят депутатов четко зафиксировать в законах, что семью могут создавать исключительно мужчина и женщина. В состав ВСЦРО входят 19 религиозных организаций, включая православные, католические, протестантские и мусульманские.

В связи с этим следует привести мнение Украинской православной церкви Киевского патриархата по поводу гомосексуализма. На ее соборе в докладе Патриарха Киевского и всея Руси-Украины Филарета была дана развернутая оценка «вызовам современности». Он заявил, что церковь должна активнее декларировать нравственные ориентиры для своих членов и для всего общества. Относительно гомосексуализма патриарх высказался следующим образом: «Гомосексуализм – прямое искажение Богом созданной природы. Взгляд на гомосексуализм лишь как на “нетрадиционную ориентацию” не может быть оправдан с точки зрения христианской морали. Греховен не только порок,

но и попытки представить его как один из нормальных способов сексуальной жизни» [11].

В Украине (преимущественно в западных ее областях) определенное влияние имеет греко-католическая церковь. Греко-католики обратились с просьбой к властям Украины законодательно определить понятие «сексуальное меньшинство». Глава Украинской греко-католической церкви (УГКЦ) кардинал Любомир Гузар выступил с инициативой внести на рассмотрение Верховной Рады проект дополнений к действующему законодательству с целью укрепления традиционного института семьи. Он считает, что в проекте должно быть, в частности, указано, что супружеской парой может считаться исключительно «союз между мужчиной и женщиной», и дано определение понятия «сексуальные меньшинства». «В некоторых странах появилась тенденция к созданию однополых семей. Мы должны обезопасить от этого Украину. В таких семьях дети будут воспитаны с такой же ментальностью, как и их родители», – заявил пресс-секретарь главы УГКЦ отец Игорь Яцив [7]. В связи с этим необходимо отметить, что украинское законодательство предусматривает создание брака лишь между мужчиной и женщиной, хотя никаких норм, запрещающих однополые браки, в нем нет.

В интернете приводится обращение ученых Академий наук Украины к Президенту и Парламенту Украины, ко всем главам государств и церквей, под которым подписалось 18 человек. В нем осуждается гомосексуализм (мужской и женский) и педофилия. Отмечается, что это «прямой вызов Самому Богу, Который ненавидит эти грехи и называет мерзостью, как написано в Библии: “Не ложись с мужчиной, как с женщиной: это мерзость... Не оскверняйте себя ничем этим, ... ибо если кто будет делать все эти мерзости, то души, делающих это, будут истреблены” (Левит 18: 22-29). Людям следует внимать Божьим предупреждениям, чтобы нашу цивилизацию не постигла участь древних городов Содома и Гоморры, которые Бог уничтожил за распространение гомосексуализма и развратный образ жизни». Датировано это обращение 30 июня 2005 года [34].

В настоящее время в связи с направленностью своего сексуального влечения лица с однополой сексуальной ориентацией практически не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней крайне редко, так как гомосексуализм не рассматривается в МКБ-10 в качестве патологического состояния [19]. Кстати, целесообразно сообщить, что решение об изъятии гомосексуальной ориентации из разряда патологии было принято перевесом всего лишь в один голос.

В тексте, комментирующем закрепленное в данной классификации отношение к этому вопросу, отмечается, что та или иная сексуальная ориентация сама по себе не рассматривается в качестве расстройства. Более того, обращает на себя внимание код F66.1 (эго-дистоническая сексуальная ориентация), который отражает такое положение, когда «половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющих психологических или поведенческих расстройств, и может искать лечение с целью изменить их» [27]. В контексте того, что гомосексуальная ориентация в рассматриваемой классификации сама по себе не считается патологией, желание избавиться от названной ориентации, по сути, свидетельствует о наличии некоей аномальности.

Однако следует отметить, что ряд известных клинических сексологов Украины и России все же не считают гомосексуализм нормой. Среди них профессора В.В. Кришталь, Г.С. Васильченко, А.М. Свядоц, С.С. Либих. Так, В.В. Кришталь, С.Р. Григорян [21] отмечают, что сексуальное здоровье предполагает оптимальную сексуальную адаптацию к противоположному полу и заявляют, что неправильная ориентация по полу объекта влечения, т.е. половое влечение к представителям своего пола, известна как гомосексуализм, который, наряду с другими нарушениями психосексуальной ориентации, называют половым извращением, сексуальной перверсией, парафилией.

Г.С. Васильченко, Р.Н. Валиуллин [2], рассматривая обсуждаемый нами вопрос, сообщают об обращении за ле-

чебной помощью 28-летнего пациента, который, не состоя в браке, на протяжении четырех последних лет проводил довольно регулярные как гетеро-, так и гомосексуальные половые акты. С некоторых пор, однако, у него появились затруднения именно с гомосексуальными партнерами, что было вызвано единичными неудачами и нарастающими опасениями. В то же время при гетеросексуальных сношениях ни неудачи, ни боязнь места не имели и не имеют. Анализируя данный случай, авторы отмечают, что до сих пор сексопатологи оказывали соответствующую помощь только пациентам с установкой на изменение сексуальной ориентации. Так как оказание врачебной помощи при жалобах, обусловленных избирательными неудачами в гомосексуальных связях, означало бы укрепление девиации как патологического проявления, при аналогично ориентированной направленности жалоб (а их частота с выходом гомосексуализма из укрытий на оперативный простор, по-видимому, будет возрастать) каждому сексопатологу при подобных обращениях придется для себя решать – будет ли он использовать свой личный арсенал для цементирования перверсии.

В 1988 г. А.М. Свядош [39] отмечал, что в англо-американской литературе все чаще высказывается мнение о том, что гомосексуализм является вариантом нормы. Поэтому не следует заниматься поисками путей терапии. С такой точкой зрения автор не согласен, так как нельзя признать естественным половое влечение к лицам своего пола. Он заявляет, что если бы все люди стали гомосексуалами, то человеческий род прекратил бы свое существование.

С.С. Либих [25] сообщает, что часто возникает вопрос о так называемых сексуальных меньшинствах. Этот термин автор считает неудачным, так как, по его мнению, количественное соотношение в данном случае неуместно. Правильнее относить этих лиц к тем, у кого имеет место одна из парафилий, которая прежде определялась как половое извращение, а в настоящее время трактуется как альтернативная форма полового общения. Далее автор указывает на то, что в настоящее время на Западе и Востоке часто говорят, что гомосексуализм является абсолютной нормой, стре-

мясь таким путем защитить сексуальные меньшинства от уголовного преследования, общественного осуждения, презрения и правовых ограничений. Однако этот вопрос требует беспристрастного подхода с учетом всех уровней здоровья. Так, нельзя считать гомосексуалов социально благополучными в плане их сексуального поведения потому, что даже если разрешить заключение между ними браков, то такие браки представляются весьма своеобразными, так как не выполняют детородной функции. Иначе говоря, прокреативная функция в данном браке невозможна. С другой стороны, половое влечение при гомосексуализме своеобразно, отклонено. Таким образом, нельзя говорить о сексуальном здоровье гомосексуалов, а следует рассматривать гомосексуализм как иной вариант сексуальной жизни, который имеет право на существование.

Следует отметить, что непризнание гомосексуализма в качестве сексуальной нормы отражено и в клиническом руководстве «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» под редакцией В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича [29], которое было утверждено 6 августа 1999 г. приказом №311 Министерства здравоохранения РФ [35]. В разделе данного руководства, посвященном расстройствам сексуального предпочтения, среди одного из критериев сексуальной нормы называют гетеросексуальность, что отражает позицию Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии.

Интерес представляют сведения, приводимые Э. Мерсер [28] в журнале «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева». Автор сообщает, что результаты международного опроса, проведенного ее отделом среди психиатров об их отношении к гомосексуализму, показали, что подавляющее большинство из них рассматривает гомосексуализм как девиантное поведение, хотя он был исключен из списка психических расстройств.

Представляет интерес и мнение авторитетных психологов по обсуждаемой нами проблеме. Так, профессор А.С. Кочарян [16], занимающийся гендерными проблемами, отмечает следующее: «Социальный конструктивизм внес

существенный вклад и, соответственно, модифицировал понимание пола, который стал гендром. Гендер – это социальное функционирование мужчины и женщины, концептуально описываемое разными категориями (напр., “социальная роль”). Концепция половой дихотомии, основанная на различии функций мужчины и женщины в репродукции, стала сменяться (дополняться) концепцией множественности полов, а точнее, гендеров. Особенности репродуктивной функции, как понятно, перестали играть сколько-нибудь существенную роль в определении гендера. ... Концепция множественности полов позволяет утверждать, что существует не два (мужчина и женщина), а много полов. ... В этом смысле можно говорить о гетеросексуалах, гомосексуалах, транссексуалах и т.п.». Далее цитируемый автор приходит к заключению: «Концепция множественности полов на самом деле является концепцией множественности гендеров. Такая концепция приводит к половому релятивизму, к утере пола, а не к углублению его понимания. К чему на практике ведет гендерный релятивизм? Думается, что к путанице. Пол без биологического тела, пол как социальная конструкция позволяет по-новому решать старые проблемы, в том числе и проблемы формирования и функционирования неосексуальных практик в культуре. Концепция социальной терпимости в отношении “новой сексуальности” не должна уступить место концепции нормативности этой сексуальности».

Некоторые либерально настроенные по отношению к однополым сексуальным отношениям люди, включая специалистов в области сексологии, говорят о том, что гомосексуализм не является патологией, однако его не следует пропагандировать. В связи с этим возникает вопрос: «А почему не стоит так поступать?» Ведь в случае признания гомосексуальных отношений нормальными, они с полным основанием могут пропагандироваться наравне с гетеросексуальными. Очевидно, что названная точка зрения является своеобразным компромиссом между неприятием гомосексуализма как нормы и стремлением соответствовать установкам МКБ-10.



По нашему мнению (характеризуются случаи, когда гомосексуализм не является синдромом какой-либо другой патологии или кратковременным транзиторным феноменом, а также когда подчас даже достаточно долго имеющие место гомосексуальные контакты не вызваны влечением к одноименному полу и обусловлены мотивацией, не имеющей к этому никакого отношения), гомосексуализм представляет собой нарушение психосексуальной ориентации по полу объекта, врожденную или/и приобретенную аномалию/расстройство полового влечения, нарушение программы воспроизведения человеческого рода. Под врожденными вариантами данной патологии мы подразумеваем такие, которые обусловлены наличием существующих еще в антенатальном периоде биологических искажений, приводящих в последующем к развитию гомосексуальной ориентации. Разумеется, что такая патология не является эквивалентной аномалиям, выявляющимся уже при рождении и с возрастом практически не претерпевающим никакой динамики. Примерами подобных аномалий в соматической сфере могут быть полидактилия и врожденная цветовая слепота.

Неправильно было бы применять против гомосексуалов меры карательного характера, если они насильно не принуждают других (взрослых и детей) к однополрой любви. Ведь ни у одного человека (в том числе и у врача) не возникнет мысль помещать в тюрьму людей с любой другой патологией, если они не совершают действий, приносящих ущерб людям и государству.

Следует отметить, что одним из ключевых моментов, который пытаются использовать для доказательства того, что гомосексуализм не является патологией, служит тот факт, что гетеросексуальные контакты далеко не всегда ведут к деторождению, часто выполняя только функцию наслаждения, которая реализуется и при гомосексуальных контактах. В этой связи, в частности, проводится сопоставление между гетеросексуальными контактами с использованием контрацептивов и однополыми контактами. Ни те, ни другие не ведут к деторождению. Однако не следует забывать о том, что если гетеросексуальные контакты

предполагают возможность зачатия, то гомосексуальные полностью его исключают. Данное обстоятельство, в частности, является причиной того, что только каждый десятый американский гей является отцом [61].

В продолжение обсуждения отношения к гомосексуализму необходимо подчеркнуть, что терпимость по отношению к нему, базирующаяся на понимании этого явления и приятии его как данности, не должна переходить границы, за которой названная патология в представлении людей по закону перехода количественных изменений в качественные вдруг окажется нормой. Соблюдение определенных рамок терпимости необходимо и затем, что чрезмерный либерализм приводит лишь к тому, что лица с ориентацией, о которой идет речь, начинают убеждать окружающих в абсолютной нормальности однополрой любви, а влияние социальных и психологических факторов не следует недооценивать. В этой связи следует подчеркнуть, что люди с определенными взглядами и образом жизни всегда стремятся к их распространению. Иногда это выражается в очень жесткой форме. Так, в редакционной статье российской газеты сексуальных меньшинств «Тема» (1991, № 3–4) откровенно отмечается следующее: «Наше общество – гетеросексуальное. Ребенок с детства воспитывается гетеросексуальным, ему навязываются гетеросексуальные идеи... Навязывание этих стереотипов – чудовищно». «С властями не церемоньтесь», – рекомендует зарубежный деятель гей-движения Ноэль Грейг («Тема», 1992, № 1). «Мы заслужим свою свободу шоком, борьбой, не щадя нервы гетеросексуалов», – обещает передовая «Coming out» состоялся!» («Тема», 1991, № 3–4) [по 40].

***По нашему мнению, идея терпимости по отношению к гомосексуалам и принятия гомосексуализма как объективно существующей реальности не должна уступать место идее о гомосексуализме как о норме!***

Высказывание типа «Гомосексуализм имеет право на существование», которое следует считать справедливым, не доказывают того, что он может и должен быть причислен к норме. Аналогичные высказывания могут быть сделаны и в

отношении любой другой существующей патологии, так как она, так же, как и гомосексуализм, имеет место у определенного процента лиц вне зависимости от того, хотим мы этого или нет. В связи с этим небезынтересно привести данные отчета последнего многопланового изучения сексуального поведения в США, согласно которому гомосексуалами среди 1333 опрошенных мужчин считали себя 4% лиц, а среди 1411 опрошенных женщин – 2% [51].

Изменение отношения к гомосексуализму, а именно стремление к его депатологизации, которое нашло отражение в последних медицинских классификациях, следует рассматривать как процесс, который игнорирует биологический компонент нормы и опирается на определенный социальный заказ, направленный на уравнивание гетеро- и гомосексуальной ориентаций (будто бы являющихся лишь различными нормативными вариантами полового влечения) в русле демократизации/гуманизации общества, представляя собой ее (демократизации/гуманизации) издержки.

О существующем социальном заказе, в частности, говорит характер некоторых исследований, якобы свидетельствующих о превосходстве гомосексуалов над гетеросексуалами по ряду характеристик. Так, известный российский социолог И.С. Кон [15], основываясь на данных литературы, в статье «О нормализации гомосексуальности» сообщает, что хотя данные на этот счет фрагментарны и не всегда сопоставимы, уровень образования и дохода геев и лесбиянок нередко выше среднестатистического. По данным национальной переписи США 1990 г., 13% совместно живущих геев имели образование выше колледжа, а 23,7% окончили колледж; у женатых гетеросексуальных мужчин соответствующие цифры – 10,3% и 17%. Кроме того, гомосексуалы значительно реже нарушают закон. Районы, в которых предпочитают селиться люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией, ничем не напоминают прежние гетто; нередко недвижимость в них стоит дороже, чем по соседству. По данным опроса 15 тыс. европейцев, проведенного известной гамбургской аналитической службой EMNID, геи и бисексуалы лучше образованны и имеют более высокую ака-

демическую успеваемость. Европейские геи тратят больше денег на путешествия, больше увлекаются музыкой и литературой, а также проводят на 10% больше времени в интернете. Далее цитируемый автор отмечает, что в некоторых видах творческого труда, особенно связанных с искусством, они даже статистически «перепредставлены».

Приведенные данные нуждаются в обсуждении и вызывают ряд вопросов. Во-первых, они резко отличаются от сведений, представленных в работах прошлых лет, в которых геи подавались исключительно в негативных красках (психопатологический, поведенческий и социальный аспекты). Часто это было связано с тем, что исследовались только люди, находившиеся в местах лишения свободы или состоявшие под наблюдением психиатров. Таким образом, по-видимому, речь идет о крайностях, так как более ранние публикации также обслуживали социальный заказ, который был диаметрально противоположен нынешнему. Тем не менее не вызывает сомнения, что исключение гомосексуализма из категории психических расстройств, приведшее к улучшению отношения к гомосексуалам в обществе, вполне естественно способствовало уменьшению негативной самооценки лиц с однополой сексуальной ориентацией, приводящей к возникновению у них различных психологических проблем и других (помимо гомосексуализма) психических расстройств. Во-вторых, следует обсудить вопрос о том, почему, как отмечалось выше, европейские геи больше времени проводят в интернете и больше денег тратят на путешествия. Не связано ли это с тем, что посредством интернета они часто осуществляют поиск партнеров, меньше обременены семейными заботами, уходом за детьми, необходимостью уделять им определенное время и обеспечивать их материально?

В случаях затруднений сексуальной реализации, обусловленных сексуальными дисфункциями, как показали наши исследования [17, 18, 20, 52], у мужчин наблюдаются различные изменения поведения, которые могут, в частности, проявляться возникновением новых увлечений или активизацией старых, уходом в работу, появлением или интен-

сификацией научных и культурных интересов. В целом данный паттерн поведения назван нами «Сублимация и феноменологически близкие ей трансформации поведения». Несомненно, что лица с гомосексуальной ориентацией часто испытывают значительные затруднения в реализации своего полового влечения, что может приводить к изменениям их поведения, обусловленным сублимацией, проявляющимся, в частности, творческими увлечениями.

Называются и другие причины, активизирующие учебу и стимулирующие интеллектуальное развитие геев. Так, отмечается, что по многим психологическим тестам (и особенно по направленности интересов) геи больше похожи на женщин, чем на гетеросексуальных мужчин. Особенно сильно это проявляется в детстве. Школьные отметки гомосексуальных мальчиков, как правило, выше среднего уровня. Также называют следующий дополнительный стимул к учебе и интеллектуальному развитию маленьких геев. Он заключается в том, что из-за невозможности преуспеть в типичной мальчишеской деятельности, соревновательных играх и спорте их самореализация идет по другому пути. Однако отмечается, что так поступают не только геи, но и многие другие будущие интеллектуалы. В связи с этим подчеркивается, что считать всех геев интеллектуалами так же нелепо, как и подозревать всех интеллектуалов в гомосексуальности [13].

Исключению гомосексуализма из разряда расстройств в большой степени способствовала борьба лиц с однополый сексуальной ориентацией за гражданские права. В этой связи следует вспомнить их восстание в Гринвич-Виллидж (Нью-Йорк), спровоцированное рейдом полиции нравов в гей-бар «Стоунволл Инн» на Кристофер-стрит 27 июня 1969 г. Это восстание продолжалось всю ночь, а на следующую ночь геи снова собирались на улицах, где они оскорбляли проходящих полицейских, бросали в них камни, устраивали пожары. На второй день восстания четыреста полицейских уже сражались с более, чем с двумя тысячами гомосексуалов. Начиная с этого времени, которое считают началом борьбы геев за гражданские права, это движение,

вдохновленное примерами движения за свои гражданские права негров и движения против войны во Вьетнаме, носило агрессивный и временами конфронтационный характер. Результатом такой борьбы, в частности, явилось прекращение полицейских налетов на гей-бары. «Воодушевленные своим успехом в борьбе с полицейским преследованием, участники движения за права гомосексуалов направили усилия против другого исторического противника – психиатрии. В 1970 году гей-активисты ворвались на ежегодную встречу Американской психиатрической ассоциации (the American Psychiatric Association; APA) и сорвали выступление Ирвинга Бибера по вопросам гомосексуальности, обозвав его “сукиным сыном” в присутствии его шокированных коллег. Волна протестов заставила сочувствующих геем психиатров выступить за исключение гомосексуальности из официального списка психических заболеваний» [30, с. 318]. Данное решение было принято Американской психиатрической ассоциацией в 1974 г. небольшим большинством голосов после долгой внутренней борьбы. Следует отметить, что в 1975 году психиатры-гомосексуалы создали секцию геев, лесбиянок и бисексуалов, которая стала официальным подразделением АРА.

Очевидно, что приведенные исторические факты, которые в значительной степени определили принятие данного решения, не имеют ничего общего с научной аргументацией!

Технически исключение гомосексуализма из разряда патологии происходило следующим образом. 15 декабря 1973 г. состоялось первое голосование президиума Американской Психиатрической Ассоциации, на котором из 15 его членов 13 высказались за исключение гомосексуализма из реестра психических расстройств. Однако это вызвало протест ряда специалистов, которые для проведения референдума по данному вопросу собрали необходимые 200 подписей. В апреле 1974 года состоялось голосование, на котором из немногим более 10 тыс. бюллетеней 5854 подтвердили решение президиума. Однако 3810 не признали его. Эта история получила название «эпистемологического

скандала» на том основании, что разрешение чисто «научного» вопроса путем голосования для истории науки является случаем уникальным. В результате первоначально термин «гомосексуализм» был заменен на термин/понятие «нарушение сексуальной ориентации», допускающее широкое толкование [по 1]. (Эпистемολόγία [от греч. ἐπιστήμη – знание, λόγος – слово, учение] – теория познания, раздел философии.)

О политической подоплеке исключения в 1973 г. гомосексуализма из разряда нарушений психического здоровья сообщает в своей публикации авторитетный психиатр Джеффри Сатиновер (Dr. Jeffrey Satinover) [56], который детально описывает энергичную гомосексуальную кампанию, направленную на то, чтобы вынудить Американскую психиатрическую ассоциацию изъять гомосексуализм из списка признанных психических расстройств. Он отмечает, что для достижения своей цели данная кампания использовала «разрушение и искажение». Сторонники активных мер внутри АРА объединили силы с геевскими организациями, чтобы представить ей неполное и предвзятое/тенденциозное исследование, поддерживающее «нормальность» гомосексуализма. «Решение АРА изъять гомосексуализм из DSM было представлено публике как базирующееся на твердой научной основе, хотя эта основа фактически отсутствовала... АРА и другие так часто повторяли те же самые ложные утверждения, что общественность и даже Верховный суд теперь считают само собой разумеющимся, что наука доказала, что гомосексуализм – совершенно нормальный вариант человеческой сексуальности ..., если он рано фиксируется и не изменяется...», – пишет Д. Сатиновер.

Цитируемый автор характеризует влияние гей-организаций на Американскую психиатрическую ассоциацию, Американскую психологическую ассоциацию (the American Psychological Association) и Национальную ассоциацию социальных работников (the National Association of Social Workers), которое склонило их пренебречь научной скрупулезностью и подлинным исследованием, чтобы поддержать политические цели гомосексуального сообщества [по 58].

Официальное отношение американской психиатрии после исключения гомосексуализма из списка психических расстройств, в частности, нашло в 1975 г. свое отражение в публикации J. Bancroft [46] – авторитетного психиатра и клинического сексолога, который заявил, что гомосексуал (мужчина или женщина) – ни грешник, ни больной человек. Поэтому такой мужчина или такая женщина не нуждаются ни в прощении, ни в лечении. Однако такие индивидуумы иногда испытывают необходимость в помощи докторов и должны встречать понимание с их стороны. Тем не менее следует отметить, что за несколько лет до этого заявления были опубликованы работы данного автора по поведенческой (бихевиоральной) терапии гомосексуализма, в том числе аверсивной. В качестве примера может быть приведена его статья, опубликованная в 1969 г. в «British Journal of Psychiatry» [45].

Однако не все профессионалы в США разделяют рекомендуемую правлением Американской психиатрической ассоциации точку зрения. Результатом этого стало создание в этой стране Национальной ассоциации по изучению и терапии гомосексуализма, сокращенно NARTH (National Association for Research and Therapy of Homosexuality). Это произошло в 1992 г. Основали эту ассоциацию Чарлз Сокаридес (Charles Socarides), Бенжамин Кауфман (Benjamin Kaufman) и Джозеф Николоси (Joseph Nicolosi). Президентом ее стал психиатр Ч. Сокаридес, а вице-президентом – психолог Д. Николоси, основатель Психологической клиники им. Фомы Аквинского.

Интересно отметить, что профессор Колумбийского университета Р. Шпицер, ответственный за Американский классификатор психических болезней (DSM), который когда-то и принимал решение об исключении гомосексуализма из списка заболеваний, выступил с заявлением, что результаты переориентирующей терапии гомосексуалов во многом обнадеживают [9].

В 2004 году сенсацией стало появление на конференции NARTH предыдущего президента Американской психологической ассоциации (American Psychological Association;



АРА) доктора Роберта Перлова (Robert Perloff) – ученого с мировым именем и авторитетом. Парадокс заключается в том, что он сам в прошлом был членом комиссии АРА по вопросам сексуальных меньшинств. Выступая на конференции, Р. Перлов заявил о своей поддержке тех терапевтов, которые уважают убеждения клиента и предлагают ему конверсивную терапию (лечение, направленное на изменение направленности полового влечения), когда она отражает его чаяния. Отметив, что за последние годы растет число позитивных откликов на данную терапию, он призвал все больше терапевтов знакомиться с работой NARTH, а попытки гей-лоббистов замолчать или подвергнуть критике эти факты охарактеризовал как «безответственные, реакционные и надуманные». Он отметил свое «горячее убеждение, что свобода выбора должна управлять сексуальной ориентацией... Если гомосексуалы хотят трансформировать свою сексуальность в гетеросексуальную, то это их собственное решение, и в это не должна вмешиваться никакая заинтересованная группа, включая гей-сообщество. ... Существует право личности на самоопределение сексуальности». Характеризуя свое одобрение позиции NARTH, Р. Перлов подчеркнул, что «NARTH уважает достоинство каждого клиента, его автономию и свободу воли... каждый индивидуум имеет право заявлять о своих правах на гей-идентичность или развивать свой гетеросексуальный потенциал. Право лечиться, чтобы изменить сексуальную ориентацию, считается самоочевидным и неотъемлемым». Он отметил, что полностью присоединяется к данной позиции NARTH. Доктор Перлов также отметил нарастающее число исследований, которые противоречат популярной в США точке зрения, согласно которой изменение сексуальной ориентации невозможно. Он подчеркнул, что заявления о том, что усилия по сексуальной конверсии обречены на неудачу и бесполезны, являются «безответственными, реакционными и интеллектуально некорректными» [по 9, 49].

В конце августа 2006 г. появилось сообщение о сенсационном заявлении президента Американской психологичес-

кой ассоциации доктора Геральда Кукера (Gerald P. Koocher), которое он сделал в том же месяце. Согласно его высказываниям, он порвал с позицией, которой долгое время придерживается данная ассоциация, направленной против «периориентирующей терапии» гомосексуалов. Г. Кукэр отметил, что ассоциация поддержит психологическую терапию тех лиц, которые испытывают нежелательные гомосексуальные влечения. Беседуя с нынешним президентом NARTH доктором психологии Джозефом Николоси (Joseph Nicolosi) на ежегодном съезде АРА в Новом Орлеане, он заявил: «АРА не конфликтует с психологами, которые помогают тем, кто обеспокоен нежелательным гомосексуальным влечением». Он также подчеркнул, что при условии уважения автономии/независимости пациента и его выбора этический кодекс АРА конечно бы предполагал психологическое лечение тех, кто желает избавиться от гомосексуального влечения. В связи с этим следует сообщить, что АРА долгое время была враждебна по отношению к работе NARTH, относя попытки изменить сексуальную ориентацию гомосексуалов к их дискриминации. Комментируя данное знаковое заявление, доктор Dean Byrd, психолог NARTH, отметил, что фактически мнение, высказанное доктором Кукэром, сегодня идентично позиции NARTH. Он также высказал надежду о возможности начала плодотворного диалога по этой очень важной проблеме между АРА и NARTH. Однако следует отметить, что, несмотря на инновационное заявление президента Американской психологической ассоциации, среди ее членов нет согласия в отношении к конверсионной терапии гомосексуалов, целью которой является изменение направленности полового влечения с гомо- на гетеросексуальное. Так, 29 августа 2006 г. информационное агентство «Сайберкаст Ньюс Сервис» («Cybercast News Service») сообщило о заявлении представителя АРА, который сказал, что научное обоснование такой терапии отсутствует, и она не оправдана [по 57].

В связи с этим большой интерес вызывает заявление Клинтона Андерсона (Clinton Anderson) – директора службы АРА по проблемам лесбиянок, геев и бисексуалов (director

of the APA Office of Lesbian, Gay and Bisexual Concerns), которое нуждается в осмыслении и обсуждении. По его словам, он не спорит, что «гомосексуальность покидает некоторых людей», и не думает, что кто-нибудь не соглашается с идеей об их возможности измениться. Ведь известно, что гетеросексуалы могут стать геями и лесбиянками. Поэтому полностью разумным кажется, что некоторые геи и лесбиянки могли бы стать гетеросексуалами. Проблема не в том, может ли изменяться сексуальная ориентация, а в том, способна ли ее изменить терапия [по 54].

Joseph Nicolosi прокомментировал это заявление следующим образом: «Те из нас, кто боролся столь долго за признание АРА возможности изменения, высоко оценивают уступку г. Андерсона – особенно потому, что он председатель секции АРА по геям и лесбиянкам. Но мы озадачены, почему он думает, что изменение не может случиться в терапевтическом офисе». Доктор Николоси также отметил, что хотелось бы получить объяснение Андерсона относительно того фактора, который якобы существует в терапевтическом офисе и блокирует трансформацию сексуальной ориентации. По мнению Дж. Николоси, процессы, происходящие во время терапии, создают более благоприятные условия для такой трансформации и превосходят возможности, существующие вне офиса [по 54].

Данные первого специально запланированного широкомасштабного исследования эффективности конверсионной терапии (J. Nicolosi et al., 2000) были опубликованы в 2000 г. (882 чел., средний возраст 38 лет, 96% лиц, для которых очень важны были религия или духовность, 78% – мужчины, средняя продолжительность лечения около 3,5 лет). В результате указанной терапии 45% тех, кто считал себя исключительно гомосексуалом, изменили свою сексуальную ориентацию на полностью гетеросексуальную или же стали больше гетеросексуалами, чем гомосексуалами [по 22]. NARTH для терапии мужского гомосексуализма рекомендует ознакомление с монографией Joseph Nicolosi (Джозефа Николоси) «Reparative therapy of male homosexuality. A new clinical approach» («Репаративная терапия

мужского гомосексуализма. Новый клинический подход»), который, как сообщалось нами выше, является ее президентом [53].

В разделе данной работы «The Politics of Diagnosis» («Политика диагноза») автор анализирует влияние идеологических и гуманитарных причин, повлиявших на исключение гомосексуализма из разряда психических расстройств, убедительно показывая научную необоснованность такого серьезного действия. Он отмечает, что Фрейд, Юнг и Адлер рассматривали гомосексуализм как патологию. Сегодня же гомосексуализм не может быть найден в руководстве по психиатрии как психическое расстройство. «Отражали ли эти авторитетные ученые только невежество и предубеждение своего времени по отношению к гомосексуализму? Действительно ли это радикальное изменение происходит из-за нашего современного просвещенного переработанного отношения? Было ли проведено какое-нибудь новое исследование, объясняющее изменение этого мнения/убеждения?» – спрашивает Николоси. И сам же отвечает на эти вопросы: «Фактически ни одно новое психологическое или социологическое исследование не оправдывает это изменение... Это – политика, которая остановила профессиональный диалог. Воинствующие гей-защитники ... вызвали апатию и замешательство в американском обществе. Гей-активисты настаивают, что принятие гомосексуала как человека не может произойти без одобрения гомосексуальности» [53, р. 7–8].

Продолжая характеризовать данную проблему, цитируемый автор сообщает, что, анализируя факт изъятия из диагностической классификации Американской психиатрической ассоциации гомосексуализма, R.V. Bayer [48] констатирует следующее. Он утверждает, что данное изъятие не было обусловлено научными исследованиями, а явилось идеологической акцией, обусловленной влиянием времени. Также J. Nicolosi [53] отмечает, что влияние сексуальной революции и движений за гражданские права, права меньшинств и феминисток завершилось «запугивающим действием» на психологию. Некоторые авторы даже подвергли

сомнению способность гетеросексуалов проводить исследования гомосексуализма [59].

Так как существует опасение оскорбить любое меньшинство или быть признанным субъективным, имел место малый критический анализ качества жизни геев. Изъятие гомосексуализма из разряда патологии сопровождалось торможением его исследований и стало весомым фактором, препятствующим его лечению. Это обстоятельство также препятствовало профессиональной коммуникации специалистов по данной проблеме. Наступившее в исследованиях затишье не было обусловлено какими-либо новыми научными доказательствами, свидетельствующими о том, что гомосексуализм является нормальным и здоровым вариантом человеческой сексуальности. Скорее стало модным более это не обсуждать [53].

J. Nicolosi [53] также приводит две гуманитарные причины, сыгравшие роль в исключении гомосексуализма из разряда психических расстройств. Первая из них состоит в том, что психиатрия надеялась устранить социальную дискриминацию, удалив клеймо (стигму) болезни, приписываемой гомосексуальным людям [47, 48]. Исходили из того, что продолжение установления диагноза гомосексуализма увековечит предубеждение общества и боль гомосексуального человека.

Вторая причина, по мнению цитируемого автора, состояла в том, что психологическая профессия была не в состоянии четко выделить психодинамические причины гомосексуализма, а следовательно, разработать его успешную терапию. Процент излеченных был низок, а в отношении тех исследований, которые заявляли об успехе конверсионной терапии (процент клиентов, конвертированных к гетеросексуальности, составлял от 15 до 30), существовал вопрос, сохранялись ли полученные результаты долгосрочно. Однако успешность или неуспешность терапии не должны быть критериями для определения нормы. В противном случае речь идет о логике, в соответствии с которой если что-то нельзя отремонтировать, то оно не сломано. Диагноз

того или иного расстройства нельзя отменить только из-за отсутствия эффективного средства для его лечения [53].

Отказ от конверсионной терапии гомосексуалов, основанный на исключении гомосексуализма из категории патологии, привел к тому, что началась дискриминация тех из них, социальные и моральные ценности которых отвергают их гомосексуальность. «Забыт гомосексуал, который, из-за другого видения личной целостности, законно ищет рост и изменение посредством помощи психотерапии. К сожалению, эти мужчины были отнесены к категории жертв психологической угнетенности/подавленности, а не к мужественным мужчинам, каковыми они являются, мужчинам, приверженным верному/подлинному видению. ... Наиболее пагубно, что сам клиент приведен в уныние, так как профессия, к которой он обращается за помощью, говорит ему, что это – не проблема и что он должен принять это. Данное обстоятельство чрезвычайно деморализует клиента и делает его борьбу по преодолению гомосексуализма намного более сложной/тяжелой» [53, р. 12–13].

Некоторые люди, отмечает J. Nicolosi [53], определяют человека, ориентируясь только на его поведение. Однако клиенты, проходящие у него терапию, воспринимают свою гомосексуальную ориентацию и поведение как чуждые их истинной сущности. У этих мужчин ценности, этика и традиции в большей степени определяют их идентичность, чем сексуальные чувства. Сексуальное поведение, подчеркивает автор, – только один аспект идентичности человека, которая непрерывно углубляется, растет и даже изменяется посредством его отношений с другими.

В заключение он отмечает, что право гея жить свойственным ему образом жизни сопровождается ответственностью психологии различать, здоров ли такой образ жизни и идентичность. Психологическая профессия ответственна за продолжение исследований причин, природы и лечения гомосексуализма. Автор не считает, что образ жизни геев может быть здоровым, а гомосексуальная идентичность полностью эго-синтоничной [53].

В связи с попытками депатологизировать гомосексуализм известный российский судебный сексолог профессор А.А. Ткаченко отмечает, что решение Американской психиатрической ассоциации по данной проблеме «было инспирировано давлением воинствующего гомофильного движения», и «выработанное в этих, экстремальных по сути, условиях определение (кстати, в значительной степени воспроизведенное в МКБ-10) отчасти противоречит принципам медицинской диагностики уже хотя бы потому, что исключает из разряда психических страданий случаи, сопровождающиеся анозогнозией». Автор сообщает также, что «решение это, беспрецедентная процедура которого получила название “эпистемологического скандала”, оказалось невозможным без пересмотра основополагающих понятий психиатрии, в частности, дефиниции “психического расстройства” как такового». Названное решение, по сути, является категорическим утверждением априорной «нормальности» гомосексуального поведения [41, с. 354–355].

Президент Независимой психиатрической ассоциации России Ю.С. Савенко [37] сообщает, что в 1999 г. правление Американской психиатрической ассоциации приняло единодушное обращение к Всемирной психиатрической ассоциации с призывом изъять из всех руководств по психиатрии всякое упоминание о гомосексуализме как психическом расстройстве, то есть не только как психической болезни, но даже как психическом отклонении. В связи с этим автор отмечает: «Мы усматриваем здесь извращение представления как о науке, так и о правах человека. Для нас это смешение совершенно различных аспектов (научного и социологизированно-прагматичного) и лоббирование интересов одной группы за счет других. Ведь большинство расстройств сексуальных предпочтений (фетишизм, эксгибиционизм, вуайеризм) “ничем не хуже”. Между тем исключение из МКБ-10 гомосексуализма не сопровождалось исключением ни других перверзий, ни других форм психической патологии».

Анализируя проблему «норма–патология» в своей статье «О предмете психиатрии», опубликованной в «Независи-

мом психиатрическом журнале», тот же автор отмечает: «Нормы или стандарты могут задаваться директивно и закрепляться законодательным образом... Современная нам действительность продемонстрировала, пожалуй, с предельной выразительностью социологический характер патологического». Подчеркивается, что на протяжении 70-90-х гг. представления о гомосексуализме проделали большой путь (от отнесения его к преступлению и расстройству до признания его нормой). «Тем не менее из этого не следует, что “патологическое” ограничивается социокультуральным и не имеет биологического основания, и что человеческое общество может произвольно и беспредельно диктовать природе свои “нормы”. За такого рода произвол общество неизбежно расплывается, подчас неуследимо и самым неожиданным образом» [38].

Часто спрашивают, а чем же болен гомосексуал? В связи с этим следует подчеркнуть, что мы не обсуждаем причины тех психических расстройств, которые обусловлены непростой жизнью гомосексуала в гетеросексуальном обществе и/или переживаниями, связанными с его неприятием собственной сексуальной ориентации. Речь идет о самой этой ориентации. В ряде случаев для того, чтобы отнести гомосексуалов к психически здоровым людям, в пример приводят тех из них, которые принимают свою сексуальную ориентацию, неплохо адаптированы и не страдают какими-либо иными психическими расстройствами. Однако необходимо отметить, что гомосексуализм сам по себе является психической патологией (патологией влечения). В этой связи целесообразно, сделав исторический экскурс, привести мнение известных французских психиатров Филиппа Пинеля (1745–1826) и Жана Этьена Доминика Эсквиноля (1772–1840), которые считали, что «безумие» может быть не только общим, но и частичным, поражающим только одну психическую функцию. Одной из таких «мономаний», по их мнению, является «извращение полового чувства» [по 13].

Следует отметить, что в связи с попыткой обосновать и оправдать депатологизацию гомосексуализма можно встре-



тить два термина: «диагностическая дипломатия» и «политкорректность» (диагноза), которые подсказывают каким образом патология «может быть превращена» в норму.

В заключение следует подчеркнуть, что одной из задач специалистов, занимающихся вопросами сексологии, является противодействие гомофобным установкам, тенденциям и проявлениям (страхом перед гомосексуальностью и ненавистью к ее носителям), что будет препятствовать развитию у гомосексуалов различных психических расстройств (помимо имеющего у них место нарушения сексуальной ориентации) и способствовать их социальной адаптации.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А. Ткаченко. – М.: РИО ГНЦСиСП им. В.П. Сербского, 1997. – 426 с.
2. Васильченко Г.С., Валиуллин Р.Н. О некоторых нюансах оказания врачебной помощи при мужском гомосексуализме // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Материалы науч.-практ. конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. – Харьков, 2002. – С. 47–48.
3. Ватикан и США объявили войну однополым бракам // [http://bobnews.pp.ru/vatikan\\_usa](http://bobnews.pp.ru/vatikan_usa)
4. Верховный суд США легализовал гомосексуализм во всех штатах. Седмица. – 2003. – Вып. №97. – 4 июля // <http://sedmica.orthodoxu.ru/97-04-07-03.php#10>
5. Голубая книга. Положение геев и лесбиянок в Украине. – К.: Нора-принт, 2000. – 126 с.
6. Гомосексуализм грозит расколоть англиканскую церковь // <http://www.topnews.com.ru/4/2894/2005-02-25/index.html>
7. Греко-католики просят власти Украины законодательно определить понятие «сексуальное меньшинство» // <http://prochurch.info/index.php/news/more/5679>

8. Дерягин Г.Б. Гомосексуализм. Бисексуальность // <http://sudmed-nsmu.narod.ru/articles/homosex.html>
9. Заявление бывшего президента Американской психологической ассоциации на конференции NARTH о праве гомосексуалов на конверсивную терапию // [http://cmserver.org/cgi-bin/cmserver/view.cgi?id=455&cat\\_id=10&print=1](http://cmserver.org/cgi-bin/cmserver/view.cgi?id=455&cat_id=10&print=1)
10. Иран & гомосексуалисты. 2005. – 31 июля // <http://forum.moje.ru/archive/index.php/t-1124.html>
11. Кипиани В. Релігійна політика. Вызов духа. Глава православных Киевского патриархата высказался об отношении к проблемам и порокам современной цивилизации // <http://www.kipiani.org/plain.cgi?368>
12. Клейн Л.С. Другая любовь: природа человека и гомосексуальность. – СПб.: Фолио-Пресс, 2000. – 864 с.
13. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополый любви. – М.: Олимп; ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1998. – 496 с.
14. Кон И.С. Любовь небесного цвета. – СПб.: Продолжение жизни, 2001. – 384 с.
15. Кон И.С. О нормализации гомосексуальности // Сексология и сексопатология. – 2003. – №2. – С. 2–12.
16. Кочарян А.С. Дискусії та обговорення // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2003. – №599. – С. 335.
17. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.
18. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия) // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
19. Кочарян Г.С. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью (анализ современной ситуации) // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С. 26–29.
20. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и паттерны поведения: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2005. – №4. – С. 20–33.

21. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
22. Крукс Р., Баур К. Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 480 с.
23. Кухарчук Р. Кирпичи трансформации // Камень Краеугольный. – 2004. – №17. – август // [http://www.cornerstone.org.ua/kk17/position17\\_1.phtml](http://www.cornerstone.org.ua/kk17/position17_1.phtml)
24. Лев-Старович З. Секс в культурах мира / Пер. с польск. – М.: Мысль, 1991. – 256 с.
25. Либих С.С. Сексуальное здоровье человека // Руководство по сексологии / Под ред. С.С. Либиха. – СПб., Харьков, Минск: Питер, 2001. – С. 26–41.
26. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
27. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
28. Мерсер Э. Терпимость: единство среди различий. Роль психиатров // [http://www.medicus.ru/?cont=article&art\\_id=2696](http://www.medicus.ru/?cont=article&art_id=2696)
29. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова и И.Я. Гуровича. – М., 1999.
30. Мондимор Ф.М. (Mondimore F.M.) Гомосексуальность: Естественная история / Пер. с англ. – Екатеринбург: У-Фактория, 2002. – 333 с.
31. Папа Римский Бенедикт XVI впервые после своего избрания на Святой престол публично осудил гомосексуальные союзы // <http://www.newsman.com.ua/preview.php?ids=108755#5>
32. Платон. Законы // Собр. соч. в 4 т. – М.: Мысль, 1994. – Т. 4 – С. 71–437.
33. Правила церковного тона. Православная церковь выяснила отношения с государством // <http://www.vremya.ru/print/138.html>

34. Президенту, Парламенту Украины, ко всем главам государств и церквей. Ученые Академий наук Украины // <http://mp3music.org.ua/П/literature/article/scientists/index.htm>
35. Приказ Минздрава России от 06.08.99 №311 «Об утверждении клинического руководства «Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств» // <http://dionis.sura.com.ru/db/00434.htm>
36. Россия: ВЦИОМ – исследование гомосексуализма (таблицы) // <http://xs.gay.ru/news/thisnews.html?id=1763169154>
37. Савенко Ю.С. Переболеть Фуко // <http://magazines.russ.ru/nlo/2001/49/savenko.html>
38. Савенко Ю.С. О предмете психиатрии // <http://www.npar.ru/journal/2003/2/subject.php>
39. Свядош А.М. Женская сексопатология. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
40. Севастьянов А. Агрессивное меньшинство // <http://nashsovr.aihs.net/p.php?y=2001&n=2&id=4>
41. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. – М.: Триада - X, 1999. – 461с.
42. Толерантность общества проверяется на «голубых» и «розовых» // <http://www.utro.ru/news/2003/02/19/128734.shtml>
43. Туристическая компания ABC GLOBAL Travel. Украина // [http://abcgaytravel.com/about\\_ukraine.html](http://abcgaytravel.com/about_ukraine.html)
44. Яковлев Я.М. Половые преступления. – Душанбе, 1969. – 460 с.
45. Bancroft J. Aversion therapy of homosexuality. A pilot study of 10 cases // *British Journal of Psychiatry*. – 1969. – 115 (529). – P. 1417–1431.
46. Bancroft J. Homosexuality and the medical profession: a behaviourist's view // *J Med Ethics*. – 1975. – 1 (4). – P. 176–180.
47. Barnhouse R. Homosexuality: A Symbolic Confusion. – New York: Seabury Press, 1977.
48. Bayer R.V. Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis. – New York: Basic Books, 1981.
49. Dean Byrd A. Former APA President Supports NARTH's Mission Statement, Assails APA's Intolerance of Differing Views//[www.narth.com/docs/perloff.html](http://www.narth.com/docs/perloff.html)

50. Hoffman R.J. Some Cultural Aspects of Greek Male Homosexuality // J. of Homosexuality. – 1980. – 5 (3). – P. 217–226.
51. Janus S.S., Janus C.L. The Janus Report on Sexual Behavior. – New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993 – 430 p.
52. Kocharyan G.S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology: Abstracts of the XXVII International Congress of Psychology. Montreal, Canada, 16–24 August 1996. – 1996. – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P. 116.
53. Nicolosi J. Reparative therapy of male homosexuality. A new clinical approach. – Lancham, Boulder, New York, Toronto, Oxford: A Jason Aronson Book. Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 2004. – XVIII, 355 p.
54. Nicolosi L.A. Sexual Orientation Change Is Possible – But Only Outside Of Therapy, Says APA Office Of Gay Concerns // <http://www.narth.com/docs/outsideof.html>
55. Same-sex marriage in the United States // [http://en.wikipedia.org/wiki/Same-sex\\_marriage\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/Same-sex_marriage_in_the_United_States)
56. Satinover J.B. The Trojan Couch: How the Mental Health Guilds Allow Medical Diagnostics, Scientific Research and Jurisprudence to be Subverted in Lockstep with the Political Aims of their Gay Sub-Components // National Association for Research and Therapy of Homosexuality. CONFERENCE REPORTS, 2005 // <http://www.narth.com/docs/TheTrojanCouchSatinover.pdf>
57. Schultz G. APA President Supports Therapy Treating Unwanted Homosexual Tendencies // <http://www.lifesite.net/ldn/2006/aug/06082905.html>
58. Schultz G. NARTH Report Shows Gay Activist Influence on Mental Health Organizations Says society that promotes homosexuality results in more self-identified homosexuals // <http://www.lifesite.net/ldn/2006/feb/06020902.html>
59. Suppe F. The Bell and Weinberg study: future priorities for research on homosexuality // J Homosex. – 1981. – 6 (4). – P. 69–97.
60. Taylor R. Two pathic subcultures in Ancient Rome // J. Hist. Sexuality. – 1997. – 7 (3). – P. 319–371.

61. Troiden R.R. The formation of homosexual identities // ЖН. – 1989. – Vol. 17, № 1/2/3/4. – P. 43–74.

## ГЛАВА 7

### СЕКСУАЛЬНАЯ АВЕРСИЯ

Сексуальная аверсия является проблемой, которая мало представлена в отечественной литературе. Следует отметить, что диагностируется это расстройство, по-видимому, гораздо реже, чем имеет место на самом деле, так как «заслоняется» нарушением «функциональных» и понятных характеристик полового цикла (эрекция, эякуляция, половое влечение, оргазм). Сексуальная аверсия (отвращение) в МКБ-10 определяется следующим образом: «Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности» [5, с.189]. Данное расстройство соответствует шифру F52.10 указанной классификации.

В соответствии с DSM-IV (современная классификация, принятая в США), к сексуальному аверсивному расстройству (*sexual aversion disorder*), кодируемому шифром 302.79, относят сексуальное нарушение, которое характеризуют следующие критерии [11, p. 234]:

А. Постоянное или периодическое чрезмерное отвращение по отношению ко всем или почти ко всем генитальным сексуальным контактам с половым партнером и постоянное или периодическое их избегание.

Б. Данное расстройство обуславливается заметным дистрессом или интерперсональными проблемами.

В. Эта сексуальная дисфункция лучше не объясняется иным расстройством Оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции).

Н.С. Карпан [13] отмечает, что сексуальной аверсией следует считать такое расстройство, когда слабое желание

сексуальной активности сочетается со страхом сексуальных отношений и неодолимым желанием избегать сексуальных ситуаций. Y. Ponticas [24] сообщает, что его консультирование женщин, страдающих сексуальной аверсией, обосновывает наличие подчеркнутого избегания сексуальных отношений в качестве диагностического критерия характеризуемого расстройства. Однако в отличие от мнения, высказанного H.S. Kaplan [13], названный автор считает, что у женщин сексуальная аверсия может сочетаться с нормальным половым влечением. При наличии этого расстройства, по его мнению, также может быть сохранена способность к переживанию оргазма. Необходимым для его диагностики и лечения является выявление и понимание клиницистом избегающего/предотвращающего конфликт подхода, который существует у таких пациентов. Поэтому на всех этапах помощи и лечения у них необходимо активно выявлять особенности бихевиорального (поведенческого) и когнитивного избегания. Отмечается, что указанные особенности не всегда охотно сообщаются пациентами, что обусловлено страхом необходимости не использовать данные стратегии и связанное с ними чувство контроля над тревогой (беспокойством), которую может вызвать сексуальная близость. В связи с этим, как считает автор, терапия характеризуемой патологии не всегда проста и успешна [24].

T.L. Crenshaw [8], описывая «сексуальный аверсивный синдром» (the sexual aversion syndrome), отмечает, что он является широко распространенным, но недостаточно признанным, и встречается как у мужчин, так и у женщин. Автор указывает, что сексуальная аверсия может быть первичной и вторичной. Первая из них характеризуется негативным или пассивным ответом на любые сексуальные интеракции с периода самых ранних воспоминаний и до настоящего времени, а вторая – непрерывным избеганием сексуальной активности, которая являлась желанной и доставляющей удовольствие в какой-то промежуток времени в прошлом.

В одной из публикаций в канадском журнале по психиатрии [20] отмечается, что сексуальная аверсия является

дисфункцией, которая характеризуется отвращением к половым контактам [17, 26], нежеланием иметь секс и избеганием коммуникации или телесного контакта, которые могут к нему вести. Утверждается, что об этой дисфункции мало написано и что она обычно рассматривается как расстройство, трудно поддающееся лечению [8]. Вместе с тем сообщается о хорошем и неожиданно быстро наступившем результате терапии первичной сексуальной аверсии при использовании поведенческого подхода. Речь идет о 30-летней женщине – представительнице белой расы, которая была замужем в течение 5 лет. Тем не менее она так и осталась девственницей. Девственником был и ее муж. Пациентка отмечала, что не боится проявлений сексуальности и сексуальных отношений. В ее биографии отсутствовали факты, свидетельствующие о сексуальных домогательствах, нападении или изнасиловании, а также проблемы, связанные с сексуальной ориентацией. Она никогда не испытывала оргазм (даже во время сна) и никогда не мастурбировала. Получала наслаждение от ласк и поцелуев, но дальше дело не шло, так как не позволяла своему супругу переходить к генитальному контакту. Страдала от рецидивирующего большого депрессивного расстройства. На момент исследования депрессия держалась уже в течение 1,5 лет. В связи с этим лечилась нефазодоном (серзоном), который получала в дозе 200 мг 2 раза в день, что давало лишь частичный эффект. Следует отметить, что у этой женщины в раннем детстве имело место отвращение к пище, а потом она испытывала трудности с новой пищей, которую должна была принимать очень медленно в комбинации с привычной. Сексологическое консультирование помогло ей и ее мужу развить положительное отношение к наготу. Пациентка хотела забеременеть, поэтому была очень мотивирована на лечение.

Терапевтический план включал переключение на пароксетин (паксил), который более эффективно воздействовал на ее депрессию. Одновременно были составлены две поведенческие десенситизационные иерархии, которые предусматривали практические шаги, ведущими к усилению



«сексуальной интимности». Одна из них касалась усиления положительного опыта пациентки в открытии своего собственного тела, а другая – партнерских взаимоотношений. В течение последующих 5,5 месяцев (всего было 8 сессий, на некоторых из них присутствовал ее муж) она достигла устойчивого прогресса: приобрела способность получать оргазм посредством мастурбации, стала женщиной и забеременела. Сообщается, что эта пара была способна продолжать «сексуальную интимность» на всем протяжении беременности, а также в послеродовой период.

Отмечается, что данный случай иллюстрирует очень хороший результат использования бихевиорального терапевтического подхода, который потребовал редких контактов с терапевтом. Как подчеркивается в данной публикации, в литературе одобряется поведенческий подход к терапии [9, 24], когда встречи осуществляются с частотой от ежедневных до двух раз в неделю [22]. Кроме того, данные, представленные в специальной литературе, наводят на мысль о плохом прогнозе для сексуальной аверсии, особенно как в представленном случае, когда она (аверсия) являлась «глобальной», длилась на протяжении всей жизни и ассоциировалась с депрессией и аноргазмией [8]. Отмечается, что факторами, способствующими достижению благоприятного результата в характеризуемом случае, явились положительное отношение супругов друг к другу, высокая терапевтическая мотивация, отсутствие в анамнезе сексуальных травм и прямое вовлечение пациентки в создание и изменение иерархий.

Обсуждая проблему сексуальной аверсии, R. Crooks, K. Baur [10] сообщают, что данное расстройство может ранжировать от ощущений дискомфорта до чрезмерного иррационального страха сексуальной активности. Даже мысль о половом контакте может приводить к интенсивной тревоге и панике. Сексуальная аверсия может сопровождаться такими физиологическими симптомами, как потение, учащенное сердцебиение, тошнота, головокружение, дрожь и диарея, что является проявлением страха.

Анализируя причины сексуальной аверсии и сопряженно-го с ней страха, названные авторы отмечают, что ими могут быть следующие факторы:

- 1) негативные родительские сексуальные взаимоотношения;
- 2) психосексуальные травмы, такие, как инцест или изнасилование [21];
- 3) постоянное психологическое давление с целью принуждения к сексу;
- 4) повторные безуспешные усилия, направленные на то, чтобы доставить радость сексуальному партнеру, или попытки, направленные на преодоление сексуальной проблемы;
- 5) беспокойство, связанное с неразрешенными конфликтами сексуальной идентичности или ориентации, возникающее в ожидании/предвкушении сексуальных контактов.

Г.Ф. Келли [3] отмечает, что к сексуальной аверсии может вести чувство беспокойства/фобия по отношению к сексуальному контакту. Некоторые мужчины и женщины начинают бояться или избегать сексуальных контактов или их возможных последствий, и в конце концов у них развивается немотивированное отвращение к сексу. Это может быть обусловлено психологическим стрессом, вызванным, в свою очередь, пуританским воспитанием, религиозным окружением, беспокойством по поводу своего здоровья, физическим и/или сексуальным насилием, которому человек подвергался в прошлом. Часто, устанавливая близкие отношения с другими, такие люди могут привлечь к себе их внимание, однако если отношения становятся более интимными и доверительными, рано или поздно наступает момент, когда они начинают испытывать страх перед сексом. В этом случае их поведение направлено на поиск предлогов для уклонения от контактов или обвинения в чем-либо своего партнера. Это делается для того, чтобы оправдать свое нежелание заниматься сексом. Например, может возникнуть чрезмерная раздражительность или «разборчи-

вость», результатом которых могут стать постоянные конфликты с партнером.

Как мужчины, так и женщины испытывают сексуальную аверсию, но более часто она имеет место у женщин [19]. Существуют данные, согласно которым неприятие сексуальных контактов у женщин проявляется в целом чаще, чем у мужчин. Они более часто сообщают о неприятных ощущениях, связанных с сексуальными контактами, избегании последних, чаще испытывают страх перед половым сношением, больше беспокоятся в связи с возможностью заразиться СПИДом, а также из-за вероятности нежелательной беременности [14].

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в генезе сексуальной аверсии большую роль может играть нарушение межличностных отношений в супружеской/партнерской паре, когда сексуальная аверсия является лишь одним из проявлений общего негативного отношения к супругу/партнеру. Ее причинами также могут быть грубое поведение мужчины вне и во время интимной близости, неадекватная сексуальная техника, которая препятствует наступлению оргазма у женщины, а также невозможность возникновения последнего в связи с преждевременным семяизвержением.

Нами наблюдалась молодая женщина, у которой к моменту замужества еще не сформировался сексуальный компонент либидо, т.е. она не испытывала физиологической потребности в половых актах. Вместе с тем платонический и эротический компоненты либидо достигли своего полного развития. Поэтому ласки и поцелуи предварительного периода приносили ей огромное наслаждение, а собственно половой акт воспринимался как необходимое, но ничего не дающее в плане дальнейшего роста сексуального возбуждения продолжение. Спустя небольшой период времени, из-за плохих отношений с мужем, а также его неадекватной сексуальной техники, ласки и поцелуи не только перестали приносить ей наслаждение, но, более того, стали крайне неприятны.

Также нами наблюдался случай, когда поводом для возникновения сексуальной аверсии у женщины по отношению к мужу послужил минет, осуществленный без предварительной гигиенической подготовки пениса. Опрос показал, что причиной сексуальной аверсии было то, что эта женщина влюбилась в другого мужчину. Своего же мужа она вообще никогда не любила. Вышла за него замуж лишь потому, что он ее любил и очень хорошо к ней относился. Однако определяющим фактором для принятия решения о заключении брака все же было следующее обстоятельство. Для того чтобы остаться в Харькове после окончания института (она не была харьковчанкой), ей необходимо было срочно выйти замуж именно за жителя Харькова. Когда же она начала встречаться с другим мужчиной, безразличие к мужу как к половому партнеру трансформировалось в сексуальную аверсию.

Интерес представляет случай из нашей клинической практики, когда мужчина-молодожен испытывал выраженное отвращение при осуществлении полового акта со своей женой, причиной чего были густо растущие волосы у нее на ногах. В связи с этим в самом инициальном периоде интимной близости он даже закрывал глаза, чтобы не видеть ее ноги. Женился на этой женщине по рекомендации родителей. Он и его жена представители одной из национальностей, проживающей в Дагестане. Незадолго до женитьбы встречался с девушкой-славянкой, любил ее и хотел на ней жениться, однако затем они расстались. Родители ему постоянно говорили о том, что он должен жениться именно на девушке своей национальности. После произошедшего разрыва отношений очень переживал, настроение было резко снижено. Находясь в таком состоянии, послушал родителей и женился на девушке, которую толком не знал и не успел хорошо рассмотреть перед свадьбой. Таким образом, одной из причин сексуальной аверсии также может быть негативное восприятие физических особенностей сексуального партнера.

По нашим наблюдениям, сексуальная аверсия может быть как тотальной (выраженной по отношению ко всем

сексуальным партнерам), так и селективной (отмечаемой только по отношению к определенному сексуальному партнеру). Естественно, что по закону реципрокной ингибиции (неприятные переживания подавляют приятные и наоборот) при тотальном варианте сексуальной аверсии можно констатировать снижение полового влечения, в то время как при ее селективном варианте это снижение выражено только по отношению к определенному сексуальному партнеру. Кроме этого, согласно нашим наблюдениям, сексуальная аверсия не всегда сочетается со страхом половой близости. Тем не менее наличие данного страха может приводить к появлению сексуальной аверсии. Последняя также может способствовать возникновению названного страха. Кардинальным признаком сексуальной аверсии, как это следует из названия данной патологии, следует считать отвращение к сексуальным контактам, которое поведенчески проявляется их избеганием. Это избегание может достигаться, например, использованием отговорок со ссылкой на различные мнимые причины, по которым половая близость нежелательна или даже невозможна, а также провокаций ссор, исключающих возможность ее (половой близости) реализации.

Проблема сексуальной аверсии являлась предметом ряда специальных исследований. Так, работа R.C. Katz et al. [16] предоставляет дополнительную информацию относительно психометрических свойств шкалы сексуальной аверсии (the Sexual Aversion Scale; SAS). Полученные результаты наводят авторов на мысль о позитивных взаимоотношениях между сексуальной аверсией, генерализованной тревогой и наличием в анамнезе сексуального преследования. Отмечается, что женщины сообщали о значительно большей сексуальной тревоге, чем мужчины. Авторы делают вывод, что сексуальная аверсия является многоаспектной проблемой по меньшей мере с тремя или, возможно, четырьмя различными измерениями.

R.C. Katz et al. [15] провели сравнительное обследование студентов колледжа в 1988, 1991 и 1992 гг. (N=810). Диагностика базировалась на использовании SAS и критериев

DSM-III-R для сексуальной аверсии. Было выявлено значительное усиление «сексуальной тревоги» в течение этого периода, которая в большинстве случаев могла быть отнесена к страху заражения спидом. Хотя женщины в целом сообщали о «сексуальном страхе» чаще, чем мужчины, различий в выявляемости страха заражения этим заболеванием не отмечалось. Полученные данные, по мнению авторов, могут предвещать рост расстройств полового влечения и других сексуальных дисфункций.

Сексуальную аверсию выявляют при психических расстройствах невротического и психотического уровня. Так, например, ее диагностировали у больных шизофренией. Сообщается, что при приступообразном течении шизофренического процесса как депрессивные, так и сексуальные нарушения более выражены: отмечается резкое снижение или отсутствие либидо и оргазма, а также «нежелание жить половой жизнью вплоть до отвращения к половому акту» [2]. Сексуальную аверсию диагностировали (редко) и у больных эпилепсией [28].

Данное расстройство, так же как и ослабление либидо, наблюдали и у женщин, страдающих нервной анорексией [23, 25, 27, 29]. К. J. Zerbe [30] в связи с этим сообщает, что пациенты, страдающие расстройствами приема пищи (eating-disordered patients), «борются с избытком сексуальных дисфункций», но сопротивляются интервенциям сексуальной терапии. Это может быть для них частично полезно. Статья наводит на мысль, что эти пациенты сопротивляются названным интервенциям, так как обладают хрупкими Я-структурами. Обычно им устанавливают более одного дополнительного диагноза в соответствии с DSM-III-R, а их лечение, как правило, является комплексным. В связи с этим пациентам довольно трудно сосредоточиться на одной специфической проблемной области. Обладая карательными структурами суперэго, они также весьма критичны по отношению к своим сексуальным реакциям. Обычно являясь членами семей, которые изобилуют брачными разногласиями, характеризуемые пациенты имеют малое количество ролевых моделей, которые могли бы обеспечить их

адаптивное и зрелое партнерство. Сексуальное и жестокое физическое обращение также могут способствовать возникновению обнаруживаемой у них сексуальной аверсии. Так как клиницисты более полно постигают многоаспектные области сопротивления лечению, они будут в состоянии помочь этим пациентам преодолеть терапевтический тупик. Дальнейшие научные исследования, как отмечает автор, прольют свет на дополнительные области сопротивления, которые оказывают влияние на сексуальную терапию данных пациентов.

Сообщается, что сексуальная аверсия может быть обусловлена употреблением алкоголя и наркотиков, страхом беременности и депрессией.

Сексуальную аверсию выявляют и при других заболеваниях, а также при последствиях их лечения. Так, M.S. Green et al. [12] провели пилотное исследование по оценке сексуальной дисфункции у женщин после вульвэктомии (вульва – наружные половые органы). Опрос, состоящий из 88 вопросов, был проведен для оценки представлений образа тела (body image). В качестве клинических диагностических ориентиров использовались критерии, предусмотренные DSM–IV для сексуальных дисфункций. Сорок семь женщин согласились участвовать в исследовании, а 41 (87%) – предоставила отчет о нем. После вульвэктомии у этих женщин было выявлено значительное повреждение образа тела ( $P=0,004$ ). Частота их половой жизни уменьшилась после хирургического вмешательства ( $P=0,001$ ). Также отмечались выраженные сексуальные дисфункции, которые были представлены сексуальной аверсией (sexual aversion disorder;  $P=0,01$ ), расстройством возбуждения (arousal disorder;  $P=0,02$ ) и снижением полового влечения (hypoactive sexual disorder;  $P=0,001$ ). Степень хирургического вмешательства не коррелировала со степенью сексуальной дисфункции ни в одной из категорий. Женщины, у которых во время опроса имела место депрессия, определявшаяся посредством the PRIME-MD scale, были более вероятными кандидатами для развития у них сексуальной аверсии ( $P=0,05$ ) и имели тенденцию к более частому возникновению расстройств обра-

за тела (body image disturbance;  $P=0,1$ ), а также «глобальной сексуальной дисфункции» (global sexual dysfunction;  $P=0,06$ ). Таким образом, у женщин после вульвэктомии отмечались значительные половые расстройства, однако степень хирургического вмешательства или тип вульвэктомии не коррелировали со степенью сексуальной дисфункции.

Сообщается о возможности существования так называемых специфических аверсий, например, по отношению к эрегированному половому члену.

Приведем подробное описание случая сексуальной аверсии из нашей клинической практики [18], которая, помимо общих проявлений, обладала весьма выраженной специфичностью.

*Больная Г., 38 лет, замужем, имеет 2 детей (дочь и сына), по образованию медицинская сестра (в настоящее время не работает по специальности), совместно с мужем занимается частным предпринимательством. Обратилась за лечебной помощью в связи с сексуальными проблемами (отсутствие полового влечения, резко ослабленный оргазм и др.).*

*При активном расспросе в связи с этим сообщает: «Мужчина мне не нужен. Мне никогда не хочется, даже когда меня ласкают. При этом мысли заняты совершенно другим». Однако отмечает, что если муж к ней «пришел, то будь добр, отработай, как положено».*

*Вместе с тем желание может у нее возникнуть при просмотре эротических фильмов: «Во мне что-то загорается, но пока дойду до спальни, мне уже ничего не надо, кроме сна». Иногда во время месячных может испытать кратковременное (1-2 мин) желание интимной близости. Уже в течение года не спит с мужем в одной постели («убежала от него на второй этаж»). Отмечает, что при половом акте возбуждение возникает: это какое-то «чисто внутреннее ощущение, не сопровождающееся сексуальной тягой. Лежу и думаю, надо его хоть по спинке погладить, ну что я уже совсем как бревно лежу. Надо же человеку отдать должное, ну хоть чуточку». После того как у нее наступил оргазм, муж вводит половой член во*



влагалище и совершает фрикции. «Это для меня пытка». После полового акта чувствует себя обозленной. Характеризуя свой оргазм, отмечает: «Я получаю оргазм, но только клиторально (имеет в виду, что оргазм наступает лишь при воздействии на клитор) и обязательно оральным способом. Стоит мужу убрать на 2-3 секунды язык – все, мне уже ничего не нужно». При оргазме ощущает сокращение мышц, прилив, какое-то напряжение, потом это напряжение снижается за счет сокращения мышц. Никогда при этом не испытывает полового влечения к мужу. «Никакого ощущения разрядки нет. Что-то слегка приятное есть, но что именно объяснить не могу. Но все равно после полового акта злая, так как удовольствия не получаю: ну посокращались мышцы и посокращались. Я никуда не летаю, я ничего не ощущаю. Его (мужа) я во время разрядки не чувствую, и меня к нему не тянет». Отмечает, что первые годы совместной жизни с мужем «делала вид, что мне хорошо и приятно во время полового акта. Влагалище увлажнялось, но не более того. Имитировала половое возбуждение и оргазм. Закончилось это тем, что пошла к сексопатологу». Было назначено лечение: массаж клитора, упрощенный вариант упражнений по А. Кегел, пантокрин внутрь и инъекционно. Через 4 месяца после начала лечения возник оргазм. Это произошло после пяти лет замужества.

Кроме охарактеризованных сексуальных дисфункций, у пациентки имеет место **выраженное отвращение к сперме** (больше к ее виду и меньше к ее запаху), что проявляется при половых контактах с мужем. В связи с названным аверсивным феноменом, а также резко ослабленным половым влечением всякий раз старается уклониться от интимной близости. Об этом, в частности, свидетельствуют следующие ее высказывания: «У меня прекрасный муж, но я его гоняю. Могу придрататься к ерунде и раздуть такой скандал, лишь бы он меня не трогал в сексуальном плане. Иногда после работы иду по дороге домой и думаю, к чему бы прицепиться, с чего начать, чтобы он ко мне вечером не пришел». Также отмечает,

что они с мужем и друзьями периодически выезжают на вылазки. Обычно эти вылазки заканчиваются скандалом, который она специально провоцирует. Так поступает в связи с тем, что когда муж выпьет, у него возникает желание к сексуальному общению. Своим поведением она срывает его возможные «приставания». Отмечает, что когда выпьет хотя бы один глоток, то это подавляет даже те минимальные сексуальные потребности, которые у нее есть.

Дело дошло даже до того, что уже в течение года не живут с супругом половой жизнью («убежала от него на второй этаж»). Отмечает, что «сейчас вопрос стал ребром: или я пойду лечиться и хоть чуточку стану женщиной, или развод (муж говорит, что любит, но больше терпеть не может). Делать вид, что мне хочется и что мне хорошо во время интимной близости, у меня больше нет ни сил, ни желания. Зачем всю жизнь врать самой себе и мучить возле себя человека».

Сообщает, что мужа в связи с ее сексуальным расстройством и поведением гнетет чувство одиночества: «Я тебе нужен как добытчик, как движущая сила. Если бы я этого не делал (имеет в виду бизнес и ведение хозяйства), ты бы меня бросила. Я боюсь, что почувствую тепло (имеет в виду другую женщину), и тогда я уйду от тебя. Хотя я тебя люблю и не представляю свою жизнь без тебя».

Отмечает, что «ужасно ревнива». Муж «изнывает» от нее, считает, что это связано с тем, что из-за ее расстройства она боится его потерять. Сама же больная говорит: «Боюсь его потерять, боюсь, что его кто-то уведет. Когда он танцует с кем-то, я бы эту женщину, с которой он танцует, задавила бы, патлы бы ей отрывала». Если по телевизору показывают женщину, то она «с ума сходит», особенно когда речь идет о «голых бабах». Он вообще о женщинах, которых видит по телевизору, ничего положительного не говорит, так как боится ее реакции. Характеризуя свое отношение к супругу, сообщает: «Очень жестоко отношусь к мужу. Вижу

в нем движущую силу и добытчика, но не мужчину. Хотя ему нужно отдать должное. Он всю жизнь положил к моим ногам, а я стараюсь к чему-нибудь прицепиться, завестись только для того, чтобы не иметь половой связи. Мне противно. Не он противен, а сам процесс полового акта, и особенно, когда у него наступает оргазм. Меня всю выворачивает наружу. Я с трудом удерживаю рвоту. К концу полового акта я всегда думаю: "Так, теперь только бы не вырвать". И вместо того, чтобы заниматься любовью и приласкать мужа, я начинаю мысленно перелопачивать всю свою бабскую жизнь. Иногда я дарю ему кусочек нежности и ласки, но не потому, что мне этого очень хочется, а вроде как обязана. Все-таки обязанности жены хоть изредка, но выполнять нужно. Тем более, я прекрасно знаю, что человека лучше, чем он, я себе не найду. И если я останусь одна, то, кроме нищенского существования, себе ничего не обрету. Сейчас я в семье похожа на мегеру. Вопрос стал ребром: или я пойду лечиться и хоть чуточку стану женщиной, или развод (муж говорит, что любит, но больше терпеть у него нет сил). Делать вид, что мне хочется и что мне хорошо, у меня больше нет сил, да и желания тоже. Зачем всю жизнь врать самой себе и мучить возле себя человека?»

Сообщила, что год или два назад муж напомнил, что «взял ее замуж не девушкой». Тогда она расплакалась, а потом сказала ему: «Я вас всех сук ненавижу, я тебе за всех отомщу. Я на тебе все вымещу». После этого отношения еще больше ухудшились. «До этого я его доставала, а после этого стала доставать еще больше. У меня болит и кипит. И вообще этот его упрек был как нож в глубину сердца». Потом, когда он пришел к ней извиняться, ответила: «Да пошел ты, иди ищи себе девственницу и живи с ней».

В процессе курса лечения мы побеседовали с мужем пациентки. Из этой беседы следовало, что он никогда не изменял жене. Находится к ней в подчиненном положении. Несмотря на то что сексуальное расстройство имеет место у супруги, а не у мужа, она упрекает его в сексу-

альном отношении и даже называет «сексуальным уродом».

Характеризуя себя, пациентка сообщила, что очень красиво декламирует и всегда в школе вела концерты. Очень хорошо танцует (училась этому), имеет 1-й взрослый разряд по бегу. В школе занималась средне. Лучше давались гуманитарные предметы. В медицинском училище занималась хорошо. По характеру «агрессивная, темпераментная, подвижная (бабушка по отцовской линии была мексиканка)». Лидер в семье. Занимается всеми ее финансами и контролирует их «до последней копейки». Также говорит, что она «властная, жесткая, но не жестокая, и конкретная. Если что сказала, то дети знают...». Считает, что это не очень хорошо для женщины. Женщина, по ее мнению, должна быть мягче. Характерологические особенности пациентки (ее выраженный эгоцентризм) подчеркивает и тот факт, что по мере нормализации ее сексуальных функций в процессе лечения муж не замечал положительных сдвигов. Это было связано с тем, что свое увеличившееся сексуальное возбуждение она никак не проявляла по отношению к нему в процессе полового акта: сосредоточиваясь на этом возбуждении и связанных с ним переживаниях, она никак не выражала их внешне.

При опросе выяснилось, что в возрасте 16 лет пациентка была изнасилована. После этого испытывает неприязнь ко всем мужчинам, кроме мужа, с которым у нее хорошие отношения. Однако впоследствии оказалось, что последнее утверждение больной не полностью соответствовало действительности. Об этом, в частности, свидетельствовало ее замечание, что когда она ласкает супруга, то думает при этом: «Ты такой же зараза, как и те, кто меня насиловал». Обстоятельства изнасилования были следующими.

В 16 лет познакомилась с парнем (ему было 18-19 лет). Немного с ним повстречались (2 недели). На одно из свиданий он приехал на мотоцикле (подъехал к ее дому в 4-5 часов дня) и предложил покататься. Она согласилась. Мо-

лодой человек повез ее в лес, где их ожидали его товарищи, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения. Сначала обстановка была спокойной, однако прием алкогольных напитков продолжался и «изрядно набравшиеся мальчишки решили порезвиться».

Повода для грубого обращения девушка не давала, однако они стали приставать к ней с целью изнасилования. Так как она сопротивлялась, то ее сильно избили. Два человека били, разорвали платье. Били в живот, по печени, «которая болит по сегодняшний день». Насиловал только «ее» парень. Он ввел член во влагалище, который находился там всего пару секунд. Семязвержение не произошло. Сказал, чтобы она не строила из себя девушку (почему-то не было крови, хотя ранее в сексуальном контакте ни с кем не была). Начал на нее кричать, назвал «сукой», употреблял другие оскорбительные слова, обвинил ее в том, что она вступает в сексуальные отношения со всеми. После этих слов «обмякла».

Когда все это происходило, то один из ребят сказал другим, что с ней не следует так себя вести, так как она не проститутка. Однако те не изменили свое поведение после его слов, и он начал с ними драться. Потом этот парень отвел ее домой. Там она быстро передела платье, никому ничего не рассказала из-за того, что крови при введении члена не было (считала, что должна быть). Кроме того, чтобы не было следов, ее били в живот.

После изнасилования дважды лежала в больнице по поводу болей в области печени, но никогда не говорила медперсоналу о том, с чем она их связывает. Произошедшее привело к тому, что стала избегать встреч с ребятами, но в скором времени в школе, в которой она училась, познакомилась с парнем, ставшим ее мужем сразу после ее окончания. Отмечает, что замуж вышла «по любви» и обоюдному согласию. В 17 лет забеременела. Беременность только ускорила регистрацию брака. Окончила медицинское училище. Первый половой акт с будущим супругом был по ее согласию, но, кроме страха и скованности,

ничего не испытала. Роды в сексуальном плане ничего не изменили. Неприязнь и озлобление к мужскому полу нарастали, хотя рядом с ней был любящий и внимательный муж.

В 18 лет с ней произошло важное для понимания этого случая событие. Ей предложили посмотреть порнографический журнал, на обложке которого она увидела женщину, у которой во рту был мужской половой член, и сперма стекала изо рта по лицу к шее (в дальнейшем в качестве эквивалента используется слово «картинка»). Тогда подумала: «Какая гадость, какая мерзость». Ее вырвало. «Рвала в течение дня. Целый день не могла прийти в себя».

Отвращение к виду спермы и ее запаху существует по сегодняшний день. При тщательном расспросе удалось уточнить, что после того, как увидела названную картинку, периодически рвала целый день («с утра до самого вечера, не менее 5-6 раз, а может, и больше, и есть долго не могла»). С того времени при одном воспоминании об этой картинке возникает выраженная рвотная реакция (рефлекс), которую она подавляет.

То же самое происходит, когда предполагается выброс спермы в ее рот или влагалище. В связи с этим отмечает, что когда у мужа наступает оргазм и он «кончает», но она не видит сперму и не ощущает ее запах, ее «начинает воротить от одной мысли об этом», и она видит картинку, что и вызывает рвотную реакцию. В этот момент у нее возникает следующая мысль: «Сейчас финал, и главное не вырвать, удержаться, как-то себя сдерживать и не показать...».

В процессе дальнейшего расспроса больная сообщила, что со временем к негативному визуальному воздействию спермы (реальному или репродуцируемому) присоединилось неприятное воздействие ее запаха. Удалось выяснить, что пациентка не исключает связи такого воздействия картинки с изнасилованием, но все же утверждать этого не может. Позже в процессе психотерапии ей удалось осознать эту связь. Оказалось, что во время полово-

го акта она думает, что мужчина не только получает удовольствие, «но еще и извергает всякие ...». Часто в это время возникают следующие мысли: «Это еще нюхай, глотай, доставляй тебе удовольствие; все мужчины насильники, идиоты» и т.п.

Вспомнила, что когда увидела картинку, то подумала: «Чтобы доставить вам наслаждение, мы должны подвергаться такому оскорблению, такой гадости». Муж знает, что у нее возникает рвотная реакция на сперму, хотя она и пытается это скрывать. Однажды при интимной близости он прикоснулся к животу супруги и почувствовал ее позыв на рвоту. После этого в течение месяца не предпринимал никаких попыток к совершению с ней полового акта. Знает о наличии такой реакции у жены давно и интерпретирует это явление как следствие ее неприязни по отношению к нему. Пациентка отмечает, что очень брезглива, и с возрастом брезгливость нарастает.

Дополнительно к вышеизложенному было установлено еще одно важное обстоятельство. Оказалось, что с того времени, как пациентка увидела упомянутую картинку на обложке журнала, у нее возникло **отвращение по отношению ко всем другим мужским выделениям** (слюна, выделения из носа и т.п.).

Сообщает, что после окончания медицинского училища 5 лет работала заведующей молочной кухней у себя в поселке, а потом в течение 8-10 лет – в детском отделении больницы. Затем это отделение закрыли и предложили ей работу медицинской сестры либо в поликлинике, либо в терапевтическом отделении. В этом отделении она не могла работать из-за своей повышенной брезгливости. Потом попала работать в противотуберкулезный диспансер (проработала там 2 года). «Каждое дежурство у меня выворачивало кишки» (имеет в виду мокроту больных).

При целенаправленном уточняющем расспросе в очередной раз указала, что **отвращение по отношению ко всем мужским выделениям возникло еще до начала**

**работы в противотуберкулезном диспансере, с того времени, как увидела картинку на обложке журнала. Более того, пациентка сообщила следующее: «Я даже кисель не пью, не ем овсяную кашу. Я ее так любила, мать ее так вкусно готовила. Не ем сейчас из-за того, что в овсянке есть слизь».**

На мой вопрос о том, что, может быть, она трудилась не по призванию, больная ответила: «Да нет, когда я работала в детском отделении, то не брезговала ни соплями, ни калом детей». В подтверждение того, что она спокойно относится к детским выделениям, пациентка сообщила: «Мы усыновили мальчика, и к его различным выделениям у меня тоже нет какого-нибудь отрицательного отношения». Также удалось выяснить, что к женским выделениям она относится гораздо спокойнее, чем к мужским.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет. В отношении времени пробуждения эротического компонента либидо четкого ответа не удалось получить. Пробуждение сексуального либидо на момент проведения обследования так и не удалось констатировать.

Отмечает, что в детстве секс был запретной темой. Первые месячные с 13-14 лет. Потом в течение 6-8 месяцев их не было, а затем они стали наступать регулярно и были безболезненными. В настоящее время болеет поликистозом яичников. Три последних года имеют место частые маточные кровотечения, в связи с чем принимает гормональное противозачаточное средство трикви-лар (triquilar), которое дает хороший эффект. Обращает на себя внимание избыточный рост волос на теле, в том числе и на ногах, но мужу это нравится.

Для ликвидации отвращения больной к сперме (здесь мы фиксируем внимание именно на устранении сексуальной аверсии), а также других сексуальных дисфункций была выработана следующая лечебная программа, включающая 7 структурных компонентов.



**1. Изменение отношения к сперме.** В связи с этим внимание пациентки фиксировали на том, что сперма весьма ценна по своему составу, так как содержит белки, липиды (жиры), углеводы, витамины, микроэлементы, др. компоненты и, наряду с яйцеклеткой, является первоосновой для создания новой человеческой жизни.

**2. Изменение отношения больной к половому акту в том смысле, чтобы он не воспринимался ею как издевательство над женщиной.** В связи с этим ей было сообщено, что мужчины во время интимной близости извергают сперму, теряя таким образом весьма ценное вещество, чего не происходит с представителями женского пола, которые при половом акте не лишаются своих яйцеклеток. В результате семяизвержения мужчина расходует большое количество энергии и в подавляющем числе случаев в течение некоторого времени (отличающегося у различных мужчин) не способен к проведению повторного полового акта. Поэтому даосизм предлагает мужчинам осваивать определенные психофизиологические приемы, препятствующие извержению ими спермы во время сексуальных контактов [6].

Пользуясь этими рекомендациями, некоторые далеко продвинутые последователи данной системы имеют только несколько эякуляций в течение всей своей жизни. В соответствии с положениями даосизма «... основные потери энергии у мужчины происходят во время эякуляции, в то время как основные потери энергии у женщины имеют место не во время полового акта, а во время менструаций» [7, с. 35]. Из этого следует, что половой акт скорее нужно рассматривать не как то, в результате чего «выигрывает» мужчина, а совсем напротив («После того как у него наступило семяизвержение, он уже ни на что не способен. Это вы его ..., а не он вас».)

В результате таких разъяснений у нашей пациентки зафиксировалась мысль, что «когда мужчина кончит, то это значит, что я его, а не он меня ...».

**3. Еще одним направлением в ликвидации аверсии к сперме было применение метода взмаха [1], который относится к терапевтическому арсеналу нейролингвистического программирования (НЛП) и, обладая очень мощным действием, «программирует мозг на движение в новом направлении».**

Проведенный нами сеанс протекал следующим образом.

Вначале я попросил пациентку увидеть названную картинку на обложке журнала с изливающейся на лицо женщины спермой. Затем сеанс был продолжен.

**Врач:** Теперь я хочу, чтобы вы увидели эту картинку по-другому, образ себя такой, которая смотрит на это спокойно, с новым знанием, пониманием, как бы вы хотели это видеть, как бы хотели воспринимать.

**Пациентка:** Нет, сдвиг есть (имеет в виду результат проведенной ранее когнитивно ориентированной работы – 1-й и 2-й компоненты психотерапии) потому, что если бы мне раньше об этом говорили, то у меня бы сейчас возникла рвотная реакция (это представление хотя и вызвало отрицательную реакцию, но меньше, чем предыдущая картинка).

**Врач (продолжая):** Я хочу, чтобы вы увидели образ себя иной, с новым знанием, пониманием смотрящей на сперму.

Затем вновь был вызван яркий большой образ/сцена, когда она впервые увидела картинку на обложке журнала. Это, однако, не сопровождалось выраженной аверсивной реакцией, т.е. хотя реакция и была негативной, но ее интенсивность была небольшой. В этом репродуцированном образе нашли маленькое темное пятно на ее лице по форме напоминающее пуговицу, освещенность которого была гораздо меньше, чем всего остального образа.

Побудили пациентку увидеть там образ женщины с иным, альтернативным отношением к сперме. Затем увеличили этот образ в размерах, интенсифицировали его яркость и «смахнули» им предыдущий образ. Вследствие этого новое яркое изображение заняло весь экран.

Тем не менее появление образа женщины по-другому смотрящей на сперму вновь сопровождалось возникновением неприятных ощущений. После этого пациентка получила инструкцию открыть глаза.

Аналогичным образом взмах был проведен еще дважды. Затем при выполнении 4-го взмаха мы попросили ее увидеть в темном пятне, расположенном на лице ее изображения на экране, женщину, похожую на нее, которая совершенно спокойно реагирует на сперму. По мере выполнения «взмаха» мы сказали ей, что она и есть эта женщина, и она увидела свое лицо вместо лица этой женщины. Пациентка отметила, что относится к этой картинке спокойно.

5-й «взмах» проводился точно по такому же сценарию, как и предыдущий. Реакция на сперму в новом изображении, которое «смахнуло» старое, когда пациентка видела себя в 18 лет, смотрящей на картинку на обложке журнала, была аналогичной, т.е. никакой аверсии по отношению к сперме отмечено не было.

4. Следует отметить, что охарактеризованные выше психотерапевтические воздействия были не единственными. Дело в том, что еще до использования метода «взмаха» пациентке был проведен первый сеанс гипнокатарсиса, когда ее «погрузили» в ситуацию изнасилования и она пережила ее вновь. В дальнейшем (после того, как метод взмаха был осуществлен) мы провели еще два таких сеанса. Терапевтическое влияние гипнокатарсиса на аверсию к сперме также следует учитывать, так как он освобождает организм от неотрагированной патогенной энергии, питающей невротические симптомы.

Хотелось бы специально отметить, что после проведения второго гипнокатартического сеанса, когда больная еще находилась в гипнотическом состоянии, мы попросили ее вновь вспомнить себя в 18-летнем возрасте в тот момент, когда она впервые увидела на обложке журнала картинку, о которой идет речь. Это было сделано для того, чтобы пациентка точно восстановила в памяти, что конкретно тогда вызвало рвоту. Когда репроду-

цировали эту ситуацию, она сказала, что, увидев сперму, подумала: «Мало того, что мужчины издеваются над женщинами, так еще плюс к этому физическому насилию такая мерзость, такая гадость».

**5.** Также больной была проведена **психотерапевтическая техника, направленная на частичное «изменение биографии»**. Она заключалась в том, что под влиянием наших внушений пациентка в гипнотическом состоянии пережила события, альтернативные изнасилованию и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушали ей (и она видела этот сюжет), что еще перед тем, как инициатор изнасилования (парень, с которым она встречалась) приехал к ней на мотоцикле, начала терять к нему интерес, при его ласках и поцелуях ничего приятного не чувствовала. Когда же он приехал на мотоцикле, чтобы повезти ее в лес, она сказала, что занята. Сослалась на то, что мать поручила ей какую-то работу по дому, которую она должна выполнить. С ним ей вовсе не хотелось больше встречаться. Кроме того, в соответствии с проводимыми внушениями, когда они разговаривали с этим парнем, вышла мать и напомнила ей о своем поручении. Кроме того, пациентка своим поведением дала ему понять, что не хочет с ним встречаться. Он уехал и потом к ней больше не приезжал. Только несколько раз видела его издалека, хотя они и жили в одном поселке.

После проведения этой техники отметила, что к факту изнасилования стала относиться абсолютно безразлично.

**6.** В связи с описанными выше неаверсивными сексуальными дисфункциями также проводилось **гипносуггестивное программирование успешно протекающего полового акта** (с момента начала предварительного периода и до наступления оргазма) и **моделирование в гипнотическом состоянии нормального течения предварительного периода** [4].

## **7. Осуществлялись рекомендации по оптимизации сексуальной техники и межличностных отношений в супружеской паре.**

*Проведенное лечение было эффективным: ликвидировалось отвращение к сперме и негативное отношение к мужчинам, усилилось половое влечение и четко проявился его сексуальный компонент, увеличилось половое возбуждение, улучшились характеристики оргазма.*

Таким образом, на основании анализа этого наблюдения можно сделать вывод о том, что изнасилование явилось для больной мощной психотравмой, которая обусловила возникновение у нее сексуальных дисфункций, а также (по механизму генерализации) негативного отношения ко всем мужчинам. Это в значительной мере распространилось и на ее мужа, которого она воспринимала неоднозначно. Хорошее отношение к нему как к человеку сочеталось с негативным к нему отношением, так как он репрезентировал для нее всех мужчин вообще. Увиденная спустя 2 года после изнасилования картинка на обложке журнала привела к появлению многократной рвоты, а затем к многолетней аверсии к сперме. Этот фактор (увиденная картинка) следует рассматривать в качестве разрешающего, так как внутреннее напряжение, обусловившее болезненное состояние, было вызвано изнасилованием и сопряженной с ним ситуацией. В тот момент, когда пациентка увидела картинку на обложке журнала, произошла ассоциация увиденного и психотравмирующего влияния изнасилования, что было осознано больной в полной мере только в ходе психотерапии, которая проводилась много лет спустя. По механизму генерализации отвращение распространилось на все выделения мужского организма (мокрота, слюни и т.п.) и, более того, на кисель и овсяную кашу, так как их слизистая консистенция ассоциировалась с видом спермы. Проведенная психотерапия (в данной главе в основном селективно рассматривалось устранение аверсии к сперме) была эффективной.

Можно было бы попытаться обсудить возможную роль некоторых других факторов (помимо изнасилования, сопро-

вождавшегося избиением и оскорблениями) в генезе сексуальных дисфункций, исключая аверсию, которая имела в данном случае сугубо психогенное происхождение. Однако, поскольку в приводимом сообщении внимание фиксируется в основном именно на этой последней дисфункции, мы воздержимся от такого обсуждения, тем более, что это было бы непростой задачей (в 16 лет больная пережила мощнейшую сексуальную психотравму). Сделанные выводы по этому вопросу могли бы носить сугубо умозрительный характер и были бы практически малодоказуемы.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса / Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
2. Голубцова Л.И. Малопрогоидиентная шизофрения с сексуальными нарушениями у женщин. Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 15 с.
3. Келли Г.Ф. (Kelly G.F.) Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.
4. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
5. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (10-й пересмотр). КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
6. Цзя М., Арава Д.А. (Chia M., Arava D.A.) СВЕРХВОЗМОЖНОСТИ МУЖЧИНЫ, ДОСТУПНЫЕ КАЖДОМУ. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1996. – 320 с.
7. Цзя М., Цзя М. (Chia M., Chia M.) Даосские секреты. Совершенствование женской сексуальной энергии / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1995. – 400 с.

8. Crenshaw T.L. The sexual aversion syndrome // *J Sex Marital Ther.* – 1985. – Vol. 11 (4). – P. 285–292.
9. Crenshaw T.L., Goldberg J.P., Stern W.C. Pharmacological modification of psychosexual dysfunction // *J Sex Marital Ther.* – 1987 – Vol.13 (4). – P. 239–252.
10. Crooks R., Baur K. *Our Sexuality*. Fourth Edition. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – 850 p.
11. **DIAGNOSTIC CRITERIA** From DSM-IV<sup>TM</sup>. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996.
12. Green M.S., Naumann R.W., Elliot M., Hall J.B., Higgins R.V., Grigsby J.H. Sexual dysfunction following vulvectomy // *Gynecol. Oncol.* – 2000 – 77 (1). – P. 73–77.
13. Kaplan H. *The Illustrated Manual of Sex Therapy*. – New York: Brunner/Mazel, 1987.
14. Kaplan H.S. *The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation*. – New York: Brunner/Mazel, 1995.
15. Katz R.C., Frazer N., Wilson L. Sexual fears are increasing // *Psychol. Rep.* – 1993 – 73 (2). – P. 476–478.
16. Katz R.C., Gipson M., Turner S. Brief report: recent findings on the Sexual Aversion Scale // *J. Sex Marital Ther.* – 1992. – 18 (2). – P. 141–146.
17. Katz R.C., Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion and low sexual desire // *J Sex Marital Ther.* – 1999. – Vol. 25 (4). – P. 293–296.
18. Kocharyan G.S. On some aversive phenomena in sexual disorders clinic // *Abstracts Book of 16<sup>th</sup> World Congress of Sexology*. – Havana, March 10–14, 2003. – P. 10.
19. Kolodny R., Masters W., Johnson V. *Textbook of Sexual Medicine*. – Boston: Little, Brown, 1979.
20. **LETTERS TO THE EDITOR** // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2001. – Vol. 46, Issue 6. – P. 559–564.
21. LoPiccolo J. Advances in diagnosis and treatment of sexual dysfunction. Paper presented at the Twenty-Eighth Annual Meeting of the Society for the Scientific Study of Sex. – San Diego, 19-22 Sept. 1985.

22. Marks I.M. Review of behavioural psychotherapy, II: sexual disorders // *Am J Psychiatry*. – 1981. – Vol. 138 (6). – P. 750–756.
23. Morgan J.F., Lacey J.H, Reid F. Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration // *Psychosom Med*. – 1999. – Vol. 61 (4). – P. 541–545.
24. Ponticas Y. Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: a diagnostic challenge // *Psychiatr Med*. – 1992. – 10 (2). – P. 273–281.
25. Raboch J.S. Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa // *Acta Psychiatr Scand*. – 1991. – Vol. 84. – P. 9–11.
26. Schover L.R., LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire // *J Sex Marital Ther*. – 1982. – Vol. 8 (3). – P. 179–197.
27. Segraves R.T. Female Sexual Disorders: Psychiatric Aspects // *Canadian Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 47, Issue 5. – P. 419–425.
28. Silva H.C., Carvalho M.J., Jorge C.L., Cunha Neto M.B., Goes P.M., Yacubian E.M. Sexual disorders in epilepsy. Results of a multidisciplinary evaluation // *Arq. Neuropsiquiatr*. – 1999. – 57 (3B). – P. 798–807.
29. Wiederman M.W, Pryor T., Morgan C.D. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa // *Int J Eat Disord*. – 1996. – Vol. 19 (2). – P. 109–118.
30. Zerbe K.J. Why eating-disordered patients resist sex therapy: A response to Simpson and Rambert. 23rd Annual Conference of the American Association of Sex Educators, Counselors, and Therapists (1991, St Louis, Missouri) // *J Sex Marital Ther* – 1992. – 18 (1). – P. 55–64.



## ГЛАВА 8

### ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Исследуя пациентов с сексуальными дисфункциями, врач обычно сосредоточивает свое внимание на выявлении у них копулятивных нарушений, оставляя без достаточного внимания поведенческие изменения, которые развиваются у больных в связи с этими нарушениями вне интимной близости. Это в значительной степени контрастирует с фиксацией внимания на патологии поведения у лиц с нарушениями половой идентификации, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Отмеченное связано с тем, что поведенческие нарушения у названных категорий больных являются сущностными для них и, что вполне естественно, попадают в эпицентр исследовательского интереса [20, 21, 25, 26]. При этом речь идет о так называемом сексуальном поведении.

Вместе с тем следует отметить, что среди лиц мужского пола, обращающихся за сексологической помощью, значительно преобладают именно те, у которых имеют место какие-либо копулятивные дисфункции (гипоэрекция, преждевременное семяизвержение и т.п.). Тем не менее изменения поведения, связанные с указанными дисфункциями, не становились предметом самостоятельного изучения. В специальной литературе можно найти лишь отдельные замечания по этому вопросу, а также единичные публикации, которые касаются лишь какого-либо частного аспекта в изменениях поведения, связанного с сексуальными проблемами. Так, H.S. Kaplan [37] исследует вопрос сексуального уклонения как проявления интрапсихических барьеров по отношению к эмоциональной близости. Предполагается, что в одних случаях данное уклонение является отчетливо ясной функцией названных барьеров, а в других – результатом других детерминаций, таких как чрезмерные требования партнера к интимности и коммуникации или его/ее интолерантность даже к нормальной эмоциональной дистанции.

C. Westphal [41] трактует уклоняющееся поведение как ответ на ожидаемую сексуально провоцирующую ситуацию. Это поведение характеризуется фобиями. Он упоминает о «прозрачности» неосознаваемой продолжающейся борьбы, которая делает женщину непривлекательной. Тучность и уничтожающая женские формы худоба из-за анорексии являются неосознаваемыми попытками камуфлировать женские формы, чтобы избежать возбуждения мужского полового желания. Автор также отмечает, что вагинизм бессознательно направлен на создание препятствия для возникновения данного желания. Женское избегающее поведение обсуждается в этой статье в терминах опытов тела (“body experiences”), фантастических репрезентаций и диалектики полового влечения.

Ч. Цитренбаум и соавт. [33] сообщают о случае с одинокой женщиной 31 года, которая при росте 155 см весила 96 кг. У нее был нормальный вес в детстве и отрочестве, но с 16-ти лет она стала быстро полнеть и начала страдать ожирением. Выяснилось, что непосредственно перед тем, как пациентка стала набирать вес, ее изнасиловали. Это вызвало у нее гнев и испуг. Терапевт предположил важность скрытой выгоды тучности, которая состояла в том, что делала эту женщину непривлекательной, защищая ее таким образом от сексуальных посягательств и помогая ей чувствовать себя в большей безопасности.

Можно утверждать, что только выраженное повышение либидо или, наоборот, его значительное снижение, генерирующие легко прогнозируемые поведенческие изменения, достаточно представлены в специальной литературе. Однако любой врач, который работает на общем сексологическом приеме, может констатировать, что среди консультировавшихся у него пациентов на протяжении всей его лечебной практики (и даже многолетней) лица, страдающие гиперсексуальностью, обращаются настолько редко, что их даже можно пересчитать по пальцам. При этом речь идет преимущественно о женщинах.

Анализ полученных нами ранее при специальных клинико-психологических исследованиях данных по изучению по-

ведения мужчин, у которых имели место те или иные копулятивные нарушения и диагностировались самые разнообразные формы половых расстройств [9–11, 13, 14], продолжающиеся исследования [15], а также клинические наблюдения (речь идет о представителях обоего пола) выявили у них различные паттерны поведения, связанные с данными расстройствами. У всех мужчин, прошедших специальное обследование, обязательным, а в большинстве случаев главным (иногда даже единственным) фактором в развитии сексуальных дисфункций, было(л) тревожное опасение/страх сексуальной неудачи. Выявленные трансформации поведения были различной сложности, осознавались больными полностью или частично или вообще не осознавались. Нами выделены следующие основные паттерны поведения:

**1. Избегающе-уклоняющийся.** Характеризуется тем, что пациенты избегают общения с женщинами на сексуальном (урежают половые акты или полностью исключают их), эротическом (исключают ласки и поцелуи) и даже платоническом уровне (не устанавливают сколько-нибудь устойчивых отношений с представителями женского пола). В ряде случаев общение доходит до грани сексуального взаимодействия, оно не продвигается дальше мнимых попыток.

Иногда больные с половыми расстройствами контактируют с такими представительницами женского пола, которые, в силу различных обстоятельств (например, очень молодого возраста), не предъявляют сексуальных требований. Поддерживать общение на эротическом и даже платоническом уровне пациентам помогает псевдообосновывание своего поведения.

Так, один наш больной целовал и обнимал свою невесту и даже регулярно спал с ней вместе в ночное время, но половых актов не совершал. На ее вопросы, почему он этого не делает, отвечал, что если это случится, то он ее бросит. Другой пациент долго встречался с женщиной, которая ему очень нравилась, но, несмотря на длительный период их встреч, так ни разу ее не обнял и не поцеловал. Когда же она наконец спросила его, почему он так поступает, отве-

тил, что если он это сделает, то она ему сразу может разонравиться. После такого объяснения женщина сразу же перестала с ним встречаться.

Нередко включается рационализация, и тогда больной обосновывает свою малую сексуальную активность или ее отсутствие, например, малой целесообразностью половой жизни, так как последняя якобы отвлекает от решения других, «более важных», задач («Не получилось, жалеть нечего, потому что это не стоит того»). Справедливости ради следует отметить, что пациенты сами до конца нередко не верят в выдвигаемую ими версию. Вместе с тем и в указанных случаях это все же помогает им, так как снижает эмоциональное напряжение. Приведем пример, где речь шла о псевдообосновании своего поведения и особой мотивации в подборе девушки, с которой встречался обследованный нами мужчина.

*Больной В., 21 год, холост. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу; гипозрексционный симптом. В настоящее время встречается с двумя девушками разного возраста. Одной из них 17 лет. Она из его деревни, но в настоящее время учится в городе и периодически приезжает домой. Отмечает, что с ней у него было до 10 мнимых попыток. Когда они обнимаются, то член лишь изредка полностью напряжен. Эта девушка сама пытается склонить его к сексуальным контактам. Говорит, что любит его. Он же позволяет себе все, кроме них, так как когда дело доходит до решительного момента, эрекция полностью исчезает. Свое поведение объясняет ей тем, что если «это» произойдет, то она в городе «разбалуется». Вместе с тем обещает ей, что когда она окончит техникум и вернется в деревню, то они начнут жить половой жизнью. Ее же это не устраивает, так как она хочет быть как все. Помимо этой девушки, встречается еще с другой, которой всего 15 лет. При объятиях и поцелуях с ней эрекция хорошая. Никаких попыток (даже мнимых) к сексуальной близости не предпринимает. Обе эти девушки нравятся почти в*

*одинаковой степени, но последняя все-таки больше. Первая девушка знает о том, что он встречается не только с ней и требует прекратить эти встречи. Он обещает, что так и поступит, как только она закончит техникум. Удалось выяснить, что мотивация встреч со второй девушкой в значительной мере обусловлена тем, что в связи с ее возрастом можно не опасаться необходимости совершения полового акта. Общаясь с ней, чувствует себя более спокойно, что положительно отражается как на качестве эрекции, так и на общем состоянии.*

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что больные сексологического профиля часто прибегают к различным уловкам, помогающим избегать угрожающих в смысле возможной половой близости ситуаций. Иногда пациенты даже сознательно провоцировали ссоры с женщинами, что подчас приводило к полному разрыву их отношений. Так, один из наших пациентов неоднократно пытался поссориться со своей невестой, чтобы сорвать предполагающуюся свадьбу. Приведем весьма показательный пример провоцирующего ссору поведения.

*Больной М., 23 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). В процессе целенаправленного опроса удалось выявить, что всякий раз, когда его встречи с женщинами затягивались в том смысле, что далее уже предполагался закономерный переход от эротического уровня отношений (ласки, поцелуи) к сексуальному (половые акты), он просто не приходил на очередное свидание. Во время встреч с женщинами, у которых он пользовался успехом в силу своих внешних данных, с целью обусловить разрыв отношений заводил малопривлекательные для них разговоры. Он говорил им примерно следующее: «Представь, тебе муж верит, а ты со мной ищешь место, где бы...» Такой реплики обычно бывало достаточно, чтобы женщина на него обиделась. Затем, как правило, следовало расторжение отношений. Однажды, чтобы оборвать встречи с одной женщиной, не пришел к ней на свидание. Спустя некоторое время случай свел его с ней. Они ехали в одном автобусе. Женщина не обращала*

*на него внимания. После того как она вышла из автобуса, пациент догнал ее и они разговорились. Когда женщина простила ему обиду и напряженность прошла, он, вновь провоцируя ссору, заявил ей следующее: «Когда ты вышла из автобуса, то отвернулась от меня и даже не поздоровалась, а сейчас идешь и смеешься. А могла бы не смеяться, а идти себе дальше, как шла».*

В ряде наблюдений у рассматриваемой категории больных отмечалось исчезновение симпатии к партнерше. Она переставала им нравиться, так как вдруг обнаруживалось различие в их взглядах на жизнь и т.п. (включение механизма психологической защиты). В этих наблюдениях снижение эмоционального напряжения достигалось за счет различных вариантов обесценивания женщины. Приведем пример весьма неординарного проявления такого обесценивания.

*Больной В., 64 года, холост. Диагноз: смешанное расстройство личности (мозаичная психопатия) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне хронического простатита, гипозрексционный симптом. Так как указанный синдром существует у пациента длительно, с течением времени у него возникло навязчивое представление, которое выражается в следующем. Когда он видит интересных женщин, то всякий раз представляет, как они пользуются туалетной бумагой после акта дефекации, что вызывает у него отвращение. Однако раньше этот мужчина неоднократно вступал с женщинами в ректально-генитальные контакты, которые вызывали у него сильное возбуждение и доставляли большое наслаждение.*

Несомненно, что в данном случае навязчивость является результатом работы механизма психологической защиты, который препятствует росту эмоционального напряжения, блокируя возможность развития отношений с женщинами на самых ранних этапах.

Нередко больные с сексуальными дисфункциями избегают не только контакта с женщинами на различных уровнях взаимодействия (сексуальном, эротическом, платоничес-

ком), но и разговоров на сексуальные темы, так как упоминание о сильных мужчинах и о мужчинах со слабой потенцией оказывает на них психотравмирующее воздействие. Это иногда обуславливает избегание компаний, где могут возникнуть такие разговоры, и отказ от приглашения к себе гостей. В некоторых случаях в связи с указанным обстоятельством тема секса становится запретной в разговорах между супругами, а также сексуальными партнерами, официально не оформившими своих взаимоотношений.

Изредка механизм избегания психотравмирующего влияния ситуаций, связанных с переживаниями сексуальной недостаточности, проявлялся в склонности к перемене места жительства с целью исключить встречи с женщинами, с которыми больные ранее находились в интимных отношениях.

Подчас тревожное опасение/страх сексуальной неудачи определяет значительное отдаление сроков вступления в брак. Иногда мужчины так и не решаются жениться. В ряде случаев могут наблюдаться даже курьезы, когда истинных оснований для названного опасения/страха нет, а его происхождение всецело определяется неправильной информированностью пациентов.

К уклоняющемуся поведению также следует относить поведенческие проявления сексуальной аверсии, а кроме того, такие развивающиеся по механизму условной приятности/желательности феномены у женщин, как истерическую диспареунию (истерические гениталгии), рвоту и позывы на рвоту во время коитуса и непосредственно после него, цисталгию, возникающую после половых актов, частые длительные и болезненные менструации жены, когда супруг находится в семье, отхождение газов у мужа, когда он спит с женой в одной постели, что блокирует проведение полового акта, который из-за своего плохого качества, обусловленного быстро наступающим семяизвержением, всякий раз вызывает негативную реакцию со стороны жены. Следует отметить, что в основе всех перечисленных явлений лежит нежелание интимной близости с партнером (чаще с определенным).

В тех же случаях, когда речь идет о стойкой сексуальной дисгармонии при отсутствии копулятивных дисфункций у обоих партнеров, уклоняющийся тип поведения может отмечаться при плохих взаимоотношениях в супружеской/партнерской паре, неадекватной сексуальной технике, приводящей, в частности, к сексуальной фрустрации и аноргазмии, значительном несоответствии половых конституций партнеров или их биологических ритмов (например, он – «жаворонок», а она – «сова», или наоборот) и т.д.

## **2. Направленный на сохранение прежнего супружеского статуса:**

*А. Компенсаторный вариант* поведения обусловлен желанием компенсировать свой сексуальный дефект, положительно проявляя себя в других сферах, и таким образом добиться одобрения со стороны жены или сексуальной партнерши. Нередко больные становятся более внимательными по отношению к супруге. Они стараются больше помогать ей в домашней работе, становятся более покладистыми. В некоторых случаях пациенты стремятся дополнительными заработками или усилившимся вниманием и заботой о детях или внуках угодить жене. Приведем пример сложных изменений поведения, обусловленных половым расстройством, когда, наряду с изменениями поведения в семейном кругу с целью его компенсации, у обследуемого также развились вторичные по отношению к данным компенсаторным изменениям нарушения.

*Больной К., 37 лет, женат. Свои сексуальные изъяны пытается компенсировать: все покупает для дома, готовит пищу, убирает в квартире (раньше занимался этим, но в гораздо меньшей степени). Стараясь угодить жене, уделяет большое внимание ее внучке от первого брака, хотя совершенно «не терпит» детей. Также отмечает, что на него крайне отрицательно действует запах кала как внучки жены, так и других детей.*

Таким образом, помимо компенсаторной активизации поведения, связанного с домашним хозяйством, мы констатируем вынужденное внимание пациента к внучке супруги, а также последствие усиления этого внимания, проявляюще-



еся неприятными обонятельными феноменами. Кроме того, в приведенном клиническом наблюдении можно проследить проявление генерализации, выражающейся непереносимостью запаха детского кала вообще.

*Б. Манипулятивный вариант.* В некоторых случаях пациенты надеются улучшить отношение к себе жены меньшим пребыванием в кругу семьи, что, по их мнению, может заставить ее скучать по ним.

**3. Направленный на создание образа мужчины с высокой сексуальной потенцией.** Иногда эмоциональное напряжение, обусловленное существованием тревожного опасения сексуальной неудачи, снижается за счет чисто символического удовлетворения сексуальных притязаний. Так, некоторые из пациентов в кругу друзей и знакомых создавали образ высокопотентного мужчины, пользующегося успехом у женщин, рассказывая о своих сексуальных победах и описывая свои мужские достоинства. Такой стиль поведения, по нашим наблюдениям, свойствен мужчинам с истероидными чертами характера.

*Больной Я., 23 года, холост. Диагноз: невращения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по истероидному типу на фоне хронического простатита; симптомы гипозрекции и ускоренного семяизвержения (ЕАР). Пользуется уважением и завистью у своих товарищей, которые считают, что он встречался со многими женщинами. Его авторитет поддерживается большим количеством знакомств с представительницами противоположного пола, с которыми он на самом деле половых связей не имеет, о чем его товарищи не знают. Помимо этого, он так увлеченно рассказывает им о своих сексуальных возможностях и победах, что часто даже сам во время своего повествования начинает верить в описываемые им события. В действительности же находится в интимных отношениях лишь с одной женщиной (глубокий петтинг).*

**4. Сублимация и феноменологически близкие ей поведенческие изменения.** Сублимация – зрелый механизм психологической защиты [27], посредством которого инстинктивные энергии разряжаются в неинстинктивные формы поведения [22]. Это процесс, которым З. Фрейд объясняет порожденные силой сексуального влечения формы человеческой деятельности, не имеющие прямой связи с сексуальностью [18]. Сублимация приводит к превращению энергии сексуальных влечений в энергию, используемую для достижения социально приемлемых несексуальных целей. В своей книге «Введение в психоанализ» З. Фрейд [29] отмечает, что сексуальные влечения участвуют в создании высших культурных, художественных и социальных ценностей человеческого духа и их вклад нельзя недооценивать. Он утверждает, что сублимация сексуальных инстинктов послужила главным толчком для великих достижений в западной науке и что она является особенно заметной чертой эволюции культуры. По его мнению, благодаря ей одной стал возможен необычный подъем в науке, искусстве и идеологии, которые играют очень важную роль в нашей цивилизованной жизни [32].

Интерес представляет мнение З. Фрейда [30], согласно которому в связи с возможностью сублимации может возникнуть соблазн достигать ее наиболее высоких степеней для получения максимального «культурного эффекта». По его мнению, такое стремление к полной сублимации недостижимо и может иметь печальные последствия. Для иллюстрации своих мыслей автор приводит забавный анекдот следующего содержания. У граждан городка Шильда была очень сильная лошадь, чем они чрезвычайно гордились. Однако их смущало одно обстоятельство. Эта лошадь поедала большое количество дорогого овса. Тогда они решили постепенно отучить ее от этого «безобразия» и не только заставить довольствоваться малым количеством пищи, но, в конце концов, приучить к полному воздержанию. Вначале все шло хорошо. Лошадь почти совсем была отучена от приема пищи. Утром того дня, когда она должна была работать уже без овса, жители городка нашли «коварную» ло-

шадь мертвой, но никак не могли догадаться, от чего же она умерла.

В рассматриваемом контексте целесообразно привести высказывания З. Фрейда [30] об исходах психоаналитической работы. Приводя характеристику каждого из трех названных им исходов, он, в частности, отмечает, что второй из них обусловлен приобретенной в результате терапии возможностью к сублимации, которая блокировалась рано возникшим вытеснением, а третий определяется признанием права известной части вытесненных эротических стремлений на прямое удовлетворение, так как полное игнорирование «животного» начала в человеке лишает его возможности счастливого существования и противоречит целям нашей культуры.

В этой связи интерес представляет публикация, посвященная обсуждению взаимосвязи между креативностью и психическим здоровьем [40], в которой отмечается, что З. Фрейд рассматривал, в частности, художественную продукцию как производную от сублимации, которую полностью счастливая личность не должна использовать. Тем не менее он полагал, что «художник допускает творческую продукцию, возникающую из подсознания», и не испытывает при этом «психологической боли». Как отмечается в данной статье, такое допущение управления «Я» является характерной особенностью не невротика, а хорошо адаптированной личности.

Посредством сублимации изменяется цель или/и объект побуждений, однако разрядка не блокируется, а происходит через искусственные пути. Изначальные побуждения исчезают в связи с тем, что их энергия отводится в катексис заместителя. Одновременно с торможением инстинктивной цели осуществляется процесс десексуализации [2].

Считается, что в процесс сублимации вовлекаются не только сексуальные, но и агрессивные импульсы, и поэтому помимо понятия «десексуализация» либидо также существует специальный термин «деагрессификация». Под ней понимают процесс, посредством которого инфантильная агрессивная энергия теряет свое примитивное агрессивное

качество [18]. Дж. Фэйдимен, Р. Фрейгер [31] отразили это положение в приводимом ими определении, согласно которому сублимация – это процесс, посредством которого энергия, первоначально направленная на сексуальные или агрессивные цели, перенаправляется к другим целям, часто художественным, интеллектуальным или культурным.

Сублимация включает в себя: а) перемещение энергии с действий и объектов первичного (биологического) значения на действия и объекты меньшего инстинктивного значения; б) такое преобразование качества эмоции, сопровождающей деятельность, при которой она становится «десексуализированной» и «деагрессифицированной»; в) освобождение деятельности от диктата инстинктивного напряжения [22].

Следует отметить, что понятие «сублимация» нельзя считать полностью разработанным, а существующие ее простые описания достаточно развернутыми. В этой связи D.M. Kaplan [36] отмечает, что сублимация всегда была неуловимой (ускользающей) идеей психоаналитической мысли, а Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис [18] указывают на отсутствие определенных установленных рамок сублимационной деятельности. Последние из указанных авторов пытаются уяснить, нужно ли включать в нее всю совокупность мыслительной работы или лишь некоторые формы интеллектуального творчества? Следует ли считать главной чертой сублимации высокую общественную оценку связанных с ней форм деятельности в данной культуре? Включаются ли в сублимацию формы «приспособительной» деятельности (труд, досуг и пр.)? Касаются ли изменения в динамике влечений лишь цели влечений (как долгое время считал Фрейд) или же одновременно и их объектов? В новых лекциях по введению в психоанализ (*Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 1932) З. Фрейд называет сублимацией такое изменение цели и объекта, при котором принимается во внимание социальная оценка [по 18].

Вопрос об отнесении различных поведенческих проявлений к сублимации с учетом их социальной ценности звучит

и в противопоставлении взглядов О. Fenichel (1945) и R. Sterba (1947) [по 2]. Так, первый из названных авторов уклоняется от признания такой точки зрения, согласно которой обусловленная сублимацией десексуализация неизбежно приводит к выбору высшего, социально приемлемого объекта, и предпочитает не затрагивать ценностный аспект определения. Вместе с тем R. Sterba, как и большинство авторов, обсуждают этот аспект.

Для объяснения происхождения сублимации, как и других механизмов психологической защиты, следует прибегнуть к использованию положений психоаналитической структурной модели человеческой психики [по 12]. Согласно представлениям классического психоанализа, человеческая психика состоит из трех взаимодействующих структур, оказывающих влияние на поведение человека: ид («Оно»), эго («Я») и суперэго («сверх-Я»). Деятельность «Оно» (энергетическая кладовая психики, совокупность инстинктов) осуществляется по «принципу удовольствия», которое возникает вследствие разрядки накапливающегося напряжения. Неограниченная реализация импульсов «Оно» нередко могла бы иметь отрицательные последствия как для данного индивида, так и для общества, так как его импульсы далеко не всегда согласуются с социальным контекстом. Для того чтобы контролировать эти импульсы, существует «Я» – структура психики, в основу которой положен принцип реальности. Она соотносит деятельность «Оно» с требованиями действительности. «Сверх-Я» состоит из «совести» и «идеального Я» и, являясь судьей и цензором его деятельности и мыслей, устанавливает границы подвижности «Я». «Сверх-Я» так же, как «Я», контролирует «Оно», но совершенно по-другому. Если «Я» позволяет «Оно» удовлетворять потребности, соотносясь с действительным положением вещей, то «сверх-Я» пытается подчинить «Оно» моральным требованиям, идеалу. Происходящее в действительности и ее требования далеко не всегда удовлетворяют «сверх-Я». Поэтому его устремления, не соотносящиеся с принципом реальности, могут быть иррациональны. Значительная часть энергии «Я» направляется

на противодействие иррациональным стремлениям «Оно» и чрезмерным требованиям «сверх-Я». Таким образом, «Я» выступает в качестве координатора потребностей «Оно», требований «сверх-Я» и давления окружающего мира. **Когда давление сил «Оно» и «сверх-Я» на «Я» оказывается угрожающе сильным (А. Freud, 1936), включаются механизмы психологической защиты [по 35]. Это происходит тогда, когда отсутствует возможность удовлетворения инстинктов в соответствии с требованиями общества и «сверх-Я». Сублимация же, как известно, является одним из защитных механизмов.**

В качестве образцов поведения, которые являются следствием сублимации, называют следующие. Так, отмечается, что художник и керамист могут использовать сублимированное желание растереть экскременты, фотограф – вуайеризм, танцоры и актеры – эксгибиционизм, политическая активность – сублимированную агрессию, а здоровая дружба между взрослыми людьми частично поддерживаться сублимированными гомосексуальными и кровосмесительными импульсами [27]. Л. Хьел, Д. Зиглер [32] отмечают, что если со временем мастурбация вызывает у юноши все большую и большую тревогу, он может сублимировать свои импульсы в социально одобряемую деятельность – такую, как футбол, хоккей и другие виды спорта. Сходным образом женщина с сильными неосознаваемыми садистическими наклонностями может стать хирургом или первоклассной романисткой. В этих видах деятельности она может продемонстрировать свое превосходство над другими, но таким способом, который будет давать общественно полезный результат.

Наряду с представлениями сугубо психоаналитической ориентации, существуют другие взгляды относительно взаимосвязи реализации полового влечения и других форм активности, которые, напротив, свидетельствуют о положительной корреляции между ними. Так, П. Фосс [28] отмечает, что в большинстве проведенных до настоящего времени социологических исследований сексуального поведения отсутствуют высказывания о взаимозависимости сексуаль-

ной активности и активности в других сферах жизни. Он сообщает, что результаты проведенных им исследований показывают, что сексуальная активность и активность в учебе, работе, общественной деятельности, в области культуры, спорта и других занятиях в свободное время не исключают, а напротив, положительно влияют друг на друга. Высказываемое иногда мнение, согласно которому секс и любовь отвлекают молодежь от выполнения их непосредственных задач в школе и на работе, не имеет никаких оснований. В конечном счете, молодые люди, счастливые в любви и сексе, добиваются большего, чем несчастливые и разочарованные.

Цитируемый автор вполне определенно высказывает свое отрицательное отношение к психоаналитической гипотезе сублимации, в соответствии с которой следовало бы ожидать, что молодые люди с высокой активностью в учебе и работе должны проявлять сравнительно меньшую сексуальную активность, и наоборот. Однако этого не происходит. Далее автор сообщает, что результаты статистической обработки многочисленных тестов несомненно подтверждают общую взаимосвязь между сексуальной и общественной активностью. Теоретики сублимации утверждают, отмечает П. Фосс [28], что сексуальность враждебна культуре, а достижение успехов в культуре и искусстве только служит доказательством того, что человек смог обуздать свои низменные влечения. Однако его данные говорят о другом. Сексуально активные молодые люди и молодежь с прочными счастливыми партнерскими отношениями в среднем отнюдь не являются менее активными или менее творческими людьми на культурном поприще.

В противовес психоаналитической теории сублимации, продолжает автор, мы можем эмпирически доказать, что у молодых людей общая работоспособность в высокой степени коррелирует с развитыми сексуальными потребностями. Счастливая любовь и половая жизнь стимулируют активность в других сферах.

S. Schnabl [39] также отмечает связь между сексуальной и социальной активностью. Он сообщает, что работающие

женщины, особенно занятые умственным трудом, отличаются более высокой сексуальной реактивностью, ведут более активную половую жизнь и получают большее удовлетворение от нее, чем домохозяйки [по 8].

Аналогично П. Фосс [28] высказывается К. Веллер [6], хотя в его взглядах и результатах исследований не просматривается столь выраженной антисублимативной направленности. Он отмечает, что чем выше оценивается личностью значение сексуальной жизни и собственная сексуальная активность, тем выше работоспособность и успеваемость в учебе. Сексуально удовлетворенные люди более работоспособны, чем неудовлетворенные. Однако автор указывает на одну существенную деталь. Оказывается, что не частота половых сношений и интимных встреч, а скорее степень психического удовлетворения ими оказывают положительное воздействие на успехи в работе. По данным К. Веллера, из числа полностью удовлетворенных половыми актами молодых людей 82% имеют высокую производительность труда, из удовлетворенных с оговорками – 76%, а из недостаточно удовлетворенных или вообще неудовлетворенных – 71%. Это в равной степени относится к представителям обоего пола. Автором была также выявлена одна важная качественная особенность, которая не позволяет линейно трактовать связь между успешностью в учебе и сексуальной активностью. Так, сексуальная активность студентов, в отличие от таковой «учеников предприятий и молодых трудящихся», не имеет прямой взаимосвязи с их успехами в учебе. (Из текста трудно однозначно понять, о каком именно обучении идет речь, по-видимому, о производственном – *Примеч. Г.К.*) С другой стороны, сексуально активные в целом оценивают учебу выше и занимаются наукой сверх программы чаще, чем сексуально менее активные. Вместе с тем на основании собственных исследований автор констатирует, что хотя сексуально активные люди и занимаются своей учебой более заинтересованно, но в среднем не добиваются больших успехов, чем менее активные. Он также отмечает, что студенты-мужчины из средних по успеваемости групп чаще всего имеют половые



сношения. За ними следуют самые сильные в учебе. Сексуальная активность лиц с наименьшей успеваемостью находится на последнем месте. И среди студенток самые сильные и самые слабые в учебе сдержаннее в сексе, в то время как студентки из средних по успеваемости групп чаще всего имеют половые сношения.

К лучшим студентам, рассуждает автор, как известно, предъявляются особенно высокие требования, и они, конечно, хотят показать наивысшие достижения. У них иногда обнаруживается снижение сексуальных желаний, особенно у тех, кто занимается преимущественно умственной деятельностью. Их ориентация на успех может привести к психическим нагрузкам, которые отрицательно отражаются на сексуальных потребностях и переживаниях. При другой же деятельности, даже при высокой ее интенсивности (а также при физическом утомлении, которое является результатом такой деятельности), это, по-видимому, бывает реже. Психические нагрузки, главным образом при умственной деятельности, могут отрицательно сказываться на сексуальных переживаниях.

Главным результатом проведенного исследования, отмечает автор, является то, что сексуально-эротические переживания и поведение, с одной стороны, и поведение, направленное на достижение успехов, – с другой, находятся в положительной взаимосвязи. Высокие достижения в учебе и на работе, общественная активность и вообще высокая работоспособность сопровождаются повышенной сексуальной активностью и способностью глубоко чувствовать.

Приведенная позиция представляется нам более взвешенной, чем позиция П. Фосса [28]. Сделанные последним категорические отрицательные высказывания в отношении психоаналитической гипотезы сублимации встречаются с диаметрально противоположными взглядами, излагаемыми Б. Бертрам [1]. Автор отмечает, что, как показывают ее исследования, партнерские и профессиональные отношения могут взаимно уравновешивать друг друга. Так, недостаточно счастливые отношения в супружестве компенсируются более сильной увлеченностью профессией, а очень интен-

сивное переключение на партнера и семью, наоборот, может быть результатом недостаточной реализации профессиональных целей. Односторонняя профессиональная ориентация, уход с головой в работу также не способствуют сексуальным контактам, а напротив, приводят к тому, что они могут зачахнуть.

Хотелось бы высказать свою точку зрения на проблему сублимации у здоровых лиц.

- Если исходить из того, что каждый человек обладает каким-то исходным уровнем энергии, то можно предположить, что если он расходует ее на какую-то активность в большей степени, то на долю другой сферы деятельности ее остается меньше.
- Эта закономерность может статистически не проследиваться при обследовании групп по той простой причине, что человек, обладающий большим энергетическим потенциалом, может быть и сексуально более активным, и более активным в труде, учебе и т.п.
- Сексуальная активность, приносящая глубокое эмоциональное удовлетворение интимностью контактов, может стимулировать активность в других сферах деятельности.
- Удовлетворение сексуальных потребностей, снятие выраженного сексуального напряжения делает возможным более эффективную реализацию в несексуальной сфере (так называемый гомеостабилизирующий тип сексуальной мотивации [4]).
- Выраженная фиксация интересов на сексе и высокая интенсивность половой жизни могут приводить к ослаблению реализации в других сферах.
- Способность к сублимации у различных людей отличается по своим возможностям. Имеются различия в ее уровнях, что зависит от развития личности, т.е. у одних людей сублимативные проявления могут быть по своему рангу выше, чем у других.

- Говорить о простых линейных корреляциях (положительных или отрицательных) между сексуальной активностью и активностью в других сферах не представляется возможным в связи с тем, что речь часто идет о разных, подчас сложных сочетаниях влияний различных факторов.
- Следует отказаться от изначальной идеологизации установок предпринимаемых исследований (приятие или, наоборот, неприятие гипотезы сублимации), так как это мешает объективно оценивать их результаты.

Известно неоднозначное отношение психоаналитиков к сублимации. Так, З. Фрейд (1953) относил ее к нормальным защитным механизмам, ведущим к формированию зрелой структуры психического аппарата, а А. Фрейд (1936) – к патологическим [по 35].

По мнению F.J. Bruno [34], у личности, которая не способна адекватно сублимировать импульсы, исходящие из «Оно», имеются проблемы с психическим здоровьем и конфронтация с родителями, сексуальными партнерами, друзьями и законом. Автор полагает, что одним из путей оценки расстройств личности (психопатий), особенно антисоциального типа, является оценка их как неудач сублимации.

R. Sterba (1947) считает, что прегенитальные тенденции детей и генитальные устремления у подростков и юношей сублимируются гораздо легче, чем генитальные тенденции у взрослых, которые становятся ригидными в отношении цели и могут сублимировать только в незначительной степени. O. Fenichel (1945), более того, даже полагает, что существование сублимации генитальной сексуальности у взрослых маловероятно, так как генитальность обеспечивает достижение полной разрядки в оргазме [по 2]. **В связи с последним указанием, однако, возникает вопрос о возможной судьбе энергий «генитальной сексуальности» в тех случаях, когда ее реализация будет заблокирована полностью или частично.**

В отношении лиц с сексуальными дисфункциями до недавнего времени (речь идет о результатах проведенных

нами исследований) существовала четкая, совершенно однозначная позиция о влиянии данных дисфункций на другие сферы деятельности. Она, в частности, нашла свое отражение в книге «Психогигиена половой жизни» известного польского клинического сексолога К. Имелинского [7, с. 247]. Автор отмечает следующее:

«Взаимная зависимость половой жизни и выполняемой человеком работы не вызывает сомнений. Нормальная, приносящая удовлетворение половая жизнь в браке способствует повышению общего уровня психического и физического здоровья, улучшает самочувствие и тем самым положительно сказывается на выполняемой работе. Неполадки в половой жизни оказывают отрицательное влияние и на качество работы, и на производительность труда. Непосредственное отрицательное влияние выражается в ухудшении самочувствия, угнетенности, апатии и утрате интереса к работе и жизни. Косвенное отрицательное влияние является следствием нарушения всего комплекса совместной жизни супругов из-за неналаженности их половой жизни. Механизм ухудшения качества работы здесь следующий: рано или поздно неполадки в половой жизни приводят к супружеским конфликтам, которые ухудшают отношения между мужем и женой. Напряженность в отношениях между супругами, многочисленные раздоры и скандалы, угроза распада брака и семьи вызывают реакцию в форме депрессии, характеризующейся устойчивым состоянием угнетенности, заторможенностью инициативы и апатией, утратой интереса к жизни и к работе, функциональными расстройствами памяти, невозможностью сосредоточить на чем-то свое внимание и т.д. Такое состояние резко ухудшает деловые возможности человека, а временами делает работу просто невозможной».

Наши специальные исследования, результаты которых впервые были опубликованы в материалах региональной [9] и республиканской [10] сексологических конференций и доложены на них (1990), показали, что при затруднениях сексуальной реализации, обусловленных сексуальными дисфункциями, у больных, наряду с другими изменениями

поведения, могут развиваться и такие, которые обусловлены сублимацией. Достаточно полно данные результаты были представлены уже в 1991 г. в нашей статье, помещенной на страницах авторитетного психоневрологического журнала [11]. Они также были доложены нами в 1996 г. на Международном конгрессе по психологии, который проходил в Монреале (Канада), и опубликованы в его материалах [38]. Вопросы, заданные после прослушанного доклада, свидетельствовали о том, что полученные нами результаты являются абсолютно новыми и неожиданными, так как не согласуются с прочно устоявшимся представлением об исключительно негативном влиянии сексуальных дисфункций на различные сферы человеческой деятельности.

Перед представлением примеров, подтверждающих возможность сублимации у лиц с сексуальными дисфункциями, хотелось бы высказать свой взгляд на критерии причисления тех или иных трансформаций поведения при затруднениях сексуальной реализации к сублимационным. Следует отметить, что отвечать на возникающие в этом контексте вопросы нелегко. По нашему мнению, нельзя игнорировать оценку таких изменений с позиций их общественной значимости. При рассмотрении трансформаций поведения с этой точки зрения некоторые из них могут быть расценены просто как образцы перераспределения энергии, а другие – как собственно сублимация. Вместе с тем совершенно очевидно, что отнесение чего-либо к более высокому чем то, с чем сравнивают, следует рассматривать в историческом, культурологическом, мотивационном и ситуационном контекстах, а также с ориентацией на принадлежность индивида к той или иной социальной группе. Кроме того, необходимо знать, какая группа является для него референтной. Поэтому определение жестких рамок сублимации представляет собой непростую задачу.

Как отмечалось, наши исследования показали, что при затруднениях сексуальной реализации, обусловленных копулятивными дисфункциями, у больных, наряду с другими трансформациями поведения, развиваются и те, которые обусловлены сублимацией. Помимо этого у них фиксируют-

ся феноменологически близкие ей образцы поведения, которые могут получить положительную социальную оценку.

Так, у больных с половыми расстройствами мы нередко выявляли гипертрофию прежних увлечений или возникновение новых. Например, один из пациентов, который вообще отказался от попыток сближения, хотя и продолжал встречаться со своей партнершей, стал уделять гораздо больше времени, чем раньше, рыбной ловле. Другой увлекся магнитофонными записями, купил аппаратуру и стал нужным человеком, к которому друзья и знакомые приходили послушать музыку или переписать интересующие их концерты.

Подчас у больных с сексуальными дисфункциями отмечалась интенсификация учебы и общественной деятельности, «уход» в работу. Один из наших пациентов, который и раньше считался неплохим работником (выше среднего), но особенно не выделялся, после развития у него вследствие неудавшейся попытки страха сексуальной неудачи настолько улучшил свои производственные показатели, что был награжден золотой медалью ВДНХ и орденом Трудовой Славы. Другой же стал лучше трудиться, а также контролировать работу членов своей бригады (является бригадиром), а кроме того, устроился по совместительству плотником, хотя материальное вознаграждение незначительно. Более того, он также взвалил на свои плечи ответственную общественную нагрузку: выполняет функции председателя товарищеского суда. Один наш больной, студент третьего курса института, после возникновения у него сексуальных проблем больше времени стал уделять учебе, что повысило его успеваемость.

Под нашим наблюдением также находился пациент, который после развития у него полового расстройства стал усиленно заниматься воспитанием детей (несмотря на то, что развелся с женой и ушел жить к родителям). Старался уделять им много времени: часто приходил за ними в школу, забирал на выходные дни к себе домой, водил на различные развлекательные мероприятия (в цирк, тир, на спортивные соревнования, на прогулки в лес). Кроме этого,

после развития сексуальных нарушений стал браться за любую дополнительную (помимо основной) работу и до изнеможения трудился с утра до позднего вечера. Поэтому время оставалось только на ночной сон.

У ряда больных с сексуальными дисфункциями отмечалось усиление культурных и научных интересов. Так, у одного нашего пациента после возникновения полового расстройства актуализировались культурные интересы. Начал интересоваться историей и читать специализированную литературу: альманах «Прометей», монографии, посвященные жизни и деятельности Бориса Годунова, Ивана Грозного и других исторических личностей. Стал более углубленно интересоваться текущей политикой, регулярно читать журналы «Проблемы мира и социализма», «Америка», газету «За рубежом». Большое внимание стал уделять повышению профессиональной квалификации: регулярно читает американский журнал «В мире науки», выходящий на русском языке, в котором публикуются статьи по электронике (по специальности он – инженер-электронщик). Другой обследованный нами больной отметил, что после возникновения у него сексуального расстройства и связанных с ним затруднений в сексуальной реализации вплоть до полного отсутствия сексуальных контактов, он начал усиленно читать историческую литературу (о Сталине, Петре I, Робеспьере, Древнем Риме, Англии, Испании, Франции). Раньше тоже интересовался исторической литературой, но в гораздо меньшей степени.

Активизация поведения, которая могла бы получить положительную общественную оценку, в ряде случаев обуславливалась желанием больных избавиться от мыслей о сексуальной несостоятельности, которые часто беспокоили их в течение всего дня. С этой целью они применяли различные способы отвлечения внимания. Так, один из наших пациентов старался занять себя каким-либо делом, чтобы ни минуты не было свободной. Он немедленно и очень охотно откликался на любую просьбу о помощи. Дома стремился побольше загрузить себя: чинил магнитофон, паял, рисовал, читал книги. Он также специально

напрашивался в командировки, так как новая обстановка и новые люди отвлекали от тревожных мыслей. Другой больной, у которого было диагностировано ананкастное расстройство личности (психастения) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, на работе волей-неволей отвлекался от мыслей о половом расстройстве. В домашней же обстановке это само собой не получалось. Поэтому, чтобы отвлечься, пациент старался занять себя каким-нибудь делом (ремонт по дому; помощью жене, работающей в школе учительницей, в подготовке стенгазеты).

Некоторые пациенты, чтобы отвлечься от указанных мыслей, начинают заниматься различными физическими упражнениями. Так, один из наших больных, находясь в домашней обстановке, отжимался от пола и выполнял другие упражнения, а также имитировал приемы каратэ, доводя себя до утомления. В таком состоянии, как утверждает пациент, мысли о сексуальной несостоятельности его меньше беспокоят.

Таким образом, проведенные нами исследования выявили, что у больных с сексуальными расстройствами могут развиваться изменения поведения, которые следует относить к сублимации и феноменологически близким к ней поведенческим трансформациям. Их результаты, в частности, свидетельствуют о неправомерности имеющего место традиционного одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к снижению работоспособности и угнетению самовыражения в любой сфере деятельности. Как было показано, нередко они приводят к диаметрально противоположным последствиям.

**5. Направленный на устранение полового расстройства.** Среди обследованных нами пациентов также отмечались изменения поведения, которые были обусловлены стремлением больных избавиться от сексуального расстройства. С этой целью они в ряде случаев по собственной инициативе прекращали употреблять алкогольные напитки, курить, начинали заниматься гантельной гимнастикой, бегом, ходить в бассейн, обливаться по утрам холодной водой, заниматься аутогенной тренировкой, йогой, восточны-



ми видами единоборств и т.п. Некоторые пациенты начинали изучать книги, посвященные самоусовершенствованию, фитотерапии, сексологии и т.п. Один из наших больных даже пытался освоить фундаментальное руководство для врачей по сексопатологии. Другой пациент, у которого был диагностирован невроз ожидания (неудачи), приобрел аппарат для электропунктуры и, изучив несколько биологически активных точек, стал, не имея специальной подготовки, сам себя лечить.

В одном нашем наблюдении мужчина, у которого в организации полового расстройства принимал участие и хронический простатит, считал, что в его случае длительные перерывы между половыми актами оказывают патогенное воздействие на сексуальную сферу. Поэтому с целью сексуальной активизации супруги он начал подчеркнута следить за своей одеждой и часто уходить из дому, чтобы возбудить ее ревность. Этот пациент также «откровенно» поговорил с тещей, которой заявил, что если так будет продолжаться и дальше, то ему придется разойтись с ее дочерью. На самом же деле ни о каком разводе он и не помышлял. Предпринятые меры действительно привели на некоторое время к учащению половых контактов.

Изредка с целью избавления от полового расстройства больные даже меняли место жительства, что обуславливалось поиском того населенного пункта, в котором можно получить квалифицированную сексологическую помощь.

**6. Астенический.** В ряде случаев в связи с сексуальным расстройством мужчины озлобляются, становятся гневливыми, подчас теряют контроль над собой, что проявляется по отношению к жене и другим людям. Иногда можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливости по отношению к супруге. Если в одних случаях больной раздражителен в основном в семье, то в других, напротив, на работе, так как старается щадить близких ему людей. Нередко пациенты специально стремятся избегать ситуаций, которые могут вызвать у них разрядку.

В ряде наблюдений отмечалось, что ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представи-

телей женского пола и псевдообосновывается, так как пациенты не догадываются об его истинных истоках. Они начинают воспринимать женщин как вульгарных, грязных, ждущих от мужчин только удовлетворения своих сексуальных потребностей.

В одном наблюдении пациент после возникновения у него сексуального расстройства старался лучше относиться к своей жене. Тем не менее других женщин стал воспринимать негативно. Спустя некоторое время у него появилась выраженная брезгливость, проявляющаяся в том, что запахи, исходящие от женщин (кроме его супруги), сильно раздражают («... не могу, меня всего выворачивает...»). Это связывает с тем, что женщина унизила свое достоинство, огрубела («женщины курят, говорят в присутствии мужчин всякие пошлости и даже матерятся»).

**7. Субдепрессивный-депрессивный.** В ряде случаев пациенты становились пассивными, малоинициативными, безразличными, воспринимали все происходящее в тусклых, серых тонах, теряли интерес к противоположному полу, учебе и профессиональной деятельности. Прежние увлечения становились им безразличны, пропадал интерес к жизни. Вместе с тем в этих случаях (в отличие от других, которые тоже имели место) речь не шла о клинически выраженной депрессии. Так, например, у одного нашего пациента после появления сексуальных дисфункций пропал интерес к самому любимому для него занятию – охоте, а также к рыбалке. Если прежде относился к пчеловодству с любовью (и отец и дед этим увлекались), то теперь занимается им без всякого интереса. Раньше в выходные дни не мог и часа находиться дома, а сейчас никуда не тянет. Может полдня просидеть у телевизора («наступила полная апатия»).

Не так редко у пациентов появлялись нестойкие суицидальные мысли, что коррелировало с депрессивными проявлениями. Вместе с тем об их реализации мы узнавали исключительно редко. В силу нестойкости суицидальных тенденций и их небольшой выраженности больные не доводили их до логического завершения и быстро от них отказы-

вались. Так, обследованному нами пациенту, у которого была диагностирована неврастения с астено-депрессивными проявлениями и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, одно время часто приходили в голову мысли покончить жизнь самоубийством, так как он считал себя сексуально немоощным. Один раз он выехал на мотоцикле (хотел разбиться), выпив перед этим для храбрости 200 г самогона. Решил, что если будет ехать встречный транспорт, то врежется в него. Проехал 5 км от соседнего села к селу, где он жил, но никто навстречу так и не ехал. Больше таких попыток не предпринимал. Совершенно понятно, что если бы решение покончить с собой было у него устойчивым, то он предпринял бы не одну суицидальную попытку. С другой стороны, желая осуществить свое решение, он мог бы поискать более оживленный участок дороги (например, в городе). Несомненно, что при настойчивом желании оборвать свою жизнь можно было бы найти большое число способов сделать это, не проводя столь специфического обусловливания.

В одном случае, когда речь шла о смешанном расстройстве личности (мозаичной психопатии), где был представлен истероидный радикал и наблюдался синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, пациент после неудавшейся попытки совершить половой акт с женщиной сделал надрезы на своих запястьях и написал кровью на дверях комнаты общежития другой женщины, что любит ее и постучал в ее дверь. Знал, что она дома и откроет ему (демонстративный суицид). С этой женщиной половых актов не совершал (платонический и эротический уровни взаимодействия) и она не могла объяснить его поступок.

Более завуалированные суицидальные тенденции могли проявляться в формировании специфических фатальных установок. Так, например, один из наших больных, когда ему было особенно тяжело, что обусловливалось переживанием по поводу его полового расстройства, принял решение пойти добровольцем в действующую армию в Афганистан («Если суждено, то убьют, а если нет – останусь жив»).

**8. Распространение страха неудачи на ситуации, не связанные с интимной близостью.** Иногда у обследованных больных отмечалось распространение тревоги, связанной с интимной близостью, на ситуации, которые не имеют к ней никакого отношения. Так, один из наших пациентов с диагнозом невроз ожидания неудачи отметил, что учащенное сердцебиение и потеря способности логически мыслить в последнее время возникают у него не только в интимной обстановке, но и при выступлении перед коллективом или перед предстоящим важным разговором. Другой пациент, у которого было диагностировано половое расстройство, обусловленное гиперстенической формой невращения (в развитии которой существенную роль сыграло сексуальное расстройство) с синдромом тревожного ожидания неудачи и хроническим простатитом, предъявлял следующие жалобы. Всякий раз, когда он находится в спортивном зале на тренировке, у него при рукопожатии появляется страх: боится, что соперник сильнее его, хотя в подавляющем большинстве случаев это не так. Это его «парализует», и он проигрывает схватку в начальном ее периоде.

**9. Утрата инициативы в установлении отношений с женщинами, специфические ограничения при выборе партнерши.** Иногда у больных с тревожным опасением неудачи при интимных контактах, обусловленных половым расстройством, изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко женщины сами выбирали их. Подчас пациенты не отвергали инициативу даже тех женщин, которые им не особенно нравились или вообще были безразличны, и устанавливали с ними довольно устойчивые связи. Это вполне объяснимо, так как в данных случаях ответственность за качество интимной близости снижалась и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности, что улучшало ее качество или даже, более того, делало эту близость возможной. Пациенты в этих случаях не боялись расстаться с партнершей, если не устроят ее в сексуальном отношении, так как не дорожили такой связью. Подчас речь шла о контакте с женщинами, которые не только внешне не импонировали

больным, но и значительно уступали им в умственном развитии. Боязнь опозориться при попытке вступить в интимную связь с другими, нравящимися больному женщинами, оказывала стабилизирующее воздействие на существующие взаимоотношения, которые поддерживались в основном по инициативе партнерши.

Знакомясь с женщинами, пациенты боялись вступить в интимную связь с теми из них, которые, по их мнению, обладали большими сексуальными потребностями и, соответственно, могли предъявить высокие или даже обычные для здорового в половом отношении человека требования. Поэтому они очень внимательно относились к высказываниям предполагаемых партнерш, касающихся сексуального опыта последних, и к их поведению. Например, один обследованный нами больной в том случае, если какая-нибудь женщина рассказывала ему о «мужчине-импотенте», который с ней ничего не смог сделать, сразу прекращал с ней встречаться.

**10. Трансформации поведения, обусловленные динамическими характерологическими сдвигами.** У части наблюдавшихся нами больных также появлялись отсутствовавшие до развития сексуального расстройства повышенная мнительность и впечатлительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые нивелировались в случае ликвидации копулятивных нарушений. Эти динамические характерологические сдвиги модифицировали их поведение. Нами также было зафиксировано изменение отношения к другим людям в положительную сторону, которое возникло после развития сексуального расстройства. Если раньше один из наших пациентов делил людей только на хороших и плохих, то теперь в каждом плохом человеке находит что-то хорошее. К людям, страдающим от чего-либо, стал сердечнее и участливее.

Следует отметить, что очень часто описанные нами выше паттерны поведения существовали не изолированно, а в различных сочетаниях. Поэтому можно утверждать, что каждый из них может выполнять функцию радикала в слож-

ной поведенческой констелляции. Например, депрессивный радикал очень часто наблюдался в сочетании с астеническим. Так, один из ранее упоминавшихся нами при описании субдепрессивного-депрессивного паттерна поведения больной со времени развития сексуального расстройства также стал раздражительным и вспыльчивым, что проявлялось как в домашней обстановке, так и на работе.

Нередко потеря интереса к жизни (субдепрессия), обусловленная сексуальным расстройством, может сочетаться с поведенческой активизацией. Так, один из обследованных нами пациентов стал больше времени проводить на работе, задерживаясь после окончания смены, что улучшило его производственные показатели. В результате этого повысился заработок, был отмечен поощрениями. Активнее занялся рыбалкой. Вместе с тем стал более пассивным и безразличным.

Нередко можно обнаружить неоднозначные изменения поведения, которые претерпевают значительную динамику в зависимости от ситуации и состояния больного.

*Больной П., 25 лет, холост. Два года назад после одной из неудавшихся попыток обнаружил в двери квартиры, где жила его знакомая, записку, в которой сообщалось, что больше ему приходить сюда не следует, так как ей нужен настоящий мужчина. До сих пор на свои неудачи реагировал спокойно, но после этого его настроение резко снизилось и развился синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. С трудом заставлял себя ходить на работу, а после ее окончания сразу шел домой и ложился в постель. Все время думал о происшедшем. Хотел уволиться с работы и уехать к родителям в деревню, чтобы там, в глуши, никого не видеть, так как все равно никому не нужен. Прогнозируя свою жизнь в деревне, говорит, что «может быть, спился бы». Вместе с тем на работе удавалось отвлекаться от мрачных мыслей. И хотя специальность водителя-испытателя ему очень нравилась, однако подал заявление об уходе. Но так как с кадрами на производстве была напряженная ситуация, его уговорили остаться. Рассказывая об этом,*

*больной вспоминал, что после окончания смены с завистью и горечью наблюдал, как ребят встречают их девушки. В характеризуемый период стал усерднее работать, всецело отдаваясь своим производственным обязанностям. Старался под любым предлогом подольше задержаться на работе. По собственной инициативе часто оставался на ночные смены. Записался в библиотеку, стал читать запоем (раньше читал крайне редко). За месяц прочитал 6-8 книг. В течение 1-2 мес после прочтения упомянутой записки сторонился людей, старался с ними поменьше контактировать. Затем, наоборот, после рабочей смены начал пристраиваться к компаниям юношей, злоупотребляющих алкоголем. Если раньше употреблял алкогольные напитки только по воскресеньям и в праздничные дни в небольших дозах, то теперь почти ежедневно выпивал значительное количество алкоголя. Один раз, напившись, даже валялся на улице и попал в вытрезвитель.*

Из приведенного фрагмента истории болезни видно, что в результате негативной оценки партнершей сексуальных качеств молодого человека у него на невротическом депрессивном фоне развились различные изменения поведения (уход в работу, алкоголизация, внезапное увлечение художественной литературой), которые следует трактовать как проявления функционирования механизма психологической защиты. Кроме этого, у пациента появилась патологическая мотивация к миграции.

Помимо десяти выделенных и представленных нами паттернов измененного поведения, обусловленного сексуальными дисфункциями, следует также выделять гипосексуальный и гиперсексуальный его паттерны.

**11. Гипосексуальный паттерн поведения.** Хотя снижение либидо, которое лежит в основе характеризуемого паттерна поведения, может наблюдаться при самых разнообразных формах сексуальных расстройств, наиболее рельефно данный паттерн представлен при гипогонадизме, депрессивном и апатоабулическом синдромах, поражении промежуточного мозга («диэнцефальной импотенции»), а в обще-

сексологической практике – у пациентов со слабой половой конституцией и при сексуальной инволюции. Остановимся на поведенческой характеристике двух последних форм.

На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной помощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. В тех случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а тогда, когда слабая половая конституция предрасполагает к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести следующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживают сперматозоидов. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой) и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно, что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание. Диагноз «конституционального»/«конституционально-генетического» расстройства нашел отражение в сексологических классификациях А.М. Свядоца [23] и В.В. Кришталя [16, 17]. Он касается как мужчин, так и женщин.

Конституциональная форма полового расстройства может развиваться в результате влияния генетических факторов, вредных воздействий в антенатальный, натальный и постнатальный период, во время дальнейшего роста и развития организма до или во время пубертатного периода



(инфекции, интоксикации, травмы головного мозга, недоедание, длительные хронические заболевания и т.д.).

По нашему мнению, в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г.С. Васильченко (1977), оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть роль вызывающего (стержневого) в организации полового расстройства или выполнять вспомогательную функцию, то это должно найти соответствующее отражение в патогенетическом диагнозе.

Важно отметить, что на первое место среди причин, приводящих к задержке полового развития, ставят конституциональные особенности созревания репродуктивной системы. В семьях, где у родителей и старших родственников поздно появляются вторичные половые признаки, эякуляция и менархе, дети, как правило, задерживаются в половом развитии [24]. В этих случаях, по нашему мнению, можно говорить о частном, «конституционально-генетическом» варианте конституциональной формы сексуального расстройства. Факторы, которые обуславливают задержку/дисгармонию полового развития, являются изначальными причинами формирования слабой половой конституции.

К конституциональной форме сексуальных дисфункций не относятся случаи гипогонадизма. При указанной форме речь идет о полигландулярной (связанной с вовлечением ряда эндокринных желез) дефицитарности. Исключить гипогонадизм позволяет наличие беременностей в анамнезе у сексуальных партнерш обследуемого, нормальная или субкритическая величина яичек, фертильный эякулят. То есть в данном случае устанавливается сохранность прокреативных (связанных с продолжением рода) возможностей вне зависимости от степени нарушения рекреативных

(сексуальные функции) проявлений [5]. Следовательно, при осмотре таких лиц эндокринологом он не выявляет у них профильной патологии, т.е. с его точки зрения, эти пациенты являются здоровыми людьми.

Обследуя мужчин со слабой половой конституцией, обусловленной задержкой пубертата, О.З. Лифшиц [19] придавал большое значение изучению «почвы», а именно, нейрогуморальной дефицитарности, которая играет существенную роль в недостаточности обеспечения сексуальных функций. Автор приводит следующую сексуально-поведенческую характеристику лиц, у которых имел место «замедленный тип» полового созревания. Первые сексуальные интересы появлялись у них со значительным запозданием по сравнению со сверстниками и носили в основном подражательный характер. Период юношеской гиперсексуальности со свойственными ему эротическими фантазиями, поллюциями и спонтанными эрекциями у большинства больных вообще не выявлялся. Основными побудительными стимулами к началу половой жизни было желание иметь детей или потребность не отличаться от других. Только четверть женатых мужчин самостоятельно познакомились со своей будущей женой, с которой к тому же они вместе учились или работали. Остальные познакомились со своими супругами по инициативе родственников или друзей. За лечебной помощью в связи с сексуальными расстройствами больные в большинстве случаев обращались по инициативе жен или родственников. Эти расстройства были для них малоактуальны и не являлись сильным психотравмирующим фактором. В связи с этим высказывается предположение, что некоторые психические особенности больных и главным образом типы эмоциональных реакций на сексуальную патологию в известной степени зависят от той соматобиологической основы, на которой они формировались. Данное предположение основывается на сравнении реакций лиц, о которых идет речь, и мужчин, у которых выявлялись признаки ускоренного полового развития. Реакции последних на сексуальные дисфункции были достаточно выраженными.

Половое влечение у лиц с задержкой пубертата страдает изначально. Эта дисфункция не развивается с течением времени как при многих других формах сексуальных расстройств. Больные могут не считать либидо сниженным, так как его интенсивность им просто не с чем сравнивать. Поэтому понятно, что среди сексологических жалоб, как свидетельствуют данные, приводимые Г.С. Васильченко [5], расстройство либидо, которое является ключевым и участвует в организации остальных (производных) симптомов, занимает последнее место. В ряде случаев улучшение, которое проявляется в уменьшении продолжительности полового акта в результате регулярной половой активности (*easulatio tarda* сменяет нормальная продолжительность полового акта), расценивается пациентом как расстройство, которое может послужить поводом для обращения за сексологической помощью [5]. Часто не осознавая конституциональную природу сексуальных дисфункций, характеризующиеся пациенты объясняют их какими-либо внешними обстоятельствами. Характеризуя выраженность либидо и его проявления, следует отметить, что у этих лиц имеет место снижение половых потребностей и половой активности на всех возрастных этапах. Понятно, что это обусловлено слабым половым влечением.

Г.С. Васильченко [5] даже отмечает, что у 1/10 обследованных больных сексуальное либидо к моменту обращения за сексологической помощью так и не пробудилось, хотя сроки для этого давно прошли. У части этих пациентов половое влечение в своем развитии даже не достигало эротического уровня. В тех случаях, когда такой уровень все же достигнут, на первых этапах в браке данное обстоятельство может играть определенную положительную роль. Это обуславливается тем, что эротическое либидо проявляется в таких чертах, как нежность и ласковость, что ведет к акцентуации на ласках и поцелуях предварительного периода.

Названные особенности мужчин обеспечивают гармоничное формирование сексуальности у их жен вернее и раньше, чем в случаях, когда мужья обладают более сильной

половой конституцией. Более длительные ласки, которые в основном адресованы экстрагенитальным зонам, отсутствие неукротимого сексуального напора, часто проявляющегося в недооценке важности прелюдии и стремлении без задержек перейти к основному периоду полового акта, воспринимаются женщинами положительно, так как больше соответствуют особенностям женской сексуальности. Затем, однако, большая чем у мужчин с более высокими конституциональными параметрами способность пробуждать дремлющую сексуальность у большего процента женщин, в некоторых случаях, в конечном счете, оборачивается против них самих. Это обуславливается тем, что после пробуждения сексуальности у жены иногда формируется настолько высокая половая потребность, удовлетворить которую ее муж оказывается не в состоянии [5].

Гипосексуальность отмечается и при сексуальной инволюции. С возрастом у мужчин старшего возраста отмечается постепенное закономерное ослабление половых функций. Оно является следствием развивающегося снижения плюригландулярного обеспечения последних, а также влияния ряда других факторов, среди которых большую роль играет атеросклеротическое поражение сосудов, участвующих в обеспечении эрекции.

Для характеристики состояния организма у мужчин старшего возраста используется различная терминология. Так, говорят о климаксе, андропаузе и синдроме частичной андрогенной недостаточности.

Сексуальные расстройства, обусловленные старением (синдром сексуальной инволюции), клинически проявляются у мужчин в различном возрасте. По данным Всесоюзного (г. Москва) центра по вопросам сексопатологии возрастной диапазон обратившихся за сексологической помощью таких пациентов составил 36-72 года (в среднем  $50,3 \pm 0,32$  года). Возраст, в котором они отметили появление первых признаков сексуального расстройства, был 28-69 лет. Г.С. Васильченко [5] отмечает, что чаще всего синдром сексуальной инволюции манифестирует снижением либидо. Его следует считать ключевым симптомом. Также подчеркивается тот

факт, что в начальных фазах снижение полового влечения значительно преобладает над нарушениями эрекции, которые по своей частоте оказываются на последнем месте. Акцент делается на том обстоятельстве, что у лиц с сексуальной инволюцией, попадающих в поле зрения сексопатолога, имела место ретардация пубертата.

На этом основании может сложиться ложное представление о том, что синдром сексуальной инволюции никогда не возникает у лиц без конституциональной дефицитарности, обусловленной задержкой или дисгармонией пубертата. Однако Г.С. Васильченко [5, с. 247] отмечает следующее: «При отсутствии какой бы то ни было сексуальной дефицитарности мужчины не приходят к сексопатологу потому, что ко времени инволюционного снижения половых потребностей ценностные ориентации у них смещаются в сторону других жизненных проявлений».

Несомненно, что явления сексуальной инволюции закономерно развиваются у пожилых мужчин даже без какого-либо конституционального (имеется в виду половая конституция) дефицита. Только это происходит в более пожилом возрасте. Адекватное восприятие закономерности происходящих изменений, базирующееся на понимании неотвратимости и естественности постепенного возрастного сексуального угасания, может лежать в основе того, что данные мужчины просто не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней намного реже.

Если речь идет о патологическом климаксе, который может развиваться у мужчин и в гораздо более молодом возрасте, то тогда они обращаются за сексологической помощью чрезвычайно редко. В этих случаях половые расстройства выявляются лишь при активном детальном опросе таких больных. В.А. Вартапетов, А.Н. Демченко [3] объясняют данный феномен преобладанием у них более тяжелых общих симптомов, отодвигающих на второй план жалобы сексологического характера. Указанный факт, как отмечают авторы, может быть полезен при дифференциальной диагностике. Если у пациентов основной, а иногда и единственной жалобой является сексуальная недостаточность, то

они, как правило, не относятся к категории лиц, страдающих патологическим климаксом.

Следует подчеркнуть, что к гипосексуальному паттерну поведения в чистом виде при сексуальной инволюции могут быть отнесены только такие случаи, когда она не сопровождается какими-либо выраженными негативными эмоциональными реакциями, включая те, которые достигают уровня невротических расстройств.

**12. Гиперсексуальный паттерн поведения.** Данный паттерн проявляется сексуальной активизацией, которая может наблюдаться как при мастурбации, так и при сексуальных интеракциях с другими людьми. Как известно, гиперсексуальность встречается при поражениях гипоталамуса и лимбической системы головного мозга (вследствие нейроинфекций, травм, сосудистых поражений, новообразований); гиперфункции коры надпочечников опухолевого генеза (андростерома), гормонально активных опухолях яичников, в климактерическом периоде; маниакальном и гипоманиакальном синдромах при расстройствах настроения (по МКБ-10) и циркулярной форме шизофрении; лечении большими дозами андрогенов; после сильных психотравм. Существуют и другие причины, лежащие в основе гиперсексуальности.

Поведенчески гиперсексуальность проявляется повышенным стремлением к сексуальной активности (мастурбаторной или с другими лицами), ее интенсификацией, утратой скромности, сексуальной сговорчивостью и уступчивостью, потребностью говорить на сексуальные темы, слушать и рассказывать пошлые анекдоты, легким завязыванием знакомств с потенциальными сексуальными объектами, потерей морального чувства, многочисленными неразборчивыми внебрачными связями, трудностями в достижении сексуальной удовлетворенности, открытой демонстрацией половой (мастурбаторной и в паре) активности, групповым сексом, невозможностью продуктивной деятельности в других сферах из-за сильного сексуального напряжения, приводящего к выраженной фиксации на сексуальной сфере. Гиперсексуальность ведет к конфликтам и со-

рам в супружестве/партнерстве из-за того, что второй член диады в создавшейся ситуации не соответствует крайне завышенным сексуальным потребностям больного человека и не может их удовлетворить. Она является благодатной почвой для возникновения девиантной/парафильной половой активности.

В связи с обсуждением гипосексуального и гиперсексуального паттернов поведения интерес представляют результаты изучения воздействия ионизирующей радиации. Имевшие место аварии на атомных электростанциях, в том числе и на Чернобыльской (1986), продемонстрировали опасность воздействия ионизирующей радиации на организм человека и его половую систему.

К.В. Прощаков (1997), обследовав более 700 мужчин-ликвидаторов, выявил различные копулятивные нарушения у 38% чел. (эрекционные, эякуляторные, угнетение либидо, стертость оргазма). При этом жалобы на снижение либидо предъявляли 40,6% обследованных мужчин, а на его полное отсутствие – 5,5%. При облучении высокими дозами радиации угнетение либидо было в 1,5-2 раза более выражено. Более выраженными были и другие названные сексуальные дисфункции. Автором также отмечена зависимость между вероятностью возникновения сексуальных нарушений и половой конституцией. Чем слабее была половая конституция, тем чаще возникали сексуальные расстройства, и наоборот.

Наши исследования данного контингента больных, осуществленные в 1986–1987 гг. на базе одного из санаториев под Харьковом в отделении, специально выделенном для реабилитации больных-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, выявили, что у ряда пациентов ослаблению либидо предшествовал период его интенсификации. Приведем ряд примеров.

*Больной М., 25 лет, женат, обследован 26.11.86. Предъявлял жалобы на преждевременное семяизвержение, гипозрекцию, уменьшение сексуальных возможностей (если раньше совершал несколько половых актов в один день, то теперь может совершить только один). Указан-*

ные явления, наряду с астенической симптоматикой, возникли спустя неделю после возвращения пациента из Чернобыля, а в течение этой недели, напротив, отмечалось повышение половой активности, на что обратила внимание даже его жена.

Больной К., 46 лет, женат, обследован 13.12.86. Предъявлял жалобы на резкое снижение либидо и гипозрекцию. Указанные явления имеют место с сентября 1986 г. Также жаловался на общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружение. В августе и в июле 1986 г. два раза по 2 недели участвовал в проведении работ на 1-м и 2-м блоках. После того как находился там первый раз, по возвращению домой отметил значительное повышение половой активности. Если раньше совершал не более 3 половых актов в неделю («бывало и гораздо реже»), то по возвращению из Чернобыля половая активность стала ежедневной. После второго срока пребывания в Чернобыле половая активность тоже была выше, чем раньше, но на этот раз активизация была гораздо меньше, чем в 1-й раз. Постепенно явления активизации сменились угнетением полового влечения и гипозрекцией.

Больной Р., 41 г., женат, обследован в марте 1987 г. Предъявлял жалобы на гипозрекцию и преждевременное семяизвержение, а также ослабление либидо. При активном расспросе также выявилось ослабление сладострастных ощущений при фрикциях, а также притупление оргазма. Указанные явления развились после аварии на ЧАЭС (26 и 27 апреля был на месте взрыва). Помимо сексологических жалоб, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, боли в области сердца, расстройства сна, общую слабость, повышенную утомляемость. Отмечает, что в первые 1-1,5 месяца после аварии отмечалась сексуальная активизация.

Больной Д., 34 г., женат, обследован 13.03.87. Предъявлял жалобы на ускоренное семяизвержение, ослабление напряжения полового члена в процессе фрикций. При активном расспросе также предъявляет жалобы на ос-



*лабление либидо. Помимо этого, у больного часто повышается АД. Отметил, что с июля по ноябрь 1986 г. у него имел место период сексуальной активизации. Усиление либидо сопровождалось учащением половых актов и большей интенсивностью оргастических ощущений.*

К.В. Прощаков (1997) также отмечает, что у 28% мужчин-ликвидаторов аварии на ЧАЭС в первые дни и недели после аварии отмечалась интенсификация сексуальных проявлений в виде усиления либидо и спонтанных эрекций.

Среди обследованных нами пациентов выявлялись связанные с ионизирующим облучением астенический синдром и синдром вегетативной дистонии, которые участвовали в организации сексуальных расстройств. Названные синдромы были обусловлены вовлечением в патологический процесс головного мозга с нарушением функционирования его регуляторных систем. Часто речь шла о смешанных по генезу сексуальных расстройствах, когда в формировании сексуальных дисфункций могли принимать участие другие заболевания, а также сексуальная абстиненция. Подчас ионизирующее облучение не играло никакой роли в генезе выявленных расстройств, и у больных мог диагностироваться, например, невроз ожидания (неудачи).

Одним из объяснительных механизмов ослабления либидо при воздействии ионизирующего излучения может быть угнетение (истощение) расположенных в гипоталамусе структурных элементов, ответственных за генерацию и выраженность полового влечения. Наблюдающееся же в ряде случаев на первом этапе лучевого воздействия усиление полового влечения, ведущее к сексуальной активизации, по нашему мнению, в значительной степени может быть обусловлено стимулирующим влиянием радиации на данные структурные элементы (фаза ирритации).

Однако изменение выраженности либидо может объясняться и с учетом вовлечения в патологический процесс гипофиза, что приводит к нарушению его функций, регулирующих деятельность периферических эндокринных желез. Данное вовлечение, в частности, обусловлено тесной свя-

зью гипофиза с гипоталамусом, о заинтересованности которого при рассматриваемой патологии мы уже говорили.

К.В. Прощаков (1997) также считает, что нарушение функций гипофиза у характеризуемого контингента больных имеет гипоталамическое происхождение. Автор сообщает, что у них могут иметь место снижение секреции гонадотропных гормонов, угнетение тестостеронопродуцирующей функции семенников, высокий уровень базального пролактина, ослабление функций щитовидной железы и надпочечников. Указанные гормональные сдвиги могут, в свою очередь, отрицательно сказываться на сексуальных функциях, в том числе и на выраженности полового влечения.

Как следует из приведенных характеристик гипосексуального и гиперсексуального бихевиоральных паттернов, свойственные им особенности центрируются главным образом в сексуальной сфере.

Характеризуя трансформации поведения, обусловленные сексуальными дисфункциями, хотелось бы поделиться следующим. В случаях аноргазмии у женщин мы в ряде наблюдений констатировали активизацию их сексуальной предприимчивости, в основе которой было не усиление полового влечения, а желание найти такого мужчину, который бы смог их сексуально удовлетворить. Кроме того, появление каждого нового претендента, желающего стать их сексуальным партнером, повышало самооценку таких женщин, так как свидетельствовало о том, что они являются источником неослабевающего сексуального интереса. Таким образом женщины компенсировали чувство собственной ущербности, обусловленной наличием у них сексуальной проблематики. Данное обстоятельство являлось дополнительным стимулом к установлению ими все новых и новых связей.

На основании результатов проведенных нами исследований был сделан вывод о том, что зона нарушений у больных с сексуальными дисфункциями может далеко выходить за рамки копулятивных «сбоев» и изменений поведения, сопряженных с интимной близостью [15], и иметь не только личные, но и выраженные социальные последствия.

Возможность возникновения изменений поведения (обусловленных сексуальными дисфункциями) вне интимной близости необходимо учитывать при составлении программы адекватной психотерапевтической коррекции больных сексологического профиля.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бертрам Б. Поведение в любви и сексе и профессия // Штарке К. Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 295–298.
2. Блюм Г. Психоаналитические теории личности / Пер. с англ. – М.: КСП, 1996. – 249 с.
3. Вартапетов В.А., Демченко А.Н. Климакс у мужчин. – К.: Здоров'я, 1965. – 244 с.
4. Васильченко Г.С. Мотивационные аспекты либидо // Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 144–148.
5. Васильченко Г.С. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – Т. I. – М.: Медицина, 1983. – С. 215–263.
6. Веллер К. Поведение в любви и сексе и успехи в работе // Штарке К. Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 299–308.
7. Имелинский К. Психогигиена половой жизни / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1972. – 256 с.
8. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
9. Кочарян Г.С. Об изменениях поведения у больных с синдромом ожидания неудачи // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 124–126.
10. Кочарян Г.С. Синдром ожидания неудачи и нарушения поведения // Половое воспитание, сексуальное здоровье и

- гармония брачно-семейных отношений: Тез. Респ. науч. конф. – К., 1990. – С. 89–91.
11. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.
  12. Кочарян Г.С. Психоанализ и сексуальные расстройства: Учеб.-метод. пособие. – Харьков: ХГУ, 1994. – 41 с.
  13. Кочарян Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 178–207.
  14. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
  15. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
  16. Кришталь В.В. Условия развития, клиника и течение первично проявляющихся расстройств мужской потенции и общие принципы их психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1975. – 14 с.
  17. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
  18. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
  19. Лившиц О.З. Особенности клиники и патогенеза импотенции у лиц молодого возраста (клинико-эндокринологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1971. – 38 с.
  20. Маслов В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под. ред. Г.С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 27–109.
  21. Пфэффлин Ф. Транссексуальность. Психопатология, психодинамика, лечение. – М.: Мисс Икс. – 194 с.
  22. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – 288 с.

23. Свядоц А.М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
24. Скородок Л.М., Савченко О.Н. Нарушения полового развития у мальчиков. – М.: Медицина, 1984. – 240 с.
25. Старович З. Судебная сексология / Пер. с польск. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
26. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения – парафилии. – М.: Триада-Х, 1999. – 461 с.
27. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство / Пер. с англ. – М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. – 160 с.
28. Фосс П. Сексуальное поведение и жизненная активность // Штарке К. Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 289–294.
29. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989. – 456 с.
30. Фрейд З. О психоанализе. – М.: Наука, 1911. – 67 с.
31. Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста. – М., 1996. – 431 с.
32. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999 – 608 с.
33. Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 192 с.
34. Bruno F.J. The Family Mental Health Encyclopedia. – New York, Chicher, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS, 1989. – 422 p.
35. Jakubik A. Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia. – Warszawa: PZWL, 1979. – 374 s.
36. Kaplan D.M. What is sublimated in sublimation? // Journal of the American Psychoanalytic Assotiation, 1993. – Vol. 41 (2). – P. 549 – 570.
37. Kaplan H.S. Intimacy disorders and sexual panic states // Journal of Sex & Marital Therapy. – 1988. – Vol. 14 (1). – P. 3–12.
38. Kocharyan G.S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology / Abst-

- racts of the XXVII International Congress of Psychology / Montreal, Canada, 16-24 August 1996. – 1996. – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P. 116.
39. Schnabl S. Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit. – Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1976. – 476 s.
40. Schulbert D.S., Biondi A.M. Creativity and mental health: I. The image of the creative person as mentally ill // Journal of Creative Behavior. – 1975. – 9 (4) – P. 223–227.
41. Westphal C. Quelques conduites d'évitement dans la feminite // Psychiatrie Francaise. – 1987. – 18 (5). – P. 687–691.

## ГЛАВА 9

### **«ВЫГОДНЫЕ» БОЛЕЗНИ И НЕГАТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В КЛИНИКЕ СЕКСУАЛЬНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

Врач при обращении к нему пациента считает своим долгом, что вполне естественно, помочь ему в ликвидации сексуального расстройства. Однако на этом пути его могут подстерегать самые непредвиденные последствия. В большинстве случаев можно наблюдать вполне понятную радость супругов, связанную с достижением положительных результатов. Однако редко уже в процессе лечения можно столкнуться с неосознаваемым сопротивлением больного в достижении положительных терапевтических результатов. Так, например, при применении (с целью устранения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи) разработанного нами нового психотерапевтического способа, который известен в литературе под названием «способ коррекции поведенческих программ» [3, 4], у больного было отмечено сопротивление проводимому лечению, наличие которого подтвердилось во время сеанса гипносуггестивной терапии.

В психоаналитической литературе существует термин «негативная терапевтическая реакция» (НТР) [12]. Отме-

чается, что это понятие широко используется в клиническом психоанализе и высказывается недоумение, что термин НТР не нашел широкого применения вне сферы клинического психоанализа, так как его, по-видимому, было бы легко применить к широкой сфере клинических ситуаций. НТР как понятие занимает важное место в истории психоанализа, так как представляет собой явление, выбранное S. Freud (1923) с целью демонстрации «бессознательного чувства вины» и для доказательства существования «Сверх-Я». В психоаналитической литературе данное понятие было впервые сформулировано им следующим образом [по 12, с. 93–94]:

*«Существует категория людей, ведущих себя весьма специфически во время аналитического процесса. Когда кто-то выражает надежду на успешное прохождение ими курса лечения или удовлетворение по поводу сделанного ими прогресса в лечении, они проявляют признаки недовольства, и при этом их состояние неизменно ухудшается. На первый взгляд, это может быть воспринято как вызов, как попытка доказательства своего превосходства над лечащим врачом, но при более глубоком и беспристрастном анализе выводы меняются – приходится признать, что такие люди не только не могут переносить какую-то похвалу в свой адрес или положительную оценку своих действий, но и обратным образом реагируют на прогресс в лечении. Всякое решение, принимаемое конкретно в ходе лечения и у других людей дающее улучшение состояния (или, по крайней мере, приводящее к временному исчезновению симптомов) у таких пациентов усиливает болезненное состояние, вместо улучшения наступает его ухудшение».*

Также в связи с НТР необходимо напомнить о существующем в психоанализе представлении о первичной и вторичной выгоде от болезни [8]. Под выгодой от болезни понимают все виды косвенного или прямого удовлетворения, получаемого от нее пациентом. При этом различают первичную и вторичную выгоду. Первичная выгода является одним из мотивов возникновения невроза, наряду с удов-

летворением от симптома, бегством в болезнь, благоприятным для субъекта изменением отношений с окружением. Вторичная же выгода становится возможна лишь задним числом, т.е., по сути, является добавочной прибылью от уже существующей болезни. Она лишь внешне связана с первопричиной болезни и смыслом ее симптомов. З. Фрейд различал «внутренний аспект первичной выгоды» и «внешний» или «случайный». Если «внутренний аспект» заключается в уменьшении напряжения, которое порождается симптомами (цель симптома, даже болезненного – в том, чтобы помочь субъекту избежать еще более мучительных конфликтов; это механизм бегства в болезнь), то «внешний аспект» связан с теми изменениями, которые симптом порождает в межличностных отношениях субъекта. Так, «угнетаемая мужем» женщина может добиться благодаря своему неврозу большей нежности и внимания, а также возможности отомстить за плохое обращение с ней [8]. Выгоды, которое дает заболевание, могут быть продемонстрированы примерами, представляющими интерес для специалистов в области сексуальной патологии.

*А.М. Свядоц [14] сообщает, что у одного из его больных, страдавшего истерическими припадками, имело место громкое непровольное отхождение газов. При этом оно возникало лишь тогда, когда он ложился спать с женой вечером или когда пробуждался, лежа с ней в кровати утром. По этой причине половая жизнь супругов почти полностью прекратилась. Выяснилось, что в последние 2 месяца перед возникновением конверсионного (истерического) расстройства у больного развилось преждевременное семяизвержение. Это явилось следствием перенесенного им тяжелого гриппа, большой нагрузки на работе и недосыпания. Жена в резкой форме выражала ему свою неудовлетворенность, что вызывало у него раздражение и желание избегать интимной близости даже при наличии полового влечения. В это время однажды после погрешности в диете у пациента случилось непровольное обильное отхождение газов. Это вызвало у супруги реакцию отвращения с отказом от полового сближения.*



*Совпав с избавлением от неприятных супружеских обязанностей, отхождение газов далее закрепилось по механизму условной связи. Оно стало для больного условно приятным/желательным. В результате проведенной каузальной психотерапии пациент пришел к выводу, что путем отхождения газов он освобождал себя от супружеских обязанностей. Осознание генеза болезненного симптома (отхождение газов) привело к его устранению.*

Преждевременное семяизвержение и расстройства эрекции сами по себе могут быть условно приятными. Так, В.Д. Кочетков [7] сообщает, что Ferenczi (1912) описал преждевременные эякуляции у мужчин, для которых половые акты нежелательны по той или иной причине. Поэтому они заинтересованы в их быстром завершении. Автор также отмечает, что подобные наблюдения приводят Л.Я. Якобзон (1918) и Н.В. Иванов (1961). Он заявляет, что проведенный им клинично-патогенетический анализ сексуальных расстройств позволил выявить развитие половых расстройств по названному выше механизму. В этой связи В.Д. Кочетков называет сексуальные расстройства мужчин, которые вступили в «случайный» или «вынужденный» брак. Возникшая после заключения таких браков половая слабость, выражавшаяся в «торможении эрекциионной функции», была для них условно приятным/желательным симптомом, так как, в конце концов, становилась причиной расторжения тягостного для них брака. Цитируемый автор отмечает, что мужчина при определенном стечении обстоятельств пытается совершить половой акт вопреки своему моральному убеждению и взглядам. Это по механизму условной приятности и желательности неудачи приводит в таких случаях к торможению полового влечения, эрекции и оргазма. В качестве примера развития «импотенции» по названному механизму В.Д. Кочетков [7, с. 72–73] приводит следующее наблюдение.

*«Больной К., 25 лет, студент V курса. Обратился с жалобами на отсутствие достаточных адекватных эреций. Не курит, алкоголь не употребляет. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 21 года. Имел несколько нормальных половых актов, в том числе «с нелюбимой сту-*

*денткой того же курса». Однако после того, как у нее наступила беременность, больной в силу ряда обстоятельств был вынужден на ней жениться. Все попытки к интимной близости с женой оказались тщетными ввиду отсутствия адекватных эрекции. Торможение эрекционной функции явилось «условно приятным или желательным симптомом», приведшим, в конце концов, к расторжению тягостного для него брака. Со стороны внутренних и мочеполовых органов, а также нервной системы отклонений от нормы не выявлено».*

Сексуальные расстройства у мужчин, которые развиваются по механизму условной приятности/желательности, диагностируются очень редко. Это связывают с высокой престижностью нормальной потенции в обиходных представлениях и тем, что механизм условной приятности болезни не затрагивает безусловно приятные сексуальные отношения. Вместе с тем половые расстройства, возникающие по указанному механизму, могут иметь место при нежелании мужчины жить половой жизнью со своей супругой (партнершей), например, вследствие нарушений в их взаимоотношениях.

Напомним, что механизм условной приятности/желательности, лежащий в основе развития симптомов, характерен именно для истерических (диссоциативных/конверсионных по МКБ-10) невротических расстройств, которые гораздо чаще имеют место именно у лиц с истероидными чертами характера. Со значительной долей вероятности можно предположить, что сексуальные дисфункции, развивающиеся по упомянутому механизму, существуют чаще, чем диагностируются. Это связано с определенными трудностями в их выявлении.

Тем не менее приводимая ниже точка зрения, по-видимому, должна рассматриваться только как значительное, не соответствующее действительности преувеличение. В соответствии с нею наиболее распространенным типом личности мужчины с психогенным нарушением эрекции является тип с истерическими отклонениями. Такие индивиды часто незрелые, требуют к себе внимания. Поведением их лег-

ко управлять. Нарушение потенции в этих случаях рассматривается как следствие «карательного» стиля поведения, принятого между супругами.

У женщин сексуальные дисфункции, обусловленные механизмом условной приятности/желательности, диагностируются значительно чаще, чем у мужчин. Среди них, в частности, вагинизм и диспареуния (гениталгия) неорганической природы.

*А.М. Свядоц [13] приводит клиническое наблюдение, когда у больной 18 лет, которая по характеру была упрямой, эгоистичной и склонной к театральности, вагинизм развился под влиянием сложной психотравмирующей ситуации, связанной с вынужденным браком с нелюбимым человеком. Муж был значительно старше ее и к тому же резко ограничивал свободу супруги. До этого она жила половой жизнью с мужчиной, которого сама выбрала. Тогда явлений вагинизма не было. Вагинизм выражался в судорожном сокращении бедер, мышц влагалища и тазового дна и сопровождался «жгучей болью» при попытке введения пениса, а далее даже при его наружном прикосновении к половым органам. При отвлечении внимания гинекологическое исследование болезненных реакций не вызывало. Довольно быстро вагинизм привел к возникновению у мужа психогенной «импотенции», заставившей его обратиться за врачебной помощью. Психотерапия была направлена на разъяснение причин сексуальной проблемы и включала рекомендации по принятию решения для устранения психотравмирующей ситуации. Супруги разошлись. Через год пациентка вышла замуж за другого человека. Ее половая жизнь была полностью нормальной. У бывшего мужа после проведенного лечения с другой женщиной сексуальная дисфункция отсутствовала.*

Анализируя это наблюдение, автор отмечает, что в данном случае истерический вагинизм возник у истероидной личности. В его основе лежали «бегство в болезнь», «механизм условной приятности болезненного симптома». В конце концов сексуальное расстройство избавило больную от нежелательного брака. При половой жизни с другим партне-

ром вагинизм отсутствовал, что свидетельствует об его избирательном характере. Также отмечается, что вагинизм жены явился причиной психогенной «импотенции» мужа.

З.В. Рожановская [10] сообщает, что особое место среди «невротических нарушений» занимают цисталгии, возникающие после каждого полового акта, которые являются следствием неприязненного отношения к половой близости, и фиксация этого отношения. Возникновение цисталгий в данном контексте рассматривается как защита от половой близости.

*Интерес представляет наше наблюдение, когда у женщины, не испытывающей никакой потребности в интимной близости, у которой имело место поражение всех звеньев копулятивного цикла, после полового акта каждый раз возникала рвота. Эта пациентка поступила на лечение в неврологическое отделение одной из больниц. У нее имел место энцефалит, сопровождавшийся ликворно-гипертензионным синдромом. При расспросе выяснилось, что, несмотря на полное отсутствие всякого желания вступить в интимную близость, которая не сопровождалась какими-либо приятными ощущениями, а тем более не завершалась оргазмом, она была вынуждена жить половой жизнью с мужем. Это обуславливалось его заявлениями, что если она не вступает с ним в интимные отношения, то это свидетельствует о наличии у нее любовника.*

Как видно, функция рвоты заключалась в том, чтобы исключить попытки мужа к проведению с женой половых актов. Таким образом, этот симптом был «выгодным» для данной больной.

Механизм «условной приятности или желательности» болезненного симптома может лежать в основе некоторых меноррагий. У больной, описанной А. Мауер, менструации были частые и длительные, когда она находилась с мужем, но становились нормальными, если она уезжала от него. Она заявляла, что менструации ей приятны, так как освобождают ее от неприятных супружеских обязанностей [по 14].

Проблему условно приятных/желательных расстройств менструального цикла обсуждает И. Харди [15], который отмечает, что отсутствие менструаций иногда настолько тесно связано с психогенными факторами, что аменорею подобной этиологии даже называют «тенденциозным симптомом» («Tendenzsymptom») [19, 21]. Так, аменорея часто наблюдается в интернатах, где девушки стыдятся друг друга, во время поездок, в неблагоприятных условиях. Жажда забеременеть также может привести к возникновению аменореи и, более того, ложной беременности.

Известны и психогенно возникающие нерегулярные неожиданные менструальные кровотечения. Так, например, «тенденциозным симптомом» можно назвать неожиданное начало менструации перед операцией, из-за чего приходится отказываться от последней. Цитируемый автор сообщает, что известны меноррагии и метроррагии, возникающие из-за семейных конфликтов (ссора со свекровью, с мужем). Своим частым появлением они могут препятствовать сексуальной жизни.

В литературе также обсуждается возможность возникновения психогенного бесплодия [16]. Сообщается о женщинах, у которых наблюдается устойчивое сопротивление зачатию, что, по-видимому, связано с пережитой ими жизненной ситуацией, неблагоприятной для рождения и кормления грудного ребенка. Связь между такой ситуацией и бесплодием может быть более явной (например, вторичная аменорея концлагеря или тюремной больницы) или менее явной (например, в случае временного торможения овуляции, возникшего в ответ на «неестественность» метода искусственного оплодотворения).

*Dimic et al. [18] описали случай отсутствия овуляции у женщины 31 года, которая была замужем в течение многих лет. Она лечилась у гинеколога без заметного улучшения. Думала, что муж изменяет ей с ее сводной сестрой. Авторы обратили внимание, что менструальные циклы пациентки сопровождаются овуляцией, когда ситуация в семье становится спокойной и ненапряженной или когда она с мужем выезжает на длительное время.*

*Напротив, овуляция отсутствует, когда они вновь возвращаются в круг семьи или когда семейные отношения ухудшаются.*

Также называют женщин, у которых имеет место так называемое карьерное бесплодие.

*Г.Л. Христие [16] в связи с этим сообщает о «деловой» 30-летней женщине, которая обратилась к нему много лет назад с просьбой помочь ей по поводу первичного бесплодия. Она безуспешно пыталась забеременеть в течение нескольких лет, находясь под наблюдением ведущих гинекологов. Автор не смог обнаружить каких-либо признаков психических нарушений и в конце приема высказал предположение, что, «возможно, ее деловая карьера была тем самым стилем жизни, который внутренне конкурирует с ее сильным желанием стать матерью». Некоторое время спустя она позвонила врачу и сказала, что после их беседы решила бросить свои дела и пошла работать в местный детский сад с целью научиться ухаживать за детьми. И в тот же месяц забеременела. «В последующие годы, – сообщает автор, – у нее еще родились дети». В заключение он отмечает, что такие истории не так уж редки в гинекологической практике. Рекомендации и соответствующее им изменение условий жизни могут облегчить возникновение беременности и сделать таких женщин способными к деторождению.*

Также сообщается, что у некоторых женщин, по-видимому, имеется постоянно существующий глубокий внутренний барьер, препятствующий возникновению беременности и, возможно, неосознаваемое сопротивление появлению на свет следующего поколения и его воспитанию. В ряде таких случаев можно распознать у женщин признаки личностного инфантилизма и неспособности поддерживать глубокие зрелые интимные отношения со своим партнером [16]. Некоторые авторы выявили, что иногда представления о беременности и материнстве могут значительно нарушать их психическое равновесие (MacLeod, 1964). Эти женщины, по-видимому, испытывают сильный страх перед беременностью. Бесплодие возникает у них как психологическая защи-

та от этого страха. Rubenstein (1951) рассматривает бесплодие как психосоматическую защиту от страха послеродового психоза.

Анализируя данную проблему, Г.Л. Христие [16] отмечает, что вопрос состоит в том, принадлежат ли некоторые случаи «идиопатического бесплодия» к этой категории? По его мнению, трудности диагностики в подобных случаях связаны с тем, что у женщин с генуинным психосоматическим бесплодием признаки психических нарушений могут или вовсе отсутствовать, или быть выраженными в минимальной степени.

В связи с этим целесообразно представить соображения Roland (1973), который сообщает, что его больные, у которых имеют место «психогенные компоненты бесплодия», постоянно забывают о признаках нарушения психических функций, имевших место на ранних этапах его возникновения. В некоторых случаях при использовании психоаналитических методов удается выяснить причины их бесплодия [по 16]. Benedek (1952) в связи с этим отмечал, что «эти женщины часто психологически сильнее, чем женщины с аналогичными конфликтами, которые не способны подавить их и которые, следовательно, остаются способными к зачатию. Такие женщины беременеют, с тревогой носят ребенка и имеют тенденцию давать послеродовые осложнения. Женщины, страдающие бесплодием, наоборот, могут подавить свою способность к зачатию и освободиться от тревог. В результате этого они получают возможность хорошо функционировать в других областях деятельности и даже утвердиться в желании иметь ребенка» [по 16, с.315].

Есть два соображения, согласно которым важно выделять женщин с постоянно существующим глубоким внутренним барьером, препятствующим возникновению беременности, и, возможно, неосознаваемым сопротивлением появлению на свет следующего поколения и его воспитанию.

Во-первых, имеется большое число убедительных сообщений о возможности с помощью психоанализа или психоаналитически ориентированной психотерапии помочь им освободиться от названных установок. Во-вторых, прямая

стимуляция гипоталамуса или яичников без предварительной терапии, которая может помочь успешно обойти «защитное» бесплодие, должна, исходя из теоретических соображений, сделать этих женщин уязвимыми относительно возникновения послеродовых психозов и других осложнений беременности и родов. Тот факт, что это не всегда наблюдается, скорее, характеризует наличие скрытых резервов у этих женщин и свидетельствует об их созревании по мере приобретения жизненного опыта, чем психологическую интуицию специалиста и его способность к прогнозированию [16].

Следует отметить, что если некоторые психоаналитики строго различают НТР и сопротивление лечению [12], то другие придерживаются расширительного представления об НТР, предусматривающего включение в ее состав некоторых форм сопротивления (J. Revipre, 1936; H.A. Rosenfeld, 1968). Х.С. Каплан [2] полагает, что следует проводить четкое разграничение между сопротивлением пациентов процессу терапии, с одной стороны, и ее результатам – с другой. Так, некоторые пациенты порой крайне негативно реагируют на участие в предписанных процедурах и эротических действиях, а другие – проявляют сопротивление результатам секс-терапии из-за того, что нормализация сексуальных функций активизирует их тревогу и чувство вины. Поскольку сопротивление лечению и НТР имеют общие корни в своем происхождении, причины их возникновения будут нами рассматриваться вместе. Среди этих причин можно назвать следующие [2].

При проведении лечения супруга источником негативных реакций по отношению к нему может стать боязнь супруги потерять его вследствие приобретения им нормальной сексуальной потенции и активности. Некоторые жены психологически содействуют нарушению эрекции своих мужей. Это связано с глубоко укоренившимся у них чувством неуверенности в себе. Такая женщина не считает себя достаточно привлекательной и полагает, что супруг остается с ней только из-за того, что «привязан» к ней своей «импотенцией», с которой она смирилась. Она полагает, что если муж



станет активным, то бросит ее и найдет более красивую и подходящую женщину. Мотивы негативных реакций на улучшение в состоянии сексуального здоровья супруга коренятся в том, что по указанной выше причине жена сомневается в своей способности удержать его. Его сексуальные трудности и ее терпимость к ним сделали мужа зависимым. Она не уверена в том, что по мере нормализации сексуальной(ых) функции(й) супруг не будет стремиться установить отношения с более привлекательной женщиной. В этой ситуации жена должна получить поддержку и заверения в том, что муж любит ее и что она незаменима для него.

Другим источником тревог женщины (в случае нормализации продолжительности полового акта мужчины) являются ее сексуальные трудности. Жены мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией, сами могут иметь какие-то сексуальные проблемы. Однако они могут связывать их только с половым расстройством мужа. Действительно, как можно ожидать оргазма у женщины, супруг которой преждевременно заканчивает половой акт? Данная сексуальная проблема мужа долгое время служила прикрытием собственных проблем жены. Теперь, когда он может совершать половой акт достаточно долго, возникает вопрос о ее способности испытывать оргазм. Такое положение таит в себе угрозу, особенно если среди родственников существует легенда, согласно которой муж признан источником неприятностей, а жена – жертвой.

В редких случаях возможно появление защитных реакций мужчин на улучшение своих сексуальных функций. Так, например, симптом преждевременной эякуляции может являться следствием неосознаваемой потребности, способом «бегства» от подавляющей, напоминающей мать женщины. Х.С. Каплан [2] также указывает, что помехой в лечении может стать неосознаваемое и неразрешенное табу на кровосмешение.

Следует отметить, что сопротивление лечению, а также НТР можно наблюдать при конверсионной (истерической)

симптоматике, которая носит условно-приятный/желательный характер.

*К нам за лечебной помощью обратилась женщина, которая жаловалась на боли в области клитора постоянного характера, по поводу которых она консультировалась у врачей-гинекологов различной квалификации вплоть до самой высокой в разных городах Украины. Ни один из них не нашел у нее к этому никаких органических предпосылок. При обследовании мы выявили у этой женщины наличие выраженного истерического характерологического радикала, связанную с ним лживость, плохие отношения с мужем. Сеансы гипнотерапии больше напоминали игру, в которой пациентка пыталась разыгрывать роль человека, желающего избавиться от своего страдания. У нас создалось впечатление, что она, «находясь в гипнотическом состоянии», постоянно контролирует нашу работу. Весьма интересной оказалась реакция пациентки на предложение купить по рецепту совкаиновую мазь, которая, как ей было объяснено, очень быстро ликвидирует беспокоящую ее боль. На следующий после назначения этого лекарства день она заявила, что не смогла ее заказать, так как «не нашла аптеку, где это можно было бы сделать». Все это, наряду с «гастрольными» поездками по Украине с «демонстрацией» беспокоящей ее боли, а также плохие отношения с мужем, о подробностях которых ничего не удалось узнать из-за выраженной лживости пациентки, свидетельствовало об условно-желательном характере существующего у нее расстройства, защищающего ее от сексуальных контактов с супругом.*

Выгода сексуального расстройства для женщин может стать и на пути попыток нормализации их оргазма. Подавленный пациенткой оргазм может быть полезен ей, так как служит орудием манипуляции, направленной на достижение несексуальных целей. Упрекая мужчину в своей сексуальной неудовлетворенности, она, по сути, индуцирует у него компенсаторное поведение. С.С. Либих, В.И. Фридкин [9] отмечают, что «в таких случаях оргазм у женщины иног-

да возможен, но как поощрение за нужное жене поведение (за подчинение в борьбе за лидерство, за подтверждение мужем любви и заботы, за то, что алкоголик “исправился и перестал пить” и т.д.)» [по 1, с. 23].

Нами ранее отмечалось [5], что отсутствие оргазма у женщины может быть выгодно ей по той простой причине, что, упрекая мужа в неспособности удовлетворить ее сексуально, она тем самым обосновывает свою потребность в сексуальных несемейных контактах и оправдывает их. Поэтому своим поведением она может приводить к появлению у мужа сексуального расстройства. Приведем наше клиническое наблюдение, демонстрирующее данную мысль [5, с. 59].

*«Больной Г., 30 лет, женат, обратился в связи с имеющимися у него сексуальными нарушениями. В процессе обследования ему был поставлен диагноз невроза ожидания (неудачи) и выявлена акцентуация характера по тревожно-мнительному типу. Помимо этого, оказалось, что супруга ему неверна и это чрезвычайно угнетает пациента. Была вызвана жена больного. Как оказалось, она увлеклась молодым мужчиной, испытывает к нему сильное половое влечение, помышляет оставить мужа и сойтись со своим любовником. Вместе с тем этот мужчина интересуется ею крайне мало. Можно сказать, что инициатива их встреч почти полностью исходит от нее. Учитывая этот факт, хорошее отношение мужа к ней (он продолжает ее любить), а также наличие у супругов общего сына, жене пациента было предложено гипнотическое воздействие для ликвидации влечения к любовнику. Она согласилась на это после длительных колебаний и настойчивых уговоров со стороны больного, так как это влечение являлось для нее определенной ценностью, тем более что оно было довольно сильным. Справедливости ради следует отметить, что на это воздействие мы решились не весьма охотно, так как одним из главных показаний к вмешательствам данного рода следует считать желание пациента избавиться от влечения, которое, по его собственному мнению, стало ему в тягость.*

*В данном случае наше воздействие больше несло экспериментальную нагрузку. Вместе с тем, поскольку согласие жены больного, в конце концов, все же было получено, мы провели ей гипносуггестивное программирование, направленное как на ликвидацию привязанности и влечения к любовнику, так и на возникновение хорошего отношения к мужу, его привлекательности для нее и чувства любви по отношению к нему. Во время проведения сеанса пациентке удалось погрузить минимум во вторую стадию гипнотического состояния по Форелю. После проведения этого одного сеанса, как выяснилось впоследствии, когда пришел наблюдавшийся нами больной, жена разительно изменила свое поведение в желательную для него сторону. В течение недели она хорошо относилась к мужу, говорила, что любит его, начала хорошо готовить пищу и вообще проявляла по отношению к нему различные знаки внимания. Однако спустя неделю все вернулось на круги своя. Следует отметить, что во время этой благоприятной для пациента недели его сексуальные функции (так же как и общее самочувствие) улучшились, однако после восстановления прежнего психологического климата вновь произошло их ухудшение. Изменилось и поведение супруги во время интимной близости. Так как одним из главных факторов, который “развязывал” ей руки и оправдывал ее измены, была девальвация сексуальных качеств мужа, то во время интимной близости она вела себя манипулятивно. С целью избежать разрядки, чтобы было в чем упрекнуть мужа, она в предварительном периоде не давала себя целовать, так как в этих случаях быстро возбуждалась и “заканчивала” раньше, чем супруг. Запрещая же ему делать это, она добивалась тем самым, что оргазм у нее так и не наступал».*

Х.С. Каплан [2] отмечает, что быстрое восстановление любой сексуальной функции сопровождается появлением у пациента чувства облегчения и радости. Однако в том случае, когда исчезнувший симптом был связан с неосознанными процессами защиты, восстановление какой-либо из нарушенных функций может стать источником появления у

него волнения, тревоги или депрессии. При секс-терапии у мужчин, преждевременное семяизвержение которых является неосознанной потребностью, способом «бегства» от подавляющей, напоминающей мать женщины, на этапе коитуса возникает непреодолимая преграда и в результате мужчина может утратить потенцию.

В тех случаях, когда женщины не уверены в себе, нормализация сексуальных функций супруга из-за боязни потерять его вызывает у них негативные реакции, которые могут проявляться внезапной потерей внимания, теплоты и поддержки по отношению к своему мужу. Жена может начать испытывать тревогу и опасения, переживать подавленность, чувствовать выраженную усталость. Поддерживающее поведение женщины при проведении лечения может внезапно смениться ее самоустранением или требовательным отношением к супругу. «Бойкот» лечению может также выражаться в мимолетных критических высказываниях в адрес мужа и даже в агрессивных выпадах против него. Х.С. Каплан [2] отмечает, что при лечении преждевременного семяизвержения женщины могут приводить в уныние своих мужей, давая им понять, что они все равно останутся неудачниками в других отношениях, даже если им удастся восстановить контроль над эякуляцией. Жены могут высказывать критические замечания по поводу назначенных секс-терапевтических упражнений («Они скучные, носят механический характер»), отказываться от сотрудничества вплоть до открытой демонстрации отвращения к рекомендуемым процедурам, начать много пить или «предаться буйному веселью». В одном наблюдении, приводимом Х.С. Каплан, женщина завела роман на стороне как раз в тот период, когда ее муж достиг нормальных устойчивых эрекции.

Автор подчеркивает [2, с.141] еще один важный аспект, с которым могут быть сопряжены трудности в терапии и сопротивление ей. Она отмечает, что «процесс секс-терапевтического лечения может привести к мобилизации сопротивления. Предписанные процедуры нередко обязывают пациентов совершать действия, которых они ранее избегали по причине того, что именно эти действия сопряжены у

этих пациентов с тревогой, недовольством или ощущением вины. В секс-терапевтическую активность обязательно входят прикосновения, ласки, поцелуи, проявления чуткого отклика на пожелания и просьбы партнера. Эти формы поведения неразрывно связаны с открытостью, участием, близостью. Но именно такое поведение видится крайне угрожающим для человека, защищающего себя с помощью отчуждения, отстранения и контроля своих эмоций. Не удивительно, что такие пациенты противятся любому терапевтическому вмешательству. Иногда они могут признаться самим себе в своих трудностях и сообщить о них терапевту или партнеру. Чаще такая осознанная самооценка невозможна – она была бы крайне угрожающей для пациента. В результате эти пациенты создают видимость некой деятельности. Они избегают выполнения предписаний или выполняют их неумело, автоматически, с явным нежеланием. Они резонерствуют по каждому поводу, устраивают сцены своим партнерам, делают словесные выпады в адрес терапевта и/или критикуют самолечение. Терапевт должен быть готов к подобным проявлениям сопротивления. Прояснение и проработка или “коллатеральное” движение в обход негативных явлений – обязательные условия продолжения курса терапии».

Развивая мысль о возможном сопротивлении лечению и его положительным результатам, автор отмечает [2, с.145–146], что терапевту «также приходится иметь дело со “злокачественным” и разрушительным страхом перед любовью, близостью и доверительными отношениями со стороны пациента. Многие люди рано познали разочарование жизни и рано испытали физическое насилие. Еще до того как они становятся способными опираться на свои собственные силы, чтобы противостоять превратностям судьбы, им приходится зависеть от родителей и ближайших родственников. Такая зависимость крайне удручающая, а если родители настроены враждебно, деструктивно или амбивалентны, иными словами, если наблюдается вторжение в интимные сферы человека в раннем возрасте, то неизбежно развиваются механизмы защиты. Защитные процессы нередко

выражаются в отчуждении и отстранении: ребенку приходится защищать себя от боли, замыкаясь в самом себе, что приводит к ранней эмоциональной закрытости. Попросить такого замкнутого в себе пациента ласкать другого человека, быть чутким, нежным (все это обязательно присутствует в секс-терапии) – это все равно, что просить охотника в джунглях расстаться со своим ножом. Восстановление способности любить, ласкать другого человека и доверять ему – это сложный терапевтический процесс, требующий усилий и времени. Во время успешного секс-терапевтического лечения полного восстановления добиться удастся далеко не всегда, но важно уже само начало восстановления: когда процесс пошел, преграды все равно будут, естественно, без излишнего нажима сломлены».

В процессе секс-терапии трудности могут появиться не только у отдельного члена супружеской пары, но и у пары как нераздельного целого [2]. Это может обуславливаться попытками секс-терапевта изменить отношения в супружеской паре как системе. Задача заключается в том, чтобы перейти от «роботоподобных» сексуальных контактов к добрым человеческим отношениям: сменить необщительное, скрытное поведение на открытое и честное, враждебное на любовь. Однако в тех случаях, когда муж и жена не уверены в себе, изменения в моделях их поведения и взаимоотношений могут восприниматься ими болезненно. Такое восприятие исчезает, как только супружеские отношения становятся стабильными на более реалистической основе. Следовательно, приемы секс-терапии могут активизировать сопротивление как одного, так и обоих супругов.

Для того чтобы не сложилось ложное представление о том, что процесс лечения и его положительные результаты преимущественно сопряжены с негативными реакциями пациентов и их партнеров, отметим, что в данной главе нашей задачей являлось именно рассмотрение этих реакций. Положительные же реакции на лечение и его позитивные результаты легко прогнозируемы и не нуждаются в специальном описании.

При выявлении НТР, обусловленных феноменами первичной или вторичной выгоды, не следует сразу прибегать к терапии, направленной на прямое устранение симптоматики, так как это может быть чревато различными неблагоприятными последствиями. Так, при гипносуггестивной терапии может иметь место невозможность в желательное для врача время вывести больного из гипнотического состояния из-за развития истерического ступора, который может возникнуть, когда пациенту сделают неприемлемое для него внушение об устранении симптома, в основе которого лежит механизм условной приятности/желательности. По этой же причине при выведении пациента из гипнотического состояния могут возникнуть истерические припадки и сумеречные состояния [11].

Л. Черток [17] в связи с этим подчеркивает, что при применении гипноза необходима особая осторожность в отношении уничтожения симптомов, так как данный метод иногда слишком резко ликвидирует симптомы. Это, отмечает автор, не только может привести к появлению замещающих симптомов, но вызвать другие нежелательные реакции вплоть до появления суицидальных тенденций.

При описании [6] использования такой пороговой техники нейролингвистического программирования (НЛП), как «последняя соломинка», отмечается, что она приводит к необратимым результатам. Поэтому, выбирая репрезентацию новой жизни, следует быть вполне уверенным, что после пересечения порога она станет лучше. Большинство людей, не имея презентацию новой, удовлетворяющей их жизни, не хотят приходить к «никогда больше». В результате пересечения порога без создания альтернативы лучшей жизни человек с большой долей вероятности может погрузиться в депрессию, что, в свою очередь, может обусловить возникновение у него суицидальных мыслей.

Размышляя о мерах, которые должен предпринимать терапевт по отношению к НТР, W. Schubart [20] рекомендует скорее последовательный аналитический, чем терапевтический или образовательный ответ на них всякий раз, когда они возникают в процессе лечения.



При наличии сопротивления лечению и НТР следует постараться вскрыть их причины. Затем, если это возможно, их необходимо попытаться устранить. Если же в силу сложившихся обстоятельств это невозможно, то следует предпринять меры по изменению отношения пациента к существующей психотравмирующей проблемной ситуации. Для этого могут быть использованы не только аналитические приемы, но и когнитивно ориентированная работа (разъяснительная, рациональная, когнитивная, рационально-эмоциональная/эмотивная и позитивная психотерапия). Только после такой работы, которая сама по себе может оказаться достаточной для ликвидации симптомов, целесообразно переходить к прямому их устранению, так как в результате ее проведения они могут утратить условную приятность/желательность и перестанут быть «выгодными» для пациента.

Следует специально подчеркнуть, что при проведении психотерапии недопустимо объяснять пациенту его симптомы их условной приятностью/желательностью и выгодностью в конкретном ситуационном контексте. Этим терапевт может только дискредитировать себя и собственные лечебные усилия в глазах больного. Целесообразно прибегать к опосредованным объяснительным схемам, которые дают возможность пациенту понять, что его расстройство на соматическом уровне отражает существующую ситуацию, которая должна быть либо устранена, либо переосмыслена с целью нейтрализации ее патогенного воздействия.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Екимов М.В. Психотерапия оргазмической дисфункции: Учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 1999. – 38 с.
2. Каплан Х.С. (Kaplan H.S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.

3. Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
4. Кочарян Г.С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
5. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
6. Кочарян Г.С. Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП). – К.: НИКА-Центр, 2002. – 112 с.
7. Кочетков В.Д. Неврологические аспекты импотенции. – М.: Медицина, 1968. – 280 с.
8. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. (Laplanche J., Pontalis J.-B.) Словарь по психоанализу / Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
9. Либих С.С., Фридкин В.И. Сексуальные дисгармонии. – Ташкент: Медицина УзССР, 1990. – 142 с.
10. Рожановская З.В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – 3-изд., доп. и перераб. – Ташкент: Медицина, 1985. – С. 524–538.
11. Рожнов В.Е. Гипнотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. – 2-е доп. и перераб. изд. – Ташкент: Медицина, 1979. – С. 144–176.
12. Сандлер Д., Дэр. К., Холдер А. (Sandler J., Dare Ch., Holder A.) Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса / Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЕК», 1993. – 176 с.
13. Свядош А.М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
14. Свядош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.
15. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Budapest: Akademiai Kiado, 1973. – 287 с.
16. Христие Г.Л. (G.L. Christie) Психологические и социальные аспекты бесплодного брака // Бесплодный брак / Под ред.

- Р. Дж. Пепперелла, Б. Хадсона, К Вуда / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1983. – С. 309–335.
17. Черток Л. (Chertok L.). Гипноз (проблемы теории и практики; техника) / Пер. с франц. – М.: Медицина, 1972. – 160 с.
18. Dimic N., Pavlovic S., MilijkoVIC S., Radosavijevic S. Psychosomatic medicine in obstetrics and gynaecology // 3<sup>rd</sup> International Congress. Karger, Basel, 1972. – P. 457.
19. Kleinsorge H., Klumbies G. Psychotherapie in Klinik und Praxis. – München-Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1959. – 518 s.
20. Schubart W. Bemerkungen zum Konzept der sogenannten negativen therapeutischen Reaktion. // Psyche (Stuttg). – 1989. – 43 (12). – S. 1071–1093.
21. Schwartz O. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. – Wien: Springer, 1925. – 481 s.

## ГЛАВА 10

### ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ ПОЛОВЫХ ФУНКЦИЙ БОЛЬНЫМИ С СЕКСУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Диагностируя сексуальное расстройство, врач, как правило, не в полной мере интересуется тем, что происходит с пациентом во время интимной близости, ограничиваясь лишь констатацией тех или иных сексопатологических симптомов. Поэтому вне поля зрения остаются психические усилия, предпринимаемые больными с целью улучшения половых функций. Результатом этого до начала 90-х годов прошлого века являлась неизученность изменений поведения во время интимной близости у пациентов сексологического профиля. Тем не менее подобные исследования важны, так как открывают доступ к психическим ресурсам, которые могут быть использованы.

На такую возможность, в частности, указывают данные B.S. Reynolds [19], M. Zuckerman [21], D. Smith, R. Over [20], а также исследования других авторов (D. Laws, H. Rubin,

1969; D. Henson, H. Rubin, 1971; S. Herman, M. Prewett, 1974; H. Rubin, D. Henson, 1975; R. Rosen, D. Chapiro, G. Schwartz, 1975; E. Scillag, 1976), о которых сообщает Р. Грин [2]. Они свидетельствуют о способности мужчин, используя искусственную психическую стимуляцию, предусмотренную условиями эксперимента, даже без какой-либо существенной предварительной подготовки к определенному сознательному волевому контролю эрекции. Способность усиливать ее возрастала при немедленном обеспечении обратной связи относительно желаемого уровня сексуального возбуждения обследуемых.

Так, D. Laws, H. Rubin (1969) и D. Henson, H. Rubin (1971) установили, что при выборочном обследовании мужчин они оказались способны вызывать у себя эрекции без эротических раздражителей, а также подавлять эрекции при наличии упомянутых раздражителей. Первое становится возможным при вызывании эротических сцен, а второе – при переключении внимания на раздражители несексуального содержания. Эти данные подтверждаются более поздним исследованием M. Zuckerman [21]. Автор отмечает, что, поскольку сексуальное возбуждение у мужчин имеет внешние проявления, большинство из них еще в юности научается подавлять эрекции в неадекватных ситуациях. Он показал, что «инструкция» на подавление эрекции срабатывает у 50% мужчин при просмотре эротического фильма. Кроме того, была зафиксирована действенность сексуального фантазирования мужчин и женщин: эффект был такой же сильный, как и при наличии внешних сексуальных стимулов.

D. Smith, R. Over [20] сообщают, что 8 здоровых мужчин в возрасте 19-26 лет, которые были неспособны реально повышать пениальную тумесценцию посредством приятной эротической фантазии, провели два сеанса тренинга сексуального или общего воображения. При первом виде тренинга пациенты реально демонстрировали увеличение физиологического и субъективного сексуального возбуждения при неструктурированной и структурированной сексуальной фантазии. Вместе с тем тренинг общего воображения не усиливал индуцированное фантазией сексуальное возбуж-

дение. Обе программы увеличили яркость представления, но только тренинг сексуального воображения позволил пациентам формировать сексуальные образы, четкость которых возрастала в том случае, когда фантазии были приятными.

О результативности применения биологической обратной связи (БОС) с целью усиления контроля над эрекцией с лечебной целью сообщают S. Herman, M. Prewett (1974) и E. Csillad (1976). Рассмотрению изучения эффективности БОС в лечении сексуальных дисфункций у мужчин и женщин посвящена публикация A. Giovannoni [16]. В ней рассматривается применение БОС при нарушениях контроля эрекции, для усиления эректильных ответов на женские образы у гомосексуалов, а также у пациентов с «психогенной импотенцией».

L. Cionini, A. Giovannoni [14] обсуждают использование тренинга с БОС при «сексуальной импотенции» и сообщают о ее случае, который был успешно пролечен с помощью тренинга с использованием электромиографического (ЭМГ) контроля. Использовалась звуковая и визуальная обратная связь, пропорциональная уровню ЭМГ-напряжения лобных мышц. Применялись психометрические тесты (MMPI, the State-Trait Anxiety Inventory) и психофизиологический опросник (до, во время и после терапевтических сессий). Проводимый тренинг привел к улучшению личностного профиля по шкалам маскулинности, фемининности и социальной интроверсии MMPI. Авторы отмечают, что окончательные результаты при лечении «сексуальной импотенции» показали более легкую управляемость тренинга с БОС при использовании ЭМГ, чем при применении традиционной прямой БОС. Они подчеркивают адекватность использованной в данном конкретном случае техники, что определялось личностными особенностями субъекта и имеющими место симптомами. Она помогала ему контролировать стрессовые реакции, связанные с выполнением и социальной тревогой. L. Cionini, D. Mattei [15] в своей статье отмечают, что с помощью тренинга с БОС пациенты могут быть обучены управлять стрессом и исправлять «плохие свойства».

Авторы использовали данный тренинг и для лечения «импотенции».

J. Barnes, E.P. Bowman, J. Cullen [13] сообщают о пяти женщинах в возрасте от 24 до 30 лет, страдающих вагинизмом, которые вместе с их супругами участвовали в программе, использующей БОС как помощь к другой проводимой психотерапии. Обеспечивалась БОС от вагинального сфинктера. Все пять пар закончили программу и сообщили об успешно проведенном половом акте при ее окончании. В заключение авторы делают вывод о том, что биологическая обратная связь является эффективной помощью в обучении мускульному контролю.

О возможностях психического влияния на половые функции также свидетельствует тренинг по системе Дао [12] и опыт использования аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств [1, 3, 5].

Для изучения психической саморегуляции копулятивных функций во время половых контактов нами были предприняты специальные исследования среди 118 мужчин с различными сексуальными расстройствами [4, 6, 7, 8, 17]. Только пациенты с тревожным опасением сексуальной неудачи включались в эту группу. Актуальность проведенной нами работы очевидна, так как она базировалась на изучении различных психических техник (направленных на улучшение половых функций), которые **использовались большими в сексуальной ситуации по собственной инициативе и, таким образом, являлись их самостоятельными находками, представляющими собой различные образцы приспособительного поведения, связанного с сексуальным расстройством.**

В результате указанных исследований получены следующие результаты. Те или иные приемы психической саморегуляции, направленные на улучшение половых функций, во время интимной близости использовало 64,4% пациентов. В некоторых наблюдениях указанные приемы были непосредственно направлены на борьбу с тревожным опасением неудачи. Это в ряде случаев могло опосредованно приводить к улучшению упомянутых функций. В других наблюде-

ниях отмечалось использование психотехник, которые были прямо ориентированы на улучшение характеристик копулятивного цикла. Некоторые больные использовали как те, так и другие приемы. Редко отмечалось, что одни и те же техники выполняли двойную функцию.

Проведенный нами анализ всех этих приемов показал, что могут быть выделены следующие их группы: *самовнушение, переключение внимания, эротическая аутосенситизация*. После детальной «разбивки» этих приемов внутри названных групп была разработана следующая их классификация.

### **I. Самовнушение:**

- 1) направленное на самоуспокоение;
- 2) отрицающее опасения неудачи;
- 3) мотивированное или немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта;
- 4) самовнушение-установка на безразличное отношение к результату;
- 5) стимулирующее «обращение к половому члену»;
- 6) нацеленное на уменьшение восприятия эротических стимулов.

### **II. Переключение внимания:**

- 1) с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства;
- 2) с помощью планирования;
- 3) с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов:
  - а) связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом (с данной партнершей или с другими женщинами);
  - б) связанных с мастурбацией;
  - в) связанных с «приобщением» к чужому сексуальному опыту;
  - г) связанных с несексуальными сценами (досуг, быт, производственная деятельность).

**III. Эротическая аутосенситизация** (*представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях*).

Самовнушение, направленное на самоуспокоение, могло выражаться, например, следующими формулами: «Не волнуйся...»; «Я нормальный мужчина...», а аутосуггестия отрицания опасений неудачи утверждением: «Я об этом думать не буду...». Мотивированное и немотивированное самовнушение в хорошем качестве полового акта оперировало формулами: «Вот она женщина, к которой я стремился, которую я хотел, обнаженная, и все должно получиться хорошо...»; «Все будет хорошо...»; «Все будет нормально...». Самовнушение-установка на безразличное отношение к результату выражалось внутренне произносимыми фразами: «Получится или не получится мне все равно...»; «Ни о чем не следует беспокоиться... Не получится, и черт с ним, и даже если ничего не произойдет, то ничего страшного в этом не будет, плевать на все это». Стимулирующее «обращение к половому члену» было направлено на нормализацию его эрекции и проявлялось в следующих произносимых про себя во время интимной близости высказываниях: «Ну почему ты не...?», «Давай, давай!» или «Возбудись...». Также подчас имела место и аутосуггестия, направленная на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов, преследующая цель отдалить наступление семяизвержения: «Мне не так приятно».

Переключение внимания с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства, проявлялось разнообразными приемами. Так, один из обследованных нами больных считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать



какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоаппаратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применялся счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о том, как доставить ей удовольствие. Один пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор.

Переключение внимания с помощью планирования, осуществляемое во время интимной близости, представляло собой составление программы действий, которые следует осуществить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, мысли о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта все время вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяется как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения.

Помимо перечисленных вариантов переключения внимания, констатировалось его отвлечение с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом с данной партнершей или с другими женщинами, что, по сути, является ничем иным, как приобщением к ресурсу, которым обладает каждый человек. Мужчины могут вспоминать в прошлом полноценные половые акты с данной партнершей или воображать, что осуществляют их с другой, более привлекательной и молодой женщиной, с которой у них половых актов вообще не было, или с партнершей, с которой у них в прошлом были полноценные интимные контакты. Так, один из наших пациентов в предва-

рительном периоде полового акта представлял, что проводит его с другой женщиной, с которой никогда не был в интимных связях. В основном возникали яркие образы. Эти представления в 40% случаев давали эффект, что проявлялось в улучшении напряжения члена и увеличении продолжительности коитуса, производной в данном случае от качества эрекции. При последующих половых актах воображаемые партнерши могли быть иными. Другой больной при сексуальном сближении с партнершей репродуцировал визуальные сюжеты половой близости из прошлого опыта с «... симпатичной девочкой, которая в этих делах была не то что профессор, а прямо академик...», с которой все и всегда получалось хорошо, в каком бы состоянии он не был (трезвый или выпивший). С целью сексуальной стимуляции крайне редко также воспроизводились эротические сцены, которые ранее представлялись мужчинами при мастурбации. Наш пациент, который поступал таким образом, добивался восстановления хорошей эрекции. Иногда с этой же целью отмечалось «приобщение» к чужому сексуальному опыту (фото- и киноматериалы). Так, один обследованный нами больной представлял обнаженных женщин и мужчин, которых он видел ранее на порнографических открытках, а другой после просмотра эротических фильмов в предварительном периоде вспоминал сцены из них.

Переключение внимания может оперировать также репродукцией и конструкцией сюжетов, связанных с досугом, бытом, производственной деятельностью. Так, один из наших пациентов во время интимной близости целенаправленно вызывал у себя следующие визуальные представления. Он видел речку, деревья, как он ловит рыбу. Другой больной, который каждое лето отдыхал на озере Селигер у истоков Волги, репродуцировал пейзажи, включающие в качестве обязательного компонента это озеро, что несколько не улучшало его сексуальные функции. Нередко репродуцируемые и конструируемые сюжеты связаны со спортом. Например, один мужчина во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды «Металлист» (нападающим) и почти в одно и то же вре-

мя болельщиком. Это ему хорошо удавалось и приводило к выраженному увеличению продолжительности полового акта. С целью ее увеличения пациенты подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, представлял во время интимной близости размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду. Диагностировались и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов с целью улучшения в сексуальной сфере при половом акте думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов, могло быть сопряжено с их различным эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект.

Эротическая аутосенситизация выполняет стимулирующую функцию. Так, один из наших пациентов с целью борьбы с тревожным опасением неудачи при сексуальном контакте с женой старался сосредоточиться на сладострастных ощущениях при ласках, поцелуях, а также фрикциях. Для усиления эффекта от предпринимаемых им мер он в это время внушал себе, как ему с ней приятно.

*Проведенный анализ используемых больными приемов показал, что их феноменология часто зависит от того, какая функция нарушена. Так, для улучшения эрекции использовались различные стимулирующие меры («обращение к половому члену»; переключение внимания с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом, мастурбацией, «приобщением» к чужому сексуальному опыту; эротическая аутосенситизация, культивирующая приятные ощущения во время*

*текущей интимной близости), а также самовнушение-установка на безразличное отношение к результату. При ускоренном семяизвержении, наоборот, применялись приемы, обладающие сексуально-депривационным действием. К ним относятся: самовнушения, направленные на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов; все способы переключения внимания, кроме указанных выше разновидностей, используемых для улучшения эрекции. Варианты самовнушений, не перечисленные нами как специально применяющиеся с целью улучшения напряжения полового члена или увеличения продолжительности полового акта, даже в случаях, когда у обследованных больных они использовались для улучшения какой-то одной из этих функций, не могут быть признаны специфическими в плане их воздействия на эрекцию или эякуляцию.*

Описанные нами техники психической саморегуляции сексуальных функций использовались мужчинами не только изолированно, но и в различных сочетаниях, и могли быть неоднозначны у одних и тех же больных при различных половых актах. В ряде случаев те же пациенты с целью улучшения эрекции применяли одни приемы, а для увеличения продолжительности полового акта – другие.

С целью установления эффективности применения различных психологических приемов для улучшения сексуальных функций и общего состояния в преддверии и во время интимной близости нами был проведен специальный опрос, который установил, что различная степень результативности применявшихся приемов когда-либо наблюдалась у 52,8% пациентов, а ее полное и перманентное отсутствие – у 47,2%. При этом в 10,5% наблюдений, где отмечался позитивный эффект от использования пациентами психотехник, он касался лишь улучшения общего состояния и никак не отражался на качестве сексуальных функций. ***Мы еще раз хотим подчеркнуть, что пациенты применяли описанные выше приемы психической саморегуляции сексуальных функций по своей собственной ини-***

***циативе, а наши исследования лишь выявили эти техники, которые затем были классифицированы.***

Вполне естественно, что полученные результаты ставят вопрос о целесообразности рекомендовать пациентам сексологического профиля использование диагностированных нами приемов психической саморегуляции половых функций. В сексологической литературе мы не встретили высказываний об отрицательном отношении специалистов к названным приемам, применяемым для улучшения эрекции. Более того, как отмечалось нами ранее, тренировка в эротическом фантазировании может положительно сказываться на качестве эрекций. В этой связи следует также отметить, что нами для лечения сексуальных расстройств была разработана система эротической сенситизации [4, 6], одним из компонентов которой является эротическая аутосенситизация, проводимая пациентом в предварительном и основном периодах полового акта.

Вместе с тем в отношении целесообразности использования приемов психической саморегуляции при преждевременном семяизвержении высказываются диаметрально противоположные мнения. Так, Z. Lew-Starowicz [18] сообщает, что многие мужчины стремятся продлить время полового акта, например, отвлекая свое внимание, думая о чем-то другом, а также делая перерывы при проведении сношения. По его мнению, эти способы оказываются результативными лишь в ряде случаев, но впоследствии приводят к чрезмерной концентрации внимания при проведении полового акта на собственной сексуальной реактивности, что может также помешать реакциям женщины.

И. Левин [9, с. 34–35] также отмечает: «Страдающие преждевременным семяизвержением (ПС) часто пытаются самостоятельно контролировать свои сексуальные реакции, но идут, как правило, неверным путем: стараются думать о чем-то отвлеченном во время фрикций. Они кусают себя изнутри за щеки; выпивают чего-нибудь крепкого; одевают не один, а два презерватива или, по совету врача, пользуются мазью с анестетиком для снижения чувствительности головки полового члена. Нередко наблюдаются попытки

компенсировать быстрое семяизвержение повторным половым актом. Во второй раз это происходит действительно несколько медленнее, но такое возможно лишь у молодых. К определенному возрасту способность мужчин достигать оргазма два раза подряд (с небольшим интервалом) утрачивается. При попытках заставить себя совершить второй половой акт у них часто развивается тревожное состояние и психогенная импотенция. Все эти методы не пригодны для лечения ПС, поскольку направлены на замедление наступления оргазма путем снижения сексуального стремления, удовольствия и возбуждения. В действительности пациенту необходимо не снижать остроту ощущений, а продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения. По сути дела, методы, отвлекающие мужчину во время полового акта, только усугубляют проблему, поскольку еще больше мешают ему научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения».

Д. Рейбен [10, с. 75–76], обсуждая проблему ПС, отмечает, что некоторые мужчины пытаются задержать оргазм, думая во время сношения «о других вещах». Такую технику рекомендуют некоторые «специалисты» в области брака, которым он советует лучше разобраться в этом вопросе. В доказательство неэффективности таких рекомендаций автор приводит рассказ одного мужчины, испытавшего это средство.

*«Мне только 24, но чувствую себя как семидесятилетний. Что бы я ни делал, кончаю слишком быстро. Я не мог найти женщину, которая переспала бы со мной вторично, и пошел к врачу. Он сказал, что я должен лишь “контролировать себя”. Не надо было отдавать десять долларов, чтобы услышать такое. Он предложил, что, как только я введу член, я должен думать не о сексе, а о своей работе. Я продаю машины. Так я начал думать о своих покупателях, особенно о девочках. Там есть одна очень хорошо сложенная. Как только я подумал о ней, я кончил даже быстрее, чем раньше. Я снова пришел к тому врачу, и он предложил мне в уме решать арифметические задачи. Я*

*попробовал. С умножением у меня не очень хорошо, так что я стал считать вслух: “Тринадцатую одиннадцать – будет...” И женщина, с которой я был, услышала это. Она вышла из себя, оттолкнула меня и ушла.*

*Другой вариант, – продолжает автор, – думать о чем-нибудь “отвратительном”. Если пациент подумает о чем-то достаточно “отвратительном”, то он может совсем потерять эрекцию. Сама концепция здесь порочна. Представьте, что вы садитесь за ароматный бифштекс и пытаетесь думать о ведре с объедками... Другой метод предполагает, что партнеры ложатся обнаженными рядом друг с другом и думают о посторонних вещах, избегая любой сексуальной стимуляции. Это успокаивает чересчур возбудимых мужчин. Для самого мужчины с преждевременной эякуляцией и его партнерши мало волнующего в том, что они лежат, не занимаясь любовью, а думая о других вещах. Ведь именно этим им и так приходится заниматься большую часть времени».*

После ознакомления с мнением вышеуказанных авторов по поводу целесообразности применения способов психической саморегуляции сексуальных функций (ПССФ) страдающими преждевременным семяизвержением мужчинами, у специалистов в области терапии половых расстройств может сложиться мнение об их полной неприемлимости. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что эти высказывания касаются тех приемов ПССФ, которые в соответствии с предложенной нами классификацией должны быть отнесены только к некоторым вариантам переключения внимания, использующимся для увеличения продолжительности полового акта. В высказываниях вышеназванных авторов также обращает на себя внимание тот факт, что больные как самостоятельно, так и по рекомендации некоторых врачей в ряде случаев используют приемы, которые критикуются, с весьма определенным терапевтическим эффектом. Кроме того, если речь идет о неудачах, наблюдающихся при применении отвлечения внимания, то они нуждаются в анализе. Так, например, один из вышеназванных авторов (D. Reuben) сообщает, что некий врач рекомендо-

вал одному больному для увеличения продолжительности полового акта думать не о сексе, а о работе. Поскольку пациент по роду своей деятельности продавал машины, то во время интимной близости он начал думать о своих покупателях и «особенно о девочках». Когда он подумал об одной из них, которая очень хорошо сложена, семяизвержение у него наступило еще быстрее, чем обычно. По нашему мнению, ничего удивительного в этом нет, так как в данном случае речь шла не о варианте переключения внимания, обладающего сексуально-депривационным действием, а напротив, о его разновидности, усиливающей сексуальное возбуждение (думал о хорошо сложенной девушке) и таким образом совершенно естественно приведшей к более быстрому наступлению семяизвержения. После этого неуспеха, связанного с использованием данного варианта отвлечения внимания, тот же врач с целью достижения терапевтического результата предложил пациенту при половом акте в уме решать арифметические задачи. Поскольку у последнего и ранее были затруднения с умножением, когда он начал умножать двузначные цифры (следует заметить, что это вообще нелегко), то не удержался и начал считать вслух. Женщина, с которой он был, услышав это, вышла из себя, оттолкнула его и ушла. Хотя ее реакция могла бы быть и более мягкой, совершенно естественно, что она негативно отреагировала на происходящее, так как внешне поведение этого мужчины могло восприниматься как странное или даже как поведение психически больного человека. Однако следует отметить, что, по всей видимости, врач, который рекомендовал этому пациенту приведенный прием ПССФ, не предлагал, чтобы он считал вслух. Таким образом, в данном случае можно говорить о неадекватном, «анекдотическом» применении этой техники больным с целью увеличения продолжительности полового акта.

Что же касается представления (И. Левин), согласно которому пациенту, страдающему преждевременным семяизвержением, следует не снижать остроту ощущений, в том числе и с помощью отвлечения внимания (автор считает, что это только усугубляет проблему, поскольку еще больше



мешает ему «научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения»), а стремиться продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения, то эту рекомендацию, по нашему мнению, следует считать альтернативой, но не исключающей возможность использования в этих случаях вариантов переключения внимания, обладающих сексуально-депривационным действием. В связи с этим уместно привести высказывание G. Kelly [по 11], согласно которому не существует такой вещи в мире, относительно которой «не может быть двух мнений».

Рассматривая вопрос о целесообразности применения пациентами представленных в приведенной выше классификации приемов ПССФ, следует отметить, что из терапевтического арсенала должно быть исключено стимулирующее «обращение к половому члену». Это объясняется тем, что фиксация внимания на половом органе (гиперконтроль его напряжения) является одним из факторов, участвующих в симптомообразовании у больных с тревожным опасением сексуальной неудачи. Используя данный вид самовнушения, мужчины лишь укрепляют патогенный защитный механизм приковывания. Относительно других приемов, нашедших отражение в указанной классификации, установка должна быть следующей. **В дополнение к общепринятой терапии** можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных средств психической саморегуляции, осуществляя при необходимости соответствующую коррекцию. Это, в частности, касается рекомендаций учитывать психотерапевтическое правило, согласно которому формулы самовнушения должны строиться таким образом, чтобы в них указывалось, что пациент хочет приобрести, а не то, от чего он желал бы избавиться.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрианов В.В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 39 с.
2. Грин Р. Психотерапия расстройств эрекции // Вагнер Г. Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение) / Пер. с англ. – М: Медицина, 1985 – С. 182–200.
3. Кочарян Г.С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 19 с.
4. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия) // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
5. Кочарян Г.С. Аутогенная тренировка // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М: Медицина, 1994. – С. 68–85.
6. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279с.
7. Кочарян Г.С. Половые расстройства у мужчин и изменения их поведения при интимной близости // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 1999. – № 432. – С. 150–158.
8. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
9. Левин И. Мужчина. Секс. Успех. Как справиться с ускоренным семяизвержением. – СПб., 1997. – 87 с.
10. Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить / Пер. с англ. – Харьков: Агентство «Харьков-Новости», 1991. – 240 с.
11. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999 – 608 с.

12. Цзя М., Арава Д.А. СВЕРХВОЗМОЖНОСТИ МУЖЧИНЫ, ДОСТУПНЫЕ КАЖДОМУ. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина / Пер. с англ. – М.: Либрис, 1996. – 320 с.
13. Barnes J., Bowman E.P., Cullen J. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus // *Biofeedback & Self Regulation*. – 1984. – Vol. 9 (3). – P. 281–289.
14. Cionini L., Giovannoni A. L'EMG Biofeedback Training nel trattamento dell'impotenza psicogena: un caso clinico. // *Medicina Psicosomatica*. – 1984. – Vol. 29 (1). – P. 29–42.
15. Cionini L., Mattei D. Biofeedback e terapia cognitivo-comportamentale // *Medicina Psicosomatica*. – 1985. – Vol. 30 (2). – P. 151–161.
16. Giovannoni A. Il biofeedback nel trattamento dei disturbi sessuali // *Rivista di Psichiatria*. – 1983. – Vol. 18 (2). – P. 154–165.
17. Kocharyan G.S. Sexual dysfunctions in males and their behavioral changes connected with intercourses // *24th International Congress of Applied Psychology Abstracts Install Diskette 7/98*. – P. 394.
18. Lew-Starovich Z. Seks partnerski. – Warszawa: PZWL, 1991 – 343 s.
19. Reynolds B.S. Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction // *Archives of Sexual Behavior*. – 1980. – Vol. 9 (2). – P.101–113.
20. Smith D., Over R. Enhancement of fantasy-induced sexual arousal in men through training in sexual imagery // *Archives of Sexual Behavior*. – 1990. – Vol. 19 (5). – P. 477–489.
21. Zuckerman M. Sexual Arousal in the Human: Love, Chemistry or Conditioning? // *Physiological correlates of human behaviour*. – London: Academic Press Inc., 1983. – P. 299–326.

## ГЛАВА 11

### КОРРЕКЦИЯ МАСШТАБА ПЕРЕЖИВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Половые расстройства являются личностно значимыми, особенно для мужчин. В силу этого сексуальные дисфункции могут приводить к различным негативным последствиям, включая невротические расстройства. Существует ряд приемов, направленных на адаптацию личности к имеющимся сексуальным нарушениям и коррекцию масштаба переживаний.

**1. Прием «соматизации»** [1] используют для лечения истинных непсихогенных сексуальных расстройств. Рекомендуется (избегая ятрогений) объяснить больному, что сексуальное расстройство является таким же равнозначным симптомом соматического заболевания, как и другие (головная боль, бессонница, одышка, отеки, повышенное артериальное давление и т.п.). Ему указывают, что сексуальные нарушения будут уменьшаться и исчезать так же, как уменьшаются и исчезают прочие соматические симптомы.

**2.** Часто сексуальные нарушения не сочетаются со сколько-нибудь выраженными несексуальными проявлениями соматических заболеваний. Вследствие этого прием «соматизации» не может быть использован. В этих случаях при снижении эрекции и выраженных личностных реакциях нами был предложен **способ снижения ранга значимости полового расстройства** [2]. Его суть заключается в следующем. Вначале пациенту объясняют физиологический механизм возникновения эрекции, в том числе указывается, что появление напряжения полового члена обусловливается притоком крови к этому органу. Затем больного постепенно подводят к мысли о том, что он необоснованно во многом сводит смысл своей жизни к кровенаполнению члена. Когда пациент убеждается, что в данном случае дело обстоит именно так, у него возникает смятение и недоумение. Достигнутый результат является исходным пунктом

для дальнейшего переосмысления своего положения, что, естественно, ведет к уменьшению фиксации на половом расстройстве и улучшению настроения. Одновременно делается упор на другие интересы личности и проводится их актуализация. Все это создает благоприятные условия для комплексного лечения сексуального расстройства, в том числе и с использованием других психотерапевтических приемов.

**3. Прием «сопоставление по контрасту»** [3] можно применять в комплексе лечения больных с фобическими формами виргогамии и вагинизма (классификация А.М. Свядоца [8]). Беседу рекомендуется строить следующим образом. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (указать их диапазон). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и полового члена. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

**4.** В ряде случаев (тревожная мнительность, повышенная подозрительность) пациент считает, что о его дефекте (нередко мнимом или же выраженном лишь в небольшой степени) знают и партнерша, и другие лица, так как половое расстройство проявляет себя не только при интимном контакте, но и обнаруживает себя чем-то в поведении человека, накладывая на весь его облик отпечаток сексуальной ущербности. Это в значительной степени травмирует его психику и является источником переживаний, удручающих пациента. Убедившись при обследовании, что дело обстоит именно так, врач должен прибегнуть к **«психотерапии с учетом механизма проекции»** [3]. Суть ее состоит в сле-

дующем. Необходимо разъяснить больному, что его переживания являются результатом приписывания собственных мыслей и собственного знания окружению. Следует указать, что на самом деле женщина, очевидно, даже не имеет представления о его мнимом дефекте (или небольшом расстройстве). Помимо этого, нужно (с учетом конкретных обстоятельств) объяснить больному, что в ряде случаев в связи с преимущественной ориентацией некоторых женщин на эротические воздействия (ласки, поцелуи) с возможностью получать удовлетворение при интимном контакте без оргазма, а также нередко встречающейся неосведомленностью о сексуальной норме, партнера может не догадываться даже о наличии довольно выраженных сексуальных нарушений. Проводимая таким образом коррекция проявлений гипернозогнозии может дать ощутимые результаты, создавая атмосферу «защищенности».

**5. Прием «сопоставление по аналогии» [6].** Сексуальная сфера является повышено уязвимой, так как вследствие парности сексуальной функции включена в контекст интерперсональных отношений. Поэтому любые мнимые и истинные сексуальные нарушения могут наносить ощутимые удары по личностному престижу, формируя у мужчины ощущение собственной неполноценности. Естественно, что в ряде случаев сексуальные проблемы переживаются особенно остро, например, при наличии тревожно-мнительных черт характера. При этом пациент может связывать свою сексуальную недостаточность с «малыми» размерами члена («синдром малого члена»), а иногда и яичек. Так, один из наших пациентов с сенситивной акцентуацией характера и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи жаловался на малые размеры пениса, который при измерении оказался выше нижних границ нормы, а также уменьшение одного из яичек, которое при осмотре ничем не отличалось от другого. При анализе подобных случаев мы пришли к выводу, что такое нарушенное восприятие может оцениваться по аналогии с оптическим искажением, имеющим место при рассматривании предмета через лупу с близкого расстояния (двояковыпуклую линзу при расположении от нее пред-

мета на расстоянии меньше фокусного). В характеризуемых же наблюдениях речь идет об искажениях психического порядка, связанных с гипертрофированной оценкой происходящих событий. Все это напоминает шарж, когда отдельные черты лица, выражающие особенности характера человека, подаются художником в утрированном виде. Следует отметить, что склонность к гротеску заложена в самой психике человека и связана с восприятием им чего-либо значимого не нейтрально, а в большей или меньшей степени эмоционально. Это и является источником искажения воспринимаемого.

Иллюстрацией может служить шестое упражнение высшей ступени аутогенной тренировки (аутогенной медитации), разработанной Шульцем. При выполнении этого упражнения тренирующийся должен научиться вызывать образы других людей. Вначале рекомендуется концентрировать внимание на сравнительно безразличных образах (почтальон, шофер автобуса и т.п.), так как на первых этапах визуализация лиц, связанных определенными отношениями с тренирующимися (как положительными, так и отрицательными), затруднена.

По мере продвижения в освоении упражнения человек учится вызывать образы приятных и неприятных ему людей. Первоначально эти образы несколько шаржированы, карикатурны, так как приятные или неприятные свойства подсознательно гиперболизируются и лишь с течением времени становятся все более «спокойными», «бесстрастными», лишенными элементов эмоциональной гиперболизации. Это расценивается как важный показатель успешности освоения упражнения, проявление начавшейся «аутогенной нейтрализации».

К «нейтрализации» мы должны стремиться и при проведении психотерапии в описываемых нами случаях. Эта коррекция, по нашему мнению, должна оперировать доступными и показательными аналогиями, каковой и является представленная выше аналогия из оптики. Проведя эту аналогию, мы говорим пациенту, что если человек понимает особенности своего характера, которые преломляют проис-

ходящие события подобно увеличительному стеклу, то он становится сильнее, так как появляется возможность проведения аутокоррекции. В беседе с ним мы отмечаем, что «бытие должно быть поднято на высоту сознания» и упоминаем высказывание известного мыслителя, который говорил, что он бы отказался от знаний без возможности обнаруживать их.

В любой эмоционально напряженной ситуации мы рекомендуем пациенту вспоминать, что он особенно, не так, как другие люди, воспринимает происходящие события, и представлять искажение предмета, рассматриваемого через лупу. Это поможет ему в оценке действительной значимости происходящего. Для того чтобы помочь в этом больному, используется другая аналогия и тоже из оптики. Мы отмечаем, что явления могут предстать в своей истинной значимости в том случае, когда ранее увеличенное изображение будет пропущено через двояковогнутую линзу – уменьшительное стекло. В результате этого произойдет переоценка происходящих событий в соответствии с их истинной значимостью.

**6. Прием «ложный сигнал» [4].** Иногда на сексологическом приеме можно встретиться с фиксацией пациента на ощущениях, исходящих из половых органов, подчас имеющих характер сенестопатий. Так, например, один из наших больных с предполагаемым вялотекущим шизофреническим процессом, у которого были выявлены определенные характерологические сдвиги, жаловался на периодически возникающие неприятные ощущения и боли в правом яичке, иррадиирующие в нижний отдел правой половины живота и на внутреннюю поверхность правого бедра. Описывая характер своих ощущений в яичке, он отмечал, что «вначале появляется чувство запираания, а потом как бы что-то прорывается и начинается циркуляция». При фиксации внимания на сенестопатических ощущениях, локализующихся в области половых органов, сопровождающихся опасением за состояние своего здоровья (сенестопатически-ипохондрический синдром), опосредованно снижается либидо, так как больной обычно обеспокоен своим состоянием, а также



нередко не уверен в своих сексуальных возможностях. В этих случаях подспорьем в психотерапевтической разъяснительной работе может быть следующая аргументация.

Мы обычно начинаем беседу с того, что фиксируем внимание пациента на результатах объективных исследований, которые не выявили какой-либо патологии половых органов. Затем отмечаем, что импульсы, исходящие из здоровых органов, обычно не осознаются человеком. Однако в некоторых случаях вследствие нарушений в функционировании соответствующих образований головного мозга эти импульсы достигают его высших отделов (коры) и осознаются как болезненные ощущения. В результате создается ситуация своеобразного физиологического обмана, когда действительное положение вещей не соответствует их оценке («кривое зеркало»).

Для того чтобы сделать восприятие излагаемого более доступным, мы обычно рассказываем следующую историю. Перед отъездом одной семьи на отдых их квартиру взяли под охрану, подведя сигнализацию. Дважды за время отдыха сигнализация срабатывала. Однако всякий раз устанавливали, что никто не посягал на имущество владельцев. Следовательно, заключаем мы, в квартире все в полном порядке, а неполадки нужно искать в самой системе, обеспечивающей сигнализацию. Действенным может оказаться и следующий применяемый нами вспомогательный прием. Пациенту рассказывают, что нередко люди, лишившиеся конечности (руки или ноги), ощущают в ней боль. В беседе мы обычно отмечаем, что когда человек фиксирует внимание на каком-либо органе или части тела, то он непременно начинает их ощущать. С целью подтверждения данной мысли задается следующий вопрос: «Скажите, ощущали ли вы до того, как я вас спросил об этом, большой палец своей левой руки?» Пациент всегда отвечает, что нет. Так мы стимулируем его по собственной воле не «прислушиваться» к своим болезненным ощущениям.

Воздействие на больного может быть усилено и за счет популярного изложения данных о «соматизации» реализованного сосредоточения. Так, известно, что хотя сосредото-

чение по своей природе является психическим процессом, однако при его реализации оно мгновенно «соматизируется» [7]. Внимание, пристально устремленное на любую часть тела, препятствует сокращению мелких артерий в ней. Поэтому сосуды в этом месте расслабляются и мгновенно наполняются артериальной кровью. Показано, что сосредоточение на рецептивных полях (тактильная, температурная, проприоцептивная и др. чувствительность) сопровождается повышением их чувствительности (снижение порога). Опыт применения АТ с объективной регистрацией кожной температуры и проведением плетизмографии показал, что расширение сосудов конечностей возникало у большинства испытуемых без применения соответствующих формул самовнушения, а просто в силу того, что им было предложено удержать сосредоточение на конечности в течение 3-5 мин. Даже сосредоточение на строго ограниченных участках туловища, рук, ног приводило к снижению интенсивности натяжения кожи (данные тензометрии), увеличению объема этой части тела (данные плетизмографии), снижению биоэлектрической активности прилегающего слоя мускулатуры, повышению кожной температуры на 1,5-3°.

Приведенные данные [7] вскрывают патогенную роль, которую может сыграть принудительное (пассивное) сосредоточение, обусловленное патологической мнительностью и направленное, в частности, на функцию анализаторов. При всей тяжести сенестопатических ощущений, локализующихся в области половых органов, описанная психотерапевтическая «обработка» может несколько улучшить субъективное состояние больных, если эти ощущения не связаны с бредовыми переживаниями.

**7. Прием «расширение сознания»** [5]. Приступая к лечению пациента с сексуальным расстройством, врач всегда относится к последнему как к злу, подкрепляя уже существующую уверенность в этом у пациента. При этом не всегда учитывается конкретный контекст партнерских взаимоотношений. Так, по нашему глубокому убеждению, в ряде случаев расстройство может иметь и положительное значение,

выступая в качестве индикатора надежности партнерской коммуникации. В самом деле, когда в партнерстве, которое по прогнозам должно превратиться в брачный союз, возникает сексуальная поломка у мужчины, в ряде случаев отмечается непримиримость женщины к возникшим нарушениям, приводящая к разрыву отношений. В результате у мужчины к беспокойству, обусловленному сексуальным срывом, прибавляются переживания, связанные с боязнью потери любимого человека.

В этих случаях, на наш взгляд, целесообразно ориентировать пациента на оценку сексуального расстройства с иной, альтернативной позиции. Мы заявляем больному, что его понимание создавшегося положения узкое и что его расстройство в данном случае благо, а не зло. Очень хорошо, что расстройство возникло именно сейчас, а не позже, и он смог вовремя распознать человека, с которым хотел связать свою судьбу. На поверку оказалось, что между ними не было ничего общего, кроме постели. Таким образом, заключаем мы, сексуальное расстройство сыграло положительную роль. В этих случаях также полезно попросить больного представить, что бы могло произойти, если бы это расстройство возникло гораздо позже, когда спустя годы после женитьбы были бы общие дети, совместное жилье и хозяйство и когда бы он был связан со своей женой множеством других социальных связей.

Убедить больного в его ограниченной оценке случившегося, не учитывающей всей «полноты» понимания проблемы, может помочь и следующая притча, которую полезно ему рассказать. Один старый китаец был единственным человеком в деревне, который имел лошадь. Естественно, что он был богаче остальных, так как мог вспахать больше земли. Все считали его счастливым, пока лошадь не убежала. Тогда его начали жалеть. Через несколько дней его лошадь вернулась и привела с собой дикую лошадь. Так как теперь и вторая лошадь стала принадлежать ему, то теперь все стали говорить о его удачливости. Однако на следующий день его сын, пытаясь влезть на дикую лошадь, упал с нее и поломал себе ногу. Односельчане сочли это несчас-

тьем. Через некоторое время появились гонцы императора, забирающие юношей в армию. Понятно, что сына старого китайца из-за поломанной ноги в армию не взяли. Эта притча в иносказательной форме помогает посмотреть на происходящие события по-другому. Оказывается, что расстройство («поломанная нога») может определенно выполнять положительную функцию. Естественно, что такой подход вовсе не означает отказа от ликвидации сексуальных нарушений.

Описанный нами психотерапевтический прием, направленный на переосмысление пациентом своего положения и приводящий к снижению эмоционального напряжения, оказался очень эффективным при клинической апробации.

8. В литературе нашли отражение, на наш взгляд, весьма спорные рекомендации A. Finkel, R. Thompson [9] об информации, которую советуют сообщать пациентам в связи с существующей у них психогенной сексуальной дисфункцией. Так, врач объявляет им, что они страдают «умеренным простатитом». Этот диагноз, по мнению авторов, оказывает менее тяжелое психологическое воздействие на больных по сравнению с теми случаями, когда пациенты считают имеющиеся у них нарушения эрекции чисто психогенными. Больным предписывали увеличить количество потребляемой жидкости, а также назначали сульфаниламидный препарат. Во время последующих визитов их уверяли, что простатит постепенно излечивается. Спустя некоторое время им говорили, что они могут попытаться возобновить половые сношения при благоприятном стечении обстоятельств. У 60% мужчин из 84, которые прошли этот курс лечения, как сообщают авторы, была отмечена достаточная степень улучшения.

По существу такое «психотерапевтическое» воздействие является искусственным приемом «соматизации», использование которого может оказать ятрогенное воздействие, так как в быту широко распространено мнение о неизлечимости простатита, тем более умеренно выраженного. Диагноз психогенного расстройства потенции, обусловленного

психологическими причинами, по нашему мнению, выглядит куда более безобидно.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дворкин Э.М. Психотерапия сексуальных расстройств: Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. – 2-е изд. – Ташкент, 1979. – С. 420–434.
2. Кочарян Г.С. Психотерапевтический подход при некоторых сексуальных расстройствах с гипозрецией // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 134.
3. Кочарян Г.С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.
4. Кочарян Г.С. Сенестопатии в клинике сексуальных расстройств и возможности рациональной психотерапии // Немедикаментозные методы купирования болевых синдромов: Тез. Респ. науч. конф. – К., 1989. – С. 177–179.
5. Кочарян Г.С. Прием «расширения сознания» в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными нарушениями // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 215–217.
6. Кочарян Г.С. Прием «сопоставление по аналогии» в сексологической практике // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 213–215.
7. Мирковский К.И. Сосредоточение и его роль в реализации психотерапевтического самовоздействия // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. – Тамбов, 1974. – С. 61–64.

8. Свядоц А.М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
9. Finkel A., Thompson R. Alternatives to androgenic hormones in treating male impotency // *Geriatrics*. – 1972. – Vol. 27. – P. 74–76.

## **ГЛАВА 12**

### **УСКОРЕННЫЙ ВАРИАНТ АУТОГЕННОЙ ТРЕНИРОВКИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

#### **12.1. Использование аутогенной тренировки в сексологической практике (общие сведения)**

Аутогенная тренировка (АТ) – психотерапевтический метод, позволяющий с помощью специальных упражнений научиться управлять рядом вегетативных и психических функций. Его создателем является немецкий врач Иоганнес Генрих Шульц. Появление АТ как метода и самого термина «аутогенная тренировка» обычно связывают с опубликованной им в 1932 г. одноименной монографией «Das Autogene Training».

В.С. Лобзин, М.М. Решетников [12] отмечают, что, рассматривая аутогенную тренировку как синтетический метод, можно выделить пять основных источников, на основе которых она формировалась: практику использования самовнушения представителями так называемой малой нансийской школы (Е.: Coue, Ch. Baudouin), древнеиндийскую систему йогов, исследования ощущений людей при гипнотических внушениях (работы Шульца), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций (Е.: Jacobson), разъясняющую психотерапию.

Классическая система АТ Шульца состоит из двух ступеней: низшей и высшей. Низшая ступень включает 6 упражнений («тяжесть в конечностях», «тепло в конечностях», «овладение ритмом сердечной деятельности», «регу-

ляция ритма дыхания», «ощущение тепла в эпигастральной области», «ощущение прохлады в области лба»).

Высшая ступень носит название аутогенной медитации и состоит из 7 упражнений. Если задачей низшей ступени АТ является овладение способностью контролировать свои вегетативные функции, то задачей высшей ступени – функции психические. Обычно с лечебной целью используется низшая ступень АТ, однако иногда применяются и элементы ее высшей ступени.

АТ занимает особое место среди психотерапевтических методов лечения сексуальных расстройств, так как, в отличие от многих других средств из психотерапевтического арсенала, требует активного участия самого больного в лечебном процессе, а следовательно, предъявляет определенные требования к его личностным и другим качествам. Считается, что пациент, занимающийся АТ, должен обладать «волей к здоровью», определенным интеллектуальным минимумом и желанием сотрудничать с врачом (D. Müller-Hegemann, 1959).

Все методики АТ, в том числе и используемые для лечения сексуальных расстройств, являются модификациями ее классического варианта, предложенного Шульцем. Первые попытки использования АТ для лечения сексуальных расстройств предпринимались еще в 30-х годах. И. Шульц с помощью упражнений первой ее ступени купировал у больных страх и неуверенность в возможности совершить половой акт, а также устранял преждевременную эякуляцию [по 16].

По нашему мнению, включение АТ в систему лечения сексуальных расстройств предполагает: 1) возможность психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние в преддверии и во время интимной близости; 2) возможность психотерапевтической коррекции отдельных сексопатологических симптомов или их сочетаний, а также сопутствующих сексуальному расстройству нарушений и вызывающих его причин; 3) постепенное приобретение пациентом психотерапевтической автономии; 4) переход на качественно новый режим саморегуляции, когда нежела-

тельный до этого самоконтроль в результате тренинга включается в механизм совладания или компенсации, а следовательно, приобретает новый, конструктивный характер.

АТ при лечении сексуальных расстройств, как правило, является лишь одним из структурных компонентов комплекса терапевтических мероприятий. Врач обычно проводит занятия АТ с группой пациентов. Иногда это осуществляется и индивидуально.

Для коррекции сексуальных нарушений используют возможности низшей и высшей ступени АТ, а также программирование и моделирование. С целью ускорения освоения АТ применяется гипносуггестия, а для более быстрого достижения конечного результата из программы обучения иногда исключаются некоторые упражнения АТ.

АТ используется при различных сексуальных расстройствах как у мужчин, так и у женщин. Ее применяют при сексуальных дисфункциях у мужчин, обусловленных невротическими расстройствами (неврозами), расстройствами личности (психопатиями), неврозоподобными состояниями и патохарактерологическими изменениями на органической основе [1–3, 14 и др.]. АТ использовалась и в комплексе лечения сексуальных расстройств, которые связывали с хроническим простатитом [13]. Существует позитивный опыт ее применения при аноргазмии, вагинизме и диспареунии (гениталгиях) неорганической природы (психогенно обусловленных) [5, 7, 17 и др.]. Помимо этого, АТ используют при расстройствах сексуального предпочтения (парафилиях) [4].

Можно выделить два, отличающихся между собой, подхода к применению АТ для лечения сексуальных расстройств. *Первый* из них предусматривает использование «длинных» схем, которые при их освоении охватывают значительный временной интервал (до 3-х месяцев). В этом случае вначале осваиваются упражнения низшей ступени АТ (шесть или пять в зависимости от модификации), которые в данном контексте называются общими (общий курс). Затем приступают к освоению специальных упражнений,



направленных на коррекцию сексуальных нарушений (специальный курс). Ускорение в освоении упражнений общего курса иногда достигается за счет обучения всем упражнениям низшей ступени под гипнозом.

*Второй подход* предполагает построение схемы лечения, ориентированной на вариант, известный в литературе под названием «направленная тренировка органов» [6]. Это более короткий путь, так как в этом случае больные с различной патологией вовсе не должны осваивать все упражнения АТ. При обучении этому варианту АТ после объяснения техники проведения аутогенной тренировки (позиции, упражнения), а также действия ее упражнений на организм (первый класс), больные с различными заболеваниями в общей группе на одних и тех же занятиях обучаются начальным двум упражнениям («тяжесть» и «тепло» в конечностях) низшей ступени АТ (второй класс). Освоения этих упражнений считается достаточным для ликвидации общей вегетативной и невротической симптоматики. Те же больные, у которых на первый план выступают нарушения функционирования определенных органов и систем, переводятся в третий класс, предусматривающий деление пациентов на следующие 6 групп: «голова», «сердце», «живот», «сосуды», «легкие», «покой». В случае использования этой короткой схемы для лечения половых расстройств в 3-м классе может быть выделена специальная группа «сексуальная сфера».

## **12.2. Оригинальная методика аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств**

Нами разработан ускоренный вариант АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин [8–10]. Необходимость его создания была обусловлена тем, что существующие модификации АТ для воздействия на сексуальную сферу, как правило, чрезвычайно емки по времени освоения. Это часто порождает пессимизм в плане принятия решения о необходимости использования указанного метода, так как в значительном числе случаев можно прогнозировать выздо-

рование пациента до момента освоения всего комплекса рекомендуемых упражнений. Поэтому нередко вопрос о применении АТ с лечебной целью снимается и диапазон ее использования значительно ограничивается.

Эффект ускорения в предлагаемой модификации АТ достигается за счет следующих факторов: включения в осваиваемый комплекс только тех упражнений, которые необходимы для достижения поставленной цели (АТ строится по типу направленной системной тренировки); значительного использования компонента гетеросуггестии при проведении занятий с врачом вследствие применения подтекста с произнесением слов вполголоса; стимуляции пациентов к запоминанию возникающих у них при выполнении упражнений ощущений, так как использование приемов сенсорной репродукции ускоряет период обучения; применения при гетеро- и аутосуггестии стереотипных, легко запоминающихся формул.

Мы рекомендуем начинать АТ с освоения упражнения, при котором используется суггестия, непосредственно направленная на достижение расслабленности в мышцах лица, конечностей и туловища. Это первое упражнение является базовым, так как именно после его выполнения создаются благоприятные условия для освоения последующих упражнений. Затем переходят к освоению упражнения «Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота (к лобку и корню члена)». Непосредственным продолжением этого упражнения является третье упражнение, направленное на вызывание тепла во всем члене. Суггестия включает также мотивированное внушение, согласно которому увеличение полового органа в размерах обусловлено усиленным притоком к нему крови. Внушения подкрепляются образными представлениями эротического содержания. Вслед за этим применяются формулы, программирующие полноценное протекание полового акта. Используются элементы моделирования. Следует отметить, что программирование и моделирование можно включать в лечебную программу уже при освоении первого упражнения («Расслабление мышц»). Приведем формулы, используе-

мые во время гетеротренинга при освоении каждого из трех упражнений.

### **1-е упражнение («Расслабление»)**

*Я чувствую, как начали расслабляться мышцы лица...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы лица... Начали расслабляться мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах лба, глаз, щек, жевательных мышцах... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Мышцы лица расслабились полностью...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, что мышцы лица расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Я чувствую, как начали расслабляться мышцы рук...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы рук... Начали расслабляться мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения...

Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Мышцы рук расслабились полностью...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, что мышцы рук расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Я чувствую, как расслабляются мышцы ног...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы ног... Расслабляются мышцы бедер, голеней, стоп... Расслабление в мышцах бедер, голеней, стоп нарастает, увеличивается... Мышцы бедер, голеней, стоп расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

*Я чувствую, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота... Расслабление в мышцах грудной клетки, спины, живота нарастает, увеличивается... Мышцы грудной клетки, спины, живота расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

**2-е упражнение («Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота – к лобку и корню полового члена»)**

*Я чувствую появление тепла в области солнечного сплетения...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете появление тепла в области солнечного сплетения... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

*Тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

*Солнечное сплетение излучает тепло...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как солнечное сплетение излучает тепло... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

*Тепло струится в низ живота и достигает лобка и корня члена...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете появление тепла в области лобка и корня члена... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Во время занятий с пациентом при освоении второго упражнения для усиления суггестивного эффекта целесообразно, чтобы при произнесении ключевых формул врач клал свою ладонь на подложечную область пациента. При произнесении же фразы «Тепло струится в низ живота и достигает лобка и корня члена» с этой же целью следует

осуществлять скользящие движения пальцами правой руки сверху вниз от эпигастральной области по направлению к лобку и корню члена.

### **3-е упражнение («Тепло в половом члене»)**

*Я чувствую, как тепло распространяется на весь член...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете появление тепла во всем члене... Хорошо запомните возникшее ощущение...

Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

*Тепло в члене нарастает, увеличивается...*

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в члене нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

*Тепло в члене становится выраженным, интенсивным...*

Повторите про себя сказанные мною слова...

Действительно ощущаете, как тепло в члене становится выраженным, интенсивным... Это кровь приливает к половому члену и он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым... Хорошо запомните возникшее ощущение...

Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

При выполнении третьего упражнения рекомендуют одновременно представить себя находящимся в интимной обстановке с женщиной, которая вызывает желание обладания ею, что приводит к усилению реализации проводимых внушений.

Перед выведением из состояния аутогенного погружения на сеансах гетеротренинга мы используем следующую формулу: «Программа лечебного занятия завершена... Теперь, когда вы будете выполнять упражнения самостоятельно, реализация самовнушений будет происходить легко и быстро, так как в это время вы будете вспоминать мой

голос, мои слова, мои внушения, которые помогут вам в реализации самовнушений».

Данная формула оказывает суггестивное воздействие на пациента и тем самым облегчает и ускоряет обучение упражнениям АТ.

Занятия АТ с врачом целесообразно проводить не менее трех раз в неделю. Во время гетеротренинга больной самостоятельно предварительно выполняет ранее освоенные упражнения, что, естественно, уменьшает продолжительность лечебного занятия. Это обусловлено тем, что освоенное упражнение выполняется гораздо быстрее, чем врач успевает проговорить все предусмотренные текстом формулы. Обучение с терапевтом новому упражнению начинается с того момента, как пациент по предварительной договоренности поднимает указательный палец правой руки.

При самостоятельном выполнении АТ на начальных этапах освоения ее упражнений рецептура аутосуггестии включает в себя и формулы подтекста, которые произносятся внутренним голосом от первого лица. Естественно, что фраза «Повторите про себя сказанные мною слова...» редуцируется изначально. С течением времени рецептура подтекста, а впоследствии и основная формула становятся более краткими, что находится в прямой зависимости от степени освоения каждого из упражнений.

Больным дается стандартная рекомендация самостоятельно заниматься АТ два-три раза в день: утром (после пробуждения), вечером (перед засыпанием), а при наличии возможностей – и в дневное время. Предпочтительно выполнять упражнения в положении лежа на спине.

Каждое из описанных упражнений осваивается в течение 5-7 дней. Таким образом, общая продолжительность обучения АТ составляет 2-3 недели.

Следует отметить, что иногда уже при выполнении второго упражнения у некоторых больных возникает выраженное напряжение члена, достигающее 80% и более.

С целью коррекции неуверенности в успехе интимной близости, эмоциональных и сомато-вегетативных наруше-

ний накануне и во время полового акта, а также конкретных сексопатологических симптомов используются индивидуально подобранные формулы самовнушений. Включение их в программу занятия возможно уже во время освоения 1-го упражнения АТ, что приближает получение конкретных результатов. В случае отсутствия расстройств эрекции необходимость в освоении второго и третьего упражнений АТ отпадает и, таким образом, курс обучения АТ значительно сокращается.

Нами часто используется сочетание АТ с гипнозом. В этом случае после окончания выполнения осваиваемого при гетеротренинге упражнения мы проводим лечебные внушения, предварительно сообщив больному, что теперь его память, его нервная система, весь его организм настраиваются на восприятие целебных внушений. Следует подчеркнуть, что сочетание АТ и гипноза обладает взаимопотенцирующим эффектом. С другой стороны, целью лечебного курса АТ является не просто освоение всех ее упражнений, а выздоровление. Используя АТ в сочетании с гипнозом, мы нередко добиваемся излечения больного задолго до того, как он освоит все упражнения АТ, и, таким образом, искусственно не затягиваем период лечения. Данная тактика, конечно, вовсе не исключает того, что и после ликвидации сексуального расстройства часть мужчин захочет продолжить обучение АТ вплоть до полного ее освоения, так как владение АТ во всем ее объеме, тем более при систематическом выполнении, способствует профилактике повторно возникающих сексуальных нарушений. Однако следует отметить, что у большинства мужчин интерес к АТ исчезает сразу же после ликвидации полового расстройства.

Описанная модификация АТ используется нами для лечения преимущественно психогенных сексуальных расстройств у мужчин, в частности, тех из них, где имеет место синдром тревожного ожидания неудачи. Однако ее можно с успехом применять и при других формах сексуальных нарушений у мужчин. Помимо этого, несколько измененный ее вариант (во втором и третьем упражнениях) может



использоваться для лечения аноргазмии и других сексуальных расстройств у женщин. Так, при выполнении второго упражнения следует внушать пациенткам, что тепло струится в низ живота и достигает половых органов и промежности. Третье же упражнение будет направлено собственно на вызывание тепла в половых органах и промежности. Таким образом, речь идет лишь о некоторых текстовых заменах, что не представляет собой какой-либо сложности.

Следует отметить, что разработанная нами новая модификация АТ была апробирована на значительном количестве больных как автором, так и другими сексопатологами и психотерапевтами, в результате чего выявилась ее высокая эффективность. Свидетельством этому может, например, служить публикация А.Н. Пахалкова [15], в которой автор делится опытом применения данной модификации при «функциональных» сексуальных расстройствах, проявляющихся ускоренным семяизвержением, когда АТ использовалась в сочетании с медикаментозными средствами, а при необходимости – и с массажем предстательной железы. Было проведено лечение 100 больных. Автор указывает, что у всех этих пациентов, которые овладели АТ, нивелировалась невротическая симптоматика и было достигнуто более спокойное отношение к своей сексуальной проблеме. Отмечается, что снижение эмоционального напряжения в прелюдии было достигнуто в 90% наблюдений, у 45% больных увеличилась продолжительность полового акта, а 38% пациентов приобрели способность волевого контроля над уровнем полового возбуждения, что дало им возможность по собственному желанию увеличивать продолжительность коитуса.

### 12.3. Аутосуггестия при различных сексуальных нарушениях

Для облегчения работы сексопатологов и психотерапевтов, на наш взгляд, целесообразно привести примерные формулы самовнушений, которые могут быть использованы для коррекции отдельных сексопатологических симптомов и синдромов. В этих случаях АТ используется как основа для аутосуггестии.

**Так, с целью ликвидации эрекционных нарушений, обусловленных синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи,** мы рекомендуем следующую рецептуру самовнушений: «В преддверии интимной близости, во время интимной близости я совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Единственной реальностью являются испытываемые мною сладострастные ощущения... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым... Введение его удастся осуществить легко. На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно...».

**При ускоренном семяизвержении** следует использовать формулы, включающие настрой на спокойствие и уверенность в себе во время интимной близости, медленное, постепенное нарастание полового возбуждения, уменьшение чувствительности головки полового члена при фрикциях, приобретение способности регулировать уровень возбуждения при половом акте. Используемая нами рецептура имеет примерно следующий вид: «Во время интимной близости я спокоен... Возбуждение при фрикциях нарастает медленно... Уменьшается чувствительность головки полового члена... Отныне при половом сближении испытываю в ней приятные, но несколько притупленные ощущения... Возбуждение нарастает постепенно... Приобретаю способность

контроля над уровнем полового возбуждения..., отныне я могу его регулировать... Половой акт будет протекать долго, очень долго, так долго, как я сам этого захочу...».

**При снижении либидо** мы рекомендуем следующие самовнушения:

«Голос партнерши (партнера), ее (его) вид, ее (его) прикосновения, ласки, поцелуи мне очень приятны... Присутствие партнерши (партнера) вызывает сильное желание обладания ею (им), потребность “слиться” в единое целое, желание раствориться друг в друге...».

**При снижении волюстических ощущений** (сладострастных ощущений, возникающих при фрикциях) необходима аутосуггестия, направленная на повышение их интенсивности. В указанных целях мы предлагаем использовать следующую формулу: «Каждое движение члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение...».

**В случаях аноргазмии у женщин и мужчин** необходимо с помощью лечебных самовнушений запрограммировать неуклонный рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения. Такую же аутосуггестию можно рекомендовать и **при увеличении продолжительности полового акта у мужчин** с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения.

Известны рекомендации для лечения половой холодности у женщин [11]. С этой целью пациенткам предлагалось обучаться сосредоточиваться на определенной мысли, что облегчало концентрацию внимания на сексуальных ощущениях во время полового акта и, следовательно, обеспечивало большую эффективность стимуляции. К стандартной формуле «в животе ощущается тепло» добавлялись формулы: «тепло ощущается в нижней части живота» и «промежность теплая и влажная». Это облегчало регулирование ощущений в области гениталий, увеличивало приток к ним крови и повышало их чувствительность. Исходя из специфики нарушений применялись также следующие форму-

лы: «половая жизнь мне нравится», «достичь возбуждения легко», «мое возбуждение постепенно достигает пика», «я дойду до полного погружения в сексуальные переживания».

**При фобической форме вагинизма** можно использовать следующую лечебную формулу: «Боязнь полового акта полностью покидает меня, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости я совершенно спокойна... Живот напряжен... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт мне приятен...».

На наш взгляд, использование аутосуггестии при истерической форме вагинизма гораздо менее перспективно, так как если речь не идет о «застаревшем» истерическом симптомокомплексе, который уже лишен «психологического потенциала», то вагинизм продолжает оставаться условно приятным/желанным, представляющим собой средство коммуникации на так называемом протоязыке.

**При фобических диспареуниях (гениталгиях)** целесообразно использование самовнушений, направленных (так же как и при фобической форме вагинизма) на ликвидацию боязни с утверждением спокойного отношения к интимной близости, которая доставляет наслаждение. Следует проводить и аутосуггестию, непосредственно программирующую безболезненное течение полового акта: «Боязнь полового акта полностью покидает меня, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости я совершенно спокойна... Неприятные и болевые ощущения покидают мои половые органы... Интимная близость доставляет мне большое наслаждение...».

В отношении эффективности использования аутосуггестии при истерической форме диспареунии (гениталгии) наше мнение такое же, как и для истерической формы вагинизма.

АТ как основу для самовнушений применяют и **при лечении парафилий (расстройств сексуального предпочтения)**. А.Я. Голанд [4] рекомендует с этой целью осваивать все упражнения первой ступени, а также некоторые элементы второй. Аутотерапия строится в соответствии с

задачами, вытекающими из этапности лечения половых извращений. Упражнения АТ осваиваются быстро (в течение 3-4 недель), так как в состоянии глубокой релаксации производится обучение всем упражнениям низшей ступени под гипнозом одновременно. Лечебные самовнушения включаются с самого начала до момента освоения упражнений АТ, что не лишает их эффективности.

*На первом этапе лечения*, задачей которого является ослабление, а затем и устранение патологического полового влечения и связанных с ним переживаний, рекомендуются следующие самовнушения: «прежние сексуальные раздражители исчезают, проходят мимо сознания, игнорируются, отношение к сексуальным объектам или ситуациям спокойное, равнодушное...». Эти внушения дополняются затем формулами, создающими необходимое настроение («спокойное, бодрое, деловое, оптимистическое, энергичное, веселое»). Для отвлечения внимания от неадекватных сексуальных раздражителей рекомендуется использовать первое и второе упражнения АТ, освоенные на первом этапе: активно переключать внимание на руку и вызывать в ней ощущения тяжести и тепла.

*На втором этапе* (этапе формирования адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола и правильного этического отношения к ним) самовнушения, проводящиеся на фоне глубокой релаксации, утверждающие притягательность лиц противоположного пола, подкрепляются их образным представлением (лицо, а затем фигура со всеми деталями). Прототипы представляемых женщин могут быть почерпнуты из фотографий, репродукций картин, телепередач, кинофильмов, реальной жизни. Одновременно рекомендуется использование формул, направленных на программирование усиления адекватного восприятия лиц противоположного пола, встречающихся в реальной действительности: «Все больше красивых лиц женщин встречается мне на улицах, привлекая мое внимание».

*На третьем этапе*, предполагающем формирование и закрепление адекватного эротического отношения к проти-

воположному полу, сюжетное построение образных тренировок, также проводящихся на фоне полной релаксации, усложняется. Они насыщаются эротикой, вызываемые образы становятся натуралистическими, возбуждающими, усиливается эмоциональность сопровождающих их формул самовнушения.

В некоторых случаях сексуальные нарушения являются симптомами, параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствам сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям невротического или неврозоподобного астенического синдрома. В других – невротическая симптоматика осложняет сексуальные расстройства, отражая реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складываются таким образом, возникает необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе может способствовать улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. Приведем примерные формулы самовнушений, которые могут оказаться полезными в этих случаях.

**При повышенной раздражительности** можно применять следующую аутосуггестию: «Отныне я спокоен и уравновешен... Спокоен и уравновешен всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе я всегда спокоен и уравновешен... Спокойствие и уравновешенность следуют за мной повсюду... Спокойствие и уравновешенность становятся неотъемлемыми чертами моего характера...».

**В случае наличия собственно астенического компонента** больной может внушать себе следующее: «Укрепляется каждая моя нервная клеточка, укрепляется вся моя нервная система, укрепляется весь мой организм... Каждая клеточка моего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в мой организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь я всегда бодр, свеж, энергичен...».

**При агрипнических расстройствах** эффективно применение следующей формулы: «Улучшается мой ночной сон, углубляется мой ночной сон, нормализуется мой ночной сон... Теперь один вид постели, прикосновение го-

ловы к подушке в вечернее время перед засыпанием вызывают у меня дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости... Отныне засыпаю легко и быстро... Мой ночной сон продолжительный и глубокий... Сплю до самого утра, а утром после пробуждения чувствую себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у меня хорошее, приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...».

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что описанный в данной главе вариант АТ, используемый в комплексе с другими терапевтическими методами, позволяет быстро и эффективно лечить сексуальные расстройства. В связи с малой продолжительностью обучения данной модификации, она может с успехом использоваться не только в амбулаторных, но также в стационарных и санаторно-курортных условиях.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрианов В.В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 39 с.
2. Буртянский Д.Л., Кришталь В.В., Филатов А.Т. Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции: Учебное пособие. – М.: ЦОЛИУВ, 1978. – 31 с.
3. Голанд Я.Г. Об организации комплексной психотерапии психогенных форм импотенции // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1969. – Т. 58. – С. 39–40.
4. Голанд Я.Г. Лечение нарушений психосексуальных ориентаций // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 109–114.
5. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 271 с.

6. Клейнзорге Х., Клюмбиес Г. (Kleinsorge H., Klumbies G.) Техника релаксации / Пер. с нем. – М.: Медицина, 1965. – 80 с.
7. Копылова И.А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1969. – Т. 58. – С. 124–125.
8. Кочарян Г.С. Применение аутогенной тренировки в терапии расстройств мужской потенции // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Тез обл. науч.-практ. конференции. – Харьков, 1987. – С. 170–171.
9. Кочарян Г.С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения и профилактики сексуальных расстройств у мужчин // Респ. конф. «Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний»: Тез. докладов. – К.; Ворошиловград, 1988. – С. 55–57.
10. Кочарян Г.С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Метод. рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 19 с.
11. Кратохвил С. (Kratochvil S.) Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
12. Лобзин В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей. – Л.: Медицина, 1986. – 280 с.
13. Мирзоян А.С. О психотерапевтическом значении сексуального образования в общем комплексе психотерапии сексуальных расстройств у мужчин // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч.-практ. конф. – Тамбов, 1974. – С. 339–342.
14. Мировський К.І. Застосування аутогенного тренування при лікуванні сексуальних розладів у чоловіків // Статеві розлади / За ред. Й.М. Аптера. – К.: Здоров'я, 1972. – С. 185–191.
15. Пахалков А.Н. Опыт применения аутотренинга при ускоренном семяизвержении // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 217–219.



16. Перекрестов И.М., Перекрестов Р.И. Некоторые вопросы аутогенной тренировки при мужской психогенной импотенции // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч. практ. конф. – Тамбов, 1974. – С. 422–425.
17. Свядоц А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.

## **ГЛАВА 13**

### **ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ**

#### **13.1. Общие сведения о синдроме**

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) – один из наиболее часто диагностируемых и универсальных сексопатологических синдромов у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Детально он был изучен в СССР во второй половине 80-х – начале 90-х годов XX столетия [11, 14]. В западной литературе СТОСН известен под названием «*fear of sexual failure*» (страх/боязнь/опасение сексуальной неудачи [англ.]). Основным в этом синдроме является опасение/страх невозможности выполнить половой акт или нарушения способности к полноценному его осуществлению. Это/этот опасение/страх максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

СТОСН чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (один из вариантов тревожных расстройств по МКБ-10) приходится наибольшее число случаев. Вместе с тем данный синдром имеет место и при некоторых расстройствах личности (психопатиях), а также у больных с эндогенной психической патологией, например, при шизофрении. Кроме того, СТОСН часто усугуб-

ляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией. Ниже приведены данные о формировании, клинических проявлениях и течении данного синдрома, которые были получены в результате проведенных нами специальных исследований [11, 14].

Существует три варианта формирования рассматриваемого синдрома. В первом случае его появление предшествует возникновению сексуальных нарушений (*доманифестное формирование*). Во втором – первые сексуальные контакты с новыми партнершами (от одного до трех) непременно сопровождаются тревожным ожиданием неудачи, что ведет к копулятивным «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекают без изъяснов, так как СТОСН довольно быстро ликвидируется (*манифестное формирование*). Третий вариант характеризуется развитием данного синдрома после возникновения сексуальных нарушений (*постманифестное формирование*). У большей части больных с последним вариантом формирования СТОСН он развивается остро или подостро (после одной, двух или нескольких неудачных попыток), а у меньшей – постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходит довольно продолжительный период времени: месяц – годы).

Инициировать развитие СТОСН могут: боязнь последствий мастурбации (в настоящее время наблюдается гораздо реже, чем раньше); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим или эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (интимная близость осуществляется в несоответствующих условиях); неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций; негативная оценка сексуальных качеств мужчины его партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных иной патологией, и многое другое.

Среди внутренних причин, способствующих возникновению этого синдрома, следует назвать тревожно-мнительные черты характера, которые наблюдаются при некоторых

акцентуациях характера и расстройствах личности (психастеническая и сенситивная акцентуации, ананкастное расстройство личности). В ряде случаев главную роль в развитии СТОСН играют именно внутренние (эндогенные) факторы, а экзогенные (психогенные) – второстепенную.

Изучение нами патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи [11,14] показало, что в их возникновении участвуют нарушения церебральной нервной регуляции, обусловленные дисфункцией мезодиэнцефальных структур, которая имеет место во время интимной близости. На развитие этих расстройств могут оказывать влияние снижение секреции тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия. Также предложена психологическая модель формирования СТОСН, обосновывающая его развитие с позиций концепции психологических функциональных системных механизмов [11,14].

Из ранее известных схем, объясняющих возникновение половых дисфункций, которые обусловлены СТОСН, упомянем опирающуюся на нейродинамическую концепцию И.П. Павлова, а также ту, которая рассматривает возникновение сексуальных расстройств при данной патологии на основе учения о доминанте А.А. Ухтомского. Помимо этого, развитие невроза ожидания неудачи объясняют с помощью теории двух фаз Моврера. Существует и трактовка СТОСН в контексте теории функциональных систем П.К. Анохина.

Среди сексологических симптомов у больных неврозом ожидания неудачи чаще других встречаются расстройства эрекции (гипоэрекция, анэрекция, неустойчивая и ундулирующая эрекция, торпидное возникновение напряжения полового члена), реже – расстройства эякуляции (в подавляющем большинстве случаев – ускоренное семяизвержение). Несколько реже эякуляторных расстройств наблюдается снижение либидо и значительно реже – легкая гипооргазмия. Названные симптомы могут существовать изолированно и в различных сочетаниях.

При упомянутом неврозе страдают как адекватные, так и (в более выраженных случаях) спонтанные эрекции (днев-

ные, утренние, ночные). Наиболее сохранными из спонтанных эрекций являются ночные, так как именно в этот период опасение неудачи и связанный с ним гиперконтроль напряжения полового члена либо вовсе отсутствуют, либо выражены в минимальной степени.

Помимо названных копулятивных нарушений, у половины больных выявляется симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который выражается в частичной или полной блокаде сладострастных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей во время интимной близости.

Интенсивность опасений неудачи претерпевает изменения даже на протяжении небольших промежутков времени, что, естественно, сказывается на половых функциях. Так, отмечается снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном состояниях, что в некоторых случаях может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Кроме того, незапланированные половые акты часто бывают более полноценными, чем запланированные, а иногда даже безупречными, так как в первом случае упомянутые опасения либо вообще не успевают «включиться», либо включаются не в полной мере.

Выделены следующие симптомообразующие факторы, участвующие в формировании копулятивных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи: 1) «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозирует больной (эрекционные, эякуляторные, а может быть, одновременно те и другие); 2) эмоциональное напряжение; 3) гиперконтроль половых функций; 4) сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН; 5) личностные реакции на половое расстройство; 6) сексуальная дизритмия; 7) основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений (например, гипозрекция может обусловить увеличение продолжительности полового акта или даже анэякуляцию).

Первые четыре из названных факторов специфичны для СТОСН, а остальные таковыми не являются и могут участвовать в формировании копулятивных нарушений при любых других формах сексуальных расстройств.

У больных неврозом ожидания неудачи в обстановке интимной близости отмечаются психовегетативные нарушения, которые могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявляются учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. Очень редко имеют место неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случаях смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше явлений, у пациентов наблюдаются затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко – позывы к мочеиспусканию и чувство жара.

У лиц, страдающих неврозом ожидания неудачи, во время интимной близости имеют место также различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах). Нередко их в течение всего дня преследуют мысли о сексуальной несостоятельности. Могут отмечаться различные проявления астенического синдрома, ухудшение настроения. У части пациентов фиксируются (отсутствовавшие до развития характеризуемой патологии) повышенная мнительность, замкнутость, скрытность, ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носят динамический характер и исчезают после ликвидации сексуальной проблематики.

У большей части мужчин невроз ожидания неудачи ведет к возникновению сексуальных расстройств и всегда занимает стержневое место в их структуре. У меньшей части пациентов этот невроз усугубляет течение половых расстройств, вызванных другими причинами, и чаще играет вспомогательную роль в их организации.

Существуют *континуальный* и *альтернирующий варианты* течения невроза ожидания неудачи. При первом из них СТОСН в течение какого-то времени имеет место практически постоянно, а при втором – он то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте СТОСН может быть как *тотальным* (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и *селективным* (быть выраженным только по отношению к одной партнерше). В последнем случае половые акты с другими женщинами протекают без изъяснов. Есть также *андроцентрический* вариант СТОСН (мужчину беспокоят только его собственные сексуальные проблемы), *феминцентрический* вариант (пациента в основном беспокоят переживания женщины и ее состояние в связи с его половым расстройством) и *смешанный*, сочетающий в себе особенности обоих вариантов. Следует отметить, что андроцентрический вариант отличается большей тяжестью по сравнению с феминцентрическим.

Характер течения рассматриваемого невроза зависит от личностных характеристик и партнерской ситуации. Так, при наличии черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве) возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения невроза с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

Анализ сексуальных взаимоотношений в супружеских (партнерских) парах, когда у мужчин диагностируется СТОСН, свидетельствует о том, что существуют *декомпенсирующий* и, как это ни парадоксально, *компенсирующий* варианты влияния половых расстройств на сексуальную гармонию. Компенсирующий вариант наблюдается редко. Он связан с увеличением по инициативе пациента продолжительности предварительного периода для усиления эрекции, что приводит к возникновению у партнерши оргазма, которого она не испытывала до развития у мужчины полового расстройства. При *отсутствии сколько-нибудь значимого влияния сексуальных нарушений на сексуальную гармонию* констатируют, что и до их появления оргазм у жен-

щин при половых контактах никогда не возникал. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния связано с небольшой выраженностью у мужчин копулятивных дисфункций. В этих случаях оргазм у женщины наступает так же часто, как и раньше, и у обоих партнеров не развивается дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов.

В данной главе сведения о формировании, патогенезе и клинических проявлениях СТОСН у мужчин представлены кратко. Подробные данные об этой патологии можно найти в нашей монографии «Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение» [14]. Более поздние наши разработки относительно СТОСН, которые явились дальнейшей детализацией полученных при проведении исследований результатов, нашли свое отражение в приложениях 5 и 6.

СТОСН, в том числе и невротического генеза, у женщин, страдающих сексуальными расстройствами, диагностируется гораздо реже, чем у мужчин, и обычно выражается в опасении невозможности в очередной раз испытать оргазм.

### **13.2. Традиционные, новые и новейшие психотерапевтические техники устранения опасения/страха сексуальной неудачи**

В связи с высокой частотой СТОСН чрезвычайно важными представляются возможности психотерапии лиц с указанной патологией. В настоящее время существует ряд специальных приемов и методик, которые целенаправленно используются для ликвидации тревожного опасения/страха сексуальной неудачи.

Так, например, широко известен **«метод мнимого запрета»**, который также называется **«методом запретного плода»** [18, 22, 28]. При его использовании пациенту на некоторое время (примерно на неделю) запрещаются половые сношения и одновременно разрешаются ласки и поцелуи при совместном пребывании в постели с партнершей. Это приводит к уменьшению тревожного опасения/страха сексуальной неудачи вследствие исключения

возможности проведения полового акта. Спустя очень небольшой срок больной может нарушить данный запрет с положительным результатом, что в дальнейшем приводит к нормализации сексуальных функций. При использовании названного метода врач обычно посвящает партнершу в намеченный план и инструктирует ее не препятствовать мужчине, когда он нарушит табу.

**Метод «медовый месяц»** [29] представляет собой разновидность метода «мнимый запрет», однако в отличие от последнего, где половые акты запрещается проводить, как правило, в течение недели, врач не разрешает попытки к их проведению на протяжении месяца. Затем больному обещают назначить лечение. В течение же этого месяца пациент почти сразу после прихода домой должен ложиться со своей партнершей в постель и находиться там с ней до утра. Указанное время значительно превышает то, которое занимает ночной сон. В вечернее время больному рекомендуют, лежа в кровати с женщиной, смотреть телевизор, читать и т.п. Это делается с той целью, чтобы он укладывался в постель не с намерением совершить половое сношение, а в целях взаимно приятного времяпрепровождения. В этих условиях пациент, освобожденный от ответственности, связанной с необходимостью осуществления полового акта, привыкший к постоянному телесному контакту с партнершей и с надеждой ожидающий начала лечения, постепенно ощущал снижение тревоги, что часто приводило к нарушению запрета и совершению полового акта при хорошей эрекции. Это вселяло веру в свои силы и ликвидировало лежащий в основе расстройства страх.

Уменьшающим страх действием обладает и **чистосердечное признание** в своих сексуальных затруднениях благожелательной партнерше [18], что вследствие уменьшения ответственности за возможную неудачу приводит к снижению гиперконтроля над ситуацией и эмоционального напряжения, а следовательно, способствует выздоровлению.

Сходным влиянием обладает **«охранная грамота»**, которую А.М. Свядоц [22] советует выдавать больным, страдающим неврозом ожидания неудачи. Указанная грамота



представляет собой написанное на бланке медицинское заключение, где указывается, что у данного человека отсутствуют признаки заболевания половой сферы, но имеются явления невроза ожидания, которые иногда могут тормозить половую функцию. Сообщается, что пациенту рекомендуется психотерапия (самовнушение и др.), а также постепенное привыкание (адаптация) его и женщины друг к другу. Мужчине дается совет ознакомить свою партнершу с «охранной грамотой» либо заранее, либо после сексуальной неудачи. По наблюдениям А.М. Свядоща, вручение указанной грамоты делало больных более уверенными и облегчало их вступление в интимный контакт.

Ослабляющим тревожное ожидание действием обладает и **метод контрастного самовнушения** по М.Л. Танцюре [23], являющийся одним из вариантов метода негативного воздействия (K. Dunlop, 1923, 1942). Его использование применительно к синдрому тревожного ожидания неудачи, проявляющемуся, например, эрекционными нарушениями, заключается во внушении себе больным в обстановке интимной близости, что напряжение члена у него не возникнет как бы он к этому не стремился. Об успешном применении контрастного самовнушения при психогенных сексуальных расстройствах у мужчин сообщают И.М. Виш с соавт. [3], которые, используя его для лечения 38 больных, в 32 наблюдениях отметили полное выздоровление, а в 6 – улучшение. Негативное воздействие тождественно методу парадоксальной интенции [25].

Опосредованным психотерапевтическим действием при характеризуемой патологии обладает предложенный К. Imielinski [28] метод **«гинекологическое положение»**. Данный метод предполагает принятие женщиной такой позы, когда мужчина может осуществить имиссию при частичном напряжении члена или даже в его отсутствие. Это становится возможным, если партнерша занимает положение, приближающееся к положению женщины при исследовании в гинекологическом кресле. Технически метод «гинекологического положения» выполняется следующим образом. Партнерша ложится на спину, например, на столе таким

образом, чтобы ягодицы находились у его края. Ноги максимально разведены, согнуты в коленях, стопы установлены на подставки, расположенные по обе стороны. Мужчина стоит между разведенными бедрами женщины. В этом случае половые органы обоих партнеров находятся примерно на одной высоте. Если разница уровней расположения половых органов значительна, ее устраняют с помощью подставок, скамейки и т.п. После принятия такого положения неопытный мужчина может при попытке имиссии обращаться к помощи рук или зрительному контролю. Непосредственно перед имиссией пациент начинает ласкать женщину с целью вызвать у нее определенное возбуждение и связанную с ним смазку влагалища, а также расслабление мышц, окружающих вход в него. Если этого не удастся достичь, необходимо обильно смазать косметическим вазелином (в настоящее время существуют смазки) одновременно вход во влагалище и половой член. Кроме того, для расслабления мышц рекомендовано неоднократное введение одного или двух сложенных пальцев (указательного и среднего) во влагалище и имитация ими фрикций. В результате такой подготовки мужчина обычно может, помогая себе руками, ввести член во влагалище, даже независимо от наличия эрекции. Когда половой член введен, необходимо занять выжидающее положение. Не следует сразу же выполнять какие-либо движения, так как вялый половой член может в самом начале «выскользнуть» из влагалища. Напротив, при отсутствии движений со временем уменьшается эмоциональное напряжение, а также гиперконтроль ситуации (наблюдение за происходящим), что вследствие продолжающегося контакта полового члена с влагалищем приводит у многих мужчин к постепенному нарастанию эрекции. Часто степень выраженности ее позволяет начать фрикционные движения. В других случаях первоначально возникает частичное напряжение полового члена, а выраженная эрекция появляется только при повторном или многократном выполнении вышеописанных действий. Психотерапевтический эффект в полной мере или частично удавшегося полового сношения огромен. Постепенно пациент

избавляется от сексуального расстройства вследствие ослабления и ликвидации неадекватных защитных механизмов.

Этот метод назван К. Имелинским ассоциированным, так как он применяется в сочетании с рациональной психотерапией и скрытой суггестией. Он обладает большой терапевтической эффективностью даже в тех случаях, когда ранее применявшиеся традиционные методы психотерапии оказываются нерезультативными. К. Имелинский отмечает, что только в 1970 г. данный метод был применен им в 22 случаях невротических расстройств эрекции, при этом излечение было достигнуто у 18 больных, т.е. в 84% наблюдений [28]. Метод «гинекологического положения» нами также применялся с успехом. Его использование в ряде случаев значительно уменьшало сроки лечения.

С.И. Грошев [6] предложил метод для ликвидации ускоренного семяизвержения, обусловленного синдромом тревожного ожидания неудачи. Механизм его терапевтического влияния состоит в отвлечении мужчины от тревожных мыслей о возможной сексуальной неудаче, достигаемом с помощью **вербального раскрепощения**, заключающегося в свободном высказывании партнерше слов восхищения ею.

С.В. Владимиров-Клячко [4] поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний **петтинга**, который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает с мужчины ответственность за качество полового акта, а следовательно, нейтрализует фактор тревожного опасения/страха неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения ею мужа при его затруднениях.

Идея ценности использования петтинга с лечебно-реабилитационной целью широко пропагандировалась С.С. Либихом [20]. Обосновывая необходимость его применения, автор отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена при сексуальных контактах. Вместе с тем, как подчеркивает С.С. Либих,

главным показателем качественного полового акта является оргазм. Суть рекомендуемой им методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной и женщиной в отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Свои требования они отражают, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары, программа петтинга (своеобразный «контракт»), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с принципом парадоксальной психотерапии обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается. В случае нарушений эрекции психогенной природы использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации, так как в силу того, что напряжение члена игнорируется как компонент полового общения, ликвидируется синдром тревожного ожидания неудачи. Это нередко приводит к тому, что партнеры нарушают «запрет» проведения обычных половых актов.

А.В. Гришин [5], разрабатывая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова (1985, 1989), предложил для ликвидации СТОСН невротического генеза у мужчин использовать прием, состоящий из **эмоционально-стрессового самовнушения с использованием идеомоторной маятниковой пробы**. Смысл этого приема состоит в том, что больному ярко и образно, сообразуясь с его эмоциональным состоянием, раскрывается механизм сексуального расстройства. Объясняется воздействие страха и тревоги на половую функцию, подчеркивается во многом самовнушенный характер сексуального расстройства. Добившись принятия позиции психотерапевта, больного просят привести примеры действия самовнушения на организм. Затем ему предлагают думать о движении удерживаемого им маятника (идеомоторная проба). После того как маятник раскачается, пациенту рекомендуется представить свою сексуальную партнершу. Движения маятника при этом сразу же прекращаются. Тогда больному объясняют, что во время попыток совершить половой акт с ним происходит

аналогичное. Так как в данный период он не думает о женщине, совершенно не видит ее, а занят только своей эрекцией, то мысли о последней по механизму самовнушения «нарушают автономную сосудистую реакцию». Затем пациенту внушается, что он «перестанет быть маятником», «не будет железкой на нитке» и сможет в интимной обстановке избавиться от «эгоистического самонаблюдения», сосредоточив все свое внимание непосредственно на женщине. В заключение больной получает инструкцию 3 раза в день самостоятельно проводить пробу с маятником с использованием приведенных выше эмоционально-стрессовых самовнушений.

Для устранения тревожного опасения сексуальной неудачи может применяться **техника остановки мыслей**, которую относят к арсеналу когнитивно-поведенческой терапии. Напомним, что когнитивно-поведенческое направление возникло вследствие осознания того, что воздействие только на внешнее поведение пациента, которое осуществляется в рамках поведенческой (бихевиоральной) терапии, является недостаточным. Это направление ориентировано на прямое воздействие на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) [24]. Данная техника относится к числу простых техник когнитивно-поведенческой терапии. Она была описана Дж. Бэйном (J.A. Bain) [27] и введена в арсенал поведенческих техник Дж. Вольпе (J. Wolpe) [30]. Мишенью воздействия при характеризуемой патологии является тревожное опасение сексуальной неудачи, которое относят к навязчивостям в когнитивной сфере. Поскольку в результате тренинга, первоначально проводимого с психотерапевтом, пациент обучается самостоятельно воздействовать на свои мысли, то рассматриваемая техника относится к техникам самоконтроля. В начале ее освоения, чтобы обучить пациента процедуре остановки мыслей, психотерапевт предлагает ему сконцентрироваться на нежелательных мыслях. Для облегчения концентрации лучше, чтобы глаза больного были закрыты. Он получает инструкцию просигнализировать терапевту о моменте, когда негативные мысли будут четко представлены в его сознании. Это следует де-

лать невербально, например, подняв указательный палец. При поступлении такого сигнала терапевт громко командует: «Стоп!». Вслед за этим клиента просят описать, что произошло. Как правило, он сообщает, что в результате такой команды мысли исчезли. Описанная процедура повторяется несколько раз. При положительном результате (остановка мысли происходила) пациента инструктируют применять технику самостоятельно. При этом вначале команда «Стоп!» произносится громко. Если она достигает своей цели, то переходят на энергичное произнесение команды внутренним голосом. Если это приводит к ожидаемому результату, то первая задача (не думать о неприятных мыслях) решена. Задача второго этапа состоит в заполнении пустоты, возникающей после остановки дезадаптивных мыслей. Их следует заменять на позитивные мысли («Я совершенно спокоен, уверен в себе, уверен в своих сексуальных возможностях» и т.п.). В тех случаях, когда второй этап опускается, нежелательные мысли могут возобновиться. Если вначале пациент останавливает произвольно вызываемые нежелательные мысли, то затем команда «Стоп!» адресуется непроизвольно возникающим опасениям. Это осуществляется непосредственно в обстановке, предполагающей интимную близость, а также и вне такой, так как в выраженных случаях характеризуемой патологии и в указанный период времени беспокоящие мысли могут появляться весьма часто (функциональный тренинг “in vivo”). При этом не следует забывать о необходимости замены дезадаптивных мыслей на мысли позитивные, предполагающие успешное проведение интимной близости.

Нами для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи была предложена **система эротической сенситизации** [9]. Следует отметить, что при данной патологии сексуальные нарушения могут быть обусловлены не только явлениями гиперконтроля хода интимного сближения, но и вызванной им своеобразной частичной или почти полной блокадой специфического эротического сенсорного притока. Пациенты нередко жалуются, что в предварительном или, если интроекция удалась, основ-

ном периоде полового акта они плохо чувствуют приятные ощущения при телесном контакте с женщиной, а иногда даже почти не чувствуют их. Понятно, что это лимитирует рост сексуального возбуждения, а также затрудняет его удержание на достигнутом уровне. По нашим данным, некоторые пациенты для обеспечения более успешного протекания полового акта стараются сосредоточиться на приятных ощущениях, испытываемых при телесном контакте с женщиной, что подчас приносит ощутимые результаты. Учитывая вышеперечисленное, была предпринята попытка создания системы мероприятий, обеспечивающих неослабевающий сенсорный приток во время интимной близости, которая была названа системой эротической сенситизации. Она состоит из ряда взаимодействующих компонентов. Одним из указанных компонентов являются внушения, проводимые в гипнотическом состоянии, направленные на усиление приятных ощущений, испытываемых как в предварительном периоде (ласки, поцелуи), так и во время фрикций. При этом суггестируется не только обостренное восприятие данных ощущений, но также «погружение» и «растворение» в них. Указывается, что все остальное в это время теряет всякий смысл и значение и единственной реальностью для пациента являются охватившие все его существо приятные сладострастные ощущения и т.п. Другой компонент системы – тренировки, проводимые вне интимной близости, создающие своеобразный настрой-готовность к восприятию приятных ощущений во время сближения с помощью самовнушений и образных представлений. Рекомендуется представлять себя в обстановке полового акта, полностью отдавшимся во власть приятных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей (ласках, поцелуях, фрикциях). Образные представления сочетаются с соответствующими самовнушениями. Третью составную часть системы представляет своеобразный тренинг восприятия эротических стимулов во время прелюдии, а также в дальнейшем ходе интимной близости. Пациенту дается инструкция, что в этот период он должен быть сосредоточен на приятных ощущениях и культивировать их. При этом для

облегчения достижения ожидаемых результатов подключается аутосуггестия, оперирующая следующими формулами: «Я полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них, теряюсь в них» и т.п.

Описанная система имеет следующие саногенные детерминанты: 1) противостоит функционирующему у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи механизму гиперконтроля, который является патогенным, реализующимся рядом конкретных проявлений; ее выполнение требует привлечения активного внимания, должного сосредоточения, что ослабляет гиперконтроль и, таким образом, уменьшает патогенное влияние «приковывания»; 2) стимулирует сексуальную возбудимость, направлена к решению возникших трудностей на конструктивной основе, способствует редукции эмоционального напряжения, а следовательно, является совладающей и направлена на обеспечение нормального протекания полового акта.

Весьма эффективной в устранении СТОСН является **гипносуггестивная терапия**. Нами в гипнотическом состоянии пациента при нарушении эрекции (вариант, который наиболее часто наблюдается при этой патологии) используется следующая рецептура:

*«Проведенное нами исследование выявило сохранность всех органов и систем, участвующих в обеспечении сексуальной функции... Ваше расстройство является функциональным, обусловлено психологическим фактором, а именно, наличием тревожного опасения сексуальной неудачи... Сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым счетом вы все больше и больше будете освобождаться от этого опасения, а когда я произнесу цифру пять, вы освободитесь от него в наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени... Один... Тревожное опасение сексуальной неудачи начало покидать вашу психику, вашу нервную систему... Два... Процесс освобождения вашего организма от тревожного опасения становится все более выраженным, все более интенсивным... Три... Все быстрее и быстрее освобождаетесь от тревожного опасения сексуальной неудачи... Четыре... Внут-*



*ренный психический дворник заходит в самые отдаленные участки вашего сознания и подсознания, выметает оттуда остатки тревожного опасения сексуальной неудачи, собирает их вместе и выбрасывает из вашего организма... Пять... В наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система, весь ваш организм освободились от тревожного опасения сексуальной неудачи... А сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым последующим счетом ваш организм все больше и больше будет наполняться уверенностью в ваших сексуальных возможностях... Один... Уверенность наполняет каждую клеточку вашего тела... Два... Уверенность заполняет каждую вашу нервную клеточку... Три... Уверенность наполняет всю вашу нервную систему... Четыре... Уверенность заполняет каждую единицу вашего психического пространства, ваше сознание и подсознание, и из подсознания уверенность будет уверенно влиять на вашу половую функцию, обеспечивая хорошее качество полового акта... Пять... В наиболее полной возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система заполнились уверенностью в ваших сексуальных возможностях. Поэтому отныне в преддверии и во время интимной близости вы полностью уверены в себе, уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаетесь в приятные сладострастные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым, введение его удастся осуществить легко, на протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... ».*

Кроме описанной техники гипносуггестивного программирования, при характеризуемой патологией нами в ряде случаев используется техника моделирования успешного протекания интимной близости в гипнотическом состоянии, что

создает хотя и воображаемый, но позитивный опыт проведения полового акта. При использовании данной техники мы, как правило, сочетаем ее с описанным выше гипносуггестивным программированием.

Помимо директивного гипносуггестивного воздействия, также может применяться недирективное. С этой целью могут использоваться терапевтические метафоры (специально придуманные истории, а также притчи, сказки, стихи, анекдоты), которые обеспечивают бессознательное и сознательное обучение человека. Они иносказательно представляют проблему пациента и показывают путь к ее решению. Для того чтобы быть эффективной, терапевтическая метафора конструируется по определенным правилам. Во-первых, она должна быть изоморфной (эквивалентной) проблемному содержанию, т.е. обладать той же или подобной структурой. При этом «изоморфизм» в данном контексте следует понимать как метафорическое сохранение взаимоотношений, которые имеют место в актуальной проблемной ситуации. Во-вторых, терапевтическая метафора должна предлагать замещающий опыт и, таким образом, давать доступ к ранее не замечавшимся возможностям выбора. Помимо этого, и это является третьим необходимым условием, метафора обязана предлагать разрешение или ряд разрешений проблемы в ситуациях, обладающих одинаковой структурой, и таким образом вести пациентов к соответствующим выборам.

В литературе по нейролингвистическому программированию (НЛП) и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы, что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений.

Приведем несколько примеров использования терапевтических метафор в гипнозе у мужчин с психогенными рас-

стройствами эрекции. Так, де Шазе (1980) одному из своих клиентов, архитектору по профессии, в трансе словесно описал высокое прочное здание цилиндрической формы, имеющее мощный фундамент. Особое внимание фиксировалось на том, что основание этого здания снабжено водоканализационной системой и электрической проводкой, находящимися в полной исправности. Другому пациенту, оставшемуся военному, в гипнозе была дана простая директива: «Хотя вы и ушли из армии, господин К., вам следует время от времени становиться по стойке «смирно». Автор отмечает, что в результате такого лечения эрекционная функция у этих мужчин быстро восстановилась [по 7]. Вместе с тем, когда расстройства эрекции были обусловлены супружескими конфликтами, подобные приемы оказались неэффективными.

При СТОСН может быть применена и следующая предложенная нами терапевтическая метафора:

*«Один пианист всегда успешно выступал с концертами. На них он настолько был увлечен музыкой и погружен в нее, что все, происходившее с его руками, даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания. Однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа, который до этого выполнял многократно и успешно. С тех пор любая попытка выступить в очередном концерте заканчивалась неудачей, так как дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он вновь сбивался. Вскоре из-за этого ему вовсе пришлось оставить всякие попытки выступления в концертах перед аудиторией. Вместе с тем, когда он сам играл дома на фортепьяно, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений. Этого, однако, было для него крайне недостаточно. Он очень скучал за публикой и за концертами, от которых получал большое наслаждение и удовлетворение. Однажды после успешного исполнения пассажа (когда он находился сам) поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней. Его желание вновь выступить с концертами*

*было очень сильным, более сильным, чем раньше, так как оно подогревалось его неучастием в них. Огромное желание вновь ощутить аудиторию, слиться с ней, испытать наслаждение от выступления привело к тому, что когда ему в очередной раз предложили выступить перед аудиторией, то он не смог устоять. В день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоционального единения со слушателями, что “проскочил” (исполнил) злосчастный пассаж, даже не заметив этого. Только когда его выступление закончилось и зрители устроили ему стоя овации, осознал, что же произошло с ним на самом деле. После этого он часто выступал с концертами и все они проходили весьма успешно».*

Для лечения СТОСН, помимо терапевтической метафоры, с успехом могут использоваться и другие техники, относимые к НЛП.

Так, например, **«ассоциирование с переживанием»** [19] предполагает, что при наличии каких-либо сексуальных проблем пациент должен увидеть себя в интимной ситуации, испытывающим всю полноту необходимых ощущений. Мужчины, у которых имеются эрекционные нарушения, должны, в частности, представлять полную эрекцию. После того как человек увидел себя в этой ситуации со стороны, ему следует «выйти» из себя и «войти» в свою визуализацию («войти» в картину).

Как отмечалось нами выше, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может иметь место и у женщин, однако развивается он у них гораздо реже. Проявляется у них он в основном опасением, что они в очередной раз не смогут достичь оргазма. В этом случае эффективной может оказаться **техника наложения**, которая также относится к арсеналу НЛП. Для того чтобы уяснить ее смысл, необходимо коротко рассмотреть одно из кардинальных теоретических представлений НЛП, а именно, представление о репрезентативных системах. Согласно ему, различные люди думают по-разному, что соответствует трем основным сфе-

рам сенсорного опыта – *визуальной, аудиальной и кинестетической*. Так, если человек что-то рассказывает, то он или генерирует визуальные образы, или говорит что-то самому себе, или испытывает кинестетические ощущения. При построении визуальных образов обычно используются такие слова, как смотреть, видеть, показывать, взгляд и т.п. Аудиальная система представлений оперирует такими словами, как слышать, звенеть, говорить и т.п. В тех случаях, когда речь идет о вербализации кинестетических ощущений, применяются такие слова, как взять, ощутить, тяжелый и т.п.

Итак, люди по-разному репрезентируют мир и самих себя. Если какой-нибудь человек в основном репрезентирует мир посредством зрительных образов, то говорят, что его репрезентативная система является визуальной. Если же речь идет о преимущественно аудиальной или кинестетической репрезентации, то соответственно говорят об аудиальной или кинестетической репрезентативной системе. Таким образом, *репрезентативная система* человека характеризует то, в какой сенсорной системе в его мозге происходит кодирование информации. Техника же наложения нацелена на то, чтобы помочь пациентам в возникновении у них полных переживаний. Это достигается за счет включения всех или почти всех сенсорных модальностей (визуальной, аудиальной, кинестетической и др.). Наложение начинают с вербализации, которая соответствует *первичной репрезентативной системе* пациента. Затем вербально добавляются другие сенсорные модальности по одной. Используются естественные моменты пересечения, которые существуют между модальностями. Так, высоковизуальному человеку предлагают представить себе образ деревьев во всех деталях. Когда возникнет хорошее внутреннее видение этой картины, можно предложить ему начать видеть покачивание листьев и ветвей. Затем можно предложить услышать звучание ветерка, мягко овивающего деревья и шелестящего листвой. Потом можно предложить человеку почувствовать прохладу, так как этот ветерок овеивает и лицо. Чувствуя эту прохладу ветерка на лице, можно предло-

жить ему почувствовать запах свежести, который доносит этот ветерок.

Техника наложения репрезентативных систем может быть особенно полезной при работе с больными, которые не способны сосредоточить свое сознание на кинестетической части опыта при сексуальной коммуникации, к чему, в частности, может приводить наличие тревожного опасения сексуальной неудачи.

Приведем пример одной из многих инструкций, предлагаемых с этой целью Л. Кэмерон-Бэндлер [19]. Так, в случае с визуально ориентированными пациентками она использует следующую рецептуру: «Посмотри на него. Отчетливо ли ты его видишь? Хорошо. Теперь, когда он склоняется ближе к тебе, и ты видишь особое выражение в его глазах, ты можешь прямо-таки прийти в восторг. И когда он приближается к тебе все ближе и ближе, ты видишь его плечо и его лицо прямо рядом с собой, и ты можешь начать слышать его шепот. Он шепчет, и ты можешь почувствовать его дыхание, как оно щекочет тебе ухо, и, может быть, слегка покусывает. Его слова и его близость меняют ритм и частоту твоего дыхания...».

Техника наложения может быть высокоэффективной в том случае, когда больной просто не может увидеть себя совершающим половой акт. В данном случае следует воспользоваться управляемой фантазией, так как видение себя делающим что-то по существу создает внутренний опыт.

Во время интимной близости могут возникать помехи кинестетическим переживаниям. В этих случаях описываемая техника также может дать хороший эффект. Л. Кэмерон-Бэндлер [19] описывает случай успешного лечения женщины-сексопатолога, которая жаловалась, что без помощи вибратора она не может достичь оргазма. Оказалось, что во время полового акта внутренний голос начинает ее отвлекать, говоря следующее: «Он начинает уставать, у него никогда этого не будет», и т.п. в том же роде. Это заставляет ее тревожиться и уводит от сексуальных переживаний. Главным же для ее любовника было то, чтобы разрядка у них наступала одновременно. Однако внут-

ренный голос пациентки, говорящий, что мужчина устал и даже начинает скучать, выполнял функцию реализующегося пророчества.

С целью коррекции пациентке было предложено использовать этот внутренний голос для описания своего непосредственного переживания. Этот голос во время интимной близости теперь описывал, как мужчина дотрагивается до нее, тепло его рук, нежность и силу его прикосновений, звучание и ритм его дыхания, биение сердца.

Когда больная научилась этому, ей было рекомендовано использовать эти описания для приближения переживаний, которые она хотела испытать: «Чувствуя, как он движется вместе со мной, я чувствую, что сама все больше возбуждаюсь, дышу все быстрее, приближаюсь все больше к оргазму» [19, с. 191].

Так как в данном случае результат с самого начала определялся внутренним диалогом, то данная терапия привела к ликвидации аноргазмии. С течением времени, хотя пациентка и продолжала использовать этот метод, внутренний голос постепенно начал выпадать из ее сознания и все внимание было занято полнотой кинестетического переживания.

Техника наложения может быть использована также для того, чтобы научить пациентов отождествляться с переживаниями партнера, что, в свою очередь, оказывает выраженное терапевтическое воздействие [19]. При использовании данной модификации больной воображает, что перенесся в тело партнера. Он начинает с наиболее естественной для себя репрезентативной системы, а затем использует принцип наложения, чтобы создать полное переживание. Пациент видит себя с точки зрения партнера, дотрагивается, слышит звуки собственного голоса и пр. Этот опыт является источником обратной связи.

В типичном случае больной изменяет свое поведение, приспособившись к собственному воображению, делая это поведение более уместным в новой перспективе. Естественно, что в действительном сексуальном контексте он использует непосредственную обратную связь, чтобы выяс-

нить, действительно ли его поведение вызывает желаемые реакции.

В случае сексуальной дисгармонии партнерам может быть предложен обмен ролями (партнеры по очереди как бы становятся друг другом). Некоторым людям также рекомендуют прикосновения к партнеру с одновременным представлением, как это воспринимается его (партнера) кожей, оказывая стимулирующее воздействие. Это особенно полезно тогда, когда один из членов пары склонен к оральному сексу. Человек может сильно возбудиться, представляя себе, как оральные манипуляции воспринимаются партнером [19].

Для устранения СТОСН также может быть использована относимая к НЛП техника «взмаха» [2]. Ее характеризуют как очень эффективную, программирующую мозг на движение в новом направлении. Существует опыт ее применения для лечения психогенных сексуальных расстройств [7, 16, 17]. При характеризуемой патологии взмах может быть осуществлен следующим образом.

1. Вначале пациента следует попросить увидеть себя в обстановке интимной близости с тревогой ожидающим неудачи в ее осуществлении (1-й образ). Картина должна быть яркой, четкой и большой. Если она не такая, можно прибегнуть к метафоре придания ей желаемых свойств кинемехаником, регулирующим параметры изображения на экране кинозала.

2. Затем следует создать желательный привлекательный мотивирующий Я-образ (мужчина в обстановке, предполагающей проведение полового акта, полностью уверенный в своих сексуальных возможностях; 2-й образ).

Для того чтобы Я-образ был мотивирующим, пациент должен быть диссоциирован с ним, т.е. не отождествлять себя с этим образом. Вместе с тем в ряде случаев все же возникает необходимость такой временной ассоциации. Это может быть связано с тем, что хотя пациент и видит себя более совершенным, однако не может знать насколько ему это понравится.



Также временная ассоциация полезна тогда, когда человек не может за один раз представить себе Я-образ, обладающий достаточным количеством ресурсов для решения проблемы. В этом случае каждая последующая ассоциация является очередной «примеркой», позволяющей определить то, что еще следует прибавить к более совершенному Я-образу, который обеспечит непроблемное функционирование личности.

Создавая Я-образ, следует стремиться наделять его определенными качествами, а не конкретными вариантами поведения, так как «просчитать» все возможные варианты его реализации практически чрезвычайно сложно. Вместе с тем Я-образ, наделенный определенными качествами, сможет конкретизировать варианты компетентного поведения и адаптировать их к каждой конкретной ситуации.

3. Затем следует «смахнуть» 1-й образ 2-м. Это делается путем их совмещения. При этом изначально сильный 1-й образ ослабевает, а первоначально слабый 2-й (образ результата), напротив, усиливается.

В случаях, когда речь идет о работе со зрительными образами, Р. Бэндлер [2, с.144] рекомендует увидеть большую и яркую 1-ю картинку, а затем поместить маленький темный образ результата (2-ю картинку) в нижний правый угол. «Маленький темный образ будет увеличивать свои размеры и яркость и покроет первую картину, которая потемнеет и скукожится так же быстро, как вы произносите слово “взмах” Потом очистите экран или откройте глаза. “Махните” их снова – пять раз в общей сложности. Непременно очищайте экран в конце каждого взмаха».

Не всегда необходимо проводить взмах 5 раз. Иногда даже одного или двух взмахов бывает достаточно.

Следует отметить, что некоторые из рекомендаций Бэндлера по осуществлению визуального взмаха с течением времени претерпели определенную динамику. При этом речь идет об изменениях, внесенных как им самим, так и другими авторами. К. Андреас, С. Андреас [1] в связи с этим сообщают, что когда Ричард Бэндлер впервые учил стандартному взмаху с размером/яркостью, он рекомендо-

вал помещать маленькую темную картину Я-образа (2-я картинка) в нижний левый угол большой яркой ключевой картины (1-й картинки). Спустя год он предложил размещать 2-ю картинку в нижнем правом углу 1-й. Авторы же обнаружили, что многие находят более легким поместить 2-ю картинку где-нибудь в центре 1-й. Они рекомендуют выбирать какой-нибудь маленький темный участок вроде пуговицы или затененную область и позволять картине Я-образа (2-й картинке) быстро раскрыться оттуда подобно расцветающему цветку. Это позволяет использовать какой-нибудь уже существующий в ключевом образе маленький темный участок без траты сил на добавление еще одной маленькой темной картинки.

Мы в своей работе просим пациентов найти участок затемнения в любом месте 1-й картинки. Это может быть пятно или что-то похожее на пуговицу. Однако мы очень любим при проведении взмаха использовать несколько модифицированную метафору с джином в бутылке. В этой метафоре темное пятно – пробка от бутылки, в которой находится джин. Когда мы открываем пробку, его образ, находящийся на самом дне бутылки, маленький и тусклый. Однако он быстро увеличивается, не помещается в ней и «выливается» на экран, на котором расположена большая, яркая и четкая 1-я картинка. При этом она «смывается» образом результата (2-й картинкой): уменьшается, а затем исчезает.

В тех случаях, когда образ результата не может обеспечить непроблемное поведение, мы просим пациента представить человека, которого он хорошо знает и который лишен данной проблемы. Желательно, чтобы внешне он был похож на нашего пациента. Постепенно по мере выполнения взмаха и от одного взмаха к другому этот «человек-идеал» в проблемной ситуации становится все больше и больше похожим на нашего больного, а в конце этой процедуры он «превращается» в нашего клиента.

Однако если человек-идеал даже внешне не похож на нашего больного, то при выполнении взмаха мы постепенно наделяем его всеми внешними атрибутами нашего пациента. Таким образом, в конце процедуры он видит именно се-

бя, обладающего всеми необходимыми для решения существующей проблемы качествами.

Существуют и другие метафоры, в которых реализуют взмах. Приведем две из них [1]. В первой метафоре ключевой образ (1-я картинка) представляется в качестве тонкой акварельной картины, нанесенной поверх нарисованного маслом портрета, на котором человек изображен таким, каким бы он хотел быть. Начинаясь ливень быстро смывает акварель и открывает под ней этот портрет. В другой метафоре картину Я-образа (2-ю картинку) помещают на обратной стороне картины ключевого стимула (1-картинки). Затем эта последняя картина наклоняется, переворачивается и снова выпрямляется, открывая Я-образ.

Следует отметить, что не всегда усиление воздействия зрительного ключевого стимула или образа результата связано с увеличением яркости и размера, хотя часто это бывает именно так. В ряде случаев, например, тусклость образа результата оказывает более сильное воздействие. Кроме этого, речь может идти о других визуальных субмодальностях, которые определяют силу воздействия образов. Поэтому при осуществлении взмаха необходима тщательная идентификация субмодальностей, а также оценка их влияния по шкале интенсивности. Напомним, что та или иная модальность (визуальная, аудиальная, кинестетическая и др.) состоит из отдельных субмодальностей. Так, кроме уже названных размера и яркости, зрительными субмодальностями являются цвет, форма и т.д.

Взмахи также могут быть аудиальными и кинестетическими. Помимо этого, существуют межсистемные взмахи, когда взмах может быть осуществлен в двух системах одновременно (например, в зрительной и слуховой).

4. После осуществления взмаха приступают к проверке. Существуют три ее варианта. Первый предполагает воссоздание ключевого стимула (в случае работы в визуальной системе – образа, запускающего проблемное поведение). В том случае, когда взмах оказался эффективным, этого будет трудно достичь. Картина будет стремиться нивелироваться и замениться образом результата. Человек увидит

себя таким, каким бы он хотел быть и каким он, возможно, уже стал.

Второй вариант – создание экспериментальной ситуации, которая предполагает воссоздание ключевого стимула. Если этот стимул не действует, это тоже является свидетельством эффективности проведенной терапии. Третий вариант – проверка реальной действительностью. Такую проверку следует признать окончательной, надежной и решающей.

Нами [10, 12, 13] разработан высокоэффективный способ лечения, который следует отнести к НЛП. Он получил название **«способа коррекции поведенческих программ» (СКПП)** и в основном апробировался на мужчинах с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. К его достоинствам следует отнести: 1) быстрый лечебный эффект; 2) малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3-5 мин); 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации); 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий; 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Для понимания действия этого способа следует отметить, что при его проведении используется метод якоря, который является базовым для ряда техник НЛП. Якорь – это определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т.д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживание и связанные с ним ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно такое прикосновение сможет вызвать это переживание и данные ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, которое предварительно сочеталось с ощущением уверен-

ности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название «якорения» («постановки на якорь»). Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (наложение кинестетического якоря), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым происходит коммуникация), запах и т.д.

СКПП реализуется в два этапа. *Целью первого этапа* является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. *На втором этапе* оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и терапевт сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

**Первый этап.** Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать данный образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости → мелькание → исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова «... и может так случиться, что ...». После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возник-

шего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить. Точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта в начальном периоде первого этапа.

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная («здоровая») программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнерами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы («... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной» и т.д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего числа лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую форми-

рующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

**На втором этапе**, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных



воздействий. При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

В труднокурабельных случаях синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи хорошо зарекомендовал себя апробированный нами [15] **метод «взрыва навязчивости» (МВН)**, который также как и СКПП относится к арсеналу терапевтических техник НЛП.

Следует отметить, что в ряде случаев тревожное опасение сексуальной неудачи весьма устойчиво по отношению к психотерапевтическим воздействиям. Очень редко оно не ликвидируется даже при отсутствии сексуальных дисфункций, что может быть обусловлено, например, наличием психастенического характерологического радикала, особенно тогда, когда его выраженность достигает уровня расстройства личности (психопатии). Иногда, как свидетельствует наша клиническая практика, после ликвидации фобического компонента, сопровождающего навязчивое опасение, копулятивная дисфункция (обычно в этих случаях речь идет о расстройстве эрекции) не исчезает, что определяется наличием навязчивого гиперконтроля напряжения полового члена, обусловленного сохраняющимся выраженным идеаторным компонентом рассматриваемой патологии.

Итак, в случаях недостаточно эффективной курабельности пациентов может быть использован МВН. Он является примером «техники порога, в которой вы берете очень сильную реакцию и УСИЛИВАЕТЕ ее, вместо того чтобы

пытаться ее ослабить или устранить. Вы усиливаете ее так стремительно и так быстро, что в определенной точке она переходит порог и “лопается”. Это очень похоже на надувание воздушного шара. До некоторого момента каждый вдох делает шар больше. Однако если вы продолжите вдуть воздух в шар, он в конце концов лопнет. После того как он лопнул, вы не можете вернуть шар, забрав назад последнюю порцию воздуха. ... Другим примером является перегибание куска металла или проволоки до тех пор, пока они не переламываются. После того как они сломались, вы не можете вернуть этот кусок проволоки простым ее разгибанием» [1, с.128].

Как известно, в подавляющем числе случаев любые инновации имеют свою предысторию. В этой связи следует упомянуть о так называемом методе наводнения из средств бихевиорального арсенала, который ранее назывался «импловзивной терапией». Стампфл, разработавший этот метод, предположил, что многократное представление неприятных сцен должно вести к снижению их «потенциала тревожности» через угасание (T.G. Stampfl, D.J. Lewis, 1968). Он утверждает, что суть стратегии импловзивной терапии заключается в том, чтобы побудить пациентов встретиться лицом к лицу со своими кошмарами и «привести эти кошмары в замешательство» [по 21].

Приведем два клинических примера, когда терапевтический эффект был достигнут нами в результате использования МВН у больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В первом из них использовался «многократный метод храповика», а во втором – «одноразовое усиление субмодальности» (в данном случае аудиальной).

*Больной Г., 20 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), селективный вариант. При обращении предъявлял жалобы на то, что когда вступает в половую связь с женщиной, то вначале ощущает страх («мандраж»). В это время возникают мысли, что опять «не встанет член» и опять ничего не получится с женщиной, после чего начинает контролировать напряжение члена по ощущению («мозгом») и с помощью глаз*

(визуально). Если эрекция выражена менее чем на 100%, начинает думать: «Почему я с женой жил хорошо, а с другими женщинами у меня возникают сложности?», и при попытке провести половой акт «он (член) совсем падает».

В связи с предъявленными жалобами проводилась психотерапия, что привело к ликвидации фобического компонента, сопровождающего тревожное опасение неудачи, однако гиперконтроль напряжения полового члена остался. Тогда нами было принято решение о применении МВН. Мы выяснили, что контроль напряжения полового члена усиливается при увеличении громкости внутреннего голоса, предполагающего неудачу при интимной близости, и носит навязчивый характер («пробовал отвлечься, но ничего не получается»). Предваряющая метод «взрыва навязчивости» беседа строилась следующим образом: «Каждая мысль в своей интенсивности может существовать только до определенного предела. Если данную границу пересечь, то навязчивость исчезнет». В связи с этим был приведен пример с воздушным шаром, который при его надувании может увеличиваться только до определенной величины, при достижении которой он неминуемо лопается. Также было отмечено, что при усилении голоса на каком-то этапе могут появиться неприятные ощущения. Для того чтобы достигнуть положительных результатов, их, однако, необходимо перенести и не отступить на полпути (обычно в таких случаях я привожу метафорические примеры из соответствующих сказок).

Непосредственно сеанс проводился следующим образом:

**Первый цикл:** «Сядьте, услышьте свой внутренний голос и представьте, что он усилился, либо представьте, что бы было, если бы он усилился».

Пациент услышал свой внутренний голос и представил, что его громкость неуклонно нарастает. При усилении этого голоса появился, а потом (до возможного максимального предела) усилился шум. Затем мы предложи-

ли вернуть внутренний голос к прежней громкости. Ему это удалось. Однако шум остался, хотя и ослабел.

**Второй цикл.** Опять предложили усилить звук. В результате он достиг такой же интенсивности, как и в первый раз, но сопровождающий шум был меньше. Пошли дальше по пути усиления внутреннего голоса. При этом он немного усилился, а шум стал более интенсивным (более интенсивным, чем во время первого цикла). Пациент отметил, что больше не может усилить громкость голоса. Потом мы вновь предложили ему вернуться к исходному уровню его звучания. При этом шум не исчез, а уменьшился в своей выраженности до уровня, который имел место в конце первого цикла.

**Третий цикл.** Вновь пошли на усиление громкости внутреннего голоса. Когда его интенсивность достигла степени, которая имела место во время второго цикла, попытались усилить ее еще. В результате эта интенсивность достигла большого уровня. Сопутствующий шум стал такой же силы, как и во второй раз. Затем вновь вернулись к прежней звучности внутреннего голоса, и опять остался слабый шум.

**Четвертый цикл.** Когда в четвертый раз начали повышать громкость внутреннего голоса, шум достиг такого же уровня, как и во время третьего цикла, а громкость внутреннего голоса нет. Однако затем она все же была достигнута, а потом удалось добиться еще большего ее усиления. Пациент отметил, что слышит очень сильный голос (!). В это время мы предложили ему услышать такой по силе звук, которого он никогда ранее не слышал («фантастически сильный звук, удивляюще сильный, изумляюще сильный»). «Поднимайтесь по склону горы к ее вершине. Когда достигнете ее, увидите потрясающе прекрасный вид и перейдете в другую реальность, реальность здорового человека. Уже слышит такой силы звук, которого он никогда раньше не слышал (!)». Попросили его оставаться на достигнутой высоте в течение некоторого времени. Однако больной заявил: он чувствует, что не сможет удержаться на этом уровне. Тогда

предложили ему вернуться к исходной силе внутреннего голоса и отдохнуть. Когда он это сделал, сопутствующий шум остался, однако был слабее, чем в конце предыдущего цикла.

**Пятый цикл.** После очень небольшого (1-2 мин) отдыха (больной устал) мы предложили пациенту предпринять решительный штурм. Перед этим сказали ему, что «... нужно максимально мобилизовать все возможности своего организма, всю силу своей фантазии, чтобы услышать такой сильный звук, которого вы никогда раньше не слышали. Наберитесь терпения, чтобы услышать неправдоподобно громкий звук для того, чтобы перейти в другую реальность, “реальность лопнувшего воздушного шара”, так как нельзя бесконечно усиливать любой звук, так же как и бесконечно надувать шар. Все настойчивее стремитесь услышать все более и более сильный звук». Пациент отметил, что шум достиг большей силы, чем в прежний раз (!). Проводилась мотивировка к «преодолению», которая помогла бы ему добраться до вершины горы к своему здоровью. Внутренний голос стал еще сильнее (!). Предложили удерживать его на том же уровне («может быть, количество перейдет в качество»). Однако пациент больше не мог повышать интенсивность своего внутреннего голоса. Тогда мы предложили ему вернуться к прежней громкости последнего. В конце характеризуемого цикла отметил, что шум отсутствует, однако ощущает чувство давления в лобной части головы. Затем мы предложили пациенту открыть глаза.

Через 1-2 мин попросили пациента представить себя в обстановке интимной близости. Он отметил, что внутренний голос меньше, чем раньше, побуждает его к гиперконтролю. В результате нами был сделан вывод о том, что достигнут некоторый положительный эффект.

**Шестой цикл.** Был предпринят очередной «штурм» с новыми силами. На этот раз была достигнута такая же громкость внутреннего голоса, как и в 5-й раз, но шум был слабый. Перед тем как она была достигнута, мы побуждали клиента полностью мобилизовать себя для

*усиления громкости. Когда вернулись к исходному уровню силы звука, то не было ни шума, ни давления в голове.*

*После окончания этого цикла провели проверку результативности проведенной терапии. Пациент отметил, что теперь при представлении интимной близости гиперконтроля напряжения полового члена как такового нет, и только прилагая специальные усилия, он начинает контролировать эрекцию. Сделан вывод о достижении хорошего результата, что подтвердилось при сексуальных контактах.*

Анализируя этот случай, следует отметить, что хотя громкость внутреннего голоса и достигла такого уровня, с которым клиенту никогда не приходилось встречаться в реальной жизни (услышал такой силы звук, которого никогда раньше не слышал), однако при проведении сеанса он не почувствовал ощутимого прорыва. Вместе с тем наступило выздоровление. В этой связи следует привести следующее высказывание, которое объясняет, что происходит в подобных случаях: «Многие люди не замечают, когда переходят порог, в особенности, если реакция должна сделаться очень интенсивной, прежде чем лопнуть. Но если вы немного подождете, чтобы вашей кинестетической системе хватило времени заново успокоиться, вы можете обнаружить, что принуждения больше нет» [1, с. 133].

*Больной Т. 39 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). Из-за расстройства эрекции не может совершить половой акт. Собирается жениться. После проведенной интенсивной психотерапии фобический компонент, сопряженный с тревожным опасением сексуальной неудачи, нивелировался, однако осталась навязчивая фиксация на напряжении члена, что ведет к отключению от восприятия женщины во время предварительного периода. Обуславливает фиксацию внимания на члене внутренний голос, сомневающийся в успехе интимной близости. Сам больной характеризует свою проблему следующим образом: «При возникновении эрекции мозг как бы автоматически отключается от женщины, и как бы внутренний голос спрашивает, а будет ли эрекция*

*сильнее или нет, а вот если я сейчас начну вводить член, то он потеряет эрекцию? Бывает, что контроль сначала отсутствует и тогда введение члена происходит, но сразу же внутренний голос начинает сравнивать ощущения от ласк, допустим, груди, с ощущениями, связанными с введенным членом. Затем возникает мысль о том, не пропадет ли эрекция, и, в конечном счете, так и происходит».*

*Было принято решение применить метод «взрыва навязчивости».*

**Техника.** *Предложили пациенту представить предварительный период и услышать свой внутренний голос. Отметили, что это ведет к гиперконтролю напряжения члена. Попросили уменьшить громкость внутреннего голоса. Это привело к уменьшению фиксации на напряжении члена. Вначале, однако, он не уяснил инструкцию: все не мог понять, как это внутренний голос может иметь громкость. Тогда мы подошли по-иному и начали говорить (когда пациент закрыл глаза), что он находится в предварительном периоде и его внутренний голос звучит нечетко, расплывчато и отдаленно. Это привело к тому, что больной перестал фиксировать внимание на члене и полностью сосредоточился на женщине. Потом предложили вернуть голос к исходной громкости. Затем сказали, что громкость голоса увеличивается. Сначала пациент не смог выполнить эту инструкцию. Он отметил, что сейчас внутренний голос звучит слабее, чем при интимной близости, а также тише, чем на начальном этапе выполнения описываемой техники. Звучит на грани исчезновения. Затем мы опять предложили ему услышать внутренний голос обычной громкости, такой, который он обычно слышит во время предварительного периода. Он опять не смог этого сделать. Тогда мы сказали, что подождем, пока это не случится, и что не его голос должен им управлять, а он должен управлять своим голосом. Потом больной услышал голос обычной громкости. Затем предложили ему увеличить ее. Однако это не удалось осуществить. Тогда нацелили его представить,*

что внутренний голос звучит громче, и это дало возможность его усилить. Пациент представил, что голос звучит сильнее, и это увеличило контроль напряжения члена. Затем попросили его представить, что голос звучит еще громче (для облегчения выполнения инструкции мы рассказали о реостате, с помощью которого свет в зале кинотеатра/театра после окончания сеанса/представления становится все ярче и ярче). Для того чтобы в процессе выполнения техники исключить или уменьшить выход пациента из внутренней реальности, мы попросили его сигнализировать указательным пальцем правой руки об усилении громкости внутреннего голоса (поднять его в тот момент, когда эта громкость будет усилена до предела). Клиент выполнил эту инструкцию.

После окончания выполнения этой техники он рассказал, что параллельно с усилением громкости голоса у него начали усиливаться различные неприятные ощущения в организме, но когда он дошел до верхнего порога громкости, то пропал и внутренний голос и все неприятные ощущения, сопровождавшие его усиление. Затем мы подробно опросили клиента о том, что происходило с ним при усилении громкости голоса. На этот вопрос он ответил следующее: «Голос усиливался. Было давление в верхней части головы, неприятные ощущения в области горла, сжатие мышц щек. Затем наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу (его звучание)». Конкретизируя, что он испытал при прохождении «порога», пациент отметил: «Когда перешел барьер, голос пропал, пустоту своеобразную почувствовал».

Затем была проведена проверка результативности примененной терапии. С этой целью пациенту предложили представить себя в ситуации интимной близости. Однако он не смог этого сделать и не услышал свой голос. Потом попросили, чтобы он представил ласки и поцелуи. На этот раз ему это удалось, однако внутренний голос ему так и не удалось услышать. Раньше же при представлении интимной ситуации всегда слышал внут-



*ренный голос, отражающий неуверенность пациента в себе. Затем еще раз попросили его представить себя в интимной ситуации, но голос вновь не зазвучал. Сделан вывод о хорошем терапевтическом эффекте.*

Через месяц после описанной терапевтической сессии мы связались с пациентом по телефону. Он рассказал, что после ее проведения его половая функция полностью нормализовалась (живет регулярной половой жизнью с женщиной, на которой женился после окончания лечения).

В данном случае, в отличие от предыдущего, в процессе проведения характеризуемой техники пациент совершенно четко ощутил, когда он перешел «порог» и вступил в новую реальность – реальность здорового человека («... наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу»).

Таким образом, приведенные примеры по использованию МВН свидетельствуют об его высокой эффективности при лечении терапевтически резистентных форм синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Существует опыт устранения страха сексуальной неудачи [8], используя относительно новый метод, который получил название техники **«десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ)** [26]. Временем рождения этой техники следует считать май 1987 г. Ее открытие произошло совершенно случайно. Однажды, прогуливаясь по парку, Френсис Шапиро заметила, что некоторые мысли, беспокоившие ее, внезапно исчезли. Она также отметила, что если повторно вызвать в уме эти мысли, то они уже не оказывают такого негативного действия, как прежде. Ее опыт подсказывал, что беспокоящие мысли обычно вновь возвращаются через некоторое время, и это происходит не один раз до тех пор, пока не предпринимается сознательное усилие по их остановке или изменению их характера. Однако в этот день Френсис отметила, что беспокоившие ее мысли исчезли и изменили свой характер без каких-либо сознательных усилий с ее стороны. Пораженная случившимся, она стала уделять всему происходящему с ней пристальное внимание. Тогда ей удалось установить, что

при возникновении беспокоящих мыслей ее глаза спонтанно начинали быстро двигаться из стороны в сторону и вверх-вниз по диагонали. В результате эти мысли исчезали. Когда же она намеренно пыталась вспомнить их, то оказывалось, что их негативный эмоциональный потенциал был значительно ослабленным. Тогда она начала производить движения глазами намеренно, концентрируя внимание на различных неприятных мыслях и воспоминаниях. Результатом было то, что они исчезли и утратили свою отрицательную эмоциональную окрашенность. Поняв потенциальную пользу произошедшего, Френсис пришла в сильное волнение. С этого все и началось.

ДПДГ-терапия включает 8 стадий. Количество сеансов, проводимых на каждой стадии, и количество стадий, включенных в каждый сеанс ДПДГ, в значительной степени зависят от особенностей конкретного пациента. **Первая стадия** – анализ истории болезни и создание плана лечения. **Вторая стадия** – подготовка, во время которой психотерапевт вводит клиента в контекст процедуры, объясняет ему теорию ДПДГ, определяет ожидания в отношении эффекта лечения и готовит его к возможности появления беспокоящих переживаний между сеансами. На этой стадии пациенту, в частности, сообщают, что после психотравмы она оказывается «заблокированной» в нервной системе совместно с картиной первоначального травматического события, а также имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. Как отмечает Ф. Шапиро, беспокоящая психотравмирующая информация запечатлена в той же форме, в какой она была изначально воспринята. Первоначально испытанные переживания, а также связанные с ними образы могут длительно сохраняться изолированными в занимаемой травматической информацией части «нейросети» в своей первоначальной форме. При этом нейросеть, в которой хранится травматическая информация, изолирована от других нервных сетей. Это ведет к тому, что психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии. Движения же глаз, которые используются при

ДПДГ, приводят к разблокированию, что позволяет мозгу перерабатывать травматический опыт.

**Третья стадия** – определение цели воздействия («мишени») и основных возможных реакций клиента с использованием шкалы субъективного беспокойства (ШСБ) и шкалы соответствия представлений (ШСП). По ШСБ тревога ранжируется от 0 баллов (полное ее отсутствие) до 10 (наиболее сильная тревога, которую человек может себе представить). С помощью ШСП устанавливают, насколько истинным на уровне чувств и интуиции кажется пациенту как отрицательное, так и положительное представление о себе сейчас. Степень соответствия представлений определяется по 7-бальной шкале, где 1 балл – полное несоответствие, а 7 баллов – полное соответствие (истинное убеждение). После идентификации травматического воспоминания клиенту предлагается избрать образ, который бы в наибольшей степени соответствовал этому воспоминанию. Затем идентифицируют убеждения, выражающие негативную самооценку, связанную с его участием в травматическом событии. При оценке отрицательного самопредставления следует спросить пациента о том, какие слова более всего соответствуют картине события и выражают его представление о себе. При этом ему рекомендуют высказывать свои мысли в настоящем времени, используя местоимение «Я». Это должно быть существующее в настоящий момент отрицательное убеждение в отношении самого себя (например, «Я не уверен в успехе интимной близости», «Я опять потерплю неудачу», «Я никуда не поеду как мужчина» и т.п.). Следует оценивать уровень тревоги, возникающей при воспоминании о травмирующем событии и связанных с ним утверждениях (вербализации) по ШСТ. Затем пациент определяет свои положительные самопредставления, которые потом будут использованы для замены отрицательных.

Оценка положительного самопредставления производится следующим образом. У больного спрашивают, какие бы представления о себе хотелось бы ему иметь, когда он вызывает картину травматического события. При этом ему следует выразить положительное самопредставление, же-

лательное для него в настоящий момент. Положительные самоутверждения рекомендуется использовать также с использованием слова «Я», с которого и начинается самоутверждение («Я уверен в своих сексуальных возможностях», «Я сильный мужчина», «Я обладаю сильной потенцией», «Я могу удовлетворить женщину» и т.п.). Степень соответствия положительного самопредставления оценивается следующим образом. Пациента спрашивают, насколько истинным ему кажется положительное самопредставление, когда он думает об этой картине. Ранжирование производится им по ШСП. В конце характеризуемой стадии пациент идентифицирует место, в котором сосредоточены физические ощущения, усиливающиеся при концентрации на воспоминании о травматическом событии.

**Четвертая стадия** – десенсибилизация. Она сосредоточена на негативных эмоциях пациента, отраженных в оценке по ШСБ. Во время десенсибилизации психотерапевт побуждает пациента повторять серии движений глаз до тех пор, пока уровень его беспокойства не снижается до 0 или 1 балла по ШСБ. Это указывает на то, что первичная дисфункциональность, включающая в себя травматическое событие, переработана. Однако переработка при этом завершена не полностью и к травматической информации придется обращаться на следующих стадиях.

Процесс переработки может быть выражен следующей метафорой. Первоначально информация начинает проявляться в дисфункциональной форме. Процесс движения к выздоровлению подобен движению поезда. Во время движений глаз поезд как бы преодолевает еще один перегон. На каждом «плато» или остановке происходит избавление от части дисфункциональной информации, в то время как адаптивная (или, по крайней мере, менее проблематичная) информация, напротив, прибавляется. Это подобно тому, как на каждой остановке одни пассажиры выходят, а другие заходят. В конце ДПДГ-психотерапии негативная информация полностью перерабатывается и таким образом пациент достигает адаптивного разрешения. Говоря метафори-

чески, поезд прибывает на конечный пункт своего маршрута [26].

Во время этой стадии психотерапевт вызывает полные двусторонние движения глаз пациента с максимально возможной скоростью от одного края его визуального поля до другого, избегая при этом появления дискомфорта. В качестве точек фокусировки взгляда пациента можно использовать два или больше пальцев рук терапевта. Один указательный палец с этой целью не применяют, чтобы избежать отрицательных ассоциаций с воспоминаниями о том, как в детстве пациент получал выговор от взрослых. Также точками фокусировки могут быть карандаш, линейка и др. объекты.

Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально на расстоянии 30-35 см от лица больного, а его ладонь обращена к клиенту. Однако параметры расположения руки (расстояние до лица) и положение пальцев могут меняться до достижения чувства комфорта. Затем психотерапевт показывает направление движений глаз, медленно двигая пальцы горизонтально от правого края визуального поля клиента до левого (или же наоборот) на расстоянии не менее 30 см. При этом необходимо оценить способность больного следить за движениями пальцев, которые вначале происходят медленно, а затем все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Хотя большинство клиентов предпочитают достаточно большую скорость, однако для некоторых более эффективными являются именно медленные движения. Можно прибегать и к другим вариантам движений глаз: вверх-вниз, по кругу или в форме восьмерки.

Продолжительность серий движений глаз определяется эффективностью, обнаруживаемой с помощью обратной связи. Сначала (тестовый режим) используется серия из 24 движений (перемещение справа налево, а затем в первоначальное положение представляет собой одно движение). Это позволяет оценить степень комфортности для пациента, в том числе используемой скорости, а также способность продолжать движения глаз. Затем обычно для пере-

работки психотравмирующего воздействия, которое имело место, также применяется серия из 24 движений, которая достаточна среднестатистическому пациенту для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Некоторые больные для переработки нуждаются в серии из 36 движений или более. Следует отметить, что, помимо движений глаз, возможно применение иных стимулов, способных активизировать информационно-перерабатывающую систему. Это может быть постукивание клиента по ладони или повторяющиеся звуковые раздражители, «намекающие на травматическую ситуацию», которые также могут быть весьма действенными. Отмечается, что в настоящее время еще не совсем ясно, являются ли такие раздражители столь же эффективными, как движения глаз, однако возможность их использования не стоит исключать.

**Пятая стадия** называется стадией инсталляции. Ее целью является установка положительного самопредставления, определенного пациентом, а также его усиление, чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. Это стадия начинается тогда, когда уровень отрицательных эмоций пациента, связанных с психотравмирующим переживанием, опускается до 0 или 1 балла по ШСБ. Тогда по предложению психотерапевта он сосредоточивается на наиболее приемлемом для себя положительном представлении одновременно с избранным в качестве цели травматическим воспоминанием. Затем производятся серии движения глаз. Это осуществляется до тех пор, пока уровень положительного представления пациента не достигнет 6 или 7 баллов по ШСП. При этом пациент должен оценивать уровень положительного представления, основываясь на том, что он интуитивно «ощущает нутром».

**Шестая стадия** – сканирование тела. После того как произошла инсталляция, пациенту предлагают удерживать в сознании как избранное им травматическое событие, так и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело. Ему предлагают фиксировать и идентифицировать любое остаточное напряжение, которое проявляется в теле в форме ощущений. Такие ощущения

избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. Во многих случаях после их совершения напряжение просто исчезает, но иногда может быть вскрыта дополнительная дисфункциональная информация, которая должна стать мишенью переработки. Данная стадия очень важна, так как может вскрывать те области напряжения или сопротивления, которые ранее были скрыты.

**Седьмая стадия** – завершение. По мнению Ф. Шапиро, обычно 90-минутного сеанса вполне достаточно для успешной переработки травматического материала, связанного с отдельным воспоминанием. Однако так бывает не всегда. Поэтому психотерапевт должен оставлять время для действий, которые позволяют ему покинуть кабинет в комфортном состоянии.

**Восьмая стадия** носит название переоценки. Последняя должна проводиться перед началом каждого нового сеанса. Психотерапевт обеспечивает повторное обращение клиента к ранее переработанному травматическому материалу, который являлся целью такой переработки. При этом он оценивает возникающую у пациента реакцию, чтобы определить сохранился ли эффект от проведенного лечения. Такая оценка производится как путем опроса о чувствах, испытываемых в отношении материала, избравшегося ранее в качестве предмета воздействия, так и путем изучения записей в дневнике пациента. После этого решают, следует ли продолжить работу с предыдущей целью или же необходимо избрать новую. К последнему нужно переходить только после того, как произойдет полная интеграция травм, подвергавшихся лечению ранее. Результатом завершения переработки травм могут стать новые формы поведения человека. Это потребует от психотерапевта обращения к проблемам, которые могут возникнуть в связи с этим в семье клиента или в его социальном окружении.

Ф. Шапиро [26] отмечает, что обычно рекомендуется недельный перерыв между сеансами. Это дает возможность пациенту интегрировать проявившийся материал, а также

идентифицировать новые цели. Однако в ряде случаев возникает необходимость в более частых встречах.

Нами представлена классическая техника ДПДГ-психотерапии. В случае ее проведения больным с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи применяют и ее несколько сокращенный и измененный вариант [7].

Следует отметить, что для лечения больных со СТОСН может использоваться и так называемая сексуальная терапия (sex therapy), которую в странах СНГ обычно именуют «секс-терапией». Данный метод разработан американцами У. Мастерсом и В. Джонсон, которые начали использовать его в 1959 г. Он, по сути, близок к поведенческой терапии и может быть назван сексуально-поведенческим тренингом. В приложении 7 приводится методика сексуальной терапии применительно к расстройствам эрекции, которые, как указывалось нами выше, среди всех сексуальных дисфункций у мужчин с характеризуемой патологией имеют место наиболее часто.

Таким образом, существует целый арсенал специальных техник для купирования СТОСН, использование которых позволяет проводить эффективную психотерапию лиц с указанной патологией.

Для лечения больных со СТОСН невротического генеза применяют также лекарственные средства и физиотерапевтические методы (например, локальную декомпрессию полового члена в целях его увеличения вплоть до достижения полной эрекции, что может оказывать выраженное опосредованное психотерапевтическое влияние). Из медикаментов преимущественно используют траквилизаторы (чаще дневные) и гораздо реже – малые нейрорептики, назначаемые в небольших дозах. Их рекомендуется принимать (в индивидуально подобранных дозах) за 1–2 часа до интимной близости. В тех случаях, когда речь идет о выраженной общей невротической симптоматике, наблюдающейся и вне интимных отношений, возникает необходимость в курсовом назначении лекарств упомянутых групп, а также в применении адаптогенов, антидепрессантов (при выраженном снижении настроения), медикаментов, влияющих на мета-



болические процессы головного мозга (ноотропы), и других лекарственных средств.

В последнее время в связи с революционным открытием в фармакологии (силденафила цитрат) и последующей разработкой новых фармакологических препаратов (варденафил, тадалафил) лечение больных со СТОСН стало более эффективным.

Следует особо отметить, что речь часто может идти о сексуальных нарушениях смешанной этиологии, когда СТОСН выступает в качестве лишь одного из структурных компонентов, участвующих в организации целостного полового расстройства. В этих случаях, естественно, объем биологической терапии должен быть значительно расширен.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП / Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.
2. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса / Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
3. Виш И.М., Романюк В.Я., Гериш А.Г. К вопросу лечения психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 128–129.
4. Владимиров-Клячко С.В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1972. – Т. 65. – С. 459–467.
5. Гришин А.В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 21 с.
6. Грошев С.И. Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуаль-

- ные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1967. – Т. 51. – С. 414–432.
7. Доморацкий В.А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое практическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 288 с.
  8. Журавель. А.П. Применение метода ДПДГ для лечения психогенных сексуальных расстройств // **СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ: проблемы, профилактика, диагностика и лечение /** Материалы международной конференции. – М., 1999. – С. 244–246.
  9. Кочарян Г.С. Система эротической сенситизации в терапии синдрома ожидания неудачи // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 424–426.
  10. Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
  11. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
  12. Кочарян. Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 178–207.
  13. Кочарян Г.С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
  14. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
  15. Кочарян Г.С. Метод «взрыва навязчивости» в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 2001. – № 517. – С. 95–98.

16. Кочарян Г.С. Об одном аверсивном феномене в клинике сексуальных расстройств // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 2001. – № 517. – С. 99–102.
17. Кочарян Г.С. Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП). – К.: НИКА-Центр, 2002. – 112 с.
18. Кратохвил С. (Kratochvil S.) Терапия функциональных сексуальных расстройств / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1985. – 159 с.
19. Кэмерон-Бэндлер Л. (Cameron-Bandler L.) С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях / Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. – 256 с.
20. Либих С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – С. 234–245.
21. Нельсон-Джоунс Р. (Nelson-Jones R.) Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
22. Свядош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.
23. Танцюра М.Д. Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности // Сов. мед. – 1956. – №11. – С. 80–84.
24. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
25. Франкл В. (Frankl V.) Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
26. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
27. Bain J.A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
28. Imielinski K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielinskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

29. Imielinski K. Modyfikacja psychoterapii nervicowych zaburzen wzrodu czlonka // Pol. Tyg. Lek. – 1971. – Т. 26, N 24. – S. 910–912.
30. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. – Stanford University Press, 1958.

## ГЛАВА 14

### РЕГРЕССИВНЫЙ ГИПНОЗ В КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Регрессивный гипноз применяется в медицине, в частности, для лечения ряда пограничных психических расстройств. Он базируется на концепции реинкарнации (повторного рождения), которая является одним из базовых положений в ряде религий и философских систем [1–8]. Весной 1980 г. пятьдесят два специалиста в области регрессивного гипноза собрались на совещании в Калифорнии. Целью этой акции было основать ассоциацию, которая бы обеспечила обмен информацией в области исследований «прошлых жизней» и терапии с помощью регрессий. Созданная ассоциация была названа «Association for Past Life Research and Therapy» (APRT). Она насчитывает несколько сот членов во всем мире. Два раза в год ассоциацией издается журнал «The Journal of Regression Therapy», в котором публикуются результаты последних исследований в этой области, а один раз в три месяца выпускается информационный бюллетень [5].

Помимо названной ассоциации, также существуют и другие организации, координирующие терапевтическую и учебную работу в области регрессивной терапии. Это «The Past Life Therapists Association» (PLTA), «The International Board of Regression Therapy (IBRT)», «The European Association of Regression Therapy» (EARTh) и др.

К регрессивному гипнозу рекомендуют прибегать, в частности, когда нельзя найти причин, объясняющих происхож-

дение существующих заболеваний и проблем в «нынешнем воплощении». С научной точки зрения для объяснения терапевтического эффекта регрессивного гипноза полезным может быть представление, согласно которому психика человека, погруженного под гипнозом в «предыдущие жизни», создает сюжеты-метафоры. Пережив происходящие в них события и проработав их, пациент решает проблемы, лежащие, например, в основе его психических расстройств.

Данная терапия может быть использована и для коррекции сексуальных проблем. Джерретт Оппенгейм в своей журнальной статье описал историю женщины, которая была изнасилована в «прошлой жизни».

Речь шла о «деревенской девушке, живущей в XVII столетии». Однажды, когда она кормила свиней, четыре чужака схватили ее, избили, изнасиловали, а затем задушили. Когда позже врач спросил у пациентки о том, что может означать эта регрессия, она сказала только одно: «Я больше не буду бояться близости с мужем». Затем Оппенгейм описывает подробности дальнейшего поведения пациентки: «На следующий день на групповых занятиях она рассказывала, как не понравились ее мужу “росказни” о реинкарнации. Тогда я объяснил всем, что для нас не имеет значения, действительно существуют реинкарнации или нет, и достоверны ли картины, увиденные в регрессии. Важны только результаты лечения. На следующий день Дорис подошла ко мне и сообщила, что и она и ее муж искренне со мной в этом согласны» [по 5, с. 43].

Интерес представляет еще одно сообщение Р.А. Моуди [5, с. 87–89]:

«Я, например, знал одну супружескую пару, у которой были проблемы в совместной жизни. Жена сетовала, что муж унижает ее и стремится подчинить себе. Если она говорила ему об этом, он еще больше ожесточался. Его непрекращающаяся потребность в сексуальных контактах все больше их разделяла, как считала жена.

Его рассказ был совсем другим. Он заявил, что раньше жена радовалась частым половым актам. Годами это был

“секс по обоюдному желанию”, и она наслаждалась телесной любовью вместе с ним. Между тем, недавно ситуация изменилась. Жена стала странной, она сопротивлялась ему, не допуская никакой физической близости. Обычная психотерапия не помогла им, и они решили испытать терапию прошлыми жизнями, в надежде найти корень проблемы. Психотерапевт ввела в гипнотический транс двоих супругов одновременно. Оказалось, что они по-настоящему любят друг друга, но в их любви все пошло шиворот-навыворот. Они оказались вместе в одной из прошлых жизней. Она была служанкой в средневековом ирландском замке, а он – рыцарь. С ее стороны любовь к нему вспыхнула с первого взгляда. Она отдалась ему без колебаний. Их встречи были частыми. Он же на их отношения смотрел по-другому, – она была для него только развлечением, он собирался приходить к ней, пока она не надоест, а потом передать кому-нибудь из друзей. Когда девушка поняла это, то потрясение ее было очень сильным.

*Однажды ночью я пробралась к нему в комнату, целый день с нетерпением ожидая нашей встречи. Но вместо него передо мною стоял один из его приятелей. Я хотела уйти, но он схватил меня и стал срывать одежду. Я сопротивлялась, но мои силы ничего не значили по сравнению с его. “Не беспокойся, – сказал он, – твой рыцарь рассказал мне, чем вы занимались. Я могу это не хуже, чем он”.*

Как психотерапевт истолковала эту травмирующую ситуацию? Она считала, что они снова встретились в этой жизни, чтобы решить старую проблему. Советовала им говорить о том, что они узнали в регрессии, как можно чаще и быть в этой “новой жизни” в сексуальных отношениях как можно внимательнее и нежнее друг к другу, чтобы не разбедить старую рану.

Совет казался добрым. У меня позже появился случай поговорить с этой супружеской парой, но я пришел к выводу, отличающемуся от вывода их психотерапевта. Я рас-

спрашивал их о совместной жизни в периоды самых сильных ссор. Жена признала, что они всегда жили активной и ничем не скованной сексуальной жизнью, которой она сама наслаждалась. Но проблема, о которой ни один из них не мог говорить с психотерапевтом, заключалась в желании мужа “поменяться партнерами” с другой супружеской парой. Когда он рассказал супруге о своем желании, она почувствовала себя отвергнутой. С этого момента их отношения изменились. Женщину больше не привлекали ни сексуальные ласки, ни вообще какая-либо близость, а муж сердился за то, что его лишили удовольствия.

До этих пор они ни с кем не могли говорить о сути проблемы. Почему же смогли теперь? Благодаря регрессии, которая помогла им открыться. Поверили они в то, что когда-то вместе жили в Ирландии, или нет? Ни один из них не был уверен в этом, но они считали такое вполне возможным. Видение во время регрессии было достаточно живым, чтобы его можно было считать воспоминанием. Но, что важнее, оно помогло им откровенно говорить о мучавшей их проблеме».

Нами регрессивный гипноз был применен с целью коррекции полового влечения 28-летней незамужней женщины, которая испытывала его по отношению к представителям противоположного пола в возрасте от 13 до 18 лет (клинический архив 1999–2005 гг.). Это влечение реализовалось, в том числе и при половых контактах. При этом очень важным было то, чтобы «малолетки» были девственниками. Из-за названного влечения в течение 5 лет специально ездила в детские оздоровительные лагеря, где работала воспитательницей. Помимо этого, пациентка сообщила, что мужчины, которые старше ее по возрасту, а также с кавказской и сходной с ней внешностью, вызывают у нее беспокойство. К этому добавила, что исходящие от мужчин старшего возраста неприятные запахи нередко вызывают у нее отвращение. Также отмечает, что ее мастурбация (кол-во мастурбаторных актов может достигать до 5-6 раз в день)

сопряжена с необычным сексуальным фантазированием: видит себя женщиной-завоевательницей, например, в Греции прошлых веков, от которой зависит жизнь какого-нибудь парня, который гораздо моложе ее (его возраст находится в указанном выше возрастном диапазоне). Спасая его, она как бы получает определенные моральные права и вступает с ним в сексуальную связь, несколько не интересуясь его согласием. В связи с этим подчеркивает, что данные фантазии окрашены жаждой сексуального насилия, которое проявляется в «культурных формах».

При расспросе выяснилось, что пациентка была изнасилована в 18-летнем возрасте. Первоначально она так не считала, так как осталась девушкой, и только затем узнала, что у парня (ему было 24 года) имело место семяизвержение. Для того чтобы избежать изнасилования, выпрыгнула с 4-го этажа (примерно с высоты 10 м). Было сотрясение мозга, частичный разрыв лонного сочленения и др. повреждения, однако осталась жива. Следует отметить, что вообще отделалась от этого сравнительно легко, так как данное событие не имело каких-либо значительно выраженных негативных долгосрочных последствий. Затем в возрасте 21-23 лет еще дважды была «изнасилована» (не сопротивлялась, на помощь никого не звала). Указывает, что эти три инцидента не имели для нее длительных отрицательных последствий сексуально-психотравмирующего характера.

При проведении регрессивного гипноза прожила 2 «предыдущих существования». В первом из них («жила» в какой-то восточной стране в XIX или XVIII веке) была дважды изнасилована в возрасте 8 лет. В этом же «воплощении» увидела себя проституткой. Тогда вынуждена была вступать в половую связь с мужчинами, которые обычно были старше ее, в том числе и намного. «Вспоминает», что от одного из них, «толстого», исходил очень неприятный запах и тут же отмечает, что иногда ощущает подобные запахи, исходящие от мужчин, которые старше ее по возрасту, в этой жизни. Воспринимает их крайне негативно. Назревающие неприятности, обусловленные тем, что она далеко не всегда вела себя соответственно занимаемому положению



(в частности, могла отказать в сексуальных контактах мужчинам, которым нельзя было отказывать), побудили ее бросить свою работу (занималась этим ремеслом с 19 лет до 21 г.) и сбежать из населенного пункта, в котором она жила.

В «воплощении, предшествующем предыдущему», увидела себя представителем мужского пола в какой-то средиземноморской стране («Испания, Греция, а может быть, Италия») в конце античного периода. В том «воплощении» уже с 16 лет имела место бурная половая жизнь, которая не была сопряжена с каким-либо сексуальным насилием. В 19-летнем возрасте увидела себя воином, который по мере передвижения войск во время военных действий имел половые связи с различными женщинами по взаимному согласию или «добровольно принудительно» (речь, естественно, идет о принуждении со стороны воина). Затем, однако, в возрасте 21 года этот воин впервые изнасиловал понравившуюся ему девушку, так как она сопротивлялась (несмотря на его изначально миролюбивое поведение), чего раньше не случалось. После произошедшего события каждый половой акт был сопряжен с насилием. При этом, в отличие от тех воинов, которые также прибегали к нему (насилию), каждое изнасилование осуществлял с особой жестокостью. Такая сексуальная практика носила постоянный характер и осуществлялась с большой частотой, т.е. была «чем-то типа мании».

В результате применения регрессивного гипноза, при проведении которого пациентке не делалось каких-либо внушений, направленных на ликвидацию беспокоящих ее проявлений, наступили следующие стойкие изменения (некоторые сразу, а некоторые спустя определенный промежуток времени):

1. Полностью пропал сексуальный интерес к «малолеткам».

2. Нивелировалось отрицательное отношение к мужчинам, которые старше ее по возрасту, а также к мужчинам с кавказской и схожей с ней внешностью.

3. Неприятные запахи, которые иногда исходят от мужчин старшего возраста, не оказывают такого как раньше резкого негативного воздействия.

4. Значительно уменьшилась частота мастурбации, а кроме того, исчезли сопровождающие ее фантазии, в которых видела себя женщиной-покорительницей во время военных походов, совершающей половые акты с «малолетками», согласием которых она не интересовалась, так как получала на это моральное право, спасая их.

Наблюдение за больной в течение 5,5 лет после проведенного лечения свидетельствовало о стойкости полученных результатов. Более того, важно указать, что значительную часть этого времени пациентка находилась в постоянных интимных отношениях с мужчиной, который был на 16 лет старше ее.

Нетрудно заметить, что в построенных психикой сюжетах (увиденных и пережитых событиях «прошлых воплощений») отразились «источники» беспокоивших пациентку психосексуальных проблем. Пройдя через переживания, связанные с этими сюжетами, женщина освободилась от данных проблем.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что регрессивный гипноз, который практически не используется или используется крайне редко клиницистами СНГ, может в ряде случаев с успехом применяться в лечебной работе, о чем, в частности, свидетельствует вышеприведенный случай из нашей клинической практики, а также наблюдения других терапевтов. Для применения данного метода врачу вовсе необязательно верить в возможность реинкарнаций. Достаточно понимать, что сюжеты, создаваемые психикой при проведении регрессивного гипноза, неслучайны, несут некую смысловую и эмоциональную нагрузку, а своеобразный катартический эффект, достигаемый при данной терапии, способен оказать глубокое санирующее воздействие.

Психотерапевты, использующие для лечения регрессивный гипноз, считают, что верить в существование прошлых жизней вовсе не обязательно. Они просто верят в то, что

переживает пациент. Следует особо подчеркнуть, что даже те из них, кто верит в концепцию реинкарнации, придерживаются мнения, что далеко не все пережитые во время регрессивного гипноза «прошлые жизни» являются таковыми на самом деле. Необходимо отметить, что возникающие сюжеты могут не только метафорически выражать существующие у данного индивида проблемы, а также то, как он видит самого себя. Они могут быть результатом вспоминания забытого материала имевших ранее место впечатлений (из прочитанных книг, увиденных фильмов, реальных эпизодов прошлой жизни и даже мечтаний). Речь может идти и о различных сочетаниях забытого. Так, например, человек, находящийся в подавленном состоянии из-за развода, в регрессии может комбинировать сцены из неудачной семейной жизни с эпизодами из прочитанных в детстве книг, а потом описывать «свою регрессию в прошлую жизнь», в которой он был рабыней плантатора [5].

Проникая в глубины подсознания, регрессии очень быстро находят суть эмоциональных проблем, открывают новый подход к душевному конфликту, могут в иносказательной форме повествовать о жизненных проблемах пациента. Также они позволяют людям вживаться в другие роли, узнавать незнакомые ощущения и способы существования, изучать какими они могли бы быть, кроме того, каковыми они являются, не вызывая последствий [5].

Следует задуматься о том, что переживаемые сюжеты, по-видимому, неслучайны и нуждаются в осмыслении.

Непреложным для психотерапии следует считать следующее правило: «Истина – то, что выгодно». Если тот или иной метод является эффективным, его стоит применять, даже если терапевту не импонирует объясняющая или пытающаяся объяснить его научная концепция.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бэйч К. Круги жизней: Реинкарнация и паутина жизни / Пер. с англ. – М.: ИД «София», 2003. – 368 с.
2. Голдберг Б. Гипноз третьего тысячелетия / Пер. с англ. – СПб.: Будущее Земли, 2004. – 208 с.
3. Крэнстон С., Уильямс К. Перевоплощение: новые горизонты в науке и религии / Пер. с англ. – М.: ИДЛи, 2001. – 464 с.
4. Матояма Х. Карма и реинкарнация / Пер. с англ. – Мн.: Вида-Н; М.: Либрис, 1997. – 192 с.
5. Моуди Р.А. Жизнь до жизни. Жизнь после смерти / Пер. с англ. – К.: София, Ltd., 1994. – 352 с.
6. Переселение душ. Сборник. – М.: Издательство Ассоциации духовного единения «Золотой век», 1994. – 442 с. (7).
7. Профет Э.К., Профет Э.Л. Реинкарнация. Утерянное звено в христианстве / Пер. с англ. – М.: Саммит Университи Пресс, 1999. – 415 с.
8. Чинмой Шри. Смерть и реинкарнация / Пер. с англ. – М.: Центр Шри Чинмоя, 1995. – 168 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ

(Кочарян Г.С. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью (анализ современной ситуации) // Сексология и сексопатология. – 2003. – №6. – С. 26–29.)

За последние полтора десятилетия произошли некоторые изменения в обращаемости за сексологической помощью. Это касается как количественных, так и качественных ее характеристик. Часть этих изменений связана с исчезновением социальной стабильности и значительным снижением уровня доходов большей части населения, а другая – с распространением сексологических знаний, а также изменениями в международной классификации болезней. Эти изменения следующие:

**1.** Резкое уменьшение обращаемости за сексологической помощью. Это объясняется следующими факторами. Так, те люди, которые активно занимаются бизнесом, настолько заняты своей работой, что часто «не находят времени» для обращения за лечебной помощью, а тем более для проведения курсовой терапии. То есть, по сути, речь идет о некоей дезактуализации сексуальной сферы. Те же, чей жизненный уровень желает лучшего, не имеют достаточно средств для лечения, а кроме этого, их интересы сосредоточены на заработке с целью удовлетворения первостепенных потребностей. Если бы отсутствовал этот второй компонент, то снижение обращаемости за сексологической помощью в государственные учреждения не было бы таким выраженным.

**2.** Относительное увеличение обращаемости за сексологической помощью женщин, которые в связи с ростом сексологических знаний и продолжающейся эмансипацией стали предъявлять к себе более высокие требования в сексуальной сфере. Тем не менее речь идет именно об относительном увеличении названной обращаемости, так как женщины, в отличие от мужчин, не могут

участвовать в половом акте или испытывают значительные затруднения при его проведении только при наличии таких редко встречающихся расстройств, как вагинизм и диспареуния (гениталгии). Даже при отсутствии оргазма (самая частая патология у женщин) некоторые женщины симулируют сексуальную разрядку. Понятно, что мужчины, у которых либо отсутствует эрекция, либо имеется выраженное ее ослабление, а также мужчины, страдающие преждевременным семяизвержением, тем более резко выраженным (эякуляция наступает еще до введения полового члена во влагалище, в момент введения или спустя всего несколько фрикций), при всем своем желании не способны имитировать собственное сексуальное благополучие. Как известно, названные расстройства у мужчин превалируют над всеми остальными сексуальными дисфункциями. При этом эрекционные нарушения значительно преобладают над эякуляторными. Следовательно, наиболее часто встречаемые сексуальные дисфункции у мужчин более «наглядны». Кроме того, несмотря на то что требования общества к женской сексуальности возросли, к качеству половых функций мужчин продолжают предъявлять гораздо более высокие требования.

**3.** При обращении мужчин и женщин за сексологической помощью в настоящее время они гораздо чаще приходят со своими супругами/партнерами. Этот факт также связан с повышением сексологических знаний населения и осознанием того факта, что интимная близость – парный поведенческий акт, качество которого определяется не только биологическими факторами, но и особенностями взаимодействия в диаде. В прошлые десятилетия при обращении мужчин за сексологической помощью попытки пригласить на прием их жен, которые нередко могут выполнять патопластическую для сексуального расстройства мужа функцию, способствуя его возникновению, консервации и утяжелению, часто не имели успеха. Женщины нередко отказывались приходить к врачу, заявляя своим мужьям примерно следующее: «Ты сам больной, иди и лечись, а у меня никаких расстройств нет». Поэтому приходилось прибегать к различным ухищрениям, например, просить жен прийти на прием к врачу, чтобы посоветоваться о состоянии здоровья мужа. Это срабатывало только в тех случаях, когда между супругами были хорошие отношения и

женщина была заинтересована в их (включая сексуальные отношения) сохранении. Тем не менее даже в этих случаях далеко не всегда удавалось добиться, чтобы она посетила врача.

4. Раньше среди обращающихся мужчин с сексуальными дисфункциями жалобы на снижение полового влечения встречались гораздо реже, чем сейчас, и главным образом выявлялись при активном расспросе. Учащение расстройств либидо (его ослабление, подчас значительно выраженное вплоть до отсутствия сексуального компонента полового влечения) связано с появлением немалого числа лиц, занимающихся бизнесом, деятельность которых сопряжена с длительным эмоциональным перенапряжением (интенсивный ненормированный ритм работы без использования выходных дней и даже отпусков, столкновения с контролирующими и конкурирующими структурами), а также появлением социально неадаптированных к новым постперестроечным условиям людей, подчас вообще лишившихся работы или перебивающихся случайными заработками, размер которых может быть гораздо ниже необходимого для поддержания «нормального» уровня жизни. К этому следует добавить неуверенность в завтрашнем дне у значительной части населения. Тем не менее следует отметить, что среди обращающихся с жалобами на снижение полового влечения значительно преобладают именно те мужчины, которые имеют достаточный материальный статус, так как тем, кто находится в бедственном материальном положении, часто вообще не до того.

Следует отметить, что на первом этапе ослабление полового влечения и снижение ритма половой жизни могут не носить патологического характера, однако если состояние эмоционального перенапряжения существует долго, то можно констатировать переход к патологии через зону сексуальной предпатологии.

Переход от нормы к патологии наглядно иллюстрирует система «Светофор», предполагающая постановку донологического диагноза (Р.М. Баевский, 1979). Эта система предусматривает 4 варианта таких диагнозов: 1) удовлетворительная адаптация организма к условиям среды (З); 2) напряжение механизмов адаптации (Ж<sub>1</sub>); 3) недостаточная, неудовлетворительная адаптация (Ж<sub>2</sub>); 4) срыв адаптации (К). Соответствующими буквами обозначены: З – зеленый цвет, Ж – желтый цвет, К – красный цвет.

«Желтая» зона здоровья как бы разграничивает норму («зеленая» зона) и патологию («красная» зона) и является зоной предпатологии.

Неблагоприятное воздействие эмоционального перенапряжения на выраженность полового влечения, ведущее к его снижению и уменьшению частоты сексуальных контактов, может усугубляться психотравмирующими влияниями со стороны сексуального партнера, неудовлетворенного таким положением. Так, один из наших пациентов, молодой человек, который преуспевал в бизнесе (торговля на рынке), также трудился на дому после окончания основной работы (пошивочное дело). Он до того от всего этого уставал, что половое желание у него возникало только в выходные дни не чаще 1 раза в 2 недели. Жена, недовольная такими редкими для нее контактами, в резкой форме выражала недовольство, что приводило к ссорам, которые вели к дальнейшему снижению либидо у мужа и уменьшению его половой активности. Анализ данного случая позволил нам сделать заключение, что у данного пациента пока нет какой-либо патологии, понимаемой в узко медицинском смысле. Были даны соответствующие режимные рекомендации. Помимо этого, в беседе с женой ей объяснили, чем обусловлено снижение потребности в половой активности у мужа («При половых актах расходуется большое количество энергии... В условиях высоких нагрузок такое снижение является адаптивным, предохраняющим организм от истощения»). Также была объяснена патогенная роль предъявляемых ею упреков и претензий.

Приведем пример из нашей клинической практики, демонстрирующий выраженное влияние связанной с бизнесом работы на интенсивность полового влечения. В данном случае речь идет об уже сформировавшейся сексуальной патологии.

Больной К., 22 лет, частный предприниматель (работает на одном из крупных рынков г. Харькова), совместно проживает с одной женщиной. Хотя половое расстройство, проявляющееся различными сексуальными дисфункциями, начало постепенно развиваться около 3 лет тому назад, однако сообщил, что выраженное снижение полового влечения отметил зимой прошлого года (приблизительно за год до обращения к нам) после 2 месяцев интенсивной нагрузки («организм не отдыхал ни грамма»):



работа без выходных, поездки в Москву 2 раза в неделю на автобусе за товаром сразу после ночного базара («какой тут сон»); когда возвращался назад, то выходил в пограничной зоне и большое расстояние проходил пешком без товара (какая-то коммерческая хитрость, связанная с таможней). Отмечает, что истощенным после всего этого себя не чувствовал («какая-то доля усталости была»), но на половом влечении это резко отразилось.

В.А. Празднова (1999) приводит результаты обследования 48 обратившихся за психотерапевтической помощью мужчин-предпринимателей в возрасте от 27 до 48 лет, которые занимаются бизнесом в течение 5-8 лет. На момент обращения за указанной помощью их преимущественными активными жалобами были повышенная утомляемость, снижение работоспособности, расстройство сна, раздражительность, часто сниженный фон настроения, ощущение внутреннего беспокойства, тревога. Опрос был построен таким образом, что специально задавались вопросы, направленные на выявление у них сексуальных дисфункций. При этом акцент делался на определении выраженности сексуального влечения и сексуальной мотивации. Сексуальные расстройства были диагностированы у 26 (56,2%) чел. У 12 (46,2%) из них ослабление полового влечения привело к «снижению потенции». Следует отметить, что первоначально выявлялись жалобы именно на это последнее нарушение. Тот факт, что оно было следствием снижения либидо, больными не улавливался. У всех пациентов со снижением либидо уровень личностной тревожности, определяемой по методике Дж. Тейлора «Шкала тревожности», соответствовал очень высокому или высокому.

В приведенных исследованиях речь шла о существовании у больных общеневротических нарушений, укладывающихся в рамки астенического синдрома.

**5.** В прошлые десятилетия мужчины, обращающиеся за сексологической помощью, часто указывали, что причиной их сексуальных дисфункций является мастурбация, которой они занимались в подростковом возрасте. Сейчас такие высказывания практически не встречаются, что связано с распространением сексологических знаний (см. главу 5).

**6.** В настоящее время за сексологической помощью в связи со своей сексуальной ориентацией практически не обращаются или

обращаются крайне редко гомосексуалы, так как гомосексуальность не рассматривается в МКБ-10 как патологическое состояние (см. гл. 6).

К изложенному в этой статье материалу следует добавить, что на уменьшение в обращаемости за помощью к врачам-сексопатологам/сексологам в настоящее время также влияет появление высокоэффективных сексологических препаратов для лечения расстройств эрекции у мужчин (силденафила цитрат, варденафил, тадалафил). Их назначение врачами смежных специальностей, которые не обладают необходимой профессиональной подготовкой в области клинической сексологии, в ряде случаев позволяет добиться положительных результатов. Также необходимо отметить, что эти лекарства в нашей стране сейчас отпускаются в аптеках без рецептов, а о дефиците в их рекламировании средствами массовой информации говорить не приходится. Поэтому нередко даже не посоветовавшись с врачом, больные приобретают их и подчас добиваются ожидаемого эффекта. К этому следует добавить, что однажды обратившись к врачу, который назначил один из названных препаратов, и получив положительный эффект, мужчины в дальнейшем по собственной инициативе приобретают их в аптеках без повторного обращения за медицинской помощью.

**ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА**  
**(разработка отдела сексопатологии**  
**Московского НИИ психиатрии)**

(Маслов В.М., Ботнева И.Л., Васильченко Г.С. Основные этапы формирования сексуальности // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 27–37.)

В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко (1983) отмечают, что психосексуальное развитие человека начинается с первых месяцев жизни и предлагают выделять в процессе индивидуального развития следующие возрастные периоды становления и динамики сексуальности:

1. ***Паранубертатный период (1-7 лет)***, в течение которого формируется половое самосознание (I этап психосексуального развития).

2. ***Пренубертатный период (7-13 лет)*** характеризуется выбором и формированием стереотипа полоролевого поведения (II этап психосексуального развития).

3. ***Нубертатный период (12-18 лет)*** – самый бурный в сексуальном развитии организма, во время которого происходят половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо (первые 2 стадии III этапа психосексуального развития).

4. ***Переходной период становления сексуальности (16-26 лет)*** характеризуется началом половой жизни, мастурбационной практикой, сочетанием сексуальных эксцессов с периодами абстиненции (последняя стадия III этапа психосексуального развития с завершением формирования сексуального либидо).

5. ***Период зрелой сексуальности (26-55 лет)*** отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером, вхождением в полосу условно-физиологического ритма (УФР) половой активности.

6. ***Инволюционный период (51-75 лет)*** – снижение половой активности и ослабление интереса к сексуальной сфере, сочетаю-

щеется с регрессом либидо (до уровня эротической, а затем платонической стадий).

Названные авторы (В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, 1983) отмечают, что *платоническое либидо* характеризуется «детской» влюбленностью, желанием духовного общения. Мальчик и девочка стремятся вместе готовить уроки, сидеть за одной партой, заниматься в одном кружке. Это, наряду со вниманием со стороны предмета обожания, является для них вполне достаточным. Для платонической (романтической) стадии становления полового сознания характерны (Г.С. Васильченко, 1977) фантазии, для которых почвой обычно служат сцены из прочитанных книг. Мальчику представляется, что овладевшая его мыслями девочка попала в затруднительное положение, и он, как рыцарь, выручает ее из этого затруднительного положения. При этом ни одна нечистая мысль не приходит ему в голову. В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко (1983, с. 35) подчеркивают: «Платоническое либидо обычно кажется эфемерным и у многих ассоциируется только с обожествлением и поклонением избранному кумиру, но оно также подчиняется общим законам формирования и должно иметь вторую фазу – фазу научения и закрепления установки, т.е. реализацию. Влюбленному приходится не только страдать и мечтать, но и реализовать хотя бы минимум: уж если не удастся красиво умереть на глазах возлюбленной, то хотя бы дернуть за косу, спрятать портфель или еще каким-либо образом обратить на себя внимание».

При переходе к *эротической стадии* развития либидо возникает интерес к интимной стороне отношений полов и эротической литературе. Сексологи характерной для этой стадии считают возникшую потребность в ласках и поцелуях, далеких от детской невинности и «ангельской чистоты». Для этого периода характерно эротическое фантазирование. Как считают цитируемые авторы, только реализация возникших на этой стадии потребностей может завершить ее формирование. Реализация полового влечения на этом этапе заканчивается фрустрацией, но также существуют формы реализации эротического либидо, завершаемые оргазмом (петтинг, реализуемый с партнером, мастурбация).

*Сексуальное либидо* характеризуется возникшей потребностью в половых актах и сексуальным фантазированием, а его реализа-

ция характеризуется началом половой жизни. На данном этапе развития либидо сексуальные эксцессы сочетаются с периодами абстиненции и мастурбацией.

Таким образом, каждый из компонентов либидо (платонический, эротический, сексуальный) проходит в своем формировании два этапа: 1) выработки установки; 2) научения и закрепления установки.

Нам (Г.С. Кочарян) хотелось бы отметить, что интервалы, отделяющие возникновение платонического, эротического и сексуального либидо у мужчин меньше, чем у женщин. Зрелое половое влечение представляет собой «сплав» всех трех видов (компонентов) либидо. Причем пропорции могут достаточно широко варьировать.

### Приложение 3

## ОТНОШЕНИЕ СОВРЕМЕННОГО ХРИСТИАНСТВА К МАСТУРБАЦИИ

(Переписка // <http://www.21v.ru/newspaper/?issue=5&article=12>)

В православном обозрении «ОБЩИНА XXI ВЕК» (выпуск 3 (5), апрель 2001) обсуждается вопрос об отношении различных христианских групп к мастурбации:

«Мы получили письмо от американского подростка. Его интересует, является ли грехом мастурбация? Он обратился с этим вопросом к известному пастору Полу и прислал нам его ответ. Он хочет знать считается ли грехом это в православии или нет. Ответ пастора Пола, капеллана Колумбийского университета, гласит:

“Христианство традиционно не симпатизировало сексуальным проявлениям, кроме секса ради размножения в рамках брака, и это тем паче касается мастурбации. Тем не менее в Библии об этом ничего не сказано – ни за, ни против. Говорят, что католическая церковь интерпретирует некоторые библейские пассажи как Божественное запрещение мастурбации и выразила свою веру в церковном учении. Мормоны тоже думают, что это грех. На

практике среди евангельских христиан широко распространено осуждение данной практики. В то же время многие христианские группы считают мастурбацию безобидной вещью, а не грехом. Хотя среди христиан никогда не будет согласия по вопросу, является ли мастурбация грехом, многие согласятся, что грех есть деяние, отчуждающее нас от Бога. Делает ли это мастурбация? Да, ведь Иисус заповедал нам любить Бога и друг друга. Мастурбация, увы, может быть некоторым образом эгоцентрична. Итак, я помещаю мастурбацию в тот же разряд, что и алкоголь. Это естественный акт и большинство людей занимаются этим, независимо от того, признаются они в этом публично или нет. Если это делается время от времени, то все хорошо, но когда сие становится привычкой или одержимостью, с этим надо кончать, ибо в данном случае оно отчуждает нас от Бога. Ты должен сам решить, грех или не грех мастурбация в твоей жизни”.

Что мы можем сказать на это? Взгляд всех традиционных христианских конфессий, в том числе православия, был одинаков. В последнее время среди ряда богословов, прежде всего протестантских, выражаются взгляды, аналогичные высказанным в вышеприведенном письме. Увы, такие новации в нравственном богословии ведут к моральному разложению верующих. На самом деле: а) какое-либо самоудовлетворение, добровольная поллюция содержат в себе всецелое извращение Богоустановленного порядка использования детородной силы; б) мастурбация препятствует умножению рода людского, святости супружеской жизни, а посему общее благо человечества требует строгого ее запрещения; в) рукоблудие ясно запрещается Божественным позитивным законом: “ни прелюбодеи, ни малакии [т.е. рукоблудники], ни мужеложники Царствия Божия не наследуют” (I Кор. 6, 9-10). Не является, однако же, грехом невольная поллюция, регулярно происходящая у мужчин, не живущих половой жизнью, во сне, если только она не была вызвана сознательным психическим возбуждением себя прежде отхода ко сну.

Снисхождение ко грешнику нельзя путать со снисхождением ко греху. Нельзя ради ложного рвения о приближении грешников к Богу делать дьявольскую работу – успокаивать их, что грех якобы не грех. Для исцеления от пагубной страсти рукоблудия наличествуют естественные и сверхъестественные средства. Из

естественных стоит упомянуть тяжкие физические нагрузки, холодный душ, воздержание в вечернее время от тяжелой пищи и алкоголя, содержание срамных частей тела в чистоте (чтоб не зудели), в тяжелых случаях навязчивого рукоблудия следует обращаться к врачу. Из сверхъестественных средств следует упомянуть осознание греховности рукоблудия, пост, молитву (наипаче к Пресв. Богородице), достойное принятие Таинств Церкви (тут, прежде всего, стоит вспомнить о Покаянии и Браке).

В письме пастора Пола правильно сказано, что “грех есть деяние, отчуждающее нас от Бога”. Не может быть никакого сомнения, что вне Бога, Источника Жизни, наше существование не может иметь никакого смысла. Грех же отвращает нас от этого Источника».

## Приложение 4

### РЕКОМЕНДАЦИИ МОРМОНОВ ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ МАСТУРБАЦИИ

(Steps in Overcoming Masturbation by Mark E. Petersen Council of the 12 Apostles // <http://www.positiveatheism.org/writ/dontjerk.htm>)

Будьте уверены, что вы можете избавиться от вашей проблемы. Многие мужчины и женщины прекратили заниматься мастурбацией и вы сможете, если решите, что это должно быть так. Это намерение – первый шаг. Вы должны решить прекратить эту практику. Когда примите такое решение, проблема сразу заметно уменьшится. Но это должно быть больше, чем надежда или желание, больше чем знание, что это хорошо для вас. Это должно быть фактически РЕШЕНИЕ. Если вы действительно настроитесь на излечение, то будете обладать силой, чтобы сопротивляться любым тенденциям и любым искушениям, которые могут возникнуть. После того как вы приняли это решение, необходимо соблюдать следующие руководящие принципы:

1. Никогда не касайтесь интимных частей вашего тела, исключая время пребывания в туалете.

2. Избегайте оставаться наедине с собой. Найдите хорошую компанию и проводите с ней время.

3. Если вы связаны с другими людьми, имеющими эту же проблему, **ВЫ ДОЛЖНЫ ПРЕКРАТИТЬ ДРУЖИТЬ С НИМИ.** Никогда не вступайте в отношения с другими людьми, имеющими ту же самую слабость. Пребывание в их обществе будет способствовать тому, что вы будете думать об этой проблеме. Ваш ум должен быть занят полезными (здоровыми) мыслями.

4. Когда вы купаетесь, не восхищайтесь собой, глядя в зеркало. Никогда не находитесь в ванне больше пяти или шести минут. Это вполне достаточное время для того, чтобы выкупаться, вытереться и одеться.

5. Если то время, которое вы проводите в постели, является временем, когда ваша проблема беспокоит вас больше всего, одевайтесь на ночь так, чтобы вы не смогли легко касаться ваших половых органов, и так, чтобы было трудно снять одежду. Это создаст условия для того, чтобы вы не смогли поддаваться искушению.

6. Если искушение не удастся подавить в то время, как вы находитесь в кровати, **ВСТАНЬТЕ С КРОВАТИ, ВОЙДИТЕ В КУХНЮ И ПРИГОТОВЬТЕ СЕБЕ ЗАКУСКУ**, даже если это середина ночи и вы не хотите есть, а также не взирая на ваши опасения прибавить в весе. Цель этого состоит в том, что вы будете думать о чем-то другом.

7. Никогда не читайте порнографический материал. Никогда не читайте о вашей проблеме. Не думайте о ней. Помните, что вначале появляется мысль, а за ней следует действие. Вы не должны позволять этой проблеме оставаться в вашем уме. Когда вы достигните этого, то вскоре освободитесь от данного действия (мастурбации).

8. Всегда заполняйте полезными (здоровыми) мыслями свой разум. Читайте церковные книги и Священные писания. Сделайте своей ежедневной привычкой прочитывать по крайней мере одну главу из четырех Евангелий Нового Завета или книги Мормона. Эти четыре Евангелия (от Матвея, Марка, Луки и Иоанна) вызывают большой духовный подъем.

9. Молитесь. Но когда вы молитесь, то молитва не должна быть посвящена этой проблеме, чтобы не было тенденции дер-



жать ее в вашем уме больше, чем когда-либо. Молитесь о вере, понимании Священных писаний, миссионерах, властях, ваших друзьях и ваших семьях, **НО ДЕРЖИТЕ ПРОБЛЕМУ** вне ВАШЕГО разума, **НЕ УПОМИНАЯ** ее **КОГДА-ЛИБО НИ В БЕСЕДЕ С ДРУГИМИ, НИ В ВАШИХ ПРОСЬБАХ. ДЕРЖИТЕ ЕЕ** вне вашего разума!

Отношение человека к его проблеме оказывает влияние на то, насколько легко ее удастся преодолеть. Существенно, что берется твердое обязательство управлять привычкой. Поскольку человек понимает ее причины и восприимчив к условиям или ситуациям, которые могут вызвать желание этого действия, он приобретает власть управления этим желанием.

Нас учат, что наше тело – храм Бога, и мы должны быть так чисты, чтобы Святой дух мог жить в нас. Мастурбация – греховная привычка, которая порождает чувство вины и эмоциональное напряжение. Она физически не вредна, если не осуществляется чрезмерно. Это привычка, которая никоим образом не выражает надлежащее использование относящейся к воспроизводству силы, данной человеку, чтобы выполнять вечные цели. Поэтому она отделяет человека от Бога и наносит поражение евангелистскому плану. Эта направленная на самоудовлетворение активность послужит причиной потери человеком чувства собственного достоинства.

Далее отдельным списком приведен еще 21 пункт, где даются другие рекомендации по преодолению мастурбации:

1. Молитесь ежедневно, просите о подарках Духа, которые укрепят вас против искушений. Молитесь пылко, когда искушения самые сильные.

2. Следуйте программе выполнения ежедневных энергичных физических упражнений. Упражнения уменьшают эмоциональную напряженность и депрессию. Они являются базисными для решения этой проблемы. Удвойте вашу физическую активность, когда вы чувствуете, что стресс/напряжение увеличивается.

3. Когда искушение заниматься мастурбацией сильно, выкрикивайте **СТОП** по отношению к этим мыслям так громко, как вы можете в вашем уме, а затем читайте вслух предварительно выбранное Священное Писание или пойте вдохновляю-

щий/воодушевляющий гимн. Важно заставить отступить ваши мысли от потворствования эгоистичной потребности.

4. Назначьте цели/задачи воздержания; начните с воздержания в течение одного дня, затем его продолжительность следует увеличить до недели, затем до месяца, а впоследствии и до года. Наконец, сдержите обещание/обязательство никогда этого больше не делать. Пока вы не согласитесь на «никогда больше», вы всегда будете открыты для искушения.

5. Изменения в поведении и отношении наиболее легко достигаются посредством измененного представления о самом себе. Проводите время, каждый день представляя себя сильным и способным к самоконтролю, легко преодолевающим искушающие/соблазняющие ситуации.

6. Начинайте ежедневно работать по программе самоусовершенствования. Свяжите план данной программы с улучшением вашего церковного служения, отношений с семьей, Богом и другими. Стремитесь увеличивать ваши силы и способности.

7. Будьте отзывчивы и дружелюбны. Заставьте себя общаться с другими и учитесь наслаждаться этим общением. Используйте принципы совершенствования/развития дружбы, найденные в таких текстах, как книга Дэйла Карнеги «Как завоевать друзей и оказывать влияние на людей».

8. Следует знать о ситуациях, которые угнетают вас, или обстоятельствах, побуждающих чувствовать себя одиноким, скучающим, разочарованным/расстроенным или удрученным. Названные эмоциональные состояния могут вызвать желание заняться мастурбацией, которая в данных случаях воспринимается как то, что облегчает состояние. Заранее планируйте, как противостоять этим негативным эмоциям посредством различных действий, таких как чтение книги, посещение друга, выполнение каких-либо физических упражнений и т.д.

9. Сделайте карманный календарь на месяц на маленькой карточке. Носите ее с собой, но никому не показывайте. Если ваш самоконтроль в какой-то день снизился, закрасьте его красным цветом. Ваша цель не в том, чтобы вообще не иметь «красных» дней. Смысл ведения календаря состоит в том, что он становится сильным визуальным напоминанием необходимости самоконтроля и должен показывать, когда вы были соблазнены и по этой

причине вынуждены добавить еще другой «красный» день. Храните ваш календарь вплоть до того времени, когда у вас будет, по крайней мере, три «чистых» месяца.

10. Тщательное изучение календаря укажет, что вы имели проблему в определенное время и при определенных условиях. Постарайтесь вспомнить эти ситуации в деталях. Теперь, когда вы понимаете как все это случилось, спланируйте разрушение данного паттерна противоположными действиями.

11. В психотерапии есть очень эффективная техника, названная «аверсивной терапией». Когда мы ассоциируем что-то неприятное с чем-нибудь доставляющим удовольствие, но нежелательным, неприятные мысли и чувства начинают сводить на нет приятные. Если вы связываете что-либо очень неприятное с потерей вашего самообладания, это помогает вам сохранить его. Например, если вас начинает одолевать искушение заняться мастурбацией, представляйте как вы купаетесь в ванне/бочке с червями, скорпионами, пауками, сороконожками и думайте о том, что можете быть съедены ими в то время, когда вы онанируете.

12. Когда вы находитесь в туалете или принимаете душ, оставляйте дверь уборной или шторку для душа частично открытыми, чтобы не быть в полном уединении. Принимайте кратковременный прохладный душ.

13. Утром немедленно поднимайтесь. Проснувшись, не лежите в кровати, независимо от времени суток. Встаньте и что-нибудь делайте. Начинайте каждый день с полной энтузиазма деятельности.

14. Ваш мочевой пузырь должен быть пустым. Воздержитесь от того, чтобы выпивать большое количество жидкости перед тем, как ложиться спать.

15. Уменьшите количество специй и приправ в вашей пище. Ешьте на ночь настолько мало, насколько это возможно.

16. Носите пижаму, которую трудно снять, но все же свободную и не стягивающую.

17. Избегайте людей, ситуаций, картин или чтения материалов, которые могли бы вызвать сексуальное возбуждение.

18. Иногда полезно иметь «физический объект», чтобы использовать его для преодоления данной проблемы. Книга Мормо-

на, крепко удерживаемая в руке, даже ночью в кровати оказывалась полезной в чрезвычайных случаях.

19. В очень тяжелых случаях может возникнуть необходимость привязывать руку к кровати, чтобы избавиться от привычки заниматься мастурбацией в полусонном состоянии. Этой цели также можно достигнуть одеванием нескольких слоев одежды, которую было бы трудно снять, когда человек полусонный.

20. Установите награду за свои успехи. Она не должна быть большой. Например, речь может идти о 25 центах, которыми отмечается преодоление вами искушения заняться мастурбацией. Тратьте награду на что-нибудь, что доставляет вам большое удовольствие. Это будет продолжающимся напоминанием о вашем продвижении/прогрессе.

21. Не позволяйте себе возвращаться к любой имевшей место ранее привычке или паттернам отношений, которые были частью вашей проблемы. Сатана Никогда Не Сдается. Сохраняйте уверенность и спокойствие. Мыслите позитивно. **Вы можете выиграть эту борьбу!** Когда это произойдет, Вы почувствуете радость и силу, возвышенный/божественный накал удовлетворения и завершения.

## СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МИФЫ

(Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: диагностические мифы // Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии / Материалы международной конференции. – Москва, 2002. – С. 57–58.)

**Миф 1.** Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) имеет место у всех или почти у всех мужчин, у которых отмечаются сексуальные дисфункции. На самом деле он наблюдается несколько чаще, чем у каждого 5 мужчины с указанными дисфункциями, что, тем не менее, позволяет считать его наиболее универсальным сексопатологическим синдромом у мужчин.

**Миф 2.** Адекватные эрекции при СТОСН нарушаются только при попытке интродекции, а до того момента (в предварительном периоде) они полностью сохранены. На самом деле такая форма расстройств эрекции при данной патологии является лишь частным, часто наблюдаемым феноменологическим вариантом. Нарушения эрекции могут иметь место и в предварительном периоде.

**Миф 3.** Если эрекция ослабевает или нивелируется во время фрикций, то это свидетельствует только о нарушении сосудистого обеспечения эрекции и не наблюдается при тревожном опасении сексуальной неудачи. На самом деле редко наблюдаются случаи, когда такие расстройства эрекции возникают именно из-за «включения» тревожного опасения неудачи во время фрикций.

**Миф 4.** При данном синдроме страдают только адекватные эрекции, а спонтанные (утренние, ночные) остаются интактными. На самом деле при выраженных степенях синдрома тревожного ожидания неудачи (вследствие выраженного гиперконтроля, а также по другим причинам) страдают и спонтанные эрекции. При этом наиболее устойчивыми по отношению к негативному влиянию характеризуемой патологии оказываются ночные эрекции, которые поражаются в последнюю очередь.

**Миф 5.** Сексуальные нарушения у больных со СТОСН выражены приблизительно одинаково. На самом деле они иногда могут быть гораздо менее выраженными и даже вовсе не отме-

чаться в просоночном и постпросоночном состояниях, а также при незапланированных половых актах, так как тревожное опасение неудачи либо «включается» не в полной мере, либо вовсе не успеваает «включиться».

**Миф 6.** Наличие характеризуемого синдрома обязательно предполагает существование сексуальных дисфункций. На самом деле в очень редких случаях в течение довольно длительного времени такие дисфункции могут отсутствовать. Это может обуславливаться существованием выраженного тревожно-мнительного характерологического радикала и наблюдаться, например, у лиц с ананкастным расстройством личности. При этом в отличие от случаев, рассматриваемых в предыдущем пункте, речь ни в коей мере не идет о временном отсутствии «включенности» тревожного опасения сексуальной неудачи.

Охарактеризованные выше диагностические мифы не являются мифами для всех специалистов. На самом деле те из них, кто ознакомлен с современными исследованиями относительно СТОСН, их не придерживаются.

## Приложение 6

### **СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН: КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ**

(Кочарян Г.С. О критериях тяжести и выраженности синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2004. – №1 (5). – С. 58–63.)

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) – наиболее универсальный сексопатологический синдром у мужчин. Он не является неким аморфным образованием, а характеризуется отличительными особенностями, часть из которых накладывает отпечаток на его тяжесть и выраженность. Следует отметить, что критерии клинической выраженности СТОСН не являются единственными, которыми следует пользоваться при

оценке его тяжести. Так, в ряде случаев при значительной выраженности клинической симптоматики данного синдрома можно наблюдать довольно быструю ликвидацию его проявлений при проведении адекватной терапии. Вместе с тем «вялые», клинически неярко выраженные формы СТОСН могут иногда быть довольно резистентными по отношению к лечебным мероприятиям. К таким формам, в частности, следует относить и «обезглавленные» в результате лечения образцы, которые при видимом отсутствии страха характеризуются значительной навязчивой фиксацией больного на эрекции полового члена (ее гиперконтролем).

Наши исследования показали, что тяжесть СТОСН зависит от выраженности эндогенного психического фактора, участвующего в его формировании. Так, характеризуемый синдром диагностировался нами не только при неврозах, но и у лиц с расстройствами личности (ананкастным и смешанным), а также у больных шизофренией. При оценке нозологической специфики СТОСН было отмечено следующее. Оказалось, что, помимо общих, присущих этому синдрому качеств, независимых от тех заболеваний, при которых он наблюдается, можно говорить и об отличительных особенностях, которые обусловлены именно его нозологическими корнями. Так, например, при неврозе ожидания (неудачи) изучавшийся синдром доминирует в клинической картине, у больных неврастенией базисным является астенический синдром, а при ананкастном расстройстве личности СТОСН является непосредственным проявлением личностной дисгармонии и может персистировать за рамки периода сексуальных нарушений, длительно сохраняясь после их ликвидации и обнаруживая при этом чрезвычайно выраженную резистентность по отношению к лечебным воздействиям.

*Больной Р., 38 лет, военнотружущий, женат повторно. Диагноз: ананкастное расстройство личности (психастения) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В возрасте 25 лет познакомился с девушкой (в полном смысле этого слова), на которой женился спустя полгода, не предприняв перед бракосочетанием ни одной попытки провести половой акт. Прежде чем принять решение жениться во второй раз, консультировался у многих военных врачей, чтобы выяснить, здоров он в сексу-*

альном отношении или нет. Все они сказали, что он не болен и может жениться. Был обследован и урологом, который также признал его здоровым.

Эта неуверенность в своих сексуальных возможностях была обусловлена тем, что когда он, состоя в первом браке, был направлен служить в Севастополь (жена тогда с ним не поехала и продолжала жить в Харьковской области), у него там возникли боли в промежности. Был обследован урологом, который не нашел у него патологии простаты даже после исследования ее секрета. Эти боли прошли самостоятельно, но затем во время танцев отметил, что при наличии желания напряжение члена было очень слабым. После того как узнал, что жена ему изменяет, имел однократную половую связь с врачом-фтизиатром. Хотя боялся вступать с женщинами в интимные отношения из-за боязни заразиться венерическим заболеванием, все же решился на это с медицинским работником, чтобы убедиться «мужчина он или уже нет». Для храбрости выпил 150 г водки, но это не сняло эмоциональное напряжение, обусловленное неуверенностью в успехе интимной близости. Тогда контролировал напряжение полового члена зрительно и с помощью рук, а также «по ощущению». Желание было большим, а эрекция незначительной. Все же удалось совершить интроекцию, использовав руки, однако семяизвержение при фрикциях так и не наступило. Был удручен. Женщина успокаивала его, обещала помочь. Когда же через несколько дней пришел к ней опять, она ему сказала, что они не могут поддерживать отношения, сославшись на то, что сын возвращается из пионерского лагеря. Еще через несколько дней у него появились выделения из мочеиспускательного канала и был диагностирован трихомонадный уретрит. Тот факт, что он заразился, довел его до отчаяния («... чего боялся, то и произошло...»). Значительно снизилось настроение («... был такой упадок, что находился в другом измерении...»). Когда куда-либо шел, то не знал, куда именно. Когда спрашивали, как его зовут, не мог ответить. Однажды даже забрали в комендатуру, так как думали, что пьян. В течение 1-2 дней были мысли о самоубийстве. Вместе с тем на работу ходил каждый день («... ведь я военнослужащий...»). Нарушился сон и аппетит. В этот период принимал трихопол и «таблетки от страха», так как был сильно



перепуган случившимся. Такое состояние сохранялось в течение месяца. Затем пришел приказ о его переводе в Харьковскую область, о чем он ходатайствовал перед командованием с целью сохранить семью. Однако, вернувшись домой, жить половой жизнью с женой так и не начал, так как она вела разгульный образ жизни.

Итак, когда все военные врачи, к которым обращался пациент, сказали ему, что никаких препятствий для женитьбы со стороны состояния здоровья у него нет, что подтвердил и уролог, он вскоре женился во второй раз. Первые 4 дня ничего не получалось. Тогда постоянно беспокоили мысли о возможной неудаче. Пытался отогнать их, читая художественную литературу и выполняя различные работы по дому. Указанные меры давали эффект в момент их выполнения, но стоило их прекратить, как беспокоящие мысли сразу же возвращались: был не уверен, что возникнет эрекция, и опасался, что если половой акт и состоится, то эякуляция может не наступить, как и случилось в Севастополе. В обстановке интимной близости также пытался отвлечься от названных мыслей, что не давало никакого эффекта. Отмечал у себя в это время дрожь в руках, чувство затрудненного дыхания и нехватки воздуха. Жена его успокаивала, говорила, что все нормализуется. Пациента же это, наоборот, раздражало, так как жалость с ее стороны была ему неприятна. Затем сексуальные нарушения нивелировались («не могу понять благодаря чему»): на пятый день половой акт удался. Затем эти нарушения не наблюдались в течение 3 лет. Однако в течение указанного времени больного никогда не покидали мысли о том, что все равно во время интимной близости может ничего не получиться (!). В предварительном периоде опасался того, что не возникнет эрекция, а когда она возникала и начинались фрикции, то боялся, что может не наступить семяизвержение. Это повторялось всякий раз, несмотря на то что предыдущие половые акты протекали без каких-либо изъяснов. Отмечает, что в тот период вегетативных нарушений, которые имели место при попытках в первые 4 дня после женитьбы, не было. Указанные опасения постоянно возникали и вне обстановки интимной близости в течение всего дня. Если на работе волей-неволей отвлекался от них, то в домашней обстанов-

*ке ему это не удавалось. Поэтому просил жену рассказывать ему что-нибудь, выполнял какую-либо работу по дому или предлагал супруге свою помощь в оформлении стенгазеты для ее работы. Не может вспомнить, какие именно меры предпринимал в то время, чтобы в обстановке интимной близости отвлечься от беспокоящих его мыслей. Тревожное ожидание неудачи и эти мысли считал явлением болезненным и неоднократно обращался по данному поводу ко многим врачам, которые так и не смогли ему помочь (!).*

Из приведенного клинического наблюдения следует, что у больного с ананкастным расстройством личности (психастенией) даже в длительные периоды (годы) полной нормализации сексуальных функций, в чем он сам нисколько не сомневался, упорно продолжал существовать СТОСН, что свидетельствовало о большом влиянии дисгармоничного личностного фундамента («почвы»). Указанный синдром в это время был как бы оторван от своей материализации в сексуальной сфере.

СТОСН, наблюдавшийся нами у больных шизофренией, имел эндогенную «окраску», обуславливался другими психопатологическими синдромами и нередко носил несоответствующий реальной ситуации характер. Так, например, у одного из наших больных отмечались стойкая, непоколебимая онанофобия и обусловленный ею синдром тревожного ожидания неудачи, вызывающий эрекционные нарушения. У другого пациента сексуальный срыв послужил психогенной провокацией, за которой последовало резкое обострение эндогенного процесса, выражающееся астеническими и депрессивными проявлениями, обуславливающими потерю трудоспособности. Одновременно развился СТОСН и больной вообще отказался от попыток совершения половых актов, несмотря на весьма благоприятную партнерскую ситуацию. Сексуальная проблематика оказалась настолько актуальной для пациента, что он обратился именно к сексопатологу, специально приехав из другого города. Наше видение проблемы оказалось совершенно иным. Первоочередной задачей, смещающей в данном случае терапевтические акценты, несомненно, являлось лечение основного заболевания в медицинском учреждении психиатрического профиля. Источником возникновения СТОСН у больных шизофренией могут стать также сенестопатические ощущения,

исходящие из половых органов, и связанные с ними переживания ипохондрического характера, что, в частности, имело место у одного из обследованных нами пациентов.

Помимо эндогенного фактора, на резистентность СТОСН по отношению к лечебным воздействиям влияет тот факт, что он может быть реакцией на соматическое заболевание, которое привело к возникновению сексуальных расстройств. Если это заболевание трудно поддается лечению, то оно поддерживает существование СТОСН, как бы консервируя его. Естественно, что СТОСН, осложняя течение сексуального расстройства, изначально обусловленного именно этим соматическим заболеванием, может усиливать это сексуальное расстройство и даже разнообразить его качественные показатели, приводя к возникновению отсутствующих до появления СТОСН сексопатологических симптомов.

Оценка тяжести состояния пациента со СТОСН должна выходить за пределы больного индивида и учитывать партнерскую ситуацию, так как поведение жены/партнерши при интимной близости и ее реакции на сексуальную проблематику мужчины являются существенными факторами, оказывающими влияние на результаты лечения. В ряде случаев усилия самого квалифицированного врача могут оказаться безуспешным из-за выраженного неблагоприятного влияния второго участника сексуальных интеракций.

Таким образом, тяжесть СТОСН должна оцениваться по выраженности его клинических проявлений, роли эндогенного психического фактора в его организации, степени терапевтической резистентности соматической патологии, которая изначально обусловила появление сексуального расстройства, характеру отношений супругов/сексуальных партнеров. Следовательно, при анализе тяжести характеризуемого синдрома недостаточно ориентироваться только на нозологию, которая лежит в его основе, и клиническую выраженность проявлений СТОСН. На основании вышеприведенных данных можно также утверждать, что выраженность СТОСН и его тяжесть далеко не всегда являются тождественными понятиями.

В связи с тем, что не во всех случаях легко и однозначно можно отграничить характеристики выраженности СТОСН от характеристик его тяжести, а также в связи с тем, что в ряде случаев

указанные характеристики совпадают, приведем общий перечень критериев (клинико-терапевтических), характеризующих выраженность и/или тяжесть изучавшегося синдрома. Эти критерии следующие:

- Интенсивность страха сексуальной неудачи.
- Наличие и выраженность сопутствующих этому страху вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера, наблюдающихся при интимной близости.
- Выраженность сексопатологических симптомов.
- Степень гиперконтроля нарушенных сексуальных функций.
- Выход переживаний о сексуальных нарушениях за пределы периода интимной близости.
- Появление сопутствующих психопатологических синдромов (астенического, депрессивного).
- Возникновение характерологических динамических сдвигов, обусловленных существующей патологией.
- Появление трансформаций поведения, обусловленных сексуальными дисфункциями и страхом сексуальной неудачи.
- Особенности течения СТОСН (вариант его течения). Так, перманентный вариант течения СТОСН (патология существует постоянно) следует признать более тяжелым и выраженным по сравнению с альтернирующим (СТОСН то исчезает, то появляется вновь). Также более тяжелым и выраженным является тотальный вариант СТОСН (тревожное опасение неудачи выражено по отношению ко всем женщинам) по сравнению с селективным (указанное опасение существует только по отношению к определенной женщине). Более тяжелым и выраженным также следует считать андроцентрический вариант СТОСН (пациент главным образом сосредоточен на себе и его мало беспокоят переживания жены/партнерши) по сравнению с фемино-центрическим (мужчину в основном беспокоят проблемы жены/партнерши, связанные с его сексуальным расстройством). Этот последний вариант характеризуется гораздо менее глубоким поражением.

- «Эндогенность» СТОСН.
- Резистентность соматической патологии, участвующей в организации целостного сексуального расстройства, поддерживающей существование СТОСН.
- Неблагоприятная партнерская ситуация.

## Приложение 7

### СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПО У. МАСТЕРСУ И В. ДЖОНСОН (применительно к расстройствам эрекции)

(Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – С. 538–543.)

**«Первый день»** лечения начинается со знакомства пациентов и их врачей, которые, представившись, объясняют, что будет происходить в течение нескольких последующих дней. После этой первой встречи партнеров разделяют, и врачи проводят с каждым из них (врач-мужчина – с мужчиной, а врач-женщина – с женщиной) беседу, выясняя во всех подробностях историю их жизни. После перерыва на обед, во время которого врачи обсуждают полученные ими сведения, начинается вторичный опрос партнеров, но на этот раз врач-мужчина разговаривает с партнершей, а врач-женщина – с партнером. В завершение этого перегруженного дня оба пациента проходят полное физикальное обследование. На следующее утро у них берут кровь для проведения общего анализа.

**Второй день** посвящен “круглому столу” с участием врачей и обоих пациентов. Врачи излагают свое мнение относительно половых и неполовых проблем, выявленных у обследуемой пары, и откровенно высказывают свое мнение о шансах на успешность лечения. Пациентов просят высказать свои замечания по поводу выводов врачей и исправить возможные фактические ошибки. Врачи стараются объяснить наиболее вероятные причины полового нарушения (й) или проблемы (м) и начинают описывать в общих чертах план лечения. Обычно при этом идет разговор о

сексе как естественной функции организма, о том, как возникает страх неудачи, об эффекте самонаблюдения и о важной роли способности к коммуникации. В заключение круглого стола пациентам обычно советуют заняться упражнениями по фокусированию чувственных ощущений в уединении собственного дома или номера в отеле.

Самый первый опрос продолжается обычно от получаса до двух часов, второй, т.е. после обмена мнениями между врачами, примерно 45 мин для каждого партнера. Круглый стол занимает обычно до полутора часов. Все эти сроки варьируют и частично зависят от разговорчивости пациентов. Последующие ежедневные встречи продолжаются в среднем по часу.

***Начиная с третьего дня*** оба пациента встречаются с обоими врачами на четырехсторонних интервью, хотя иногда врачи беседуют с каждым из партнеров по отдельности, чтобы выяснить, нет ли у них каких-нибудь проблем, которые не хотелось бы обсуждать в присутствии другого партнера. Ежедневно каждого партнера просят рассказать о событиях предшествующих суток, уделяя особое внимание характеру общения во время упражнений по фокусированию ощущений.

Интересно отметить, что большая часть времени на этих лечебных сеансах обычно бывает посвящена темам, не имеющим непосредственного отношения к сексу (как справляться с гневом; самоуважение; борьба за лидерство), хотя врачи стараются, занимаясь другими проблемами своих пациентов, сообщать им сведения об анатомии и физиологии половых органов.

### **Фокусирование ощущений**

В начале лечения каждой паре предлагают воздержаться от прямых половых сношений, связанных с контактом гениталий. Такой подход помогает устранить давление, возникающее из-за страха неудачи при половом акте, и создает условия для разрушения порочного круга “страх – самонаблюдение – неудача – страх”, который во многих случаях глубоко укоренился. Обучение более эффективным способам половых взаимодействий основано на идее фокусирования ощущений.

На первой стадии обучения фокусированию ощущений паре предлагают провести два сеанса, во время которых каждый из

них прикасается к телу другого, причем грудь и гениталии объявляются “запретными зонами”. Цель прикосновений состоит не в том, чтобы вызвать сексуальное возбуждение, а в том, чтобы открыть для себя ощущения, вызываемые прикосновениями партнера. Партнеров предупреждают, что каждый из них должен действовать в соответствии с собственными желаниями, а не стараться угадать, что нравится или не нравится другому. Подчеркивается, что прикосновение не должно превращаться в массаж или в попытку вызвать половое возбуждение.

В начальный период упражнения по фокусированию чувственности должны проходить по возможности в молчании, так как слова могут отвлечь от физических ощущений. Однако тот из партнеров, к которому прикасаются, должен дать понять другому либо без слов (языком тела), либо словами, если то или иное прикосновение ему неприятно.

Хотя многие люди говорят: “О, мы уже раньше прикасались друг к другу множество раз: нельзя ли обойтись без этого и перейти на более высокий уровень?”, эта первая стадия имеет важное значение во многих отношениях. Она позволяет врачу получить дополнительное представление о взаимодействиях между партнерами. Кроме того, эта стадия имеет чисто лечебное воздействие: об этом свидетельствует тот факт, что многие мужчины, которые на протяжении долгих лет при попытке совершить половой акт не могли достигнуть эрекции, вдруг обнаруживали у себя необычайно сильную эрекцию; возможно, это было связано с устранением давления, создаваемого ощущением необходимости совершить половой акт. Ведь им было сказано, что от них не ожидают возникновения полового возбуждения, а если даже оно и возникнет, то его не следует реализовывать. И, наконец, такие прикосновения – прекрасное средство для снижения чувства тревоги и обучения общению без слов.

На следующей стадии упражнений по фокусированию ощущений область прикосновений расширяется и в нее включают грудь и гениталии. ... Партнеру, совершающему прикосновения, объясняют, что начинать следует не с гениталий, а с каких-нибудь других участков тела. И снова главная цель должна заключаться в физическом ощущении прикосновений, а не в ожидании какой-то особенной сексуальной реакции. На этой стадии партнерам обыч-

но предлагают испытать метод “рука на руку” как более непосредственный способ коммуникации без слов. Партнеры проделывают это упражнение по очереди. Положив руку на руку своего партнера в то время, когда другой рукой он прикасается к ее телу, женщина может дать ему почувствовать, хочется ли ей, чтобы он надавливал сильнее или слабее, гладил быстрее или медленнее или же перешел бы на другой участок тела. Затем все это повторяется с мужчиной, который в свою очередь сигнализирует о своих предпочтениях. Смысл всей этой процедуры состоит в интеграции молчаливых посланий таким образом, чтобы партнер, к которому прикасается другой партнер, не превращался в “регулирующего уличного движения”, а просто вносил некоторый дополнительный вклад в процесс прикосновений, производимый в первую очередь исходя из интересов “прикасающегося” партнера.

На следующей стадии обучения фокусированию ощущений мужчине и женщине предлагают прикасаться друг к другу не по очереди, а одновременно. Это имеет две цели: во-первых, создается естественная форма физического взаимодействия (“в жизни” люди обычно не прикасаются друг к другу по очереди); во-вторых, это удваивает потенциальные источники чувственного вклада. Эта стадия имеет очень важное значение для преодоления стремления к самонаблюдению, поскольку единственное, что может сделать наблюдатель, это переключить внимание на какую-то часть тела своего партнера (погрузиться в прикосновение) и совершенно отвлечься от наблюдения за собственной реакцией. Партнерам напоминают, что какого бы сильного возбуждения они не достигли, половой акт все еще остается под запретом.

При последующих упражнениях по фокусированию ощущений продолжают те же действия, но в какой-то момент партнеры переходят в положение “женщина сверху” без попыток введения полового члена во влагалище. В этом положении женщина может играть с половым членом, потереть его о клитор, вульву или отверстие влагалища, независимо от того, находится ли он в эрегированном состоянии или нет. Если возникнет эрекция и если ей захочется, она может ввести кончик члена во влагалище, но при этом все ее мысли должны быть сосредоточены на физических ощущениях, с тем чтобы сразу прекратить свои действия или



вернуться к простым прикосновениям или объятиям, не затрагивающим гениталии, если у нее или у ее партнера проявится стремление к половому акту или какое-то беспокойство. После того как партнеры начинают чувствовать себя достаточно уверенно на этом уровне, настоящее половое сношение обычно не вызывает трудностей.

Все подобные приемы могут показаться очень простыми, однако важно понять, что все это лишь составные элементы тщательно разработанной программы психотерапии, а не просто набор каких-то трюков или фокусов. Самое главное их достоинство состоит в быстром и эффективном действии даже в тяжелых и запущенных случаях.

### **Некоторые особые лечебные стратегии**

Описанная выше в общих чертах схема лечения, применяемая Мастерсом и Джонсон, дополняется некоторыми другими методами, используемыми при лечении различных половых расстройств.

При *нарушениях эрекции* важно помочь человеку понять, что он не может вызывать эрекцию по собственному желанию, точно так же, как не может произвольно понизить свое артериальное давление или повысить частоту сердечных сокращений. Он может создать благоприятные условия для того, чтобы взяли верх его собственные естественные рефлексy, если не будет пытаться достигнуть эрекции и постарается преодолеть страх перед неудачей. Неудивительно, что у мужчины с нарушениями эрекции часто возникают сильные эрекции на первых же занятиях по фокусированию чувственных ощущений. Это может ободрить его, но, кроме того, важно, чтобы мужчина (и его партнерша) поняли, что утрата эрекции не есть признак неудачи; это просто показывает, что эрекции возникают и исчезают естественным образом. Поэтому следует объяснить женщине, что при возникновении эрекции она должна прекратить поглаживание полового члена и другие ласки с тем, чтобы у мужчины была возможность убедиться, что эрекция вернется при возобновлении прикосновений. С этим связана и другая проблема: многие мужчины с расстройствами эрекции стремятся совершить половой акт как только у них возникает

эрекция, так как опасаются, что она быстро пройдет. Эта “спешка” создает еще одно отрицательное давление и обычно приводит к быстрой потере эрекции.

Когда делается попытка совершить половой акт (только после того, как мужчина приобрел достаточную уверенность в своей способности к эрекции и оказался в состоянии ослабить самонаблюдение), женщине предлагают ввести себе половой член. Это избавляет мужчину от необходимости решать, когда его следует ввести; кроме того, он не “отвлекается” на поиски входа во влагалище».

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	4
<b>Глава 1.</b> Воздействие феромонов на репродуктивную систему женщины, темпы ее соматосексуального развития и сроки увядания .....	9
<b>Глава 2.</b> Влияние феромонов человека на сексуальную привлекательность и социосексуальное поведение .....	28
<b>Глава 3.</b> Либи́до: семантический (смысловой) аспект .....	52
<b>Глава 4.</b> Сексуальное развитие человека: психоаналитическая модель .....	57
<b>Глава 5.</b> Патогенные влияния и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность .....	73
<b>Глава 6.</b> Гомосексуальность: норма или патология? .....	129
<b>Глава 7.</b> Сексуальная аверсия .....	166
<b>Глава 8.</b> Изменения поведения, обусловленные сексуальными дисфункциями .....	193
<b>Глава 9.</b> «Выгодные» болезни и негативные терапевтические реакции в клинике сексуальных и репродуктивных расстройств .....	238
<b>Глава 10.</b> Психическая саморегуляция половых функций больными с сексуальными нарушениями .....	259
<b>Глава 11.</b> Коррекция масштаба переживаний у пациентов с сексуальными дисфункциями .....	276
<b>Глава 12.</b> Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств .....	286
<b>12.1.</b> Использование аутогенной тренировки в сексологической практике (общие сведения) .....	286
<b>12.2.</b> Оригинальная методика аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств .....	289
<b>12.3.</b> Аутосуггестия при различных сексуальных нарушениях .....	298
<b>Глава 13.</b> Психотерапия больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи .....	305
<b>13.1.</b> Общие сведения о синдроме .....	305

<b>13.2.</b> Традиционные, новые и новейшие психотерапевтические техники устранения опасения/страха сексуальной неудачи .....	311
<b>Глава 14.</b> Регрессивный гипноз в коррекции сексуальных проблем .....	356
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b> .....	365
Приложение 1. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью .....	365
Приложение 2. Психосексуальное развитие человека (разработка отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии) .....	371
Приложение 3. Отношение современного христианства к мастурбации .....	373
Приложение 4. Рекомендации мормонов по преодолению мастурбации .....	375
Приложение 5. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: диагностические мифы .....	381
Приложение 6. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: критерии тяжести и выраженности .....	382
Приложение 7. Схема лечения по У. Мастерсу и В. Джонсон (применительно к расстройствам эрекции) .....	389

## CONTENTS

INTRODUCTION .....	4
<b>Chapter 1.</b> Influences of pheromones on the women's reproductive system, rates of her somatosexual development and terms of wasting away .....	9
<b>Chapter 2.</b> Effects of pheromones on sexual attraction and sociosexual behavior .....	28
<b>Chapter 3.</b> Libido: the semantic aspect .....	52
<b>Chapter 4.</b> Sexual development of the human being: the psychoanalytic model .....	57
<b>Chapter 5.</b> Pathogenic influences of masturbation and their negative consequences: myths and reality .....	73
<b>Chapter 6.</b> Homosexuality: norm or pathology? .....	129
<b>Chapter 7.</b> Sexual aversion .....	166
<b>Chapter 8.</b> Behavioral changes caused by sexual dysfunctions .....	193
<b>Chapter 9.</b> «Advantageous» diseases and negative therapeutic reactions at sexual and reproductive disorders .....	238
<b>Chapter 10.</b> Psychic autoregulation of sexual functions in patients with sexual disturbances .....	259
<b>Chapter 11.</b> Correction of emotional experience scope in patients with sexual dysfunctions .....	276
<b>Chapter 12.</b> The accelerated variant of autogenic training for treatment of sexual disorders .....	286
<b>12.1.</b> Use of autogenic training in sexological practice (general data) .....	286
<b>12.2.</b> Original technique of autogenic training for treatment of sexual disorders .....	289
<b>12.3.</b> Autosuggestions for various sexual disturbances .....	298
<b>Chapter 13.</b> Psychotherapy of patients with fear of sexual failure .....	305
<b>13.1.</b> The general information on the fear .....	305
<b>13.2.</b> Traditional, new, and the newest techniques for elimination of the fear .....	311
<b>Chapter 14.</b> Regressive hypnosis in correction of sexual problems .....	356

SUPPLEMENTS .....	365
Supplement 1. On changes in taking sexological care .....	365
Supplement 2. Psychosexual development of the human being (working up of the Sexual Pathology Department at Moscow Research Institute of Psychiatry) .....	371
Supplement 3. The attitude of modern christianity to masturbation .....	373
Supplement 4. Mormons' recommendations for overcoming masturbation .....	375
Supplement 5. Fear of sexual failure: diagnostic myths .....	381
Supplement 6. Fear of sexual failure in males: criteria of heaviness and intensity of its manifestations .....	382
Supplement 7. W. Masters and V. Johnson's therapeutic scheme (for erection disorders ) .....	389

Наукове видання

**Кочарян Гарнік Суренович**

**СУЧАСНА СЕКСОЛОГІЯ**

Російською мовою