

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



50 лет

4

2013 год

Издается 2 раза в год

электронный научный журнал

ОГЛАВЛЕНИЕ

50 ЛЕТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

Н.Д.КИБРИК. Итоги и перспективы развития сексопатологии.....	2
Б.Е.АЛЕКСЕЕВ. Традиции сексологических исследований.....	12

КЛИНИКА СЕКСУАЛЬНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Г.С.КОЧАРЯН. Гипносуггестия в клинической сексологии: модели терапевтических интервенций.....	21
Е.В. ПЕТРОВА, Т.Н.ВАКИНА, Д.Г.ЕЛИСТРАТОВ, В.Н.ТРИФОНОВ. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психоэмоциональными расстройствами.....	31
М.В.ЕКИМОВ. Адаптивная роль личностных особенностей женщин.....	36

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

Е.А. КУЛЬГАВЧУК. О комплексном подходе к решению проблем мужского здоровья.....	42
И.С. КИМЕРИНА. Психологи-сексологи в содружестве с врачами-специалистами.....	44

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

П.А.ФРОЛОВ, Е.В.ЧЕРЕПАНОВА. Сексуальность как актуальная способность в позитивной психотерапии.....	47
В.А.КОЧНЕВ. О связи полоролевой идентичности и сексуального поведения замужних женщин.....	60
Е.Н.БЫКОВА. Роль сексуальных игр в интимных отношениях супругов.....	73

СЕКС И ЭРОС

М.Н.ЭПШТЕЙН. Эротическое событие. Эротема.....	74
---	-----------

СЕКСУАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО: ПРОСВЕЩЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

Е.А.КАЩЕНКО. Основные идеи концепции реформирования образования в сексологии.....	83
Н.И.ОЛЕЙНИКОВ, Н.В.РОЧЕВА. Роль массовой культуры и рекламы в процессе включения сексуальности в стереотипы общества потребления.....	88

ПРЕЗЕНТАЦИИ КНИГ

С.Т. АГАРКОВ. Сексуальность. От инстинктов к чувствам: психогенез сексуальности.....	90
Е.А.КАЩЕНКО, А.Н.КОТЕНЁВА. Откровенный разговор «про ЭТО» с подростком.....	90
Над номером работали:.....	91



КИБРИК

Николай Давыдович,

доктор медицинских наук, профессор, руководитель Научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии, г.Москва

50 ЛЕТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕКСОПАТОЛОГИИ.

Проблемы сексопатологии занимали умы врачей и философов с древних времен. Старинные индийские рукописи «Камасутра» Ватсьяяна, написанная около 2000 лет назад, сочинения Апулея, новеллы Джованни Боккаччо, Мазуччо, так же как поэма «Наука любить» Овидия Назона, описывающие половую жизнь мужчины и женщины, до сих пор не утратили своего значения.

В Западной Европе и Америке разработка сексологической проблемы началась в XVIII веке. Медицинская сексология пережила период своего блестящего развития с конца позапрошлого и в первые десятилетия прошедшего столетия. Целый ряд монографий, обширных исследований был посвящен важнейшим проблемам медицинской сексологии; работы Фореля, Крафт-Эбинга, Моля, Фюрбрингера, Хевелок Эллиса, Гиршвельда, Бехтерева, Якобсона синтезировали современные им достижения смежных областей знаний, но

к сожалению, они десятилетиями не переиздавались и являются библиографической редкостью.

В последующие десятилетия, вплоть до 50-х годов, предшествовавших выходу работы Г.С. Васильченко «Патогенетические механизмы импотенции» 1956 г., на русском языке не было издано ни одной монографической работы по проблемам медицинской сексологии. Однако за последующие 10 лет появились монографии И.М. Порудоминского «Половые расстройства у мужчин» 1960 г., Леонид Яковлевича Мильмана «Клиника и лечение импотенции» 1960, 1965 г., Николая Владимировича Иванова «Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств».

Эти работы способствовали привлечению особого внимания медицинской общественности к практическим проблемам медицинской сексологии. В 1963 году Президиум Ученого Медицинского Совета Министерства Здравоохранения РСФСР заслушав доклады проф. И.М.Порудоминского и проф. П.Б.Посвянского о состоянии сексологической помощи принял решение «О состоянии научных исследований в учреждениях здравоохранения РСФСР по вопросу о расстройствах половых функций и о мерах по улучшению лечебно-профилактической помощи населению в отношении этих заболеваний» от 22 ноября 1963 г. Оно сыграло важную роль в развитии научных исследований в области сексопатологии, подготовке кадров

сексологов и развертывании помощи многочисленным больным с нарушениям сексуальной функции.

Распоряжением зам. Министра здравоохранения А.В.Сергеева от 29 июня 1965 г. было организовано отделение сексопатологии, которое решением Госкомитета по науке и технике Советов Министра СССР было значительно расширено до 12 штатных единиц. Разворачивание отделения сексопатологии в научно-исследовательском институте психиатрии явилось первым опытом в истории отечественной медицины и потребовало специальной организации, четких принципиальных установок, исходящих из уровня состояния медицинской науки и практических задач здравоохранения.

Перед отделением был поставлен ряд задач, касающихся исследования проблем клиники, диагностики и лечения половых нарушений в направлении:

1. Уточнение диагностики на основе всестороннего обследования больных (психоневрологического, урологического, эндокринологического и др.). Изыскание патогенетической терапии на основе точного диагноза. Создание патогенетической классификации и номенклатуры основных сексуальных нарушений.

2. Изучение гормонального профиля, нейрофизиологических закономерностей в особенности в отношении больных, страдающих затяжными формами половых нарушений, не поддающихся лечению общеизвестными методами.

3. Разработка специальных методик психотерапии в отношении наиболее частых форм психогенно-невротических сексуальных нарушений. Г) Изучение современных фармакологических препаратов с точки зрения эффективности их при различных формах сексуальных расстройств.

Задачи организационно-методического характера:

1. Педагогическая работа по подготовке квалифицированных специализированных медицинских кадров для оказания помощи больным с различными формами половых нарушений.

2. Организация сети специализированных сексологических учреждений (кабинетов, отделений) в стране.

3. Подготовка и выпуск специальной литературы по различным аспектам сексологии и сексопатологии.

4. Оказание консультативной лечебно-диагностической помощи населению СССР

В 1963, 1964 и 1966 г. на специальных семинарах в городе Горьком (ныне Нижний Новгород) и в 1967 г. в Москве, проходивших при участии ряда научных учреждений, таких как (Московский институт психиатрии, психоневрологический институт им. Бехтерева, Центральный кожно-венерологический институт, институт акушерства и гинекологии, психиатрическая клиника Горьковского мед.

Института) по диагностике, клинике и лечению сексуальных нарушений, в чтении лекций и проведении практических занятий принял участие целый ряд крупных ученых и специалистов: в первую очередь проф. Н.В. Иванов, а также профессора В.Н. Мясищев, И.М. Порудоминский, М.С. Лебединский, С.С. Добротин, И.И. Лукомский, Л.Л. Рохлин, И.З. Вельвовский, В.И. Здравомыслов, С.С. Либих, Р.А. Зачепиский, Ю.К. Тарасов, В.Д. Кочетков, С.А. Артемьев, Б.С. Бамдас, Б.М. Сегал и ряд других. Подготовку по сексопатологии получило более 150 врачей (психиатров, невропатологов, урологов и других специальностей), которые в дальнейшем работали в целом ряде диспансеров крупнейших городов России и союзных Республик. К 1967 году было организовано и функционировало свыше 50 сексологических кабинетов. Во всех союзных республиках была организована сексологическая служба, а в России, Украине, Литве, Латвии, Белоруссии, Грузии и Казахстане созданы республиканские центры.

Научные разработки по вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики сексуальных расстройств стали проводиться в этих центрах. За последние годы выпущены руководства для врачей, справочники, монографии, методические рекомендации. Вторая половина прошедшего века ознаменовала себя как эпоха становления сексологии и сексопатологии в виде современной научной дисциплины. Фундаментальные исследования Кинзи, Мастерса и Джонсон, Г.С. Васильченко, И.С. Кона и других создали экспериментальную и теоретическую базу науки, определили предмет и методики обследования, приблизили к решению вопросы нормы, патогенеза сексуальных нарушений, классификации половых расстройств, облегчили решение терапевтических проблем. Описательный этап развития сексологии, как науки, завершился.

Однако, несмотря на значимые достижения в научной сфере, в организации сексологической помощи и в лечении больных с половыми расстройствами имеются существенные проблемы.

Организация сексологической помощи населению, также имеет свою историю. Так первые консультации, имевшие своей целью определение состояния здоровья лиц, вступающих в брак, появились в Америке в 1895 году. В 1919 году была открыта консультация по оздоровлению брака при Сексологическом институте Гиршвелда в Берлине. В последующие годы в различных городах Германии, Австрии, Пруссии появлялись консультации по вопросам половой гигиены.

В Москве в ноябре 1925 года возникла консультация «Оздоровление быта» по вопросам семьи, брака, половой гигиены и полового воспитания. В организации консультации и ее работе принимали участие сотрудники трех институтов — социальной гигиены, психиатрии и венерологии, а также консультации по гигиене женщины им. проф. Рахманова. Таким образом, уже в то время планировался и осуществлялся междисциплинарный подход в оказании сексологической помощи,

который нашел продолжение в современных условиях, созданием разветвленной, но плохо организованной, сети сексологических кабинетов, находящихся как при психоневрологических диспансерах, так и при центрах планирования семьи, многочисленных коммерческих центрах и учреждений.

Проблема оказания лечебно-профилактической помощи больным, страдающими половыми расстройствами в России, к сожалению, не разрешена до настоящего времени. В одном из первых приказов МЗ от 1973 года № 920, подчеркивалось, что в 85 кабинетах осуществляется амбулаторный прием сексологических пациентов. Обязывалось создавать специализированные кабинеты из расчета одна ставка врача на 500 000 населения. В последующих приказах № 330 от 1980 года и № 465 от 1981 года утверждалось создание консультаций «Брак и семья», где оказывалась лечебно-профилактическая помощь по медицинским аспектам семейно-брачных отношений, что значительно расширяло возможности сексологической службы. Приказ № 370 от 1988 года предписывал необходимость организации амбулаторных отделений (кабинетов) семейного врачебно-психологического консультирования с населением до 250 тысяч человек. Причем указывалось, что они могут организовываться на хозрасчетной основе и им предоставляется право устанавливать договорные отношения с предприятиями, организациями и учреждениями. К сожалению, данный приказ несколько опередил время, и организаторы здравоохранения пытались организовывать данные отделения на бюджетной основе, что значительно сдерживало развитие сексологической службы.

Число врачей сексологов, работающих при психоневрологических диспансерах на протяжении последних лет значительно уменьшилось со 159 в 1999 году до 98 в 2006, более чем в 1,5 раза. 44% из них аттестованы. Доля специалистов с высшей категорией более чем в 2 раза превосходит число врачей, имеющих 1 и 2 категорию, имеющих сертификат 89,9%. Анализ 351 анкеты, заполненной сексологами показал, что в 43% они оказываются сексологами, работающими в кабинетах при поликлиниках, оставшихся кое-где консультациях «Брак и семья», Центрах планирования семьи, в 37% коммерческих структурах. И лишь 20% — сексологами, работающими в психиатрических учреждениях. Расширение сексологической службы на хозрасчетной основе в рамках психиатрической помощи является мощным резервом в совершенствовании сексологической помощи.

Уменьшение числа врачей сексологов на протяжении последних лет связано также с проблемами, существующими в вопросах образования и подготовки кадров. Существует многолетний опыт подготовки врачей сексологов, утверждена новая типовая программа дополнительного профессионального образования по сексологии, в которой достаточное количество часов отведено изучению психиатрии и предусмотрен экзамен по этому разделу, но для приобретения специальности сексолог по приказу МЗ РФ № 415 от 2009 года необходима ординатура по сексологии или профессиональная переподготовка по специальности сексология при наличии

послевузовского профессионального образования по специальности психиатрия, что ограничивает возможности специализации для врачей урологов, гинекологов, семейных врачей, которые часто становятся первичным звеном при оказании сексологической помощи. Образование же в рамках тематического усовершенствования не всегда достаточно для уверенной ориентации в специальности. Сексология нуждается в притоке новых кадров, творчески относящихся к решению практических проблем из разных разделов медицины, а не только специалистов с базовым образованием по психиатрии, что регламентировано приказом МЗ РФ о номенклатуре специальностей специалистов.

Междисциплинарность сексологии подразумевает наличие собственного контингента пациентов, с формированием специфического для данной специальности категориального аппарата — феноменология, методы обследования, отличающиеся от применяемых в смежных специальностях (психиатрия, неврология, урология, гинекология), что и позволяет ей выделиться в самостоятельную клиническую дисциплину.

Практическим воплощением междисциплинарного подхода явился метод структурного анализа сексуальных расстройств, предусматривающий комплексную разработку проблем сексологии. Этот метод делает возможным постановку развернутого клинического диагноза сексуального расстройства с учетом гормонального обеспечения, состояния урогенитальной сферы, элементарных нервных механизмов и индивидуальных особенностей психики пациента не в их противопоставлении, а с учетом их интегрального взаимодействия, разнонаправленных как патогенных, так и компенсаторных влияний. Такой подход открывает широкий простор для построения индивидуализированной, комплексной, поэтапной тактики лечения, отличающейся высокой терапевтической эффективностью. Междисциплинарность сексологии служит стимулом для привлечения к оказанию помощи пациентам с сексологическими расстройствами врачей различных специальностей. Однако междисциплинарная (системная) модель при всех своих бесспорных достоинствах обладает одной особенностью оцениваемой в современных экономических условиях как недостаток, она требует от врача на начальном этапе обучения овладения обширнейшими знаниями и навыками, а затем трудоемкого обследования каждого пациента.

Так в науке накоплен большой объем исследований, разработаны методы обследования, диагностики, терапии и профилактики, которые не востребованы практикой и не могут быть применены в современных социально экономических условиях по ряду причин. Сексологический диагноз должен содержать помимо синдромальной оценки половой функции, психического состояния, учитывающих междисциплинарный и патогенетический подход, также патофизиологические механизмы, основанные на современных достижениях смежных дисциплин. Сексологическая помощь предполагает значительный объем клинических и

параclinical исследований с привлечением специалистов разного профиля, часто обследование и лечение требует длительного времени и значительных материальных затрат, что противоречит установкам большинства пациентов, ориентированных на быстрое и незатратное выздоровление. Такая установка является следствием распространенного мифа о «чудо-докторе и волшебной таблетке», действующей мгновенно, надежно и почти бесплатно, активно поддерживаемого средствами массовой информации, рекламирующими средства для чудесного мгновенного исцеления от сексуальных проблем.

В мужской сексологии отмечается устойчивая тенденция в сторону фармакоинструментальных методов лечения с поиском быстрого одномоментного решения вопроса (фаллофармакопротезирование, назначение гормональных препаратов и ингибиторов фосфодиэстеразы-5). Важно, что показания к применению этих методов четко очерчены на основании клинической картины заболевания. Однако, на практике мы встречаемся с тем, что они назначаются без должной оценки сексуальной функции пациента, тем более что в 80% препарат Виагра реализуется в аптечной сети без рецепта врача. Несмотря на многочисленные испытания, проведенные с препаратами данной группы до сих пор не определены четкие методические рекомендации по назначению данных препаратов при психогенных и смешанных (органически-психогенной) формах эректильных дисфункций. Не уточнено, на каком этапе терапевтических мероприятий целесообразно назначение этих средств. Наихудшая ситуация создается, когда врачи, исходя из представления, что сексуальные проблемы у мужчин определяются низкой концентрацией мужских половых гормонов, назначают гормональные препараты в виде гелей, пластырей, инъекций и т.д. Увеличивая дозу и сокращая интервалы между инъекциями, превышая тем самым критический уровень андрогенов и нарушая нейроэндокринный баланс, лишая пациентов возможности частичной гормональной компенсации за счет В-фракции андрогенов.

Доступность помощи. Здесь уместно говорить не о доступности вообще, т.к. практически все средства массовой информации рекламируют сексологические услуги и помощь, что привело к бесконтрольному потреблению разнообразных препаратов, а о доступности квалифицированной специализированной сексологической помощи, которая, к сожалению, никем не только не рекламируется, но даже и плохо информируется.

Большинство сексологов отмечает изменение в последние годы структуры обращаемости за помощью. Стало больше пациентов с жалобами на снижение влечения, что связано с возросшей распространенностью аффективной патологии, увеличилась обращаемость женщин. Все это отражает изменения, происходящие в обществе и это естественно должно учитываться при совершенствовании оказания сексологической помощи, особенно когда помощь оказывается в рамках психиатрической помощи, государственных и коммерческих учреждений.

Особо актуальным при этом стоит вопрос об эффективности помощи. И здесь мы можем констатировать, что наиболее значимой причиной низкой эффективности лечения сексологических расстройств у мужчин, является недостаточно полная диагностика, несовершенство методологии постановки и структуры сексологического диагноза, что приводит к разработке недостаточно полной, фрагментарной программы лечения, к определенной редукции лечебных мероприятий. Сексуальная дисфункция, как состояние, при котором мужчина не может провести в адекватных условиях нормальный половой акт, не существует в качестве самостоятельной нозологической формы. Она возникает и существует как различный по своим феноменологическим проявлениям, сложный по патогенетической структуре и преимущественно затяжной по течению синдром многих, самых разнообразных по этиологии и патогенезу органических и функциональных, острых и хронических заболеваний (психозы, аффективные расстройства, органические заболевания ЦНС, эндокринные нарушения, заболевания урогенитальной сферы и т.д.), что и обосновывает необходимость междисциплинарного подхода в оказании сексологической помощи.

В тех, относительно редких наблюдениях, где сексуальная дисфункция выступает в качестве изолированного моносимптома, например ослабление эрекции, нарушающего микросоциальную адаптацию личности лишь в сексуальной сфере, тщательное целенаправленное сексологическое исследование позволяет выявить скрытые, клинически стертые патологические процессы самой различной локализации и характера. Перенесенные травмы, инфекции и другие патогенные факторы в так называемые критические периоды индивидуального развития в детском и подростковом возрастах, приводят к формированию стойких резидуальных синдромов нейроэндокринной дефицитарности, что в свою очередь проявляется в виде сексуальной дисфункции, как моносиндрома.

В то же самое время мы можем наблюдать, что сексуальные дисфункции могут быть первыми проявлениями тяжелых психических и неврологических заболеваний.

Наконец, мы не можем пройти мимо того очевидного факта, что само по себе сексуальное расстройство, вне зависимости от его генеза и нозологической принадлежности, выступает как мощная психотравма, вызывающая тяжелые и затяжные психогенные реакции и развития личности, усложняющие клиническую картину, затрудняющие диагностику и лечение.

В числе многих коренных отличий и особенностей сексуальной функции, представляющих наибольшее значение для принципиальных методологических основ диагностики и терапии, особое положение занимает парность ее. Сексуальное расстройство поэтому правомерно рассматривать как парное заболевание, а, следовательно, и в лечебном аспекте подходить к нему с точки зрения лечебного воздействия на обоих партнеров, исходя из необходимости восстановления нарушенной адаптации не только в физиологической, но в первую очередь в области

нормализации и гармонизации интерперсональных взаимоотношений. Таковы принципиальные установки отечественной сексологии, всегда отличавшейся своей социальной направленностью.

Таким образом, уже в самом начале процесса врачевания, на наиболее трудном и ответственном этапе в процессе постановки диагноза врач сексолог поставлен в заведомо неблагоприятные условия, затрудняющие и усложняющие его задачу. Он обязан поставить правильный, развернутый нозологический и этиопатогенетический диагноз, часто состоящий из нескольких заболеваний, вскрыть в динамике всю сложную цепь причинно-следственных отношений, отправляясь лишь от неспецифического синдрома полового расстройства. Такая задача может быть выполнима лишь для врача, располагающего обширной эрудицией и глубокими профессиональными знаниями, по крайней мере, в четырех смежных дисциплинах: психиатрии, невропатологии, эндокринологии, урологии. Не дилетантизм, не поверхностное знакомство с вышеуказанными дисциплинами, а глубокий профессионализм и по существу энциклопедизм гарантируют успех в диагностической и лечебной работе врача-сексолога.

Привлечение в сексологическую практику термина «эректильная дисфункция» окончательно выхолащивает значение парности интимных отношений, низводит сексуальность мужчины к чисто физиологическому проявлению сосудистой реакции при парном сексуальном контакте. Это отражается на первом и основном значении сексуальной функции, как единственного парного физиологического акта. Этот момент играет большую роль в усугублении семейно-сексуальной дисгармонии, окончательно разрывая пару на две противоборствующие личности. Поэтому необходимость восстановления гармоничных межличностных отношений становится еще более важной, учитывая для многих пар значимость сексуальной жизни. Эти эмоциональные дефиниции многими людьми не воспринимаются — гораздо более привлекательным выглядит псевдо-рациональный вариант «волшебной пилюли». Именно поэтому столь распространена тенденция использования ингибиторов ФДЭ-5 для решения любых сексологических проблем, невзирая на их этиологию и патогенез. И именно поэтому лечение лишь нарушений эрекции, как правило, оказывается нерезультативным без нормализации эмоциональной стороны сексуальных отношений.

Для многих пациентов решение эмоциональных проблем, связанных с сексом, является непривычным, даже экзотическим, не уместяющимся в рамки привычной медицины.

Супружество и партнерские отношения за последние годы претерпели значительные перемены. Изменились представления о роли в семье мужчин и женщин, многие мотивы создания семьи стали неактуальными.

Вследствие этого методики системной семейной и супружеской психотерапии, созданные на основании многолетних исследований и клинических наблюдений, ориентированных на традиционный брак малоэффективны и нуждаются в модификации и адаптации социальной реальности.

Немаловажную роль в оказании квалифицированной сексологической помощи играет обеспеченность центров и кабинетов современной лечебно-диагностической аппаратурой, т.к. оснащенность кабинетов смежных специалистов значительно превосходит кабинеты сексологов. В вопросах организации сексологической помощи следует приветствовать создание службы «Охраны мужского здоровья», которая способна в современных условиях осуществить комплексный, междисциплинарный подход, позволяющий в каждом конкретном случае достичь оптимальных результатов в выборе высококачественной тактики ведения пациентов, за счет высокотехнологичных лечебно-диагностических методик, соответствующих стандартам специализированной помощи. Подобные муниципальные медицинские центры функционируют в городах Пенза, Ставрополь. Основными стратегическими направлениями работы центров являются: детская уроандрология, репродуктивное мужское здоровье, онкоандрология сексология. Однако исходя из предшествующего опыта работы консультаций «Брак и семья», Центров планирования семьи, даже при самом идеальном воплощении мультидисциплинарной концепции в виде центра мужского здоровья «Мужская консультация». Где в смежных кабинетах больного последовательно обследуют разнообразные специалисты, вся система оказывается громоздкой, финансово нерентабельной, трудоемкой и не обеспечивающей достаточно эффективной помощи данной категории больных. Таким образом, мультидисциплинарная модель оказывается прогрессивной лишь в замысле и неприемлема для сексологических пациентов, где немаловажная роль отводится парности сексуальной функции, когда попытка помочь лишь одному из партнеров обречена на неудачу.

Задача сексологов в настоящее время состоит в том, чтобы распространить сексологические знания, в широких слоях населения используя современные достижения в области СМИ, Интернета, а также создать и внедрить образовательные программы по сексологии в общемедицинскую практику. Тем самым мы не только будем способствовать профилактике половых расстройств и супружеской дисгармонии, но и приблизим возможность скорейшего оказания грамотной помощи подготовленными специалистами, а не замалчивание проблем сексуальных взаимоотношений, придавая им тем самым особую значимость или игнорируя ее.

Успешное комплексирование научных исследований, выработка совместной тактики ведения пациентов с врачами других специальностей оптимизирует терапевтический процесс и будет способствовать совершенствованию сексологической помощи населению.

Растет число мужчин предъявляющих различные жалобы на сексуальную несостоятельность, что связано с экологическим неблагополучием, стрессовыми ситуациями, ростом числа заболеваний передающихся половым путем и их осложнений особенно хроническими воспалительными заболеваниями половых органов, неуклонным ростом сердечнососудистой, эндокринной и другой патологии. Параллельно растет сексуальная требовательность, предприимчивость женщин, что связано с информированностью, так называемой «рекламой сексуальных прелестей» в различных СМИ, изменившимися психологическими установками в обществе, вслед за экономическими преобразованиями, все возрастающей материальной независимостью женщин от мужчин и рядом других причин. Вместе с тем диагностика и лечение сексологических пациентов имеет ряд особенностей, к которым относятся интимность вопроса, закрытость пациентов, их неумение обсуждать свою сексуальную жизнь, неоднозначность в оценке предъявляемых жалоб и клинических признаков в зависимости от социально-психологических установок пациента (культуральные особенности, средовые влияния), от партнерской и индивидуально — биологической (половая конституция) нормы.



АЛЕКСЕЕВ
Борис Егорович,

заведующий
кафедрой сексологии
Северо-Западного
медицинского
университета им.
Мечникова. (СЗГМУ
им. И.И. Мечникова),
профессор, доктор
медицинских наук.

50 ЛЕТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

ТРАДИЦИИ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

*Санкт-Петербургский научно-исследовательский
психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева.*

Не будет преувеличением сказать, что В.М. Бехтерев является одним из основателей петербургской и отечественной сексологической школы. Начиная с 1891 г. до 1928 г. — года его кончины, мы находим многочисленные публикации и протоколы выступлений Владимира Михайловича, посвященные различным аспектам, как тогда говорили, полового вопроса. После основания психоневрологического института В.М. Бехтерев вовлек в орбиту сексологических исследований своих единомышленников-коллег, таких, как проф. Л.М. Пуссеп, докторов М.С. Добротворского и Л.Г. Оршанского. Исследования охватывали практически весь диапазон проблем, которые разрабатывает и современная сексология.

Это касается фундаментальных вопросов о роли полов в наследовании признаков и о половом диморфизме, которые сегодня входят в структуру интереснейшей современной эволюционной теории пола Г.Я. Геодакяна.

Также исследовались природа и закономерности сексуальности:

- ее отклонения в форме «половых извращений»;
- механизмы осуществления половой функции и ее нарушения;
- лечение половых расстройств.

Большое значение В.М. Бехтерев придавал этическим вопросам сексуальных отношений и проблеме оздоровления половой жизни.

Планируя исследования в области сексологии, в 1891 г. В.М. Бехтерев писал: «Вопросы половой жизни не только не решены, но даже почти вовсе не исследованы».

- В.М. Бехтерев. *К вопросу о половых сношениях // Русский врач. 1891. №1.*
- В.М. Бехтерев. *Наследственность и законы происхождения полов // Отчет о восьмом присуждении Академии наук премий митрополита Макария в 1899 г. — СПб, 1902. С. 31 — 37.*
- В.М. Бехтерев. *Выступление в прениях по поводу сообщения: Шилов Н.Н. «Психология женщины и мужчины». Протоколы заседаний общества психиатров за 1899 г. — СПб, 1901. С. 12 — 13.*

В своих работах Владимир Михайлович придерживался точки зрения о различном вкладе мужского и женского пола в наследование признаков. В.М. Бехтерев поддерживал выводы доктора Л.Г. Оршанского о том, что по законам наследственности отец способствует изменчивости, а мать стремится сохранить средний тип, что является фундаментом современной теории. Или, например, вопрос о том, что патологическая наследственность отца прогрессивна, а матери — регрессивна. Это заключение ассоциируется в современной теории с тем, что патологические наследственные признаки у мальчиков чаще носят футуристический характер, а у девочек — атавистический. В целом В.М. Бехтерев видел во взаимном отношении двух полов механизм эволюции.

В.М. Бехтерев строил исследования в области сексологии на позициях научной доказательности и критически относился к работам выполненным, как он говорил, дедуктивным методом и не имеющим достаточного научно-экспериментального подтверждения. Эта мысль остается актуальной и на сегодня, в эпоху доказательной медицины.

– В.М. Бехтерев. *Выступление в прениях по поводу: Пуссен Л.М. «О корковых центрах эрекции» Отчеты научных собраний врачей С.-Петербургской клиники душевных и нервных болезней за 1901 — 1902 гг. — СПб, 1902. С. 40 — 41.*

– В.М. Бехтерев. *развитие полового влечения с точки зрения рефлексологии // Русский врач. 1918. № 29 — 32. С. 169 — 175; № 33 — 36. С. 193 — 199.*

– В.М. Бехтерев. *Половая деятельность с точки зрения рефлексологии // Половой вопрос в свете научного знания. 1926. С. 142 — 181.*

– В.М. Бехтерев. *Значение полового влечения в жизнедеятельности организма. — М.: Изд-во Наркомздрава РСФСР, 1928. 32 с.*

– В.М. Бехтерев. *Влияние коры головного мозга на половые органы, предстательную и молочные железы // Избранные произведения. 1954. С. 107 — 119.*

Уделяя большое внимание нейрофизиологическим исследованиям половой функции, В.М. Бехтерев акцентировал внимание на социально-психологических детерминантах сексуальности.

В эпоху, когда доминировала концепция врожденного сексуального влечения и предполагалось, что организм обладает запрограммированным сексуальным механизмом, который может быть запущен достаточной сексуальной стимуляцией, В.М. Бехтерев высказывал замечательную мысль о значении жизненного опыта для формирования полового влечения. Позже эта идея была подтверждена в известных экспериментах Х.Ф.Харлоу, а также путем наблюдения за «дикими» детьми, т.е. детьми типа Маугли. Сегодня мы знаем, что сексуальность человека может сформироваться только в условиях адекватной социализации, в процессе которой особое значение имеют определенные критические периоды психосексуального развития.

- В.М. Бехтерев. О лечении онанизма внушениями в гипнозе // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*. 1899. № 3. С. 186 — 189.
- В.М. Бехтерев. О внешних признаках привычного онанизма у подростков мужского пола // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*, 1902, № 3, стр. 658 — 663.
- В.М. Бехтерев. Боязнь полового бессилия и coitus'a как причина половой неспособности // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*, 1907, № 2, стр. 85 — 98.

В.М. Бехтерев изучал такие явления, как мастурбация, которая в то время считалась вредной привычкой, а также боязнь полового бессилия, которую мы теперь называем «невроз ожидания неудачи». Только после 2-й мировой войны в США, благодаря исследованиям Альфреда Кинзи, а в России — работам проф. Г.С. Васильченко, установились взгляды на мастурбацию как на одну из естественных форм половой жизни. Вместе с тем этот феномен обнаруживает клиническую неоднородность и тесно связан с психосексуальным развитием, что показано в работах сотрудников нашей кафедры.

- В.М. Бехтерев. Выступление в прениях по поводу сообщения: Блуменау Л.В. К патологии полового влечения. Отчеты научных собраний врачей С.-Петербургской клиники душевных и нервных болезней за 1901 — 1902 гг. — СПб, 1902. С. 23 — 25.
- В.М. Бехтерев. Выступление в прениях по поводу сообщения: Иванов И.И. К вопросу о половом извращении. Протоколы заседаний общества психиатров за 1902 и 1903 гг. — СПб, 1904. С. 97.
- В.М. Бехтерев. Об одной своеобразной форме фетишизма // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*. 1903. № 1. С. 11 — 13.
- В.М. Бехтерев. О половом извращении, как особой установке половых рефлексов. — СПб., 1913.
- В.М. Бехтерев. О половых извращениях как патологических сочетательных рефлексах // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*. 1914 — 1915. № 7, 9. С. 357 — 382.
- В.М. Бехтерев. Половые извращения и отклонения в свете рефлексологии // *Вопросы изучения и воспитания личности*. — Пг., 1922. Вып. 4 — 5. С. 644 — 746.
- В.М. Бехтерев. Об извращении и отклонении полового влечения с рефлексологической точки зрения // *Половой вопрос в свете научного знания*. 1926. С. 293 — 325.
- В.М. Бехтерев. Лечение внушением превратных половых влечений и онанизма // *Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии*. 1898. № 8. С. 587 — 597.

Много работ было посвящено проблеме половых извращений и их лечению. Владимир Михайлович рассматривал половые извращения как проявление патологических сочетательных рефлексов. Исследования наших современников значительно расширили эти представления. В развитии парафильного поведения существенную роль играет состояние психики и дизонтогенез психосексуальной сферы.

- В.М. Бехтерев. Выступление в прениях по поводу сообщения: Юрман Н.А. Женский уход за душевнобольными мужчинами. Протоколы заседаний общества психиатров за 1898 г. — СПб, 1899. С. 27, 28, 29.

Говоря современным языком, В.М. Бехтерев заботился о терапевтической среде в психиатрических стационарах. Он выступал за женский уход за душевнобольными мужчинами, считал, что присутствие женщин на мужских отделениях едва ли будет иметь существенное влияние на половое возбуждение больных и рассматривал мнение об опасностях или вреде женского ухода как предрассудок. Было замечено, что мужчины в присутствии женщин более сдержаны, в том числе и при состоянии психического возбуждения. Он позитивно отзывался о возможности встреч пациентов мужского и женского пола во время увеселений и танцевальных вечеров в психиатрическом заведении. Развитие терапевтической среды в этом направлении получило воплощение в форме организации профессором М.М. Кабановым в институте им. В.М. Бехтерева в 1966 г. реабилитационного психиатрического отделения смешанного по половому составу. Тогда, впервые в нашей стране, пациенты мужского и женского пола с психотическим уровнем расстройств начали размещаться в одном отделении.

– В.М. Бехтерев. *Выступление в прениях по поводу сообщения: Розенбах П.Я. Вопрос о расторжении брака вследствие помешательства одного из супругов. Протоколы заседаний общества психиатров за 1898 г. — СПб, 1899. С. 34.*

– В.М. Бехтерев. *О расторжении брака по сумасшествию // Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1906. № 3. С. 161 — 169. Совместно с М.С. Добротворским.*

Кроме того Бехтерев и его коллеги обсуждали медико-правовые вопросы расторжения брака в связи с психическим заболеванием одного из супругов.

– В.М. Бехтерев. *Вопросы общественного воспитания // Вестник воспитания и отд. изд. Спб., 1909.*

– В.М. Бехтерев. *О половом оздоровлении // Вестник знания. 1910. № 9. С. 924 — 935.*

– В.М. Бехтерев. *Предисловие к книге: А. Форель. Половой вопрос // пер. с нем. Т. 1 — 2. — СПб., 1911.*

Через все работы В.М. Бехтерева и его сотрудников, посвященных половому вопросу, красной нитью проходит идея полового оздоровления общества.

То, что В.М. Бехтерев оценивает половую жизнь как смыслообразующий фактор существования человека, видно из следующего высказывания: «Без половых отношений „жизнь лишилась бы того ореола, который делает ее привлекательной и способствует самым непосредственным образом ее совершенствованию“» (В.М. Бехтерев. *О половом оздоровлении // Вестник Знания. 1910. № 9*)

Уже тогда Бехтерев солидаризируется с А. Форелем во мнении о принципе, упорядочивающем половые отношения — половые отношения не должны наносить вред кому-либо из партнеров. Этот принцип сегодня лежит в основании представлений о сексуальной норме.

Отражая этические идеалы просвещенной России того времени, Владимир Михайлович строго выступал за семейные ценности, за равенство полов и за сексуальные отношения в рамках семьи. При этом он выступал против «умертвления плоти», и, наоборот, говорил «пользуйся жизнью».

С точки зрения здоровья и общественной нравственности он считал необходимым регулировать половую жизнь. Поэтому пропагандировал половое воздержание до брака с целью нераспространения венерических заболеваний и исключения нежелательных беременностей. В этом смысле он горячо выступал против проституции и ее регламентации государством. В проституции он видел источник распространения венерических заболеваний и унижение человеческого достоинства. Борьба с проституцией должна, по его мнению, заключаться не только в уничтожении домов терпимости и всяких действий, поддерживающих уличный разврат, в т.ч. порнографии, но устранение социальных и тяжелых экономических условий, которые способствуют обращению женщин к проституции.

Но если кто-то возразит и скажет, что это и есть жизнь. Мы ответим цитатой из речи Эмиля Штайгера во время присуждения ему литературной премии в 1966 г.: Если люди «утверждают, что клоака это образ подлинного мира, что сутенеры, проститутки и пьяницы — это представители подлинного, неприкрашенного мира, то я спрашиваю: в каких кругах они вращаются?».

Нельзя не согласиться с В.М. Бехтеревым в необходимости регулирования половой жизни, а значит и полового поведения с целью профилактики нежелательных последствий. Но кто в современной России занимается профилактикой СПИДа и ИППП? Это не специалисты, понимающие в сфере человеческого поведения — психологи, сексологи, специалисты из малой психиатрии. Занимаются этим инфекционисты, будто бы поведение человека подпадает под их юрисдикцию. Парадоксально! Хочется сказать — «Назад, к Бехтереву!»

Гуманизм Бехтерева проявлялся в том, что он был против высокомерного отношения к девушке с внебрачным ребенком и к «бедному урнингу».

В.М. Бехтерев выступал за половое просвещение, за своевременное ознакомление детей родителями и воспитателями с половым вопросом и деторождением. Как современно это звучит! Он много пишет на эту тему не только в научных, но и в популярных изданиях. В России до сих пор эта проблема остается нерешенной и болезненной, что говорит об архаичности общественного сознания.

Все поставленные В.М. Бехтеревым и его сотрудниками в ту далекую пору вопросы и сегодня ищут своего ответа.

Начиная с 30х годов XX в. в сексологических исследованиях наступило затишье. И лишь в конце 50-х годов, в период оттепели, исследования в этой области стали возобновляться. С развитием реабилитационной концепции и ее реализацией в стенах института им. В.М. Бехтерева изучение сексуальной сферы пациентов стало важной составной частью научного и реабилитационного процесса. Вот примеры этих работ.

– Бобровская М.Н., Ушакова Т.Д. Опыт применения двусторонней новокаиновой околопочечной блокады при патологических поллюциях // Вопросы психиатрии и невропатологии. Вып. 9. — Л., 1962. — С. 411 — 414.

– Тупицын Ю.Я. Особенности нарушения сна при неврозах с половыми и другими системными нарушениями // Неврозы и соматические расстройства. Материалы всесоюзной научной конференции. — Л., 1966. С. 296 — 299.

– Яковлева Е.К. К вопросу о фригидности // Вопросы современной психоневрологии. Труды института им. В.М. Бехтерева. Т. 38 // Л., 1966. С. 297 — 307.

– Соколова Г.С. О роли сексуального фактора в происхождении неврозов у женщин // Вопросы психоневрологии в клинических и экспериментальных исследованиях: Тр. НИИ им.В.М. Бехтерева. — Л., 1969. Т. 48. С. 231 — 237.

– Киселев В.А., Зубарев Ю.Г. О фригидности женщин больных неврозами // Вопросы сексопатологии: Материалы научно-практич. конф. — М., 1969. С. 119 — 121.

– Куликов П.Г. Вопросы эффективности психотерапии в связи с особенностями эротических представлений у больных сексуальными неврозами / Тезисы докладов конф. по психотерапии. — М., 1973. С. 192 — 196.

– Зачеицкий Р.А., Яковлева Е.К. Психосоматические взаимоотношения при сексуальных расстройствах у больных неврозами // Вопросы взаимоотношения психического и соматического в психоневрологии и общей медицине: Тр. им. В.М. Бехтерева. Т. 29. — Л., 1963, с.257-265.

– Зачеицкий Р.А. Тиоридазин в системе лечения мастурбации // Фармакодиагностика и фармакотерапия в психиатрии: Тр. НИИ им В.М. Бехтерева. — Л., 1973. Т. 64. С. 94 — 99.

– Зачеицкий Р.А. Опыт применения меллерила для лечения преждевременного семяизвержения // Вопросы сексопатологии: Материалы научно-практич. конф. — М., 1969. С. 48 — 50.

– Либих С.С. Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. 1967. Т. 51. С. 433 — 442.

– Либих С.С. Практика социальной реадaptации больных с сексуальными расстройствами в условиях ПНД // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. 1967. Т. 51. С. 452 — 463 (В соавт. с Дворкиным Э.М.)

- Либих С.С. О некоторых формах психогенной импотенции // Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР. 1969. Т. 58. С. 55 — 57.
- Малахов Б.Б. Профилактика и терапия невротических сексуальных расстройств // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств: Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. — Л., 1976. Т. 78. С. 72 — 74.
- Малахов Б.Б. Психологическое значение реакций личности при психотерапии сексуальных нарушений у мужчин // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии: (Медико-психологические исследования). — Л., 1976. С. 87 — 88.
- Малахов Б.Б. Семейная психотерапия сексуальных нарушений у женщин, возникших на ранних этапах брака // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях: Труды НИИ им.В.М. Бехтерева. — Л., 1978. Т. 86. С. 123 — 128.
- Малахов Б.Б. Половое воспитание подростков. (В помощь лектору). — Л., 1981. 36 с.
- Малахов Б.Б., Рубинштейн М.Я. ЛОД в комплексном лечении сексуальных расстройств» Тез. докл. III обл. научно-практич. конференция сексологов (15 мая 1987 г.) Харьков, 1987. Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи. С. 434.

Эти труды могут послужить иллюстрацией того, кто и какие вопросы разрабатывал в прошлые годы.

Хочется сказать спасибо нашим предшественникам и современникам за фундамент знаний, которыми мы владеем.

Традиционно сексологические исследования вели отделение неврозов и психотерапии, отделение подростковой психиатрии, отделение восстановительной терапии психически больных НИИ им. В.М. Бехтерева. Изучались такие проблемы, как роль психосексуальной сферы при неврозах, гомосексуализм, психосексуальная сфера пациентов страдающих шизофренией, шизотипическим расстройством и аффективными расстройствами с целью их реабилитации.

Интересен факт, что уже второй заведующий кафедрой сексологии СПбМАПО, а теперь СЗГМУ им. И.И. Мечникова является в прошлом сотрудником института им. Бехтерева, к тому же одного и того же отделения, отделения восстановительной терапии психически больных. Это проф. С.С. Либих — основатель кафедры и проф. Б.Е. Алексеев.

Разработанность методологического аппарата сексологии достигла высокого уровня — это касается сексологического обследования, современных представлений и методик оценки половой идентичности и полоролевого поведения, направленности полового влечения. Сегодня этот аппарат служит не только сексологии, но и

углублению исследований в смежных областях: в психиатрии, в психосоматической медицине и т.д.

Вопрос о сексуальности как о факторе общественного здоровья, поднятый еще В.М. Бехтеревым, неизмеримо вырос за последние десятилетия. Над разработкой концепции сексуального здоровья трудятся коллективы ученых развитых стран.

С начала 80-х годов эпидемия СПИД(а) драматически модифицировала место и статус сексуальности в сфере человеческого здоровья.

Никогда ранее в истории сексуальному поведению не было посвящено столько исследований.

Идея изменения сексуального поведения как основного пути защиты от ВИЧ-инфекции остро поставила вопрос о необходимости вмешательства общества в индивидуальное сексуальное поведение, которое, как считалось, является частным делом.

Так, в принятом в 2000 г. ВОЗ совместно с Панамериканской организацией здравоохранения и Всемирной сексологической ассоциацией в документе «Укрепление сексуального здоровья: рекомендации к действию» предлагается общая модель, основанная на профилактике и лечении ряда клинических синдромов и сексуальных проблем с целью реализации концепции сексуального здоровья, которое рассматривается как фундаментальная часть благополучия личности и основных ее прав. В число синдромов наряду с традиционными сексуальными расстройствами и отклонениями были включены формы сексуального поведения, приводящие к ИППП, неплановым беременностям, к сексуальному насилию. Согласно этой концепции, укрепление сексуального здоровья возможно при условии признания и уважения сексуальных прав личности.

Клинические синдромы

1. Клинические синдромы с нарушением сексуального функционирования (сексуальные дисфункции).
2. Клинический синдромы, связанные с нарушением эмоциональности и любви (также известные как парафилии).
3. Клинические синдромы, связанные с компульсивным сексуальным поведением.
4. Клинические синдромы, включающие гендерный идентификационный конфликт.
5. Клинические синдромы, связанные с насилием и виктимностью.
6. Клинические синдромы, связанные с репродукцией.
7. Клинические синдромы, связанные ИППП.
8. Клинические синдромы, связанные с другими состояниями. (РАНО/WHO, 2000. P. 20)

Декларация сексуальных прав

- Право на сексуальную свободу.
- Право на сексуальную автономию, телесную неприкосновенность и безопасность.
- Право на сексуальную интимность.
- Право на сексуальную справедливость и равенство.
- Право на сексуальное удовольствие.
- Право на выражение сексуальных эмоций.
- Право на добровольные сексуальные союзы.
- Право на свободный и ответственный репродуктивный выбор.
- Право на сексуальную информацию, основанную на научных исследованиях.
- Право на всеобъемлющее сексуальное образование.
- Право на охрану сексуального здоровья (РАНО/WHO, 2000. Р. 37).

Опыт деятельности кафедры сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова показал, что в наших культуральных и социальных условиях так называемое диффузное образование по вопросам сексуального здоровья является одной из наиболее приемлемых форм обучающей профилактической работы в обществе. Диффузное образование заключается в проведении циклов по специальным программам для врачей различного профиля, психологов, педагогов, среднего медицинского персонала и других. Восприятие современного взгляда на сексуальность позволит этим специалистам транслировать его через свою деятельность в широкие слои населения. А это в свою очередь будет способствовать позитивным изменениям на уровне отдельных лиц и семей.



КОЧАРЯН

Гарник Суренович,

доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член РНСО.

КЛИНИКА СЕКСУАЛЬНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

ГИПНОСУГГЕСТИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ: МОДЕЛИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

Гипноз как метод воздействия на психику человека и через нее на соматическую известен с незапамятных времен. Существуют следующие термины-синонимы, которые используются для обозначения этого феномена: гипноз (в переводе с греческого — сон; термин предложен Джеймсом Брэдом в 1843 г.), гипнотерапия, гипносуггестивная терапия, брэдизм (последний происходит от имени вышеупомянутого Брэда, с которым связывают начало научного этапа в развитии представлений о гипнозе). Термин «брэдизм» в настоящее время практически не используется. Среди остальных терминов предпочтение, по нашему мнению, следует отдать термину «гипносуггестивная терапия», так как он обозначает, что человек находится не только в гипнозе как особом состоянии психики (гипноз), и не только то, что это состояние само по себе способно оказывать терапевтическое воздействие (гипнотерапия), но и то, что находясь в данном состоянии, которое обладает терапевтическим потенциалом, человеку делают внушения, направленные на достижение того или иного лечебного эффекта¹.

Мы выделяем следующие модели проведения терапии в гипнотическом состоянии [1—3].

1. Гипносуггестивное программирование.

Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, делают внушения, программирующее нормальное протекание того или иного поведенческого акта, нормальное самочувствие, что исключает наличие патологической симптоматики и ограничительных форм поведения. Применяется при различных в основном психогенных сексуальных дисфункциях у мужчин и женщин, а также при расстройствах сексуального предпочтения (парафилиях). Проводится как индивидуально, так и в группе. В качестве примера этого варианта приведем внушения, которые используются нами с целью ликвидации у мужчин тревожного опасения сексуальной неудачи².

1 Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия (лекция) // Здоровье мужчины. – 2011. – №3 (38). – С. 42–50.

2 Кочарян Г.С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с. — с. 321

В случае, когда причиной преждевременного семяизвержения не является тревожное опасение неудачи, можно использовать внушения, которые гипотетически могут способствовать уменьшению чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретению способности контролировать уровень сексуального возбуждения, снижая его путем переключения внимания с помощью мыслей и представлений, не имеющих никакого отношения к интимной близости из прошлого, настоящего и планируемого будущего, а также с помощью внушений, направленных на возможность переносить высокий уровень сексуального возбуждения.

2. Гипносуггестивное моделирование.

Этот метод лечения заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта. Он более сложен, чем гипносуггестивное программирование, и требует знаний по психофизиологии полового акта и подробного ознакомления с особенностями реакций пациента во время полового сношения до начала заболевания³. Лечение проводится в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при гипносуггестивном программировании. Помимо этого, при проведении моделирования врач сталкивается и с трудностями этического порядка.

Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин.

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, леченных гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушались соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половое сношение. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма⁴.

Интересные данные приводит Kratochvil (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. На основе лечения 5 женщин автор делает вывод о том, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной, и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее

3 Кочарян Г.С. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 426–427

4 Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.

сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные внушением, все же имели место, что подтверждалось ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной. Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает, что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты. Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения⁵.

Нами⁶ для лечения аноргазмии у женщин, наряду с гипносуггестивным программированием, применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эрогенных зонах пациентки, характеристике адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т.п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины.

Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование + моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация — гипносуггестивное программирование — гипносуггестивное моделирование — дегипнотизация. В начале при моделировании пациентке внушают, что она находится в обстановке интимного сближения, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдаем тазовые движения, являющиеся объективным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения используется индикация с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она по просьбе врача поднимает указательный палец правой руки, а при необходимости

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. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. — Харьков, 1987. — С. 426–427.

интенсификации возбуждения — левой. Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности суггестивной стимуляции, позволяет вносить коррективы в сценарий последующих гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний. При применении нами описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргазмии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты.

Следует отметить, что, помимо использования указательных пальцев для поддержания обратной связи при моделировании, мы также ведем словесный диалог с пациентом, если предварительно убеждаемся в том, что это не выведет его из гипнотического состояния.

Технику гипносуггестивного моделирования мы также применяем при психогенном вагинизме и диспареунии, различных психогенных сексуальных дисфункциях у мужчин, нарушениях сексуальной ориентации по полу объекта влечения.

В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек. Значимость данной техники определяется еще и тем, что в данном случае приобретает позитивный опыт, хотя и воображаемый.

Интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение, которое демонстрирует возможности использования гипносуггестивного программирования в сочетании с гипносуггестивным моделированием в коррекции направленности полового влечения.

Пациент Г., 23 лет, обратившийся к нам за сексологической помощью, в своих заметках, которые он любезно предоставил нам, писал следующее:

«Обратился за квалифицированной помощью психотерапевта с целью коррекции половой ориентации. До обращения к специалисту не имел никакого сексуального опыта. В процентном отношении половая ориентация имела следующую структуру: на 70% — гомосексуальная, на 30% — гетеросексуальная, хотя к сексуальным отношениям между мужчинами относился и отношусь с отвращением, и сам бы не смог и не хотел иметь таких контактов. Интерес к мужчинам заключался в приятии гармонично развитого красивого мужского тела, мастурбацией с использованием изображений этого тела. Хотя картинки с красивым женским телом тоже возбуждали, и я получал удовлетворение при онанизме с их использованием, но это было реже, чем при мастурбации с привлечением картинок с мужским телом. Интерес вызывают только изображения сексуальных контактов мужчин с женщинами, но при этом большее внимание уделяю образу мужчины.

Для коррекции либидо мне предложили гипнотические сеансы. На первом сеансе были проведены внушения под гипнозом, направленные на блокирование либидо к мужчине и его усиления к женщине. Погружение в гипнотическое состояние не было глубоким. При полном расслаблении всех частей тела ощущалось подергивание глазных яблок и век. Все органы были очень тяжелы, складывалось впечатление, что тело глубоко зарыто в песок. После этого сеанса я стал обращать внимание на обнаженное женское тело на полиграфической продукции в большей степени, чем прежде. Не обращать внимания на мужское тело стало намного легче, чем прежде.

Содержание второго сеанса было аналогично первому. Погружение в гипноз было более быстрым и более глубоким. В отличие от первого раза, состояние покоя было абсолютным, никаких подергиваний век и глазных яблок не было. Вначале ощущал, что тело сильно «вдавилось» в диван, а затем стало мерно покачиваться. Голос врача был слышен сначала откуда-то сверху, а затем откуда-то снизу. После этого сеанса по сравнению с предыдущим значительно усилился интерес к красивому женскому телу. При занятии онанизмом картинки с женским телом вытеснили картинки с мужским телом. Теперь не требовалось усилий, чтобы не получать удовольствие, когда смотрел на картинки с мужским телом. Стали сильно привлекать большие женские груди. При занятии онанизмом представлял, что провожу половой акт с женщиной, что доставляло удовольствие.

На третьем сеансе к программированию было добавлено моделирование. Погружение в гипноз было быстрым и легким. После внушений в моем воображении была вызвана картина интимной близости с женщиной. Некоторое время я проводил воображаемый половой акт, который доставил мне удовольствие. После сеанса воспоминания об этом половом акте доставляли наслаждение. Теперь при онанизме возникали только картины моих сексуальных контактов с женщиной.

Сценарий четвертого сеанса повторял сценарий предыдущего. В гипнотическое состояние вводило даже воспоминание о предыдущих сеансах. Моделировалась та же ситуация. Вызвать нужный образ было гораздо легче. Ощущения были гораздо ярче. Моделируемый половой акт доставил удовольствие и вызвал желание совершить его реально. В процентном отношении половая ориентация приобрела следующую структуру: 65–70% — гетеросексуальная, 3–5% — гомосексуальная».

К моделированию в гипнотическом состоянии относится и используемая нами техника, направленная на частичное «изменение биографии», которая обладает выраженным терапевтическим эффектом⁷. Ее следует применять для уменьшения психотравмирующего влияния перенесенных ранее психических травм, а также ослабления наработанных патологических поведенческих и эмоциональных стереотипов. К нам за лечебной помощью обратилась 38-летняя женщина, которая в 16 лет была изнасилована и избита в лесу, что имело выраженные негативные

⁷ Кочарян Г.С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С. 7–14.

последствия для ее сексуального здоровья. Перед тем как очутиться в лесу, за ней на мотоцикле приехал ее парень, который со своими приятелями участвовал во всем этом действе. Под влиянием суггестии пациентка в гипнотическом состоянии пережила события, альтернативные изнасилованию и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушили 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. К тому же 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 издали, хотя они и жили в одном поселке. Непосредственно после проведения этой техники отметила, что к факту изнасилования стала относиться значительно спокойнее⁷.

3. Гипнокатарсис.

Метод разработан Й. Брейером (1895). Пациента в гипнотическом состоянии проводят через ранее пережитую им травмирующую ситуацию (изнасилование, наводнение, землетрясение, пожар). В основе терапевтического эффекта лежит, как предполагается, освобождение от патогенной неотрагированной энергии, которая питает невротические симптомы. Проводится индивидуально. Одной пациентке, которая была изнасилована и избита, мы провели три сеанса гипнокатарсиса. Во время первого сеанса, когда она вновь пережила ситуацию изнасилования, наблюдался фейерверк самых разнообразных движений, во время второго — их амплитуда и разнообразие значительно поубавились, а во время третьего сеанса отмечались лишь движения пальцев рук небольшой амплитуды.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПО ШКАЛЕ ВРЕМЕНИ

Регрессия

Возрастная регрессия заключается в том, что пациент видит себя в более раннем возрасте вплоть до самого раннего детства. При этом могут быть обнаружены причины, которые лежат в основе существующих в настоящее время проблем и расстройств, что является существенным подспорьем как для диагностики, так и для построения адекватной терапевтической программы. Кроме того, само по себе осознание причины проблемного или болезненного состояния может обладать мощным саногенным эффектом.

Регрессивный гипноз. 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. К регрессивному гипнозу рекомендуют прибегать, в частности, когда нельзя найти причин, объясняющих происхождение 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.

Нами регрессивный гипноз был применен⁸ 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 (количество 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 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.

8 Кочарян Г.С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

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):

- Полностью пропал сексуальный интерес к «малолеткам».
- Нивелировалось отрицательное отношение к мужчинам, которые старше ее по возрасту, а также к мужчинам с кавказской и схожей с ней внешностью.
- Неприятные запахи, которые иногда исходят от мужчин старшего возраста, не оказывают такого как раньше резкого негативного воздействия.
- 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 может в ряде случаев с успехом использоваться в лечебной работе, о чем, в частности, свидетельствуют вышеприведенные случаи из нашей клинической практики, а

также наблюдения других терапевтов. Для применения данного метода врачу вовсе не обязательно 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 saniрующее воздействие.

Психотерапевты, использующие для лечения регрессивный гипноз, считают, что верить в существование прошлых жизней вовсе необязательно. 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 плантатора⁹.

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 последствий⁹.

Следует задуматься о том, что переживаемые сюжеты, по-видимому, неслучайны и нуждаются в осмыслении. Непременным 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.

Возрастная прогрессия. Пациента, находящегося в трансе, просят заглянуть в будущее, что может произвести позитивный эффект. Так, человека, злоупотребляющего алкоголем, у которого имеет место вызванное этим сексуальное расстройство, можно попросить представить, что случится с его потенцией, если он будет продолжать в том же духе в течение последующих десяти лет. Затем ему предлагают представить, что произойдет, если он, напротив, в течение следующих десяти лет злоупотреблять алкоголем не будет. Возрастная прогрессия может укрепить решимость пациентов отказаться от этого злоупотребления.

9 Моуди Р.А. Жизнь до жизни. Жизнь после смерти / пер. с англ. – К.: София, Ltd., 1994. – 352 с.

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. При лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи в гипнотическом состоянии может быть применена следующая, предложенная нами, терапевтическая метафора¹⁰:

«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 о публике и о концертах, 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 выступать 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».

В заключение следует отметить, что гипносуггестивная терапия с учетом разнообразия ее техник обладает мощным терапевтическим потенциалом в лечении больных с различными сексуальными расстройствами.

10 Кочарян Г.С. Современная сексология. – Киев: Ника-Центр, 2007. – 400 с., с. 323–324



ТРИФОНОВ
Вячеслав Николаевич
провизор-клиницист
ООО «Парафарм»



ПЕТРОВА
Елена Владимировна,
кандидат
медицинских наук,
доцент кафедры
психиатрии-
наркологии,
психотерапии и
сексологии ГБОУ
ДПО «Пензенский
институт
усовершенствования
врачей»
Минздрава России,
действительный
член Европейского
и Международного
Обществ Сексуальной
Медицины
(ESSM / ISSM)



ВАКИНА
Татьяна Николаевна,
доктор медицинских
наук, профессор
кафедры психиатрии-
наркологии,
психотерапии и
сексологии ГБОУ
ДПО «Пензенский
институт
усовершенствования
врачей»
Минздрава России,
Заслуженный врач
РФ, почетный член
Европейского и
Международного
Обществ Сексуальной
Медицины
(ESSM / ISSM)



ЕЛИСТРАТОВ
Дмитрий
Геннадьевич,

генеральный
директор ООО
«Парафарм»

**КЛИНИКА СЕКСУАЛЬНЫХ И
РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ
ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН С
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ**

Сексуальные дисфункции, включающие в себя снижение влечения и нарушение эрекции, представляют собой широко распространенную медицинскую, психологическую и социальную проблему. По данным W. Masters, V. Johnson, R. Kolodny (1998), наиболее частым нарушением сексуальной функции является расстройство эрекции, частота которого увеличивается с возрастом, составляя 5–8 %

у молодых мужчин и достигая 75 — 80% к 80 годам. По расчетам J. В. McKinlay (2000), около 150 млн. мужчин в мире страдают от эректильной дисфункции (ЭД); предполагается, что в течение ближайших 25 лет эта цифра может удвоиться.

Расстройство эрекции, часто сопровождающееся такими явлениями, как чувство краха, повышенная тревожность и неуверенность в себе, отчаяние и угнетенность снижает качество жизни: более чем в 4 раза повышается физическая неудовлетворенность пациентов и более чем в 2 раза — психоэмоциональная (Laumann E.O. et al., 1999). Результаты Уэльского исследования, включавшего 918 мужчин в возрасте 45–59 лет, показали, что летальность за 10 лет наблюдения была статистически выше среди мужчин с низкой сексуальной активностью (менее 1 раза в месяц), по сравнению с мужчинами, имевшими интимные отношения 2 раза в неделю и чаще (Smith D.G., Frankel S., Yamell J., 1997). Снижение или отсутствие сексуальной активности влияет как на качество жизни мужчины, так и на ее продолжительность.

Причинами сексуальных проблем могут быть психологические, сосудистые, нейрогенные и эндокринные факторы. На сегодняшний день известно, что андрогены играют одну из ключевых ролей в обеспечении сексуальных функций у мужчин. Многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в случаях гипотестостеронемии в первую очередь снижается либидо (Manieri C, 1997; O'Carroll R., 1984). Проведенные клинические исследования у мужчин с гипогонадизмом свидетельствуют о важной роли тестостерона в поддержании нормальной эластичности коллагеновых волокон кавернозной ткани, а также синтеза NO, являющегося основным медиатором «эрекции». Доказано, что даже относительно кратковременные периоды снижения тестостерона ниже порогового уровня (плазменный тестостерон — 10–13 нмоль/л) способны привести к ее склерозу кавернозной ткани. У мужчин с гипогонадизмом отмечается существенное снижение «частоты, амплитуды и твердости туменесценции и ригидности во время ночных спонтанных эрекций (Carania C., 1995; Rosen R. C., 1995; Минухин А.С., 2010).

В последние годы успехи фундаментальной медицины позволили применить новые подходы в лечении сексуальных дисфункций. Открытие фармакологической группы препаратов — ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ-5) — ознаменовало начало новой эры медикаментозного лечения эректильных расстройств. В то же время высокая стоимость этих препаратов и существенный риск развития нежелательных лекарственных реакций, особенно у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ограничивают их широкое применение. Кроме того, есть немало больных (15–42%), у которых применение ингибиторов ФДЭ-5 неэффективно, что обусловлено механизмом действия препаратов данной группы. Как известно, эти лекарства способны потенцировать релаксирующее действие NO на гладкомышечные клетки трабекулярной ткани. Однако пусковым моментом для высвобождения NO из нервных окончаний являются импульсы, поступающие из центральной нервной системы. Их интенсивность зависит от реакции пациента

на сексуальный раздражитель. При резком снижении либидо, а именно оно угасает с возрастом в первую очередь, монотерапия ингибиторами ФДЭ-5 малоэффективна из-за отсутствия субстрата для их действия (Segraves KB, Segraves RT., 1991; Пушкарь Д.Ю., Юдовский С.О., 2007).

Что касается андрогензаместительной терапии (АЗТ), то, несмотря на разнообразие лекарственных форм, и здесь остается ряд нерешенных проблем — это касается, прежде всего, отрицательных побочных воздействий на печень, предстательную железу, липидный профиль, сердечно-сосудистую систему, картину крови, систему сна, социальное поведение и эмоциональный статус (Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С., Юдовский С.О., 2008).

Все вышеперечисленное диктует необходимость поиска новых высокоэффективных, безопасных и доступных лекарственных препаратов для лечения сексуальных нарушений. Использование специально созданных биологических препаратов природного происхождения, не имеющих осложнений, с минимальным количеством побочных эффектов и при этом обладающих способностью повышать сексуальное влечение и улучшать качество эрекции, является хорошей альтернативой лечения сексуальных дисфункций. К классу препаратов природного происхождения, повышающих мужскую потенцию, можно отнести комбинированный препарат «ЭРОМАКС» производства ООО «Парафарм».

Цель исследования. Изучение клинических особенностей сексуальных дисфункций у больных с психоэмоциональными расстройствами и оценка эффективности их терапевтической коррекции.

Материал и методы. Обследовано 35 мужчин с сексуальными дисфункциями (эректильной дисфункцией и снижением либидо) и тревожно-депрессивными расстройствами в возрасте от 28 до 62 лет ($49,6 \pm 6,9$ лет). В критерии исключения вошли наличие ведущей органической патологии в патогенезе полового расстройства, использование средств лечения, способных вызвать сексуальные дисфункции, а также отсутствие постоянной партнерши.

Выраженность и динамика сексопатологической симптоматики на фоне терапии оценивались по клиническому вопроснику «Сексуальная формула мужская» (СФМ), опроснику МИЭФ-5, шкале оценки состояния половой функции (Вакина Т.Н., 2001). Проводилось определение гормонального статуса. В клинко-психопатологическом исследовании учитывались показатели личностного опросника СМОЛ и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Препарат «ЭРОМАКС» применялся в дозе 2 таблетки 3 раза в день с регистрацией изменений в общем состоянии пациента и побочных эффектов. Окончательная оценка результатов терапии проводилась на 28–30 день.

Результаты. Средняя продолжительность сексуальных расстройств составила $4,9 \pm 2,3$ года. У основной части исследуемых установлен слабый (48%) и ослабленный вариант средней половой конституции (24%). Большинство пациентов в анамнезе имели значительные психические и физические нагрузки, при этом клинко-психопатологическое исследование выявило расстройство адаптации у 56% больных, смешанное тревожно-депрессивное — у 20%, тревожно-фобическое — у 14%. Анализ результатов по шкале СМОЛ показал высокие уровни по шкалам ипохондрии у 64% больных, психастении — у 56%, депрессии — у 52%, истерии — 48%.

Сексуальные дисфункции у всех пациентов, включенных в исследование, проявлялись в виде снижения либидо с уменьшением сексуальных фантазий, поиска сексуальных стимулов, мыслей о сексуальной стороне жизни и затруднения в наступлении или поддержании эрекции, достаточной для удовлетворительного проведения полового акта. Примечательно, что в возрастной группе старше 45 лет (24 чел.) снижение полового влечения отмечено практически у всех пациентов (94,7%), при этом нарушение эрекции — в 73,7% случаев. При анализе эректильной дисфункции в соответствии со шкалой МИЭФ-5 было установлено, что у 7 пациентов (20%, в среднем 22 балла) — показатель находился в пределах нормальных значений, легкая эректильная дисфункция выявлена у 20 больных (57%, в среднем 18 баллов), умеренная ЭД — у 8 (23%, в среднем 14 баллов). У пациентов старше 45 лет значительно чаще отмечались жалобы на вегето-сосудистые нарушения — внезапную гиперемия лица, шеи, повышенную потливость, чувство нехватки воздуха, колебания уровня артериального давления; психоэмоциональную сферу — раздражительность, «снижение жизненных сил», ухудшение концентрации внимания, памяти; повышение массы тела, что в целом отражало клинику возрастного андрогенодефицита.

На фоне терапии с применением препарата «ЭРОМАКС» большинство пациентов (62,5%) уже к 7 дню лечения отметили субъективное улучшение настроения, повышение самооценки и уверенности в своих сексуальных возможностях, снижение напряженности и уменьшение конфликтов в супружеских отношениях, а также учащение ночных эрекций. Изучение эффективности терапии с учетом клинко-динамического изменения гормонального статуса показало достоверное повышение содержания общего тестостерона (с $11,8 \pm 4,4$ до $17,1 \pm 5,7$ нмоль/л, $p < 0,02$) и ДГЭАС (с $1,2 \pm 0,3$ до $1,4 \pm 0,7$ мкг/мл) на фоне снижения уровня пролактина (с 548 ± 136 до $24,5-467$ мЕ/л, $p < 0,02$) (последнее можно также расценить как повышение антистрессовых тенденций у изучаемой группы больных). К 28–30 дню лечения у пациентов отмечалось значимое изменение показателей шкалы оценки состояния половой функции: либидо — 4,0 баллов против исходных 2,8 ($p < 0,02$), средний прирост показателя либидо составил 42,8%; эрекции — 3,8 баллов против исходных 2,9 ($p < 0,032$), средний прирост показателя эрекции составил 31%. При оценке сексуальной функции в соответствии с вопросником СФМ до лечения было выявлено общее снижение показателей мужского копулятивного цикла. На фоне терапии суммарный балл сексуальной функции мужской увеличился с $17,7 \pm 2,5$ до $23,8 \pm 2,9$ ($p < 0,02$). Среди структурных показателей СФМ более значимо улучшились

нейрогуморальная и психическая составляющие мужского копулятивного цикла, что обусловило в первую очередь усиление либидо и общее удовлетворение половыми отношениями. По шкале HADS у изучаемого контингента отмечено значительное редуцирование уровня тревоги и депрессии ($p < 0,02$). Переносимость терапии была хорошей.

Выводы. Сексуальные дисфункции часто встречаются у пациентов с тревожно-депрессивными состояниями и требуют адекватной специфической терапии, препарат «ЭРОМАКС» обладает способностью повышать сексуальное влечение и улучшать качество эрекции, стабилизировать сомато-вегетативную и психоэмоциональную сферу и, следовательно, является эффективным и безопасным средством лечения сексуальных расстройств у мужчин с тревожно-депрессивными нарушениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вакина Т.Н. Сексуально-эндокринная функция и уровень липидов у больных с сердечно-сосудистой патологией : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2001.
 2. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / пер. с англ. – М.: Мир, 1998.
 3. Минухин А.С. Роль андрогенов в обеспечении сексуальной функции у мужчин // Пробл.
 4. Пушкарь Д.Ю., Сегал А.С., Юдовский С.О. Современные возможности андрогенозаместительной терапии при мужском гипогонадизме // Фармацевтический вестник. 2008. № 13. С. 33.
 5. Пушкарь Д.Ю., Юдовский С.О. Комбинированное применение препаратов Энерион (сальбутиамин) и Сиалис (тадалафил) в терапии больных с эректильной дисфункцией. Ссылка:<http://medi.ru/doc/a0210603.htm>.
 6. Carania C. et al. Testosterone and prolactin: behavioural and psychophysiological approaches in men // The pharmacology of sexual function and dysfunction: esteve foundation symposia, Amsterdam. Excerpta Medica, 1995. 6: 145–150.
 7. Laumann E.O. et al. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // JAMA, 1999. 281: 537–544.
 8. Manieri C et al. Hormonal control of sexual behavior in males and endocrinologic causes of sexual dysfunction // Minerva Endocrinol, 1997. 22(2). P. 37–43.
 9. McKinlay J.B. The worldwide prevalence and epidemiology of erectile dysfunction // Int J Impot Res, 2000; 12(4): P. 6 – 11.
 10. O'Carroll R. Testosterone therapy for low sexual interest and erectile dysfunction in men: A controlled study // Br J Psychiatry, 1984. 145: P. 146–151.
 11. Rosen R.C. Pharmacological effects on Nocturnal Penile Tumescence (NPT) // The pharmacology of sexual function and dysfunction: esteve foundation symposia. – Amsterdam: Excerpta Medica, 1995. 6: P. 277–287.
1. Segraves K.B, Segraves R.T. Hypoactive sexual desire disorder: prevalence and comorbidity in 906 subjects // J Sex Marital Ther, 1991; 17: 55-58.
 2. Smith D.G., Frankel S., Yamell J. Sex and death: are they related? Findings from the Caterphilly Cohort Study // BMJ, 1997. 315: P. 1641–1644.



ЕКИМОВ
Михаил Васильевич

кандидат
медицинских наук,
доцент кафедры
сексологии СЗГМУ
им. И.И.Мечникова
МЗ РФ,
Санкт-Петербург.

КЛИНИКА СЕКСУАЛЬНЫХ И РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

АДАПТИВНАЯ РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН

Когда знакомишься с существующими психологическими трактовками причин и механизмов женских сексуальных дисфункций, то неизбежно сталкиваешься с проблемой «истеричности» женщин. Выявив у женщины наличие истерических черт, которые действительно им свойственны, авторы спешат объявить их причиной сексуальной дисфункции. Так ли это?

Сталкиваясь с сексуальными нарушениями у женщин (особенно нарушений оргазма) в лечебной практике, мы приходим к выводу, что наличие истерических черт личности далеко не всегда объясняет механизмы сексуальной дисфункции женщины. Да, истерический радикал у женщин встречается часто, но надо иметь в виду, что сами механизмы сексуальных нарушений часто имеют другие причины.

Истерический радикал личности включает в себя такие особенности, как демонстративность, инфантилизм, эгоцентричность, нарциссичность, манипулятивность. Все это обычно оценивается негативно как проявление незрелости и несостоятельности личности. Но тогда можно сказать, что женский пол незрел, несостоятелен и второсортен по сравнению с мужским полом. И такие взгляды (сексизм) до недавних пор процветали в цивилизованных странах, а в патриархальных культурах существуют и поныне. Такой мужской шовинизм вызывает соответствующую «силу противодействия», выражаемую в философии феминизма. В целом такие взгляды отражают непонимание факта эволюционно-биологических различий полов и их специфических функций. Но если за миллионы лет эволюции природа создала женщин именно такими (истеричными), то это не случайно и не может быть негативом, а является позитивным эволюционным достижением женского пола: благодаря именно этим особенностям женщины лучше адаптированы и могут решать ряд важных, и не только для них, проблем, т.е. женщины по своей природе должны быть истеричными. Разумеется, речь идет о естественном (допатологическом) диапазоне данных личностных проявлений, а не об их крайних (патологических) вариантах.

Указанные особенности женской личности четко проявляют себя в сексуальности. Например, демонстративность. Она важна для сексуального привлечения и удержания партнера. Конечно, у видов, где репродуктивное поведение имеет сезонную детерминацию, нужды в демонстрации себя у самок нет. Но если размножение

детерминировано не сезонно, то самка демонстрирует себя или за счет обонятельных сигналов (феромонов), или специальных визуальных сигналов (изменения специальных участков кожи, имеющих сигнальный характер), или их сочетания. Но при сугубо репродуктивном характере сексуальности (не для удовольствия, а для размножения) эти сигналы появляются только в короткий период фертильности. А ярких визуальных поведенческих демонстраций от самок животных обычно не требуется. Если же они и появляются, то, опять-таки, на короткий период их фертильности и сексуальной рецептивности (способность к копуляции, т.е. к сексу). И разнообразием не отличаются: позы «замирания», «подставления» и пр., чтобы не отпугнуть и сексуально расположить самца (не путать с позами «подставления» в структуре ранговых отношений и коммуникаций, которые не имеют целью сношение).

Но в процессе антропогенеза произошел отказ от репродуктивного циклического секса и переход к перманентному гедонистическому. Это потребовало соответствующих биологических изменений женской сексуальности. Женщины отказались от циклического и кратковременного обонятельного и кожного (как у приматов) сигнала, и перешли к стабильному визуальному. А что такое визуальный сигнал? Это, собственно, вид самой женщины, вид (демонстрация) ее женского тела. Соответственно, тело женщины развилось по женскому типу, сформировались ее внешние, привлекающие мужчин, вторичные половые признаки (особенности женского телосложения). Например, молочные железы явно избыточны по своим размерам в сравнении с функцией лактации. У всех млекопитающих (кроме искусственно выведенных коров) молочные железы вне лактации практически не заметны, а в период лактации увеличиваются незначительно. И такое эволюционное увеличение молочных желез у женщин явно имеет знаковую и сигнальную, т.е. демонстративную, функцию.

Однако мало иметь сексапильное тело, надо уметь им в этом качестве пользоваться, надо уметь его хорошо предъявить и продемонстрировать. Прежде всего, это потребовало развития особых поведенческих и моторных навыков, а уже потом появились украшения и одежда. У женщин изменились мимика, моторика, пластика и пр., которые стали подчеркивать их телесные признаки, насыщать их эротическим содержанием, привлекая к ней мужчин. Женское тело «заиграло», что является проявлением женской демонстративности. Не только тело женщины, но и умение его эффектно преподнести, являются сексуальным стимулом. Это же реализуется и тренируется в танцах. Чем эффективнее телесная демонстрация, тем успешнее привлечение мужчин, что обеспечивает успешный выбор нужного женщине партнера (а далее и удержания его). Но эффективная и эффектная телесная демонстрация невозможна без соответствующего психологического настроя, без личностной установки на демонстративность. А это уже истерические черты личности, которые повышают адаптивность женщины в ее внутривидовой конкуренции.

Красивая одежда, украшения (блестяще привлекает взгляд), все это тоже направлено на подчеркивание и демонстрацию себя и своей сексуальной привлекательности, на

усиление сексуального призыва женщины. Женская одежда и сама по себе должна быть красивой, и женщину украшать. А именно: недостатки скрывать и маскировать, а прелести подчеркивать и демонстрировать. Демонстрация прелестей через использование одежды осуществляется методами обнажения (миниюбки, декольте, полупрозрачность...), облегания (джинсы, обтягивающие блузки, колготки), цветом (яркие колготки) и привлечения внимания (рюшечки, оборочки, кружавчики, и чего-то там еще...). И я уверен, что женщины украшаются и одеваются не через силу, преодолевая и ломая себя, а с удовольствием, т.е. по своей душевной склонности к демонстративности. Целесообразность демонстративности заключается в успешном привлечении и удержании потенциальных партнеров (т.е. в отвлечении их от других женщин). Обратный процесс (дразнящее раздевание — стриптиз) возвращает нас к первозданному телесному прелестям женского тела. Но для этого надо иметь тело, не требующее коррекции одеждой, и, опять-таки, соответствующий демонстративный личностный радикал.

Помимо того, что такая поведенческая программа явно заложена биологически, ей еще надо учиться и овладевать ею. Девочки с детства более кокетливы, и это поведение у них поощряется (а у мальчиков, обычно, подавляется). Этот навык у женщин постоянно тренируется и шлифуется с детских лет. Внутреннее стремление сексуально привлекать настолько сильно, что, даже имея партнера, она не перестает постоянно тренировать этот навык на других мужчинах. Это происходит неосознанно и автоматически, но пока женщина чувствует себя женщиной, она имеет потребность быть сексуально привлекательной, нравиться и быть сексуальным стимулом для мужчин.

Что такое женское кокетство (флирт)? Это сексуальное привлечение мужчины, но без гарантии реализации самого секса. Думается, что миф об отсутствии у женщин логики и обилие анекдотов на эту тему базируется нередко как раз на этой ситуации. С точки зрения мужчины — зачем заигрывать, соблазнять, привлекать, если далее ничего не планируется? Сделав один шаг, сделай и следующий. Но если женщины так непоследовательны, то где же логика? На самом деле логика у женщин, даже будучи не осознанной, очень четкая: продемонстрировать себя, потренировать навык привлечения, убедиться в эффективности своих женских чар. Чтобы ее выбор брачного партнера (носителя генов для ее потомства) был успешным, она должна «привлечь многих, чтобы выбрать одного». А остальные отвергнутые будут чувствовать себя обманутыми, и будут рассуждать о женском коварстве, о женской нелогичности, непоследовательности и непонятности. Впрочем, непонятное мужчин тоже к себе влечет, загадку хочется разгадать. То есть «непонятность» женщин тоже становится механизмом привлечения.

Появление в процессе развития человека совместного парного проживания (моногамной семьи) актуализировало функцию «управления» партнером. У приматов и стадом и гаремом управляет вожак-самец, и основным механизмом его управления является сила. Метод универсален и применяется как к самцам, так и к самкам. Но,

подчеркнем, к фертильно неактивным самкам. А самки в период своей фертильности, а значит и сексуальной рецептивности (вне фазы фертильности секса у самок животных, как правило, нет) являются исключением. Обонятельные и визуальные (половая кожа) сексуальные сигналы от такой фертильной, а значит и сексуальной, самки меняют поведение самца по отношению к ней. В этот период самка является сексуальным объектом, и самец проявляет к ней внимание и заботу, заискивает перед ней, совершает обряд груминга («выискивания»), делает подношения, не отпугивает ее своей агрессией и пр. У самки появляется возможность влиять на самца и, в какой-то мере, управлять им. Но длится этот период фертильности недолго. Для длительного управления самцом (мужчиной в стабильном партнерстве у людей) этого мало.

И уже у самок приматов появляются зачатки манипулятивного влияния на вожака через секс или через имитацию своей фертильности и сексуальности. У некоторых видов обезьян забеременевшая самка, т.е. уже не фертильная, сохраняет фертильный вид и продолжает участвовать в сексе. Получая заботу, защиту, внимание (груминг) и прочие бананы, она как бы «расплачивается» за эти предпочтения своим сексом. То есть секс уже начинает отрываться от репродукции, становится перманентными и приобретает элементы манипуляции. А именно, декларируется одно (репродуктивный секс для зачатия), а достигается иная скрытая цель (получить привилегии и лучшее обеспечение). Но в результате этого хорошего обеспечения и заботы/защиты выигрывает потомство этой самки. Получается, что репродуктивное поведение этих видов обезьян уже начинает чуть-чуть приближаться к репродуктивной модели человека. Еще чаще встречается символическая имитация сексуальности. Когда особи (как самцы, так и самки) принимают «позу подставления», то они притворяются сексуально рецептивной самкой. А это сразу нейтрализует гнев самца-вожака: фертильную самку обижать он не может. Такие псевдосексуальные коммуникативные позы, хотя и имитируют сексуальность, но выражают уважение к альфа-самцу, подчиненность ему, снижают агрессию вожака. Глубинно в этом можно усмотреть миротворческую суть женского естества, раз уж надо притвориться самкой, чтобы сохранить мир и покой в стаде.

Тем более это касается женщины. Отказавшись от циклических обонятельных и кожных сигналов, напрямую отражающих фертильность, женщины перешли к стабильным визуальным сексуальным сигналам, которые фертильность не отражают. Перманентно демонстрируя стабильный сексуальный визуальный сигнал, женщина имеет стабильный статус сексуального объекта. Это делает благоприятное для нее заинтересованное отношение мужчин тоже стабильным. Но, в отличие от самок животных, посылая мужчинам перманентный сексуальный призыв, женщины должны были овладеть способностью и к перманентному (нециклическому) сексу. Поскольку все признаки фертильной фазы (короткий период овуляции) максимально замаскированы, то для зачатия люди должны сексом заниматься постоянно. А это уже сближает партнеров, порождает симбиотческие связи, т.е. создает предпосылки для создания семьи, способной долго выкармливать, выращивать и обучать потомство.

Кроме того, такой секс у женщин уже не может держаться на гормональных циклических импульсах, должен работать принцип удовольствия и подкрепления (как у мужчин). То есть необходим оргазм, иначе сексуальность без подкрепления постепенно угаснет. При своей стабильной сексапильности и способности к сексу, женщина получает возможность использовать секс для влияния на мужчину не только в свой короткий фертильный период, а постоянно. Пока она привлекательна и сексуальна, она может этим пользоваться и управлять партнером. Она может манипулировать мужчиной через секс, добиваясь своих целей, что встречается нередко. И не надо негодовать, это создано эволюцией и обусловлено заботой о выживании и воспитании потомства.

Однако демонстративность у женщин формировалась не только в сфере секса. Если первобытной женщине было холодно, голодно и пр., то она так ярко должна была выразить эти свои эмоции, чтобы разжалобить (окрылить, вдохновить) мужчину на то, чтобы он стряхнул лень и вылез из берлоги в холодный и опасный мир за едой и дровами. Женщина должна быть эмоционально выразительна (демонстративна) во всем.

То же самое и с инфантильными чертами личности у женщин. У приматов заискивающее поведение и провокация на заботу часто выражается через псевдодетское поведение. Особь имитирует беспомощного детеныша (протянутая ладошка, как у просящего еды малыша). А детенышей обижать нельзя, о них надо заботиться. У людей женщины и выглядят, и ведут себя ближе к детям, чем мужчины. Плачут не мужчины, а женщины и дети, им простительно. Тембр голоса женщин ближе к детскому, чем у мужчин. Даже телесное оволосение женщин является промежуточным, между мужским и детским. Мимика, моторика и поведение женщин часто выражают подчеркнуто детскую несамостоятельность, что тоже провоцирует мужчину на заботу и внимание. Тому же служат и соответствующие нарративы: «я женщина слабая и незащищенная», «женщины — слабый пол», «женщины выходят замуж, а за мужем — как за каменной стеной», и т.д. Неосознанно подражая незащищенному и беспомощному ребенку, женщина добивается своих целей. Не зря детский плач так сильно действует на взрослых. Эволюционно древний инстинкт опеки неосознанно просыпается в мужчине. Когда указывают, что истерическое поведение является регрессивным, то это означает регресс на детский возраст, но именно это и позволяет женщине спровоцировать мужчину на нужное поведение и получить желаемое.

Демонстративность и инфантильность женщин благодатны для манипуляций через болезни (истерические механизмы «условной приятности симптома»). Демонстративность проявляется в аггравации и эмоциональной выразительности переживаемого недуга. Инфантильность отражает опыт детства, когда болезнь породила усиленное внимание, заботу и эмоциональное сопереживание родителей. Все это позволяет добиться за счет болезни нужных ей целей.

Пока мужчины продолжают управлять друг другом, а также и женщинами, по старинке, т.е. через силу (в вербально варианте: приказ, распоряжение), женщины приобрели эволюционно новые навыки управления. Ясно, что через силу женщинам управлять мужчинами едва ли возможно. Приходилось идти на хитрости, и женщины научились в процессе эволюции манипулятивным методам управления мужчинами и довели эти навыки до совершенства. Манипулировать женщины могут через секс, через свою демонстративность и инфантильность. Часто используется такой метод манипуляции, как женский упрек. Кстати, самые болезненные упреки касаются сексуальных способностей партнера.

Эгоцентрические и нарциссические черты личности женщин также имеют биолого-эволюционную ценность: заботясь о себе и любя себя, женщина невольно заботится о «базовом генофонде популяции» и о своем будущем потомстве. Заботясь как бы о себе, женщина на самом деле заботится о своем потенциальном потомстве. Спасая себя, женщина спасает свое потенциальное потомство. Стремясь к сытости и здоровью, женщина в итоге лучше выносит, выкормит и вырастит свое потомство. Чем больше женщина эгоцентрична и нарциссична, тем больше добывается преимуществ для себя, что оборачивается благом как для ее потомства, так и для всего вида.

То, что женщины часто имеют истерический радикал личности, является не их бедой, а их эволюционным достижением, позволяющим влиять на мужчин и управлять ими, что явно позитивно в плане их адаптации. И в пределах нормальных (не психопатологических) рамок все это успешно работает и действует на мужчин. Управление мужчиной, успешное благодаря манипулятивным способностям и истеро-демонстративным особенностям женщины оборачивается на пользу семье, детям и всей популяции, обуздывает необузданную биологическую полигамность мужчин, повышает уровень близости и эмоциональных отношений, и всего того, что укрепляет семью.

Проблемы у женщин начинаются, когда эти особенности личности выходят на патологически высокий уровень, вплоть до уровня психопатии. Тогда такие чрезмерно выраженные личностные особенности могут затруднять адаптацию женщины и мешать ей.

Хотя представленный нами взгляд на истеро-демонстративные личностные особенности женщин как на их эволюционные достижения и адаптационные преимущества может показаться несколько абстрактным, теоретизированным, но эти представления востребованы и актуальны в практической работе психотерапевтов и сексологов. Они востребованы в семейном консультировании, в построении супружеской психотерапии, в психотерапии сексуальных нарушений (особенно оргазмических дисфункций) у женщин.



КУЛЬГАВЧУК
Евгений
Александрович,

врач-сексолог,
психотерапевт,
медицинский
центр «Красота и
здоровье», г. Москва

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМ МУЖСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Снижение смертности, улучшение демографических показателей в стране, а также увеличение средней продолжительности жизни являются одними из высоко приоритетных задач государства. Последние законодательные инициативы в ограничении распространения алкоголя и табака, безусловно, способствуют улучшению здоровья мужчин. При реализации национальных проектов значительные успехи видны в области охраны женского здоровья, материнства и детства, однако мужскому здоровью нашей стране пока уделяется недостаточное внимание. Для улучшения ситуации в оказании мужскому населению своевременной и эффективной медицинской помощи необходима государственная поддержка по реализации программ мужского здоровья. Комплексный подход при этом должен предусматривать как профилактический, так и терапевтический взгляд на проблему. Необходима разработка и введение в общеобразовательных школах предмета «семейное воспитание» как альтернатива западным моделям «полового просвещения».

Программа должна ориентировать на семейные ценности, воспитывать ответственность, формировать правильное полоролевое поведение, идентификацию, способствовать более позднему и избирательному началу половой жизни, объяснять вред абортов, касаться вопросов гигиены, показывать вред и опасность алкоголя, наркотиков, табакокурения. Крайне важно формирование позитивного образа здорового мужчины в СМИ в формате заказной социальной рекламы здорового образа жизни, осознанного отцовства, полной многодетной семьи. Нужно обеспечить широкий охват диспансеризаций мужского населения, начиная с самого раннего возраста. Для этого можно организовать на базе поликлиник «Центры мужского здоровья». Имеет смысл использовать при этом известный специалистам приказ № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению». Сексуальное здоровье является комплексным показателем как соматического, так и психического здоровья и своеобразным маркером благополучия, поскольку при соматической патологии, хроническом стрессе, семейных дисгармониях, алкоголизации сексуальная активность актуализируется. Таким образом, мужское здоровье не ограничивается рамками репродуктивного. Целесообразно привлечение в структуру данной службы не только специально подготовленных психологов, но и

детских андрологов, врачей урологов. Это могло бы консолидировать специалистов всех специальностей, помогающих сохранить сексуальное здоровье наших мужчин.

«Профессиональное объединение врачей сексологов» имеет все возможности для разработки такой программы: многолетний клинический опыт лицензированных и опытных специалистов, методические материалы и уже подготовленных специалистов для координации работы во всех регионах России, от Калининграда до Владивостока. Для повышения эффективности реализации данной инициативы «Профессиональное объединение врачей сексологов» планирует начать совместную работу с проектом «Мужчинам — здоровье и долголетие», разработанным партией «Единая Россия». Комплексная реализация программы позволила бы увеличить продолжительность жизни мужчин, обеспечить реализацию мужчинами репродуктивных функций, повысить число полных и многодетных российских семей.



КИМЕРИНА
Ирина Сергеевна,
психолог-сексолог
РНСО,
г. Москва

СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ: ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

ПСИХОЛОГИ-СЕКСОЛОГИ В СОДРУЖЕСТВЕ С ВРАЧАМИ- СПЕЦИАЛИСТАМИ

Существуя и развиваясь, человеческое общество постоянно стремится к более благополучному бытию. Совершенствуется техника, повышается интеллектуальный уровень населения, расширяется перечень услуг в сфере обслуживания, появляются новые ветви в различных направлениях наук.

Так, совсем недавно, два-три десятилетия назад население нашей страны практически не пользовалось услугами психологов-консультантов. А сейчас профессиональная психология бурно и активно развиваясь, мягко, но настойчиво и продуктивно внедряется в массы, поддерживая индивида в моменты трудной жизненной ситуации, разъясняя психические процессы и особенности поведения, улучшая и преобразуя качество жизни. Спектр направлений в психологии довольно разнообразен: возрастная психология, педагогическая, патопсихология, нейропсихология, психология труда, социальная и т.д. Все эти направления теоретических и прикладных областей знания призваны и готовы придти на помощь человеку в данном, конкретном аспекте его жизни и деятельности.

Сравнительно недавно появилась специализация психолог-сексолог, направленная на помощь обществу в области сексологии. Необходимость появления такой специальности назрела давно, так как государственные власти научились благополучно закрывать глаза на темы полового воспитания, сексуального просвещения (это касается и взрослых, и детей). Что произошло в стране? Да, менялись власти, сменился государственный строй, произошла практически техническая и технологическая революция — новое поколение живет в новых условиях. Но эти условия надо создавать, а не пускать на самотек, или решать вопросы запретительными мерами.

В связи с хлынувшим потоком извращенной, не лицензированной информацией из СМИ, ненаучной литературы, интернета, аудио и видео продукции, на фоне слабого и совершенно отсутствующего полового воспитания возросло количество преступлений и прочих рецидивов, возникающих на сексуальной почве.

Куда обращаются граждане в случае назревших проблем, связанных с половыми отношениями? В лучшем случае — к гинекологу, урологу, андрологу, маммологу. Хорошо, если это происходит, а проблема связана именно со здоровьем. А если

ситуация более сложная, глубоко замешанная на психологических причинах происходящих событий или неверного поведения самого индивида, либо его окружения? Что и бывает чаще всего.

Как происходит приём человека, обратившегося с сексуальными проблемами к медицинскому специалисту? Врач расспросит о том, что беспокоит в области половых органов, проведёт осмотр, сделает анализы, поставит диагноз, назначит лечение, уделяя при этом пациенту 15 — 20 минут отведённого времени. При необходимости или назначении человек обращается ещё несколько раз. Но может ли при этом решиться проблема личности, застрявшая где-то глубоко в психике, и не дающая своему хозяину полностью раскрыться в своей сексуальности и получить все краски полноценной сексуальной жизни?

Не секрет, что психология сексуальности отличается от обыденных знаний о сексе, следовательно, только специалист психолог-сексолог может предложить специальные методики, способы, приёмы и упражнения, заимствованные из разных областей психологии и психотерапии. Так, например, если пациент, проходящий лечение у врача-уролога с диагнозом преждевременная эякуляция, будет обучаться одновременно психологом-сексологом методам торможения и упражнениям по фокусированию ощущений, снимутся психологические проблемы и лечение деликатных проблем пройдёт эффективно и действенно для дальнейшей успешной сексуальной жизни. Также психолог-сексолог выявляет психогенные причины сексуального расстройства, анализируя и биографию человека и его отношения с партнёром, обнаруживая конфликты и переживания, предшествующие проблеме. При этом человек начинает понимать своё отношение к внутренним причинам своего расстройства, выясняет механизмы собственных ошибочных действий, обучается контролю психосексуальной активности, происходят изменения жизненной позиции и установки на какую-либо дисфункцию, если она неизлечима.

Конечно же, тема сексуальности и сексуальных отношений довольно интимна и деликатна. Хорошо, если семья или пара отважатся обратиться за помощью к психологу, получая незначительные ответы по поводу не сложившихся, либо плохо складывающихся взаимоотношений. Да и то это происходит не всегда и не часто. А уж чтобы задуматься об обращении к специалисту психологу-сексологу вообще редко у кого хватает храбрости. Почему? Ведь всем известно, что сексуальная удовлетворенность имеет довольно весомое влияние не только на здоровье, но и на позитивное, полноценное, жизнерадостное отношение к существованию вообще. Сексуальной стороной жизни население живо интересуется, обращаясь к интернету, литературе, фильмам, специфическим изделиям секс индустрии. Здесь особых стеснений у основной массы дееспособной части общества не наблюдается. Можно предположить, что дело в недостаточной грамотности и осведомленности. Появление новой специализации «психолог-сексолог» ещё плохо разрекламировано. Не только население, да и некоторые медицинские работники порой не слышали

о такой специализации. А ведь именно профессионал психолог-сексолог может мягко и тонко выяснить у клиента опыт сексуальной жизни, разобрать сексуальные сценарии, поговорить о системе половых отношений, уточнив подробности всего, что образует внутренний мир клиента. Подчас, пришедший на консультацию, даже не подозревает, что формирование межличностных отношений строится на исторической базе личной половой жизни обеих сторон. К тому же от предыдущей половой жизни зависит адекватная, либо неадекватная реакция партнёра. Терапия у психолога-сексолога даёт не только уяснение некоторых доселе «затемнённых» сторон сексуальной жизни, но и снимается напряжение, переосмысляются многие моменты, меняются жизненные позиции и установки, вся ситуация преобразуется в лучшую сторону.

Кроме индивидуальной работы с клиентами, психолог-сексолог профессионально, грамотно и тонко может вести образовательные, просветительские и практические семинары, лекции, тренинги, проводить беседы с подростками и родителями по половому просвещению и поведению.

Уважаемые коллеги — урологи, гинекологи, андрологи, маммологи, преподаватели, воспитатели и просто родители!

Все, кто не равнодушен к вопросам воспитания в отношении секса, полноценному здоровью каждого гражданина, кто за крепкую, сильную семью, за здоровое, образованное в вопросах пола население!

Обращайтесь к психологам-сексологам за содружеством и поддержкой, направляйте нуждающихся в психологической помощи по вопросам сексологии к профессионалам!

В едином союзе мы реально улучшим ситуацию!



ФРОЛОВ

Павел Анатольевич,

психиатр,
психотерапевт,
Хабаровский
центр позитивной
психотерапии



ЧЕРЕПАНОВА

Елена Викторовна,

психолог-сексолог,
психотерапевт,
Московский
центр позитивной
психотерапии

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

СЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК АКТУАЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ В ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Понятие сексуальности объединяет целый комплекс социальных, психических и физиологических процессов и неразрывно связано с жизненным миром личности в целом. Включая в себя весь спектр сексуальных влечений, переживаний и мотиваций сексуальной активности, сексуальность в центре внимания различных методов психотерапии.

Одним из таких направлений современной новой волны психотерапии является метод позитивной психотерапии, разработанный в 1968 г. профессором Носсратом Пезешкианом, немцем иранского происхождения. Им была предложена качественно отличающаяся от других психотерапевтическая концепция сексуальности. Метод позитивной психотерапии относится к психодинамическим психотерапевтическим методам с гуманистической направленностью. Этот сфокусированный и ориентированный на способности метод удостоен Главной медицинской премии Германии «Ричард-Мартин-Прайс» в области гарантии качества в 1997 г.

Главное назначение позитивной психотерапии — забота о физическом, психическом, социальном и духовном здоровье — единстве тела, разума, эмоций и духа. Характерными особенностями этого оригинального и интересного подхода являются: ориентация на выявление и активацию ресурсов пациентов для решения их внутренних проблем, четкая постановка цели, экономичность, высокая результативность.

Позитивная психотерапия основывается на междисциплинарном и транскультуральном подходе, в которой могут сочетаться различные психотерапевтические направления, и включает в себя: принцип надежды, принцип баланса и пятиступенчатую модель самопомощи:

– принцип надежды рассматривает сексуальность как позитивный (*positum* — данное, имеющееся в наличии) естественный и полезный физиологический, психологический и социальный механизм, обеспечивающий выживание человеческого рода. Такая точка зрения исходит из основного гуманистического тезиса позитивной психотерапии о том, что «каждое человеческое существо является хорошим по своей природе» и «наделено множеством способностей и огромным потенциалом», «которые сравнимы с семенами скрытых возможностей, и которые, однако, ещё нужно развить»;

– принцип баланса позволяет увидеть сексуальность как совокупность физиологических процессов, ощущений и импульсов (тело); социальных ролей (отношения); моделей поведения и мышления (достижения); мотиваций, страхов и идентичностей (будущее/смысл);

– принцип консультирования направляет процесс:

1. осознания проявления сексуальности (наблюдение)
2. понимания формирования её прямых и смежных мотивов (инвентаризация);
3. признания ценности этих мотивов (стимуляция);
4. изобретения новых, более эффективных моделей сексуального ощущения, переживания, поведения и идентичности (вербализация);
5. формирования мотиваций и прогнозов на основе выгод и ограничений использования новых моделей (расширение целей).

Согласно представлениям позитивной психотерапии, человеческая жизнь проходит в четырех измерениях — телесной, ментальной, социально-коммуникативной и духовной. Все четыре сферы жизни являются неотъемлемыми составляющими жизни любого человека, несмотря на то, что человек может уделять разную степень внимания этим сферам, и определяются четырьмя основными потребностями/способностями (жить, любить/радоваться, контролировать и создавать будущее). Гармоничное распределение энергии между этими четырьмя областями получило название «модель баланса».

В соответствии с моделью баланса для описания сексуальности обратимся к четырём основным её аспектам: биофизиологическому, когнитивно-поведенческому, социально-психологическому и культурально-ценностному. Все эти сферы взаимосвязаны, взаимозависимы и взаимообусловлены на жизненном пути человека. Отклонения в одном или нескольких из этих сфер ведут к трудно прогнозируемым трансформациям во всем сексуальном развитии.

К первому составляющему аспекту сексуальности можно отнести соматосексуальное развитие, представляющее собой процесс последовательных возрастных (рождение, рост, созревание, зрелость, инволюция и старость) изменений нейрогуморальных, сосудистых и уrogenитальных механизмов сексуальности на протяжении жизни человека.

Биологические факторы в значительной мере контролируют половое развитие от момента зачатия до рождения ребенка, а по достижении половой зрелости — способность к размножению. Кроме того, эти факторы оказывают влияние на сексуальное влечение, сексуальную активность и (косвенным образом) на сексуальное удовлетворение.

Психологический аспект сексуальности проявляется в чувствах, эмоциях, переживаниях, мыслях, фантазиях и определяется индивидуальным восприятием себя и партнера. Он характеризуется изменениями психического мира человека в процессе становления и развития сексуальности: формирования полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций и предпочтений, а также возрастной динамикой сексуальности в зрелом возрасте и инволюционном периоде.

Психосексуальное развитие — один из аспектов индивидуального психического развития. Он охватывает первые четыре возрастных периода становления и динамики сексуальности. Его окончание знаменует вступление в период зрелой сексуальности.

Хотя основы всех компонентов сексуальности закладываются при их становлении, половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации тесно взаимосвязаны и представляют собой динамичные структуры, меняющиеся не только в процессе их формирования, но и в течение всей последующей жизни.

Психологический аспект играет главенствующую роль в становлении половой самоидентификации человека в процессе развития.

Поведенческий аспект сексуальности описывает сексуальное поведение и тесно связан с психологическим и социальным аспектом. При обсуждении сексуального поведения сексуальные проявления классифицируются на «нормальные» и «аномальные».

Осознание ребенком своей принадлежности к мужскому или женскому полу формируется главным образом под влиянием психосоциальных факторов, поскольку половые отношения между людьми регулируются с помощью законов, запретов, а также общественного мнения, убеждающего нас в необходимости следовать в нашем сексуальном поведении принятым нормам.

Происходит становление гендерной идентичности, формирование всего репертуара гендерных сценариев и ролей, брачных и внебрачных стратегий. Претензии, ожидания, представления каждого пола о себе и другом поле, понимание гендерных ролей в данном обществе и установки на принятие или непринятие этих ролей включаются в социальную жизнь в соответствии с имеющими место в обществе неписаными гендерными «правилами игры». Гендерные роли, выражающие определенные социальные ожидания, проявляются в поведении в контексте определенной системы

половой символики и стереотипов маскулинности и фемининности. Другими словами, гендерные роли рассматриваются как внешние проявления моделей поведения и отношений, которые позволяют другим людям судить о принадлежности индивида к мужскому или женскому полу.

Сексуальная культура в полной мере отражает этнические и религиозные особенности общества, а также своеобразие эпохи.

Чтобы лучше понять наиболее часто встречающиеся особенности национального характера, необходимы знания о том, в каких условиях шло формирование сознания личности, что является определяющим в ее нравственной культуре.

Оценки «морального» или «правильного» различны у разных народов и в разные века. У каждого народа есть свой особый духовный внутренний мир, который отражает социальные, географические, этнические, языковые и другие особенности. Язык, религия, быт и нравы получают конечное объяснение в психологии народа как носителя коллективного разума, воли, чувств, характера, темперамента. Понятие «культура» охватывает не только характеристику общества, но и индивидуальную культуру личности.

В этой сфере значимое место занимает культура чувств, культура отношений и сексуальная культура.

В позитивной психотерапии Носрат Пезешкиан предложил разделить характерологические свойства на две группы: базовые (первичные) и поведенческие (вторичные) актуальные способности, которые развиваются из двух базовых способностей, присущих любому человеку: способности любить и способности познавать.

Первичные актуальные способности способствуют удовлетворению базовых потребностей человека, то есть создают внутреннюю гармонию, вторичные — удовлетворят запросам общества, то есть создают внешнюю гармонию.

В позитивной психотерапии эти универсальные характеристики повседневных навыков, норм поведения, устремлений и мотиваций, называются актуальными способностями, которые проявляются в актуальных конфликтах. Дифференциально-аналитическая концепция Пезешкиана позволяет оценить как норму, так и аномалии характера, а также выявить причины явных и скрытых межличностных конфликтов.

Первичные способности (терпение, время, контакты, доверие, надежда, сексуальность/нежность, любовь, вера/смысл/религия) позволяют описать эмоциональное содержание ситуации.

Тогда как вторичные (аккуратность, чистоплотность, пунктуальность, вежливость, искренность, усердие/деятельность, обязательность, бережливость, послушание, справедливость, верность) — поведение и конфликт ожидания. В зависимости от условий актуальные способности развиваются неравномерно и по-разному у разных людей (Пезешкиан Н., 1996). Каждая из них способна выступать в альтернативной форме и отражать аномалию развития характера: из них строится наше поведение и формируется характер.

С точки зрения теории позитивной психотерапии, все способности заложены в человека изначально, это неотъемлемые атрибуты человека, составные части, из которых состоит его личность. Актуальные способности в потенциальной форме заложены в человека от рождения в виде так называемых базовых способностей, способности к любви — установлению эмоциональных отношений и способности к познанию — установлению связей между событиями и явлениями. Результатом же воспитания являются степень развития и формы проявления тех или иных актуальных способностей человеком.

В отличие от психоанализа, который, как известно, придает сексуальности особое, почти сакральное, значение в происхождении, развитии и разрешении человеческих конфликтов, сексуальность в теории и практике позитивной психотерапии не является самой значимой частью поведения человека или какой-то отдельной ценностью. Она является лишь одной из 24 актуальных способностей, и не только инстинктом, но и заученным во внешних проявлениях поведением. На сексуальность влияют сфера социального обучения, развитие актуальных и базовых способностей, например сексуальное нарушение на фоне завышенных требований к пунктуальности или в связи с чрезмерно выраженной мотивацией к достижениям.

С точки зрения дифференциального анализа, различают: секс, сексуальность и любовь. Секс относится к телесным функциям; сексуальность — к особенностям характера, которые являются критериями симпатии и антипатии. Любовь — это отношение к носителю способностей, которого мы любим не за его качества, а просто самого по себе.

Отношение человека к собственному телу может быть открытым и смелым: человек может признавать свое тело или, наоборот, испытывать страх и недоверие к нему. Причиной такого отношения, как правило, является тот опыт, который человек приобрел в этой области в течение своей жизни.

В то время как секс базируется на физических качествах человека, сексуальность относится к его психическим, личностным и поведенческим качествам. В развитии сексуальности существенную роль играет пример родителей: их отношение к потребности ребенка в нежности и ласке и то, как влияла сексуальность на другие актуальные способности.

Сексуальность распространяется на качества и способности человека в той мере, в какой они касаются половых партнерских отношений. К ним относятся социальные нормы и актуальные способности.

Эмоциональное отношение, которое может быть направлено на целый ряд объектов в самых различных формах, называется любовью. Любовь — это свойственная каждому человеку способность устанавливать эмоциональные отношения с самим собой и со своим окружением. В развитии способности любить и быть любимым центральную роль играет пример родителей. Следствием способности к любви является признание человеческого равноправия и ответственности.

Любовь — контрольная и оценочная инстанция, оказывающая влияние на личную оценку секса и сексуальности. Она обладает уникальным свойством, которого нет ни у секса, ни у сексуальности: с человеком, которого любят, идентифицируются. Способность любить и быть любимым требует постоянного внимания к физическим и поведенческим признакам. Любовь в сочетании с сексом и сексуальностью подтверждает неповторимость человека.

Сексуальность, согласно теории позитивной психотерапии, не является, как впрочем, и все остальные способности, результатом привития этих способностей ребенку.

Если говорить о сексуальности и о ее проявлении, то придется признать, что она проявляется не в возрасте физического созревания, а присуща человеку и с самого раннего возраста, когда вся его телесность еще не разделена на несколько частей. Она — отражение связи со своим собственным телом. Ребенок в ходе своего развития и освоения этого мира узнает и осваивает также и внутренний мир, частью которого является и его физическое Я, его тело. В ходе этого познания ребенок узнает себя, пытается понять, что за тело ему досталось, что там и как в нем устроено. В связи с этим и для этого и существуют классические в нашей детской культуре игры «в доктора».

В ходе этих изысканий появляется определенный сенсорный опыт, который, конечно, предоставляет ребенку возможность обнаружить какие-то удивительные и приятные ощущения. Это просто физическое удовольствие, такое же, как и все остальные.

Понимание же особой роли определенных частей тела со специфическим к нему отношением обретается ребенком по мере выстраивания отношений со взрослыми, их реакцией к такого рода исследовательской активности ребенка.

Одной из целей позитивной психотерапии является выявление и изменение базовых концепций человека по отношению к своему телу, деятельности,

социальным контактам, будущему (балансная модель) и расширение этих концепций, предоставление человеку большей свободы выбора.

Базовые концепции касаются обширных сфер поведения и охватывают всю личность в целом. Они фигурируют в отношении человека к самому себе, к партнеру, к группе и т.д. Эти концепции прививаются ребенку определенным опытом отношений и примером со стороны родителей. Родители, либо заменяющие их взрослые, становятся теми значимыми объектами, поведение и отношение которых является идеальной моделью, отправной точкой в познании мира и в формировании своего представления о нем. Такого рода познание не является прямым научением с присущими ему атрибутами в виде контроля и поощрения или наказания, а моделирование, простую имитацию, подражание конкретным формам поведения родителей и их отношения к чему-либо.

Таким образом, ребенок наблюдает, имитирует, а затем интериоризирует все поведенческие паттерны родителей, и их эмоциональные отношения ко всем доступным для наблюдения частям жизни и ее явлениям.

Одна из четырех концепций модели для подражания — это концепция «Я», которая включает в себя все представления человека о самом себе и эмоциональные отношения к разным частям этих представлений. Важной частью этой концепции является восприятие своей телесности и отношение к ней, составляющей которой уже и является сексуальность.

Если детям не особенно мешать, то они довольно неплохо начинают понимать, как они устроены, что у них в этом теле есть такого интересного, и как можно от всего этого получать удовольствие, раз уж тебе все это досталось. Но взрослые обычно препятствуют этому увлекательному процессу познания и получения удовольствия, и поэтому у ребенка в какой-то момент происходит отделение просто физической нежности, которая есть в отношениях между всеми людьми, между родителями и детьми в том числе от чего-то не очень приемлемого и принимаемого родителями, что позже получит название сексуальности.

Обычно дети неплохо адаптируются к поведению родителей и учатся пользоваться своей сексуальностью втайне от них. Но иногда родителям в значительной степени удается влиять на развитие сексуальности детей, тем самым сексуальность отграничивается от остальной телесности, и помещается в какие-то границы и рамки. Поэтому сексуальность может не просто не развиваться достаточно свободно и спокойно и не просто вводиться в определенные рамки, то есть регулироваться и дифференцироваться, а в прямом смысле подавляться. Поэтому часто у клиентов, имеющих трудности в сексуальной сфере, сексуальность развита недостаточно. Это выглядит по-разному, но во взрослости всегда выражается в нелюбви к сексу, отвращении к любым его проявлениям, в неспособности получать удовольствие от своего тела и от тела партнера.

Дети, в отличие от взрослых, очень чувствительны в эмоциональном смысле, для них важно не столько вербальное содержание сказанного, сколько его эмоциональный контекст. Это особенно важно в детстве, когда способность понимать, проводить аналогии и постигать все рационально находится в острой нехватке. Тогда ориентация на эмоциональный контекст опыта родителей спасает ребенка и покрывает его дефицит знаний и собственного опыта.

Таким образом, даже если на рациональном уровне ребенок не понимает смысла происходящего, он оценивает эмоциональный отклик родителей на то или иное событие, и затем встраивает его в свой внутренний мир и систему значимых отношений. Нередко родители не могут четко сформулировать цели воспитания. Но Срат Пезешкиан особенно выделил вторичный, наивно-первичный и двойственный типы воспитания. Этим трем типам соответствуют определенные формы конфликтной готовности, которые, однако, не обязательно приводят к открытым конфликтам.

Под наивно-первичным типом понимается одностороннее, недифференцированное (чрезмерное) акцентирование первичных и недооценка вторичных способностей. В основе такого развития лежат интуитивно-сенсорный поиск смысла жизни, сенсорное удовлетворение и фантазии. Традиции семьи служат гарантом привязанности и защищенности. Эмоциональные отношения, прежде всего, направлены на «Я», «Ты» и семью.

Аналогично ориентирована и структура потребностей, которые, как зеркало отражают приоритетные связи, преобладавшие в процессе воспитания и заимствованные у значимых персон. Для сохранения значимых отношений и увеличения доверия, демонстрируется вежливость, подчас кажущаяся льстивой и неприятной.

Следует выделить «сексуально-выжидающий», «наивно-религиозный», «информирующий», «претенциозный», «жалостливый» типы реакций. Могут быть предъявлены жалобы на сексуальные дисфункции.

В основе вторичного типа лежат вторичные способности. Средства познания действительности ограничиваются до логики, которой подчиняются смысл и интуиция. Здесь значительный вес приобретают традиции, когда они служат направляющей линией или основным критерием. Согласно ориентации вторичного типа на достижения, предпочтение отдается тем социальным отношениям, которые способствуют способности к достижению.

К разновидностям вторичных реакций относится: «успешный тип», «перфекционист», «сексуально-активный тип», «скептик-интеллектуал», «ханжеский тип». Могут быть предъявлены жалобы на преждевременную эякуляцию и вялотекущий оргазм.

Суть смешанного типа заключается в сочетании непоследовательности предъявления требований к ребенку с отсутствием эмоционального контакта с ним и характеризуется двойственными связями воспитания: первичные и вторичные способности непоследовательно акцентируются одним или несколькими лицами, воспитывающими ребенка.

Они ведут себя противоречиво и ориентируются на тенденции наивно-первичного и вторичного типа реагирования. Их действия по отношению к ребенку непоследовательны. В ситуации «двойного принуждения» ребенок не может выработать поощряемого стиля поведения.

И как результат двойственного воспитания — вырастает «нерешительный» и «неуверенный» тип, «сексуально-разрядочный», который любит партнера до тех пор, пока у него есть чувство, что тот ему принадлежит, «разрядочный невротик» (временное повышение активности чередуется с внезапным ослаблением ее), «вечный искатель» (противоречивое отношение к религии).

В позитивной психотерапии для описания одного из аспектов модели для подражания используется так называемая концепция «Ты». Она представляет собой набор представлений человека (которые переносятся из родительской семьи) о том, как должны складываться отношения между партнерами в семье.

Если говорить о наших культурально обусловленных трудностях, то, конечно, эти трудности связаны, в том числе, и с лингвистическими особенностями нашего языка. В русском языке нет слов, позволяющих описать на приемлемом эмоциональном уровне сексуальную жизнь человека вообще. Есть несколько категорий таких слов, каждая из которых обладает специфическим эмоциональным контекстом.

Первая категория слов — это терминология специалистов в области сексологии и сексопатологии. К реальной человеческой сексуальной жизни они не имеют никакого отношения.

Есть другая часть лексики для описания секса, которую называют ненормативной.

Есть ещё одна часть лексики — инфантильно-наивная терминология, которая, собственно, чаще всего используется людьми в нашей культуре для описания и достижения договоренностей в сексуальной жизни. Вот из этих довольно ограниченных вариантов доступной лексики, каждой паре приходится составлять приемлемую для нее терминологию, чтобы говорить о сексе, учиться обсуждать сексуальную жизнь и эффективно, в смысле с удовольствием, взаимодействовать в постели.

Если говорить о сексуальности, то у нее, как и у любой другой человеческой актуальной способности, есть разные степени развития. Как любая другая актуальная способность, сексуальность может быть развита от практически нулевых до чрезмерных значений.

Для обозначения асексуальности, снижения сексуальности используется термин гиполибидемия. В общем, дефицитарная сексуальность — это недостаточный интерес к сексу, недостаточная в нем заинтересованность, неспособность получать удовольствие от собственно самого процесса физического сексуального взаимодействия со своим партнером или со своим собственным телом, если этого партнера нет. Существует целая цепь состояний в отношении к сексу: от полного неприятия и отвращения до другой крайности, когда секс является главной составляющей и смыслообразующей частью жизни и его значение абсолютизируется.

Мысль о том, что «во всем желательна умеренность и, что любая вещь, доведенная до крайности, становится источником зла», относится в равной мере и к сексуальности тоже. Человек не может заниматься сексом на протяжении всей жизни в одинаковой степени интенсивно. Ценность сексуальности относительна, а человек склонен ко всему привыкать и адаптироваться. Поэтому очень важно уметь не просто удерживаться в границах использования сексуальности, но и получать удовольствие от сексуальной жизни.

В оценке формирования личностного смысла и личностных ценностей особый интерес представляет транскультуральный подход. Носрат Пезешкиан выделил две принципиально различные по ориентационным приоритетам культуры: западную и восточную, которые способны как сформировать особые устремления отдельного человека и общества, так и создать условия для переработки внутриличностных и межличностных конфликтов.

Согласно концепции дифференциального анализа, приоритеты (ценности) человека или культуры (этноса) могут быть сосредоточены в четырех областях: «Тело/Ощущения», «Достижения/Деятельность», «Контакты/Семья», «Фантазии/Будущее».

В приоритеты, обозначенные условно «Тело» включаются такие ценности, как физическое и психическое самочувствие, внешняя привлекательность, сексуальность, удовлетворенность количеством и качеством сна, принятия пищи.

Вследствие развития данного приоритета в процессе воспитания вырабатываются, например, такие свойства характера, как: чистоплотность, сексуальность, стремление к физическому и психическому комфорту. К приоритетам, названным «Достижения» относятся отношение к работе, ее престижности, авторитетности, карьерные ценности. На их основе формируются, например, бережливость, пунктуальность, послушание, надежность.

Основными ценностями в сфере «Контакты» становятся доверие, терпение, любовь. В приоритетность «Фантазии» включены становление ценностей религии, творчества, интуитивных способов жизни. Ценности человека являются составляющей частью как культуры, так и образа жизни. Разница лишь в том, что понятие культура выражает возвышенную, духовную сторону, а образ жизни — повседневную, материально-практическую сторону. Любую культуру можно рассматривать как традиционный образ жизни, выраженный в специфическом наборе обычаев, институтов и артефактов.

«По моим наблюдениям, сделанным более чем в двадцати культурах, пишет Носсрат Пезешкиан, в Европе и Северной Америке на первом месте оказываются ценности из области «Тело» и «Деятельность», в то время как на Востоке прослеживается тенденция доминирования областей «Контактов», «Фантазий» и в меньшей степени «Тела».

Западная модель приоритетов (ценностей) ориентируется на ценности сохранения собственного здоровья, внешней привлекательности, сексуальности, карьерном росте, престижности. Приоритеты заставляют изменять жизнь и отдавать этим сферам основную часть энергии, сил и времени. Восточная модель приоритетов нацелена в первую очередь на контакты между людьми, близкие эмоциональные отношения, поиск смысла жизни. Эти области становятся значимыми.

Каждая актуальная способность в отдельности, как и характер в целом, проявляется в тех же четырех измерениях, в которых они развивались. Так, например, сексуальность физически проявляется в сексуальном акте («Тело»); иногда является способом достижения внесексуальных целей, например, «карьерный рост» («Деятельность/достижения»); может являться способом коммуникаций («Контакты»); занимать определенное место в системе ценностей и убеждений («Будущее/Фантазии»).

В нашей культуре родители не склонны формировать позитивного отношения к сексуальности, поэтому чаще формируется скорее отрицательное, либо нейтрально умалчивающее, табуирующее упоминание этой темы вообще.

Конечно, нельзя говорить о сексуальности, выдергивая ее из контекста человеческих отношений. Сексуальность — это одна из способностей человека и она тесно связана с проявлением других актуальных способностей, например с чистоплотностью.

Чистоплотность, как способность поддерживать свое тело в чистоте, значительно влияет на то, насколько проще или сложнее будет становиться сексуальная жизнь человека в современных культуральных условиях.

Доверие — это одна из способностей, которая тесно связана с сексуальностью, потому что ты должен как-то доверить свое тело и удовольствие, которое оно получает,

другому человеку. Поэтому очень часто люди, имеющие вроде как неплохо развитую сексуальность саму по себе, хорошо знающие свое тело и умеющие доставить себе удовольствие, совершенно не могут получить этого удовольствия в сексуальной жизни с партнером.

Конечно, несмотря на то, что, благодаря примеру и модели поведения наших родителей, сексуальность бывает развита в определенной степени к окончанию пубертата, потом мы имеет возможность эту способность развивать так же, как и любые другие актуальные способности.

Поскольку она относится к так называемым, первичным актуальным способностям, которые развиваются не столько благодаря научению, сколько благодаря примеру и моделированию, то для этого, как минимум, нужен другой человек. Поэтому, если эта способность не была в достаточной степени развита в ходе воспитания родителями, то она потом может быть прекрасно развита посредством общения с другими людьми.

Позитивная сексуальная психотерапия находит свое применение в индивидуальном, парном консультировании и терапии сексуальных нарушений.

Отличительной чертой аналитической методологии позитивной психотерапии является дифференциальный анализ, позволяющий определять те способности, которые сосредоточены в области конфликтогенных сфер, с тем, чтобы мобилизовать физические и духовные возможности человека, его способности к интеграции. Это достигается посредством пятиступенчатой терапии.

Пятиступенчатая техника в позитивной психотерапии является терапевтической стратегией, лечебные аспекты которой взаимосвязаны с семейной терапией и самопомощью. Эти пять ступеней включают в себя:

1. наблюдение/дистанцирование;
2. инвентаризация;
3. ситуативное поощрение;
4. вербализация;
5. расширение системы целей.

В ходе терапии мы достаточно часто касаемся темы секса посредством открытия этой темы для обсуждения. Мы учимся говорить об этом, смеяться над этим, обсуждаем самые разные детали сексуальности и сексуальной жизни, учимся проговаривать слова интимной жизни, превращая сексуальность из недоступной и нелегальной вполне себе в привычную часть своей жизни, объект, доступный наблюдению. Цель терапии — показать взаимосвязь сексуальности с разными сторонами жизнедеятельности. Возможным результатом такой работы могут быть различные осознания. Ведь становятся нормой свойственная многим занятым людям тенденция игнорировать

свои телесные ощущения, потребности, в том числе и сексуальные, склонность удовлетворять социальные потребности за счет сексуальной активности, попытка «решить» проблему одиночества (несовершенства) путем частой смены партнеров. Визуализация модели сексуальности в четырех предложенных измерениях — стимул для рефлексии и возможной внутренней работы по гармонизации взаимосвязи разных сторон жизнедеятельности личности.

Позитивная психотерапия позволяет выявлять и разумно идентифицировать причины, лежащие в основе проблемы, связанной с сексуальностью, преодолевать существенные дефициты в навыках и умениях, прорабатывать внутренние конфликты и устранять психодинамические страхи. Целенаправленная работа в методе позитивной психотерапии способствует формированию зрелой сексуальности, улучшению психосексуального здоровья личности, профилактике психосексуальных и семейных проблем и повышению качества жизни.



КОЧНЕВ
Вадим Арнольдovich,

старший
преподаватель
кафедры
психологического
консультирования
Московского
государственного
областного
университета

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

О СВЯЗИ ПОЛОРОЛЕВОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ И СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие исследования психологических аспектов сексологии занимают все более заметное место в системе психологического знания о человеке, внося весомый вклад в решение многих проблем, возникающих на стыке психологии личности, социальной и гендерной психологии. Для науки, имеющей дело с непрерывно развивающимся индивидом, как формирующейся системой взаимосвязанных и взаимообусловленных биологических, психических и личностно-социальных факторов, такой подход особенно актуален.

Особый интерес у исследователей вызывает изучение трансформаций происходящих в таких индивидуально-личностных сферах, как полоролевая идентичность мужчин и женщин и ее проявления в гетерогенных сексуальных отношениях¹. Как считает Л.Б. Шнейдер, интерес к данной проблематике вызван наличием широкого спектра постоянно трансформирующихся социальных ролей. Главными субъектами и агентами этих изменений в настоящее время выступают в основном женщины, социальное положение, деятельность и психика которых изменяются сейчас значительно быстрее и радикальнее, чем мужская психика². Ш. Берн, анализируя результаты гендерных исследований, свидетельствует о том, что «прекрасная половина общества» шаг за шагом осваивает все новые для себя занятия и виды деятельности, стремится к социальному продвижению и проявляет высокую стеничность, что сопровождается психологическим самоизменением женщин и изменением их коллективного самосознания, включая представления о том, как должны складываться их сексуальные взаимоотношения с мужчинами³.

Научным изучением сексуального поведения личности занимались как зарубежные, так и отечественные исследователи. Среди зарубежных авторов назовем А. Кинзи,

1 Потемкина О.Ф. Психология сексуальности (История и методы исследования). – М.: ИПРАН, 1993. – 76 с.

2 Шнейдер Л.Б. Семейная психология: Учебное пособие для вузов. – М.: Академический проект, 2006. – 786 с.

3 Берн Ш. Гендерная психология – М.: Прайм-Еврознак, 2004. – 320 с.

Р. Крафт-Эбинга⁴, У. Мастерса и В. Джонсон⁵, З. Фрейда⁶, Ф. Форда и Ф. Бича, Г. Эллиса и др. В отечественной сексологии проблемой сексуального поведения занимались в разное время Б.Е. Алексеев, А.С. Андреев, Л.М. Балабанова, Г.С. Васильченко, Б.Л. Гульман, И.С. Кон⁷, В.В. Кришталь и С.Р. Григорян⁸, и др.⁹

Полоролевая идентичность женщин, как одна из базовых индивидуально-личностных характеристик, представляет собой один из факторов, существенно обуславливающих их сексуальное поведение. Изучением различных аспектов полоролевой идентичности занимались такие зарубежные исследователи, как А. Бандура, С. Бем¹⁰, К. Бусси, К. Джеклин, Л. Колберг, Е. Маккоби, Дж. Мани, Д. Перри, З. Фрейд⁶, К. Хорни¹¹, А. Эрхард, К. Юнг¹² и др.

Исследование полоролевой идентификации в отечественной психологии рассматривается в контексте психологических и психофизиологических особенностей мужского и женского пола, проявляющихся в поведении. В число основных проблем, затрагиваемых отечественными исследователями, входят такие, как половой диморфизм и феномены половой дифференциации личности (А.И. Белкин, В.А. Геодакян), полоролевая дифференциация поведения (Т.В. Драгунова, И.С. Кон, А.В. Мудрик, Т.Н. Юферева), воздействие ожиданий взрослых на формирование полоролевых установок (М.Л. Гомелаури, И.С. Кон, А.В. Мудрик), проблемы полового воспитания (А.Б. Залкинд, Д.Н. Исаев, В.Е. Каган, И.С. Кон, А.В. Мудрик)¹³. К более современным отечественным исследованиям различных аспектов полоролевой идентичности следует отнести исследования Н.В. Дворянчикова (1998), В.Л. Кокоренко (2006), К.В. Сыроквашиной (2007), Р.А. Юнусовой (2008), С.Н. Матевосяна (2009), Н.А. Камневой (2011) и др.

Необходимость изучения рассматриваемой в данной статье проблемы обусловлена недостаточной изученностью форм (и в первую очередь неадаптивных форм) сексуального поведения замужних женщин в современном российском обществе, а также связи типов полоролевой идентичности и сексуального поведения данной категории женщин.

4 Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия / пер. с нем. – М.: Республика, 1996. – 591 с.

5 Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692с.

6 Фрейд З. О женственности // Интерес к психоанализу. – Минск: Попурри, 2004. – 592 с.

7 Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1990. – 336 с.

8 Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология: учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2009. – 879 с.

9 Кон И.С. Человеческая сексуальность на рубеже XXI века // Вопросы психологии. – М., 2001. – №8. – С. 29-41

10 Репина Т.А. Анализ теорий полоролевой социализации в современной западной психологии // Вопросы психологии. – М., 1987. №2. – С. 158–165

11 Хорни К. Женская психология / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт психоанализа; Феникс, 1993. – 224 с.

12 Юнг К.Г. Душа и миф: 6 архетипов / пер. А.А. Спектор. – Мн.: Харвест, 2004. – 400 с.

13 Денисов А.А. Психология воздействия знаковых систем на половую идентификацию подростков / Автореферат дис. на соиск. ученой степени к. психол. н. – М., 2001.

В ходе исследования гипотетически предполагалось, что существует прямая связь между определенным типом полоролевой идентичности и сексуальным поведением замужних женщин. Замужние женщины, у которых полоролевая идентичность развивалась по мужскому типу (маскулинные или андрогинные женщины с тенденцией к маскулинности) чаще проявляют неадаптивные формы сексуального поведения, например, такие как невротические сексуальные реакции, обезличивание сексуального партнера, агрессивность и враждебность по отношению к сексуальному партнеру. Замужние же женщины с андрогинным и фемининным типами полоролевой идентичности проявляют более адаптивные формы сексуального поведения.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧАЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

1) Сексуальное поведение замужних женщин следует рассматривать, во-первых, как форму взаимодействия женщин со своими супругами, обусловленного мотивацией половой потребности, во-вторых, — как важную сферу их личной, семейной и общественной жизни.

2) Сексуальное поведение выполняет три функции: репродуктивную (продолжение рода), гедоническую (получение наслаждения) и коммуникативную (так называемые «сексуальные сценарии», предопределяющие возможный и предпочитаемый тип сексуального партнера, эротические ситуации и стимулы, требования к месту, времени и ситуации полового сближения).

3) Сексуальное поведение имеет адаптивную и неадаптивную формы проявления.
Адаптивная форма характеризуется:

- широким спектром моделей сексуального поведения (при этом данные модели находятся в рамках социально приемлемых);
- оптимистическим отношением к сексуальным ситуациям и возможным неудачам в них;
- уважением к себе и своему партнеру, что помогает строить гармоничные отношения, основанные на любви друг к другу.

Неадаптивная форма сексуального поведения характеризуется:

- чрезмерной нервозностью, подавленностью или чувством вины, как неким личным субъективным ощущением беспокойства;
- проявлением эгоцентризма и неспособности человека к самоотдаче и любви;
- отношением к своему партнеру как к средству удовлетворения сексуальных потребностей;
- стремлением к автономии и подчинении себе партнера, выражением агрессии.

4) Сексуальное поведение женщины обусловлено следующими факторами:

- биологическими (генетические и анатомо-физиологические характеристики);
- социальными (общественная точка зрения на сексуальное поведение, наличие

законов, предписывающих определенные ограничения сексуального поведения, взаимодействие с сексуальным партнером, условия жизни);

- психологическими (индивидуальность восприятия, эмоции, мысли, мотивы и цели, ценностные ориентации, самооценка, характер и др.);

- психосоциальными (половое самосознание, включающее в свою структуру ядерную половую идентичность, полоролевою идентичность, выбор объекта, степень сексуального желания и сексуальные сценарии).

5) Именно полоролевая идентичность, как базовая характеристика личности, является определяющим фактором, обуславливающим сексуальное поведение замужних женщин.

6) Основными критериями изучения сексуального поведения являются: устойчивость к морально-нравственной стороне сексуальных отношений, степень удовлетворенности сексуальной жизнью (удовлетворенность как показатель переживаний, наличие оргазмических реакций или состояния сексуальной холодности в процессе сексуального контакта), отношение к сексуальному общению (застенчивость, щепетильность, стыдливость, отвращение, возбуждение, интенсивность потребности в сексуальной активности), характер сексуальных отношений (наличие или отсутствие в ситуации сексуального контакта таких сексуальных реакций, как нервозность, агрессивность, проявление невнимания к партнеру, увлеченность телесной стороной отношений), степень влияния моральных и религиозных взглядов, эстетики на сексуальные отношения.

7) Полоролевая идентичность рассматривается как специфические психологические установки и способы межличностного поведения, основные модели социальных интеракций и специфические сексуальные проявления — характеристики, присущие мужчинам или женщинам и таким образом разделяющие их. Эти характеристики, называемые психологической наукой как маскулинность и фемининность, являются элементом полового символизма, связанного с дифференциацией половых ролей.

8) Основными типами полоролевой идентичности являются: маскулинный тип, фемининный тип, андрогинный тип и недифференцированный (диффузный) тип.

9) Критериями основных типов полоролевой идентичности выступают:

- маскулинного типа — независимость, напористость, агрессивность, способность к лидерству, властность, быстрота в принятии решений и др. (всего 20 показателей, описанных в опроснике половых ролей С. Бем);

- фемининного типа — застенчивость, преданность, нежность, умение сочувствовать и сострадать, любовь к детям и др. (всего 20 показателей, описанных в опроснике половых ролей С. Бем);

- андрогинного типа — адаптивность, надежность, способность помочь,

традиционность, подверженность условностям, скрытность и др. (всего 20 показателей, описанных в опроснике половых ролей С. Бем);

– недифференцированного (диффузного) типа — снижение уровня адаптации, т.е. переживание негативных эмоций в сочетании с неустойчивым контролем поведения.

МЕТОДИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основу данной статьи составляют результаты эмпирического исследования, в котором приняли участие 47 замужних женщин в возрасте от 26 до 50 лет¹⁴, обучающихся в гуманитарных вузах г. Москвы. В ходе психологического тестирования участницам исследования были предложены две методики: опросник изучения половых ролей С. Бем¹⁵ и опросник установок к сексу Г. Айзенка¹⁶. Опросник С. Бем предназначен для диагностики основных типов (статусов в терминологии С. Бем) полоролевой идентичности (андрогинности, маскулинности, фемининности), и содержит 60 утверждений (качеств), описывающих маскулинный и фемининный типы личности. Опросник Г. Айзенка предназначен для выявления отношения к сексу, а также ориентирован на прогноз удовлетворенности браком и выявление отклонений в сексуальном поведении. Опросник состоит из 159 вопросов (полная версия) и содержит 11 основных и 6 дополнительных шкал. Оба опросника переведены на русский язык и более подробную информацию о них можно почерпнуть в работах О.Ф. Потемкиной¹⁶ и И.С. Клециной¹⁵. С целью обработки результатов психологического тестирования и подтверждения выдвинутой гипотезы применялось корреляционное исследование, математическая обработка данных осуществлялась в программах MS Excel, SPSS-17.

По результатам опросника С. Бем все испытуемые женщины с помощью кластерного анализа были разделены на 4 группы:

- 1 группа — женщины с диффузным типом полоролевой идентичности (14 чел.);
- 2 группа — женщины с андрогинным типом полоролевой идентичности с тенденцией к маскулинности (10 чел.);
- 3 группа — женщины с андрогинным типом полоролевой идентичности с тенденцией к фемининности (9 чел.);
- 4 группа — женщины с фемининным типом полоролевой идентичности (14 чел.).

При этом для деления испытуемых на кластеры были взяты не балльные оценки маскулинности и фемининности, как того требует подход С. Бем, а их процентное соотношение в структуре полоролевой идентичности.

14 Данный возрастной период, согласно теории И.А. Ботневой, Г.С. Васильченко, В.М. Маслова, является периодом зрелой сексуальности и характеризуется полным завершением формирования женской сексуальности и вхождением в полосу условно-физиологического ритма регулярной половой жизни

15 Практикум по гендерной психологии / под ред. И.С. Клециной. – СПб.: Питер, 2003. – 479 с.

16 Потемкина О.Ф. Психология сексуальности (История и методы исследования). – М.: ИПРАН, 1993. – 76 с.

Так, у женщин с диффузным типом полоролевой идентичности среднее значение маскулинности (далее *М*) составляет 19% (3,8; здесь и далее в скобках указаны средние значения в баллах), среднее значение фемининности (далее *Ф*) — 39% (7,7), что говорит о низких показателях маскулинности и фемининности в соответствии с теорией андрогинии С. Бем. У женщин с фемининным типом полоролевой идентичности среднее значение *М* составляет 27%, а среднее значение *Ф* — 83%, что свидетельствует об идентичности у данной группы испытуемых по женскому типу, т.е. более традиционному. У андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности средние значения *М* и *Ф* соответственно составляют 71% и 56%. У андрогинных женщин с тенденцией к фемининности средние значения *М* и *Ф* соответственно составляют 52% и 73%.

Анализ средних значений результатов исследования компонентов сексуального поведения испытуемых-женщин, полученных с помощью опросника установок к сексу Г. Айзенка, позволяет констатировать следующее (в скобках после наименования шкалы указаны средние значения в баллах по указанным шкалам):

1) Для женщин, имеющих андрогинный тип полоролевой идентичности с тенденцией к маскулинности, характерно сексуальное поведение, при котором они:

- удовлетворены своей сексуальной жизнью (шкала II «Удовлетворенность»; 8,3);
- чаще других женщин испытывают беспокойство, конфликт между влечениями и внутренними запретами, дисбаланс в поведении, выраженный возможными невротическими реакциями (шкала III «Невротический секс»; 4,3);
- обесценивают своего сексуального партнера-мужчину, видя в нем не личность, а лишь сексуальный объект, с помощью которого можно получать сексуальное удовлетворение (шкала IV «Безличный секс»; 5,7);
- проявляют интерес к разглядыванию рисунков и фотографий порнографического характера, больше уделяют внимание вербальным описаниям сексуальных сцен (шкала V «Порнография»; 5,5);
- реагируют с отвращением (с раздражением, с подавлением невротических реакций) на некоторые сексуальные (возможно излишне нежные ласки) проявления любящего партнера (шкала VIII «Сексуальное отвращение»; 3,3);
- делают акцент на акте сексуального общения, увлекаясь лишь физической стороной секса (шкала X «Физический секс»; 5,1);
- в отношениях с партнером демонстрируют уверенность в своих возможностях, склонны к проявлению враждебности и агрессивности, подавлению и подчинению себе партнера (шкала XI «Агрессивный секс»; 2,6).

2) Для женщин, имеющих андрогинный тип полоролевой идентичности с тенденцией к фемининности, характерно сексуальное поведение, при котором они:

- придерживаются более типичного для женщины взгляда на сексуальные отношения, при котором не одобряют в большинстве случаев проявление аморальности (шкала I «Терпимость»; 6,8);
- удовлетворены своей сексуальной жизнью (шкала II «Удовлетворенность»; 8,6);
- менее проявляют интерес к разглядыванию рисунков и фотографий порнографического характера по сравнению с другими женщинами (шкала V «Порнография»; 3,5);
- не испытывают ощущения нервозности, смущения, не проявляют застенчивости в присутствии лиц противоположного пола (шкала VI «Сексуальная застенчивость»; 1).

3) Для женщин, имеющих фемининный тип полоролевой идентичности, характерно сексуальное поведение, при котором они:

- менее других женщин испытывают беспокойство, дисбаланс в поведении, выраженный у представительниц других групп возможными невротическими реакциями (шкала III «Невротический секс»; 3);
- относятся к сексуальному партнеру, к его личностным качествам с подчеркнутым вниманием (шкала IV «Обезличенный секс»; 3,5);
- более склонны испытывать ощущения нервозности и смущения в присутствии лиц противоположного пола по сравнению с другими женщинами (шкала VI «Сексуальная застенчивость»; 1,6);
- реагируют с отвращением на некоторые сексуальные проявления (возможно, нестандартные для данной группы женщин излишне грубые сексуальные ласки) любимого партнера (шкала VIII «Сексуальное отвращение»; 3,2);
- менее склонны к проявлению враждебности и агрессивности, подавлению и подчинению себе партнера (шкала XI «Агрессивный секс»; 1,4).

4) Для женщин, имеющих диффузный тип полоролевой идентичности, характерно сексуальное поведение, при котором они:

- недостаточно удовлетворены своей сексуальной жизнью, как одной из сфер проявления тайных желаний и глубинных эмоций (шкала II «Удовлетворенность»; 6,4);
- чаще других женщин испытывают чувство стыдливости в сексуальных отношениях, проявляют меньшую активность в ситуации сексуального контакта (шкала VII «Щепетильность, стыдливость»; 2,9);
- менее склонны реагировать с отвращением на некоторые сексуальные проявления партнера по сравнению с другими женщинами (шкала VIII «Сексуальное отвращение»; 2,9);
- чаще других женщин испытывают сложности в возникновении сексуального возбуждения (шкала IX «Сексуальное возбуждение»; 3,7);
- акцентируют свое внимание не на телесной стороне отношений, а на других аспектах отношений любви (шкала X «Физический секс»; 2,9).

Результаты, полученные по дополнительным шкалам Г. Айзенка, показывают, что андрогинные женщины с тенденцией к маскулинности вступают в сексуальные отношения (шкала «Начало сексуальных отношений») в более раннем возрасте (16,7) по сравнению с андрогинными женщинами с тенденцией к фемининности (17,7), женщинами с диффузным типом полоролевой идентичности (17,5) и с фемининными женщинами (18,8).

Показатели частоты сексуального общения (шкала «Частота сексуальных отношений») в среднем у всех категорий женщин примерно одинаковы и составляют до 4-х сексуальных контактов в неделю. Однако следует отметить, что андрогинные женщины с тенденцией к маскулинности (4,6) и с тенденцией к фемининности (4,8) в идеале предпочитают иметь сексуальное общение несколько чаще, чем более фемининные женщины (4,5) и женщины с диффузным типом полоролевой идентичности (4,2).

Установлено, что в своей сексуальной жизни андрогинные женщины с тенденцией к маскулинности испытывают оргазм (шкала «Наличие оргазма») несколько чаще (5,5), чем более фемининные женщины (5,0) и женщины с диффузным типом полоролевой идентичности (3,9). Таким образом, состояние фригидности (шкала «Наличие состояний фригидности») у более маскулинных женщин возникает реже (1,5) по сравнению с более фемининными женщинами (1,85) и женщинами с диффузным типом полоролевой идентичности (2,4).

Женщины с диффузным типом полоролевой идентичности оценивают свою силу сексуального желания (шкала «Сила сексуального желания») выше (7,2), чем андрогинные (5,2) и фемининные женщины (5,8). Это вызвано, по всей видимости, тем, что женщины с диффузной полоролевой идентичностью бессознательно стремятся познать свою женскую идентичность через телесность и острые положительные эмоции, которые они могут испытать в сексуальных отношениях. Показатели по шкале «Влияние морали, эстетики и религии» на сексуальность у андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности несколько ниже (3), чем у более фемининных женщин (3,7) и женщин с диффузным типом полоролевой идентичности (4,2), что свидетельствует о более сильном влиянии на последних моральных правил, норм и религиозных догматов, усвоенных ими под воздействием системы воспитания.

Результаты корреляционного исследования показывают, что компоненты независимой переменной «полоролевая идентичность» имеют различные корреляционные связи с компонентами зависимой переменной «сексуальное поведение», выраженными шкалами опросника Г. Айзенка. Ниже приведены результаты исследования по 11-ти основным шкалам опросника Г. Айзенка, в скобках указаны значения коэффициента корреляции Пирсона (r).

1. Шкала «Терпимость» (I). Установлено, что с увеличением уровня маскулинности (приобретения женщинами мужских черт и мужского стиля поведения) у всех женщин, не зависимо от типа их полоролевой идентичности (далее — ПРИ), снижается уровень устойчивости к морально-нравственной стороне сексуальных отношений. Этот феномен более характерен для женщин с диффузным типом ПРИ ($r = -0,35$) и у андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = -0,30$) ввиду более характерной для этих групп женщин амбивалентности. Более устойчивыми к морально-нравственной стороне сексуальных отношений являются андрогинные женщины с тенденцией к фемининности ($r = -0,03$), так как обладают более сбалансированным типом полоролевой идентичности.

2. Шкала «Удовлетворенность» (II). Данные исследования показывают, что увеличение и так высокого уровня фемининности у женщин с фемининным типом ПРИ будет крайне негативно сказываться на удовлетворенности ими своими сексуальными отношениями ($r = -0,28$). Незначительно повлияет повышение уровня фемининности в структуре полоролевой идентичности на удовлетворенность сексуальными отношениями у андрогинных женщин с тенденцией к фемининности ($r = 0,01$). У женщин с диффузным типом ПРИ ($r = 0,33$) и андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = 0,27$), напротив, развитие фемининных качеств улучшит качество их сексуальных отношений.

3. Шкала «Невротический секс» (III). Как показывают результаты корреляционного исследования, увеличение уровня фемининности у женщин с диффузным типом ПРИ (обретение ими своей женственности) приводит к снижению невротических реакций во время секса ($r = -0,53$). Прямо противоположный результат наблюдается у трех других групп женщин, из которых наибольшее влияние на проявление невротических реакций во время сексуальных отношений оказывает повышение уровня фемининности у группы андрогинных женщин с тенденцией к фемининности ($r = 0,36$).

4. Шкала «Безличный секс» (IV). Установлено, что при повышении уровня фемининности у женщин с диффузным типом ПРИ и у андрогинных женщин с тенденциями к маскулинности и фемининности в определенной степени повышается уровень эмпатии к сексуальному партнеру и значительно пропадает желание относиться к нему только как сексуальному объекту (при этом у женщин с диффузным типом ПРИ эти процессы в значительной степени выше ($r = -0,71$), чем у андрогинных женщин с тенденциями к маскулинности и фемининности). У женщин с фемининным типом ПРИ, напротив, есть стремление быть более «маскулинными» во время полового акта, так как высокий уровень фемининности обуславливает у них желание видеть в своем сексуальном партнере лишь объект, с которым надо вступать в сексуальные отношения, исполняя свой «супружеский долг».

5. Шкала «Порнография» (V). По результатам исследования установлено, что при смещении структуры полоролевой идентичности к «фемининному» полюсу снижается стремление просматривать изображения порнографического характера у фемининных женщин ($r = -0,12$) и значительно — у андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = -0,65$).

6. Шкала «Сексуальная застенчивость» (VI). Для женщин с диффузным типом ПРИ ($r = 0,04$), андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = 0,24$) и особенно для андрогинных женщин с тенденцией к фемининности ($r = 0,43$) характерно следующее: чем больше данные женщины проявляют в сексуальных отношениях фемининные качества (становятся более женственными, нежными), тем выше уровень их застенчивости. Это говорит о таких особенностях сексуального поведения, как ощущение нервозности в присутствии лиц противоположного пола, смущении, когда заходит речь о сексе. Такая пугливость в сексуальных отношениях может быть связана: с темой запрета, наложенного родителями в процессе воспитания; с чрезмерной озабоченностью самой женщины по поводу собственных неправильных сексуальных реакций; с предшествующим негативным опытом в сексуальных отношениях. У женщин с фемининным типом ПРИ наблюдается обратное, при большем проявлении женственности и нежности в сексуальном контакте уровень их застенчивости снижается ($r = -0,23$). Вероятно, это можно объяснить тем, что есть некая граница фемининности, превышая которую, ставшие уже «гиперфемининными», качества женщины начинают проявляться как завуалированные маскулинные, при проявлении которых снижается уровень застенчивости.

7. Шкала «Щепетильность, стыдливость» (VII). У андрогинных женщин с тенденцией к фемининности наблюдается сексуальная пассивность, нежелание думать о сексе, возможно, существует некий запрет на любые размышления на эту тему ($r = 0,46$). У женщин с диффузным типом ПРИ ($r = 0,16$) и андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = 0,03$) показатель «стыдливости» и «щепетильности» в сексуальных отношениях в несколько раз ниже, чем у фемининных женщин. Такие женщины предпочитают сексуальную активность и не испытывают трудностей и стеснений как в разговорах о сексе, так и непосредственно во время сексуальных контактов.

8. Шкала «Сексуальное отвращение» (VIII). Установлено, что если женщины с диффузным типом ПРИ ($r = 0,31$) и андрогинные женщины с тенденцией к фемининности ($r = 0,01$) будут проявлять в сексуальных отношениях больше женственности, то это может вызывать у них отвращение к любым формам сексуальных проявлений и ласк, в том числе и нежность любящего партнера. Причинами данного поведения может быть как неправильное поведение сексуального партнера — грубость, бестактность, явная демонстрация «похоти» или какие-то личностные качества, которые вызывают неприязнь женщины и нежелание иметь с этим мужчиной интимные отношения (психотравмирующая ситуация, связанная с изменой партнера, долгое отсутствие

оргазма, предложение партнером неприемлемых форм половых контактов), так и причины другого плана, например, неадекватное отношение к сексу как результат неправильного полового воспитания или жестких религиозных установок. У андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности возможны реакции отвращения на сексуальное поведение партнера вследствие усиления собственных фемининных проявлений в сексуальных отношениях ($r = -0,11$). Одной из причин данного поведения может быть наличие нарастающего конфликта между супругами, что влечет за собой негативные чувства, которые способствуют исчезновению у женщин данной группы интереса к интимной близости, а в отдельных случаях — отвержению сексуального партнера. И наоборот, проявление женщинами этой группы более маскулинных качеств будет способствовать толерантному отношению к сексуальным фантазиям партнера и его действиям.

9. Шкала «Сексуальное возбуждение» (IX). Из результатов исследования следует, что при снижении у фемининных женщин ($r = -0,31$), андрогинных женщин с тенденцией к маскулинности ($r = -0,44$), женщин с диффузным типом ПРИ ($r = -0,28$) уровня маскулинности (например, лидерства в сексуальных отношениях) одновременно происходит усиление пассивности (повышается уровень фемининности), что значительно снижает уровень сексуального возбуждения. Это также может быть обусловлено неготовностью или неспособностью сексуального партнера-мужчины проявить лидерство в ситуации сексуального контакта, а также его неумелыми действиями в конкретной ситуации или внутренними установками самих женщин.

10. Шкала «Физический секс» (X). Андрогинные женщины с тенденцией к фемининности при наиболее полном проявлении во время сексуальных контактов своих фемининных качеств, способствующих проявлению максимальной интимности со своим сексуальным партнером и наибольшей «отдаче» во время полового акта, имеют более выраженные телесные ощущения ($r = 0,52$). В то же самое время для этой группы женщин может быть характерно увлечение физической стороной секса. Женщины с фемининным типом ПРИ, руководствуясь моральными принципами и стереотипами, не в полной мере испытывают радость ощущений, получаемых от сексуального общения с мужчинами ($r = 0,18$).

Андрогинным женщинам с тенденцией к маскулинности ($r = -0,30$) и женщинам с диффузным типом ПРИ ($r = -0,39$) свойственна увлеченность физической стороной сексуальных отношений. И для того, чтобы снизить уровень увлеченности физической стороной секса женщинам этих групп необходимо развивать свои женские качества и научиться проявлять женственность во время сексуальных отношений.

11. Шкала «Агрессивный секс» (XI). Установлено, что чем ярче женщины с фемининным типом ПРИ проявляют свою фемининность (отклоняются от своей истинной сути), тем более они склонны к агрессивным (неадаптивным) реакциям по

отношению к своему сексуальному партнеру ($r = 0,49$). Для андрогинных женщин с тенденцией к фемининности ($r = -0,34$) и женщин с диффузным типом ПРИ ($r = -0,13$) характерно следующее: проявление этими женщинами более фемининных качеств в сексуальных отношениях будет способствовать снижению агрессивных устремлений и проявлений во время сексуальных ласк со своим партнером.

По результатам корреляционного анализа можно сделать вывод о том, что различные типы полоролевой идентичности замужних женщин связаны и в разной степени оказывают влияние на их сексуальное поведение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

I. Сексуальное поведение замужних женщин обусловлено системой факторов (биологических, психологических, социально-психологических) и имеет адаптивную и неадаптивную формы проявления. При этом неадаптивная форма сексуального поведения характеризуется:

1. проявлением невротических реакций, подавленностью или чувством вины как личным субъективным ощущением беспокойства;
2. проявлением эгоцентризма и неспособностью к самоотдаче и любви;
3. отношением к своему партнеру как к средству достижения сексуального удовлетворения;
4. стремлением к автономии и подчинению себе партнера, выражением агрессии

II. Полоролевая идентичность рассматривается в психологической литературе как специфические психологические установки и способы межличностного поведения, основные модели социальных интеракций и специфические сексуальные проявления — характеристики, присущие мужчинам или женщинам и таким образом разделяющие их. Эти характеристики, называемые психологической наукой как маскулинность и фемининность, являются элементом полового символизма, связанного с дифференциацией половых ролей.

III. Фемининные и андрогинные женщины с тенденцией к фемининности имеют «типичные для женщин» взгляды на сексуальные отношения, придерживаются принятым в обществе моральным правилам, имеют взгляды брачного обета и не желают покровительствовать аморальности в любых ее проявлениях.

IV. Женщины с диффузным типом полоролевой идентичности недостаточно удовлетворены своей сексуальной жизнью, проявляют в сексуальных отношениях невротические реакции, реакции отвращения на любые сексуальные действия партнера, относятся к нему лишь как к сексуальному объекту, проявляя невнимательность к его личностным характеристикам. Для женщин данной группы

характерно: начало сексуальной жизни в более позднем возрасте (по сравнению с андрогинными и фемининными женщинами) в силу влияния морали, этики, религии на сферу сексуальных отношений; ослабление сексуального возбуждения и желание иметь более частое сексуальное общение при увеличении уровня фемининности.

V. Андрогинные женщины с тенденцией к маскулинности проявляют такие неадаптивные формы сексуального поведения, как: невротические реакции во время полового акта, что выражается в дисбалансе поведения; обесценивание своего сексуального партнера (поиск собственного чувственного удовлетворения); увлеченность физической стороной секса (акцент на акте сексуального общения). При этом женщины данной группы склонны к разглядыванию материалов порнографического содержания, чаще испытывают оргазмические реакции в ситуации сексуального контакта, однако недостаточно удовлетворены своей сексуальной жизнью.

VI. Для андрогинных женщин с тенденцией к фемининности характерны: переживание смущения и ощущение нервозности в присутствии лиц противоположного пола; проявление невротических реакций в сексуальных отношениях, обусловленных конфликтом между влечениями и внутренними запретами; отношение к своему партнеру с подчеркнутым вниманием; увлечение физической (телесной) стороной секса; трудности и стеснение как в разговорах о сексе, так и непосредственно в самих сексуальных контактах.

VII. Фемининные женщины относятся к своему партнеру с подчеркнутым вниманием, умеют замечать его личностные качества. Вследствие значительного влияния морали, этики и религии на сферу сексуальных отношений, фемининные женщины: склонны увлекаться физической стороной секса; при еще большем увеличении уровня фемининности испытывают сложности в возникновении сексуального возбуждения и проявляют агрессивные импульсы по отношению к партнеру.



БЫКОВА

Елена Николаевна,

психолог-сексолог,
компания ООО
«Сервисмед»,
г. Санкт-Петербург

ПСИХОТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

РОЛЬ СЕКСУАЛЬНЫХ ИГР В ИНТИМНЫХ ОТНОШЕНИЯХ СУПРУГОВ

Вступая в брак, партнеры убеждены, что их страсти и взаимному притяжению не будет конца, однако рано или поздно чувство влюбленности проходит, наступает фаза стабилизации отношений, когда сексуальные отношения отходят на второй план, становятся обыденными и менее романтичными, чем ранее. В этой ситуации партнеры, стремясь сохранить отношения и семейный очаг, уделяют больше внимания другим сторонам совместной жизни (работа, дом, рождение и воспитание ребенка). Однако подобный способ реагирования приводит только к усугублению проблем в интимных отношениях супругов, что в будущем может приводить к недопониманию и разладу в отношениях, в том числе и сексуальных.

Конечно, природой предусмотрено взаимное притяжение между полами в первое время, но чтобы сохранить интимные отношения на прежнем уровне, необходимо, чтобы оба партнера старались разнообразить быт и отогнать скуку. Сексуальные эксперименты делают отношения супругов более глубокими, разнообразными и чувственными, что помогает сохранить сексуальное притяжение.

Места и способы сексуальных экспериментов могут быть самыми различными. Главное — оговорить заранее с партнером или намекнуть ему. Можно прибегнуть к различным атрибутам сексуальных игр. Есть большое количество специальных магазинов, в которых можно найти различные интимные игрушки, сексуальное белье, необходимые аксессуары, что может вызвать новые, необычные ощущения. Можно придумать сценарии, распределить роли и воплотить в реальность эротические фантазии, предложить попробовать новые позы.

На сегодняшний момент продукцию для улучшения качества интимной жизни можно приобрести и в аптеках. Таким образом, можно убить «двух зайцев»: приобрести качественное изделие медицинского назначения (эрекционные кольца, насадки, вибраторы, шарики, крема) как для коррекции и профилактики различных дисфункций (если таковые имеются), так и для разнообразия сексуальной жизни не боясь за свое здоровье.

Решений в данном вопросе великое множество, кто-то даже вступает в клуб свингеров или практикует групповой секс. Но при любых обстоятельствах важно чувствовать грань между здоровыми сексуальными играми и развитием фетишей или других психопатологий. Важно делать акцент на сохранении и укреплении глубины отношений с партнером, раскрывать его, изучать и развивать себя. Нужно не забывать, что ваши дети подсознательно считывают картину взаимоотношений своих родителей, а значит, ваша сексуальная гармония влияет и на их будущую жизнь.



ЭПШТЕЙН

Михаил Наумович

профессор теории
культуры и русской
словесности,
университет Эмори
(Атланта, США)

СЕКС И ЭРОС

ЭРОТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ. ЭРОТЕМА

В терминах структурной поэтики Ю.М. Лотмана, уточнившей многие понятия формализма, остранение — это «пересечение границы», то есть нарушение установленного обычая, обман ожидания. Следуя логике лотмановского подхода к искусству, можно предложить понятие эротемы как структурно-тематической единицы эроса. (Термин образован с тем же французским суффиксом -ем-, что и другие обозначения структурных единиц языка: лексема, морфема, фонема и пр.; а также: теорема, философема, мифологема... Если желание есть особый язык, о чем говорилось выше, то применение лингвистических способов терминообразования здесь уместно.)

Эротема — это эротическое событие, единица чувственного переживания и действия, то, из чего слагается динамика, «сюжет» эротических отношений.

Здесь можно воспользоваться известным лотмановским объяснением событийности художественного текста. «Событием в тексте является перемещение персонажа через границу семантического поля... Движение сюжета, событие — это пересечение той запрещающей границы, которую утверждает бессюжетная структура.... Сюжет — „революционный элемент“ по отношению к „картине мира“»¹.

Эротема — это пересечение границы, которая в чувственной сфере определяется как открытое — закрытое, дозволенное — недозволенное, влекущее — отталкивающее, близкое — дальнее, разделение — касание. Эротема сама по себе не телесна, это знак отношения. Пересечением границы — и значит, эротическим событием — может быть прикосновение к руке, или оголение плеча, или смещение пальцев вдоль локтевого изгиба, — все зависит от того, какая граница определяет структуру отношений в данный момент времени.

Вот пример эротически насыщенного описания в рассказе «Галя Ганская» Бунина: здесь эротемы построены на смене осязательных и зрительных ощущений, а также на границе открытого и закрытого.

«Пошел по скользкому шелковому зеленоватому чулку вверх, до застежки на нем, до резинки, отстегнул ее, поцеловал теплое розовое тело начала бедра, потом опять в полуоткрытый ротик — стала чуть-чуть кусать мне губы...».

1 Лотман Ю. М. Структура художественного текста. — М.: Искусство, 1980. С. 282, 288.

В этом предложении тактильные ощущения перемежаются с визуальными, причем в ряду эпитетов предшествуют им: скользкий (тактильное) — шелковый (тактильно-визуальное) — зеленоватый (визуальное) чулок. Теплое (тактильное) розовое (визуальное) тело. Казалось бы, визуальное восприятие предшествует тактильному: то, что сначала созерцается, по мере приближения становится осязаемым. Но по стилистическим нормам русского языка ближе всего к определяемому слову стоит эпитет, теснее всего с ним связанный по «теме», а дальше всего — эпитет, вносящий элемент новизны, «ремы». Осязательные эпитеты у Бунина опережают зрительные, поскольку они новее, «событийнее» — ведь в момент прикосновения зрительные определения уже оказываются «старыми», «известными», полученными раньше и уже как бы тесно соединенными с определяемым. Динамика этого отрывка построена на контрастных переходах, то есть собственно эротемах, элементарных чувственных событиях: от зеленоватого цвета и скользкой поверхности чулка — к розовому цвету и теплой поверхности тела. Предложение завершается эротемой «полуоткрытый ротик — кусающие зубки», где выражено чувственно контрастное ощущение одновременно и впускания, и выталкивания.

Вообще эротика — это «революционный элемент» по отношению к «картине мира», которая создается цивилизацией, распорядком жизни, условностями общественного этикета. Не случайно в особо церемонных и церемониальных условиях чаще всего вспыхивают «анархические» желания — в библиотеке, на производственном собрании, торжественном юбилее или даже во время похоронного обряда. Там, где жестче структуры, их нарушение, даже чисто воображаемое, становится более событийным. И наоборот, обстановка нравственной аморфности, разболтанности, вседозволенности снижает потенциал чувственной событийности.

Поскольку эротическая граница связана с понятием нормы, чего-то «среднего», то пересекаться она может в двух направлениях: высокого и низкого, возбуждающих самые острые желания. Иными словами, эротическое остранение может быть восходящим и нисходящим. Восходящее — в пушкинском стихотворении, героиня которого «стыдливо-холодна». Нисходящее — карамазовское вождение к Лизавете Смердящей. В героях Достоевского часто сочетаются оба этих типа эротизма: «идеал Мадонны» и «идеал Содомы». Для них стыдливость, холодность, невинность, недоступность так же прельстительны, как и падшест, грязность, бесстыдство, физическая мерзость и убожество. Любое торможение и разрыв обычной, «животно-здоровой» сексуальности — как со стороны «ангельской чистоты», так и со стороны «скандального неприличия» — становятся эротически значимыми и вызывающими. Самые прельстительные женщины у Достоевского, такие как Настасья Филипповна и Грушенька, являют собой «дважды очужденное» сочетание «невинности и неприличия». Они затянуты в глухие, темные платья и вместе с тем постоянно готовы к скандалу, к «выходке».

Структура остранения обнаруживается не только в выборе, точнее «конструкции», предмета влечения, но и в мельчайших деталях эротической игры, которая может

быть описана на теоретическом языке формальной и структуральной поэтики. Смена «условностей», конвенций, то есть согласных взаимодействий, происходит мгновенно: вдруг кто-то вносит «новый пункт договора», иначе кладет руку, переворачивается на спину — и начинается новое взаимодействие, со своим спектром ощущений. Нигде конвенции не меняются так быстро, схватываясь безмолвно, на лету. Нигде любое движение так быстро не автоматизируется, требуя столь же мгновенной дезавтоматизации. Эрос — непрерывное остранение, то есть поиск странности, незнакомости, чуждости в партнере с целью все нового овладения им как чуждым себе. Это как если бы богач раздавал все свои богатства и потом, став нищим, заново начал бы их накопление. Безумие собственника, желающего все потерять, чтобы заново все приобрести, есть свойство любовника. Эротика есть не владение, а о-владение, многократное пересечение границ чужой территории, а значит, и потребность снова и снова превращать свое в чужое. Отчуждать рот — и снова завоевывать его поцелуем. Отчуждать горячее, топкое — и вновь вторгаться.

В этом процессе зрение есть отчуждающий фактор, осязание — присваивающий. Игра очуждения-присвоения осуществляется в смене созерцаний и прикосновений. Но и внутри каждого из этих двух восприятий ведется своя игра присвоения-очуждения. Достаточно тыльной стороной руки провести по той выпуклости, которую я только что горячо сжимал, — и эта выпуклость остраняется, как бы слегка охлаждается, чтобы минуту спустя я заново мог жадно ее вбирать и присваивать ладонью. И, наоборот, мой взгляд, который только что бродил по очертаниям другого тела, обозревая ту «чужую землю», на которую я вскоре вступлю завоевателем, вдруг перестает быть отчуждающе-соглядатайским, втягиваясь в воронку другого, желающего меня взгляда, растворяясь в нем. Когда глаза смотрят в глаза — это такой же способ взаимного касания зрением как осязание тыльной стороной руки еСТЬОСТРАНЕНИЕ КОЖЕЙ.

Таким образом, внутри эротологии очерчивается особый раздел — поэтика соития (которая примерно так же относится к эротологии в целом, как поэтика конкретного произведения — к литературоведению). В самой будничной и упорядоченной жизни есть свои маленькие авантюры. Каждая ночь имеет свой сюжет, захватывающий своей непредсказуемостью, свою связь эротем. То, чего так не хватает социально-профессиональной жизни большинства людей, погруженных в бытовую рутину, отчасти восполняется этими ночными авантюрами. У каждого соития есть своя композиция, свои мотивы и лейтмотивы, свое сцепление предметных деталей. Прикоснуться губами или перевернуться со спины на живот — это уже поворот сюжета, начало новой главы. Чередуются ускорение и замедление, работа и отдых, ритм и аритмичные паузы, дыхание и поцелуи, лопатки и плечи... При этом эротика создает свои типы условности, свои телесные гротески и фантазмы, свои гиперболы и литоты, для которых эротологии — с помощью теории искусства и словесности — еще предстоит выработать свой собственный язык.

СЕКС — ЭРОС — ЛЮБОВЬ

В размышлениях об эросе обычно выделяется два уровня: секс — и эрос, или пол — и любовь. Например, Николай Бердяев пишет: «Мне всегда думалось, что нужно делать различие между эросом и сексом, любовью-эросом и физиологической жизнью пола»². На самом деле строение этой сферы не двух-, а, по крайней мере, трехступенчатое.

Эротика составляет особый, средний уровень межличностных отношений, который нужно отличать и от сексуальности, и от любви.

- Пол — размножение вида посредством сочетающихся индивидов.
- Эротика — смертность индивида и его стремление стать всем для себя.
- Любовь — бессмертие индивида и его способность стать всем для другого.

По словам Жоржа Батая, «эротизм ей [обезьяне] неведом как раз постольку, поскольку ей недостает знания смерти. И, напротив, из-за того, что мы — люди, из-за того, что мы живем в тревожном ожидании смерти, мы и знаем ожесточенное, отчаянное, буйное насилие эротизма. [...] ...Эротизм отличается от животной сексуальной импульсивности тем, что он в принципе, так же, как и труд, есть сознательное преследование цели; эротизм есть сознательное искание сладострастия»³.

Животные не знают эротики, потому что не знают о своей смертности и не пытаются вобрать как можно больше наслаждения в краткий промежуток жизни. Человек, напротив, «и жить торопится, и чувствовать спешит». Эротика — это интенсивное, многократно усиленное волей и сознанием переживание того, что самопроизвольно случается в сексе. Эротика исходит из ощущения своего смертного «я», которое пытается продлить наслаждение, превзойти служебную функцию совокупления, замкнуть на себя то, что принадлежит роду. Соитие уже не служит инстинкту размножения, но множится само по себе, продлевает себя для себя.

Таким образом, величайшее наслаждение даруется нам нашей смертностью и актом воспроизводства себя в других, который мы превращаем в акт воспроизводства самого наслаждения. Нагота прикрывается, влечение затормаживается, создается множество запретов, в свою очередь порождающих соблазны. Так вырастает область эротики, в которой скорейшая сексуальная разрядка уступает место многоступенчатой игре сближения и остранения. Сознание своей смертности усиливает эротическую напряженность: влечение становится отчаяннее, тела крепче сплетаются, глубже проникают друг в друга на грани грядущего небытия. Кажется, что цепляясь или впиваясь друг в друга, они смогут удержаться на краю этой бездны. Таков предел эротической одержимости, подстегнутой ужасом конца.

2 Самопознание // Бердяев Н. Эрос и личность. Философия пола и любви. – С. 135.

3 Батай Ж. Слезы Эроса // Танатография Эроса. Жорж Батай и французская мысль середины XX века. – С. 278, 282.

Но за сознанием своей смертности следует еще надежда на индивидуальное бессмертие, на то, что в каком-то смысле пребудешь всегда. Эта надежда не всегда переводима на язык религиозной веры, догматического умозрения. Она может сопрягаться со множеством самых разных религиозных, полурелигиозных и даже вполне агностических убеждений. Не всегда это ощущение возможного бессмертия перерастает даже в надежду — оно может быть просто способностью удивления, открытостью малым вероятностям, случайностям, почти невозможным чудесам и выкрутасам бытия. Так или иначе, сознание своей смертности не может не представить, хотя бы как слабую и отдаленную перспективу, «свое иное» — возможность бессмертия. Если бы мы не знали чего-то о бессмертии, хотя бы смутно, в виде догадки, мы не могли бы знать и о нашей собственной смертности: сама граница между смертью и бессмертием прочерчивается одним и тем же знанием, сочетающим эмпирику и мистику.

Переход за границу эротически-смертного совершается через любовь. Эротика живет ostrанением и отсрочкой полового акта, игрой сближения-отдаления, но по ту сторону этой игры иногда — очень редко, порой лишь раз в жизни, а порою никогда — возникает чувство абсолютной предназначенности друг другу, такой нерасторжимости, над которой не властна даже смерть. Если сексуальность служит средством биологического продолжения своей жизни в потомстве, а эротика — способом наслаждения в себе и для себя, вне репродуктивных целей, то любовь — это чувство бессмертия в том единственном отношении, которое соединяет двоих, делает их бессмертными друг для друга. Как эротика включает в себя сексуальность, так и любовь включает в себя эротику, но не сводится к ней.

Если между сексуальностью и эротикой лежит цивилизация, обуздывающая природные инстинкты и тем самым переводящая их в соблазны, создающая на месте хотений бесконечность желаний, то между эротикой и любовью лежит область личностного, индивидуального. Игра эротических масок, отчуждений и сближений в конце концов встречает противодействие со стороны развитого чувства личности, которая хочет во всем и всегда оставаться собой. В эротике индивид утверждает себя и свое наслаждение как высшее по отношению к роду, но дальнейшее становление индивида постепенно выводит его и за пределы самой эротики. Любовь возникает из развития личности — как преодоление эгоизма, или, по мысли Владимира Соловьева («Смысл любви»), как спасение «Я» любящего перенесением центра его абсолютной значимости в «Ты» любимого. Как цивилизация служит орудием «магического» претворения сексуальности в эротику, так индивидуальность, развившаяся в эротике, постепенно претворяет ее в любовь.

Между эротикой и любовью отношения далеко не спокойные, взрывоопасные, что приводит порой к деэротизации любви и к распаду даже крепких союзов. Эрос ищет отчуждения и нового овладения, какой-то постоянной щекотки, игры, уклонений, отсрочек, тогда как в любви возникает новая прямота отношений, чудо повседневной распахнутости, сплетенности. На совсем ином уровне любовь возвращается к

простоте сексуальных отношений. Но любовное взаимопроникновение двух существ, в отличие от сексуального, может длиться нескончаемо, захватывая те же области, где происходит эротическая игра остранения: тело, одежда, слова, книги, интересы, пристрастия, раздельное прошлое, неопределенность будущего. Любовь не разряжается краткой судорогой, это непрестанная событийность двух миров: что бы мы ни делали, между тобою и мною постоянно что-то происходит. Даже разлука, нечувствие, забвение становятся знаками этого любовного языка, как пробелы между словами. Возлюбленная — это весь мир как система знаков, указывающих на нее: система метафор, символов, аллюзий, гипербол — энциклопедия поэтических образов, антология «ее» или «о ней», всеохватная «Елениана» (если ее зовут Елена), или «Наталиана», или «Ириниана»... А для женщин — «Петриада», «Алексиада», «Александриада»... Любовь — сплошной семиозис, смыслообразование; по выражению Барта, это пылающий костер смысла, где нет тел и вещей, есть только желание и взаимность, вопрос и ответ, тревога не- и надежда на.

Любовь — это простота и обыденность сопребывания двоих всегда и везде, готовность провести вместе вечность — или то, что отсюда, из временности, нам представляется вечностью. Конечно, мы понятия не имеем, что такое вечность сама по себе; но поскольку нам дано испытывать и претерпевать время, мы по контрасту можем ощущать и вечность. Больше того, если бы нам не было дано некое чувство вечности, мы бы не имели понятия и о том, что такое время, поскольку только соотносительность этих понятий придает им смысл.

Абсолютное обычно противопоставляется относительному, но в действительности возникает только на его основе. Любовь абсолютна именно как соотносительность двух индивидуальностей. Это соразмерность, сплетенность каждой мышцы, сгиба, извива, косточки, жилки. Женщина и мужчина так созданы, чтобы бесконечно впускать другого в себя, погружаться и окружать собой. Кажется невероятным, чтобы в одном теле могло заключаться столько источников силы и радости для другого. Но ведь каждый обладает только одним, ограниченным телом, и в этой соограниченности двух тел — источник их неисчерпаемой способности к слиянию. Бесконечна сама соотносительность двух конечных существ, их созданность друг для друга.

ЛЮБОВЬ И «ПЕЧАЛЬ ПОСЛЕ СОИТИЯ»

По латинской поговорке, *omne animal triste post coitum* — после совокупления всякое животное бывает печальным (иногда добавляется: «кроме женщины и петуха»). Сексуальный акт в миг своего завершения напоминает о смерти: акт воспроизводства делает ненужным меня самого. Отсюда печаль, которая испытывается после соития, в так называемой постконсуммационной фазе.

На эту тему писал Н. Бердяев:

«Соединение в сексуальном акте призрачно, и за это призрачное соединение всегда ждет расплата... Мимолетный призрак соединения в сексуальном акте

всегда сопровождается реакцией, ходом назад, разъединением. [...] Сексуальный акт по мистическому своему смыслу должен был бы быть вечен, соединение в нем должно было бы бездонно углубляться. Две плоти должны были слиться в плоть единую, до конца проникнуть друг в друга. Вместо этого совершается акт призрачного соединения, слишком временного и слишком поверхностного. Мимолетное соединение покупается еще большим разъединением. [...] ...В самой глубине сексуального акта, полового соединения скрыта смертельная тоска... То, что рождает жизнь, — несет с собой и смерть. Радость полового соединения — всегда отравленная радость. Этот смертельный яд пола во все времена чувствовался как грех. В сексуальном акте всегда есть тоска загубленной надежды личности, есть предание вечности временному»⁴.

Здесь Бердяев философски осмысляет «посткоитальный синдром», известный многим природным созданиям. Также, в терминах посткоитальной меланхолии, и Мефистофель описывает Фаусту состояние его утоленной страсти к Гретхен:

Ты думал: агнец мой послушный!
 Как жадно я тебя желал!
 Как хитро в деве простодушной
 Я грезы сердца возмущал!
 Любви невольной, бескорыстной
 Невинно предалась она...
 Что ж грудь моя теперь полна
 Тоской и скукой ненавистой?..

Так безрасчетный дуралей,
 Вотще решаешь на злое дело,
 Зарезав нищего в лесу,
 Бранит ободранное тело;
 Так на продажную красу,
 Насытись ею торопливо,
 Разврат косится боязливо...

А. С. Пушкин. Сцена из Фауста

Уже эротика пытается преодолеть эту печаль утоленного сексуального влечения, всячески оттягивая коитус, заново ослабляя и усиливая поток желания, чтобы не дать ему перелиться через край. Если животная сексуальность идет к удовлетворению прямым путем, то эротика ищет наиболее долгих путей между точкой желания и точкой удовлетворения, описывает круги, движется по спирали, на новых уровнях возвращаясь к началу, чтобы потом опять устремиться к неизбежному концу.

Но эротика может только отсрочить, а не преодолеть посткоитальный синдром, который, как верно замечает Бердяев, скрывает в себе «смертельную тоску, предчувствие смерти». Собственно, эротика тем и отличается от секса, что знает о

⁴ Самопознание. // Бердяев Н. Эрос и личность. Философия пола и любви. – С. 135.

смерти, которая ждет в конце наслаждения, и пытается ее отдалить. Секс отдается смерти без боя, поскольку он и предназначен для размножения, т.е. умирания индивида в виде, продолжения жизни за пределом данной особи. Эротика есть поединок со смертью, усилие отдалить смерть, раздвинуть царство желания и наслаждения; но в этом поединке, даже самом героичном, она обречена на поражение. Как бы Фауст ни пылал страстью к Гретхен и ни пользовался магическими способами усилить свою потенцию, — ему остается признаться самому себе:

На жертву прихоти моей
Гляжу, упившись наслажденьем,
С неодолимым отвращеньем.

Только на третьем уровне — любви — совершается преодоление смерти: не только в том общем смысле, в каком о бессмертной любви пишут Платон (в «Пире») и Владимир Соловьев (в «Смысле любви»), но и в конкретном смысле преодоления «маленькой смерти», посткоитального синдрома. «После сексуального акта разьединенность еще больше, чем до него. Болезненная отчужденность так часто поражает ждавших экстаза соединения» (Н. Бердяев). Это случается в сексе, в эротике, но не в любви. Бердяев в своих размышлениях не заходит на более высокий уровень эротического, которое отдаляет эту смертную истому, и любви, которая вообще одолевает и гасит ее опытом разделенной близости. Исполнение телесного акта не опустошает, не вызывает печали и тем более отвращения, а наполняет благодарностью за возможность воплотить уже в этой жизни вечную сопринадлежность двоих.

У любви есть одно свойство, которое позволяет преодолевать тяжкий перепад между страстью и ее разрядкой, между желанным и жалким, — это нежность. В наше время понятие нежности совершенно дискредитировано, замусолено в маскультуре («сентименты», «сироп», «слюни», «розовые сопли в голубом соусе»). А между тем оно составляет сердцевину любовных отношений, точку подвижного равновесия между «желать» и «жалеть». Желание может быть твердым, хищным, требовательным, подчиняющим свой предмет; когда же оно размягчается, становится приемлющим, то переходит в нежность. Если еще дальше двигаться к «жидкому» состоянию души, то получится жалость, слезность, готовность течь и изливаться. Нежность — как раз посередине между желанием и жалостью, это такой полураствор, в котором желание еще сохраняет свой кристалл, огонь, упор, но уже оплавлено, легко принимает формы другой души и тела. Нежность — это склонение, приникание, свивание, оплетание, оплывание, облегание, это состояние растений, перевившихся своими гибкими ветвями. А жалость уже не оставляет себе никакой отдельной формы, она вся растворяется в жалеемом, омывает его, плещется вокруг него слезным морем, благоухающим мирром...

На своих высотах любовь триедина, что отмечено Владимиром Набоковым. Федор Годунов-Чердынцев, герой «Дара», «сразу добирался (чтобы через минуту скатиться опять) до таких высот нежности, страсти и жалости, до которых редкая любовь доходит» (гл. 3). Та же триада — у Бунина: «...Возбуждало его жалостью,

нежностью, страстью...» (рассказ «Визитные карточки»). Но кажется, из этих трех главное — нежность: это сердцевина всех любовных состояний, тем более что она может питаться и силой желания, и жалеющей восприимчивостью.

Нежность усиливается желанием, но не исчезает с его утолением. Половое соединение в любви завершается не отчуждением, а каким-то успокоением души, которая восходит на новую ступень приятия другого, освобождаясь от телесного желания и тем более остро ощущая неизбежность другого желания и другого наслаждения. Это состояние особой нежности, очищенности, просветленности, как в той паузе, которая наступает после исполнения великой музыки, — она еще продолжает звучать в душе. И то, что она звучит «беззвучно», не ослабляет, а усиливает ее воздействие, поскольку из временности она как бы переходит в вечность, остается навсегда, уже не как последовательность звуков, а как музыкальная архитектура, созданное музыкой гармоничное пространство, пифагорейская метрика.

Моцарт говорил, что музыкальное произведение является ему сразу как единое целое, которое потом приходится расчленять на последовательные фазы звучания, — но, в конце концов, аккорды снова собираются в ансамбль, все части которого звучат одновременно, как части пространственного ансамбля одновременно предстают взору. «Все это наполняет мою душу огнем... и все целое, хотя бы оно было длительным, стоит почти полным и завершенным в моем уме, так что я могу обозреть его одним взглядом, как изящную картину или прекрасную статую. Нет, я не слышу в своем воображении последовательность частей, но я слышу их как бы все сразу (*gleich alles zusammen*). Я не могу передать, какой это восторг! [...] В конце концов, самое лучшее — это слышать в действительности звучание всего ансамбля (*tout ensemble*)»⁵.

Так и любовь: приостановка времени в оргазме как бы дает сигнал к переходу всего процесса телесной близости в некий неподвижный ансамбль, архитектуру счастья и вечности, как в следующем отрывке из Хемингуэя: «...Вдруг в неожиданном, в жгучем, в последнем весь мрак разлетелся и время застыло, и только они двое существовали в неподвижном остановившемся времени...»⁶

Посткоитальный синдром снимается посткоитальным блаженством — другого порядка, чем наслаждение коитуса, волнами наплывающее и уплывающее, которое приходится то взнуздывать, то сдерживать. Это состояние всепронизывающей нежности, умиления, растворения друг в друге уже без всяких усилий, без дрожи и перепадов желания. Если соитие соотносится с мучительно-сладким процессом жизни, а растрата семени и посткоитальный синдром — со смертью, то посткоитальное блаженство, которое дается только любовной близостью, есть малый образ бессмертия.

5 The Creative Process. A Symposium. Ed. with an Introd. by Brewster Ghiselin. — Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1985. — P. 34–35). Подлинность этого письма Моцарта твердо не установлена.

6 Роберт и Мария в романе Э. Хемингуэя «По ком звонит колокол» (часть 1, гл. 13).



КАЩЕНКО
Евгений Августович,

доктор
социологических
наук, профессор,
зав.кафедрой
сексологии, ученый
секретарь РНСО

СЕКСУАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО: ПРОСВЕЩЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

ОСНОВНЫЕ ИДЕИ КОНЦЕПЦИИ РЕФОРМИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В СЕКСОЛОГИИ

Прошло около сотни лет с тех пор, как Николай Бердяев заявил о том, что «вопрос о поле и любви имеет центральное значение для всего нашего мирозерцания». Но до этого и век спустя данный вопрос так и остается в этом центре: мы созерцаем, наблюдаем, занимаемся, замалчиваем и стыдливо мечтаем об «ЭТОМ», стесняясь произносить вслух слово «секс». В результате: низкая сексуальная информированность населения, рост сексуально мотивированных преступлений, по числу абортотворцев и «молодых мам» мы впереди планеты всей, СМИ третируют зрителей и читателей маньяками, педофилами, не толерантным отношением к лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией, федеральный закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» не допускает изображения или описания действий сексуального характера детям в возрасте до 16 лет.

Почти столетие ученые, педагоги, воспитатели, психологи, сексологи говорят о необходимости создания системы половой социализации в стране. Иначе и невозможно, так как формирование высокого уровня сексуальной культуры и повышение качества сексуального здоровья — одно из условий здорового и безопасного образа жизни. Но вот парадокс: разговоры идут, а организации полового просвещения школьников нет, сексуальное образование родителей и педагогов не проводится, половое воспитание в семье не меняется, половая социализация граждан России оставляет желать лучшего.

Жизнь диктует нам новые правила, условия, законы и их претворение. В Европе XXI века появились: сексологи-психотерапевты, хирурги-специалисты по сексуальному здоровью, врачи-специалисты по сексуальному здоровью, сексологи-консультанты, сексологи-исследователи, антропологи-сексологи, социологи-сексологи, философы-сексологи, педагоги-сексологи. Они преподают, исследуют, оказывают помощь, лечат, изучают, консультируют, получают правительственные заказы, общественные и персональные гранды, финансируются из разных источников, проводят масштабные проекты и публикуют результаты своей работы.

Шагая по своему пути с учетом особой сексуальной культуры и менталитета, Россия начала XXI века пытается изменить отношение к проблемам, сформулированным

учеными Российского научного сексологического общества:

- Актуальна ли массовая подготовка консультантов, педагогов-сексологов и психологов-сексологов в нашей стране?
- Какова концепция организации сексологического образования в России?
- Что собой должна представлять модель половой социализации?

Причин негативного отношения к сексологии в нашем государстве несколько:

– Историческая принадлежность общества к православию, табуирующему тему секса. При этом исповедовать, помогать грешному священники берутся, но запрещают пастве посещение психологов и сексологов.

– Власть имущие в большинстве своем люди инволюционного возраста, со сниженной в силу естественных причин сексуальной активностью. С возрастом они забыли о потребностях юности, перегорели в зрелости и бессознательно ломают жизнь молодежи.

– Половое просвещение и воспитание всегда было направлено на детей. Здесь сломали сотни копий практически все, кто брался за это направление. Почему? Потому что взрослые брались просвещать детей, будучи невежественными сами.

Не случайно первая идея концептуального взгляда на проблему звучит так: «Учить надо взрослых людей!»

С сексуальным образованием в нашей стране сложилась парадоксальная ситуация: оно отдано на откуп врачам, словно они единственные специалисты, способным донести до населения информацию, знания, привить умения и навыки половой жизни. Привычные для России парадоксы: полиция сама себя защищает, чиновники для себя принимают законы, медики себя же лечат, — а люди... живут!

В России историческое преимущество оказалось у врачей-сексологов — единственных, чья специализация официально закреплена и утверждена. В 2013 году отмечается даже 50-летие сексологической службы. До 1988 года они находились, мягко говоря, на «нелегальном положении», назывались «сексопатологами», с 2002 года — врачами-сексологами. На их плечах лежат до сих пор задачи не только лечения, но и просвещения, психотерапевтической помощи, образования. Именно врачи ездили по стране с лекциями о сексе от общества «Знание», именно они вводили курс «этика и психология половой жизни», именно они писали первые книги о сексуальности...

В конце XX века стали востребованы хирурги-специалисты по сексуальному здоровью, соединившие свои умелые руки и пластику половых органов. К сократившемуся в 90-е годы корпусу сексопатологов поспешили на помощь андрологи, урологи, гинекологи, психологи, но их знания в области сексуального здоровья требовали более широкой квалификации. Врачи-сексологи составили ядро педагогического корпуса, который стал передавать им свои знания.

Вторую идею нашего концептуального взгляда на проблемы организации сексуального образования можно сформулировать так: «Необходимо использовать накопившийся положительный опыт врачей-сексологов для сексуального образования других специалистов».

Благодаря собственному энтузиазму, настойчивости отдельных личностей и пониманию некоторых диссертационных советов в области философии, социологии, культурологи, истории и психологии появилась неравнодушная группа сексологов в нашей стране. Доктора и кандидаты наук, предметом исследования которых было проявление сексуальности, в этом смысле называли себя сексологами. Таких ученых в разных дисциплинах можно пересчитать по пальцам.

Пять лет назад группа ученых РНСО, в числе которых были профессора С.Т. Агарков, Е.А. Кащенко, Н.Д. Кибрик, И.С. Кон, А.А. Ткаченко, Л.М. Щеглов и другие специалисты в области сексологии, организовали курсы повышения квалификации для психологов. Именно эта категория специалистов оказалась наиболее восприимчива к профессиональной информации о сексуальности. Так как консультирование, оказание психологической помощи клиентам требовали знаний о половых отношениях (до 50% психологических проблем связаны с вопросами сексуальности. Согласно приказа Минздрава, возникла потребность в парном приеме врача-сексолога и психолога-сексолога, так как подавляющая часть обращений за врачебной помощью (до 80%) составляли сексуальные расстройства психогенного характера. Курсы РНСО стали готовить специалистов-психологов со знаниями сексологии, так как система подготовки врачей-сексологов к тому времени уже существовала. Возможности РНСО на тот момент не позволяли организовывать более двух наборов групп психологов для очного обучения, а сегодня организованы очные и дистанционные курсы для психологов-сексологов, где учатся специалисты из Воронежа, Иркутска, Екатеринбурга, Ростова-на-Дону, Санкт-Петербурга, Смоленска и др. городов. Однако и эти психологи выпадали из сложившейся в стране системы обучения: не было и нет специализации психолог-сексолог, силами РНСО оказалось сложно проводить профессиональную переподготовку по данной специальности, ученые советы по психологии с большим недоверием относятся к темам, где заявлены предмет или объект, связанный с психологией сексуальности. Все это наводит на третью идею: «Необходимо вводить новую специализацию в области психологии — «психолог-сексолог».

Практика обучения привела к созданию специальной литературы для детей и подростков, появлению учебных пособий: «Социогенез», «Онтогенез», «Психогенез» сексуальности, изданных учеными РНСО. Создание кафедры сексологии, куда стали обращаться филологи и историки, культурологи и философы, социологи и физики — специалисты «не психологи» (!) подтолкнуло к появлению социальной программы «Половая социализация развивающейся личности», согласно которой ученые РНСО могли бы готовить консультантов и педагогов в области сексологии. Организовать

курсы повышения квалификации не составило большого труда, так как эти люди получали только часть знаний психологов-сексологов и не претендовали на изучение специальных методик и умение применять на практике психологические приемы и знание секс-терапии. Мы предложили данную программу ряду учебных заведений Москвы, занимающихся подготовкой педагогов. Но нас не услышали. Не исключено, что на это повлияла развернувшаяся кампания по сжиганию «сексуальных энциклопедий», ни одна из которых не была написана отечественными учеными! А кому было писать, если в стране не существует педагогов-сексологов?! Низкая сексуальная осведомленность, неумение говорить с детьми на сексуальные темы, незнание мер по формированию сексуальной культуры молодого поколения — это лишь некоторые проблемы, которые можно решить с появлением профессионалов на педагогическом поле со знаниями основ сексологии. К сожалению, в школах напуганы прошлым опытом дилетантов полового просвещения и табуируют тему «секса» еще агрессивнее, чем в советские времена. Однако мы считаем, что «необходимо сексуальное образование для педагогов и подготовка кадров по специализации «педагог-сексолог» или «консультант-сексолог». Именно они, со временем, смогут донести молодежи сексологические знания в необходимом объеме. В этих целях на кафедре сексологии организовано дистанционное обучение по курсу «Основы сексологии» и созданы мобильные группы педагогов РНСО, готовых выехать в регионы и организовать там краткосрочные образовательные курсы.

Мы предлагаем свою программу половой социализации взрослых и детей, суть которой сводится к образованию взрослых, способных просвещать и воспитывать детей. Она включает следующие этапы:

- Работа с родителями, у которых дети в возрасте от 6 до 12 лет.
- Половое просвещение подростков от 12 до 16 лет.
- Половое просвещение и образование молодежи.
- Сексуальное образование педагогов, психологов и воспитателей.
- Повышение квалификации специалистов: врачей, психологов, педагогов, юристов, консультантов.
- Помощь и поддержка для родителей.

Для этих целей РНСО предлагает курсы повышения квалификации, два состава преподавателей, способных проводить сексуальное образование и учебную литературу для каждого возрастного этапа:



В перспективе: магистратура и профессиональная переподготовка, появление новых специализаций и диссертационных советов по психологии сексуальности, создание национального института сексологии — не только коммерческой организации, которую планирует в 2013 году организовать РНСО, а государственного учреждения (с кафедрами медицинской, судебной, социокультурной сексологии и психологии сексуальности, центром сексуального здоровья, научно-исследовательской лабораторией и т.д.).

В ближайшие годы обязательное сексуальное образование планируется ввести во всех странах, подписавших «Европейскую социальную хартию». Однако в России сексуальное образование до сего дня имеет больше декларативный характер, когда с трибун звучат слова о необходимости подобного просвещения и воспитания, реально же проблема отдана на откуп одной общественной организации и ряду энтузиастов (без экономических и финансовых субсидий, без организационной и материальной помощи и т.д.). Хотелось бы, чтобы государство не игнорировало проблемы сексуального образования и просвещения, а повернулось лицом к сексологии.

То, что сексологов не зовут на совместные мероприятия со специалистами, не привлекают к работе над значимыми документами, а руководители-чиновники, по сути, избегают встреч и разговоров с сексологами, а то и просто игнорируют предложения РНСО по подготовке педагогов в сексологии — это только часть проблемы. Самое главное, конечно, решение должно приниматься на государственном уровне — на уровне Министерства образования РФ, Департаментов образования Москвы, Федерации психологов образования России.

Хочется надеяться, что дело сдвинется и сдвинется в самое ближайшее время.



ОЛЕЙНИКОВ
Николай Иванович,

кандидат
медицинских наук,
психиатр, врач-
сексолог



РОЧЕВА
Наталья Викторовна

психолог-сексолог

СЕКСУАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО: ПРОСВЕЩЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

РОЛЬ МАССОВОЙ КУЛЬТУРЫ И РЕКЛАМЫ В ПРОЦЕССЕ ВКЛЮЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ В СТЕРЕОТИПЫ ОБЩЕСТВА ПОТРЕБЛЕНИЯ

С февраля 2004 г. в редакции газеты «СПИД ИНФО» работает телефонная прямая линия. Любой человек, считающий, что у него есть проблемы в интимном общении, желающий обрести гармонию в супружеском взаимодействии и получить достоверную информацию обо всем, что касается сферы человеческой сексуальности — может набрать телефонный номер и разрешить свои проблемы.

Большое количество обращений (до 10–12 звонков за 3 часа работы) демонстрирует актуальность проблемы, низкий уровень осведомленности граждан о физиологии сексуальности, культуре сексуального общения, высокий уровень тревоги по поводу собственной состоятельности и сомнения в сексуальной привлекательности. Мужчины просят помощи в продлении полового акта хотя бы до 15–20 мин; женщины требуют рекомендовать безотказное лекарственное средство, могущее вернуть 50-летнему мужу сексуальную активность 30-летнего.

Поскольку в нашей стране программы сексуального просвещения и сексуального воспитания не имеют государственной поддержки и являются уделом профессионалов-энтузиастов, так как в обществе, ориентированном на потребление, на множество желаний и их быстрое удовлетворение, ни одна сфера, где возникают потребности, не может оставаться незанятой.

Сексуальность, как и эротика — коммерциализировалась и стала товаром не только непосредственно в секс-бизнесе, но и в рекламе, в средствах массовой информации, массовой культуре.

Для потребителя отовсюду звучит слово «сексуально». СМИ, реклама, демонстрируют идеалы сексуальных образов, стереотипы сексуального поведения. Потребителю предлагают сравнить себя с эталоном, и, как правило, это сравнение

не идет в пользу обычного человека, что повышает уровень тревоги личности и соответственно, снижает способность критично оценивать информацию и свои действия. Теряя критику, человек хватается за примитивную идею, которая не оправдывается, и становится примитивным потребителем.

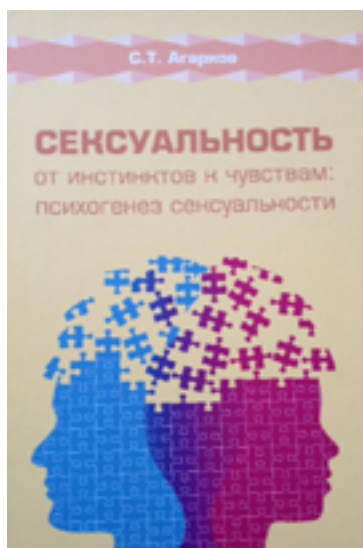
Сексуальностью предлагают заменить эстетические и мыслительные категории. Потребителю преподносится восприятие сексуальности как сумму не вполне понятных для него представлений. Человек находится в невыгодных условиях в виду отсутствия у него некоторых качеств, присущих сексуальному объекту. Ему предлагают такие средства помощи, которые могли бы в какой-то степени приблизиться к пониманию «идеального» мужчины, например, увеличить член» или сменить партнера и т.д.

Обществу навязывается сексуальность как образ мысли, образ жизни, как положительная характеристика всего на свете. Сексуальность преподносится как нечто замечательное, чем ты должен обладать, но чего у тебя заведомо нет. Идет массовая пропаганда такого поведения, которое заменяет всю сексуальную гармонию, предполагающую получение впечатления от объекта, сближения с интересующим партнером и дальнейшее развитие отношений. Происходит замена и уничтожение петтинговой культуры. Рекламируемое поведение укладывается в эпизодические отношения по типу «сейчас или никогда». Произошло смещение акцентов на механическую составляющую секса. Предлагается, что главное в сексуальных отношениях — это техническая сторона дела, механизм должен работать безотказно и услужливая реклама тут же вам предложит, как в автосервисе, любые средства для тюнинга.

Из сексуальности вымывается духовная составляющая, лирика. Сексуальность превратилась в коммерческий продукт, сексуальность как начинка, как товар-событие стала столь же неотъемлемой, как товары индустрии досуга, которые постоянно предлагаются так, что никто не может опомниться.

Для усиления сумбура и снижения критики в ход идут различные напитки со стимуляторами, призванными разогреть сексуальность. Сейчас в меню любого ресторана или кафе присутствуют напитки с эротическими названиями. Происходит мотивированное внушение, гостю подсказывают линию поведения, продолжение отношений: обстановка-напиток-прогноз желательного образа. Идет постоянное навязывание стереотипов сексуальности: какую иметь внешность, какие иметь органы, как себя вести, какие продукты употреблять, и как следствие — формируется безличное отношение к сексу. Человеку навязывается роль сексуального потребителя и одновременно его лишают возможности самому строить свои отношения с партнером.

Звоните. Пишите. На связи — сексологи, психологи, психотерапевты.



ПРЕЗЕНТАЦИИ КНИГ

С.Т. АГАРКОВ. СЕКСУАЛЬНОСТЬ. ОТ ИНСТИНКТОВ К ЧУВСТВАМ: ПСИХОГЕНЕЗ СЕКСУАЛЬНОСТИ

М.: ООО «ИПЦ «Маска», 2013 — 756 с.

Существует незначительное число работ по психологии сексуальности. Причина — в парадоксальности предмета психологии сексуальности и в том, что психология, как наука, имеет столько противоречивых концепций, что подвязать к ним сексуальность — все запутать еще больше. При этом мелкие концепции мельтешат так, что из них не складывается мозаичное полотно «сексуальности» — шедевра природы и общества. В данной монографии предложен системный подход и рабочая модель психогенеза сексуальности с позиций её развития в филогенезе и онтогенезе, в эволюционном контексте социогенеза. Автор показывает нарастающую иерархию этого феномена и его внутренние связи-отношения, и утверждает, что все происходит в интересах адаптации к переменам не только в природе, но и в обществе через постоянное достижение конечного полезного результата. Книга предназначена для специалистов в области сексологии, а также психологов, социологов, философов, исследователей различных областей знаний, заинтересованных читателей.



Е.А.КАЩЕНКО, А.Н.КОТЕНЁВА. ОТКРОВЕННЫЙ РАЗГОВОР «ПРО ЭТО» С ПОДРОСТКОМ.

М.: ЭКСМО, 2013 — 340 с. (Переходный возраст)

В ней — ответы на волнующие юношей и девушек вопросы, связанные с сексуальностью. Книжка в триста листов, с картинками, сделана в виде ноутбука — только его бумажный вариант! Яркая, информативная, с карикатурами. Но появление Закона РФ «О защите детей...» внесло коррективы в адресность продукции. Теперь книга предназначена взрослым, которые работают с подростками. Стоит гриф 16+. Авторы обращаются к родителям и взрослым:

- Вы сомневаетесь в том, что можно, а что нельзя говорить подростку о сексе?
- Не знаете, как объяснить ребёнку волнующую его тему сексуальности?
- Нет четких аргументов, интересных фактов и цифр?
- Стремитесь сохранить доверительные отношения со своим ребенком?

- Ищете необходимые, современные данные по проблемам полового просвещения?
- Заботитесь о половом воспитании сына или дочери?
- Не доверяете СМИ, Интернету или обывательской информации об интимной стороне жизни?
- Ответственно подходите к подготовке своего ребенка к взрослым отношениям?
- Готовитесь к профессиональной беседе о любви и сексе с подростком?

Значит, Вам нужна эта книга. В ней можно найти ответы на эти и многие другие важные вопросы, которые задают подростки: «Кто? Когда? Как? Сколько? Почему? Зачем? Где?»

Если родители и взрослые люди, работающие с подростками сочтут нужным, то они могут дать книгу свои детям.

Если сомневаются в таком подходе, то способны почитать сами и к беседе с ребенком обретут уверенность.

Против такого рода литературы? — Никто не неволит...



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

Кащенко Е., Пружинина А., Черепанова Е., Прокопенко Ю.