

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



6
2014 год

Издается 2 раза в год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Е.А. КАЩЕНКО. Задавать вопросы..... 2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ. БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

В.А. ДОМОРАЦКИЙ. Сексология на постсоветском пространстве: шаг вперед, два назад.. 3

Е.А. КАЩЕНКО. Открытое письмо в Минздрав РФ..... 8

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ. ДЕЛА МУЖСКИЕ

С.Б. АРТИФЕКSOB. Мужское здоровье: урология (андрология) и/или сексология?!..... 12

Ю.П.ПРОКОПЕНКО. Факторы риска на этапах психосексуального развития мужчины.. 17

Г.С. КОЧАРЯН. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи..... 21

ПРАКТИКА ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

**Г.С. КОЧАРЯН. Психотерапия синдрома тревожного ожидания неудачи: две техники
нового поколения.....** 33

Р.В. БЕЛЕДА. Новый метод комплексного лечения эректильной дисфункции..... 44

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

Л.М. ЩЕГЛОВ. Брак и семья в России XXI века..... 49

**Ю.П. ПРОКОПЕНКО, А.Н. ШИГАБИЕВ. Эгодистонирующее влияние современной
гендерной расстановки на мужчин.....** 51

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Е.А. КАЩЕНКО. Размышления о наблевшем..... 59

ИССЛЕДОВАНИЯ

**Р.В. БЕЛЕДА, В.Д. ТАКТАРОВ. Содержание гипофизарных и стероидных гормонов в
венозной крови у мужчин с разными типами половой конституции.....** 64

**И.В. КАРАГАПолова. Образ жизни и сексуальных практик геев и бисексуальных
мужчин, проживающих в Кыргызской Республике.....** 65

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Е.А. КАЩЕНКО и др. Трилогия «Откровенный разговор про это»..... 66



КАЩЕНКО

Евгений Александрович

доктор
социологических
наук, профессор,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества,
зав.кафедрой
сексологии
факультета
психологии ГЭТИ.
г. Москва

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

ЗАДАВАТЬ ВОПРОСЫ...

Задавать вопросы в русской истории все равно, что говорить о необыкновенной душе русского народа. Приятно и естественно уже двести лет. А вот отвечать на эти мудрые вопросы дано не каждому. Русские любят поговорить, оставляя работу на потом. Но основная работа сексолога заключается в словах речи. Они — основа психотерапии.

В прошлом веке И.С. Кон поставил в один ряд «сексуальные» вопросы: кто? когда? где? с кем? сколько? почему? Теоретизировали сексологи долго и порой скучно, но спустя четверть века нашли ответы на большинство из них. Вышла серия учебников по подготовке специалистов в сексологии, появилась трилогия из книг для взрослых «Откровенный разговор про это». Теперь другие вопросы мучают научную общественность: какой быть сексологии? Как жить андрологам, гинекологам, психотерапевтам, психологам рядом с врачами-сексологами в одном поле? Каким быть журналу для сексологов? Быть ли сексологии вообще? А если быть, то какая она станет в XXI веке?

Эти вопросы пока остаются без ответов. Но вовремя их задать, значит ускорить разрешение. Пессимисты вздыхают: золотое время сексопатологии ушло вместе с ее корифеями. Оптимисты верят: за молодыми — будущее науки. И только новое поколение психологов-сексологов вместе с врачами-специалистами по сексуальному здоровью смогут сохранить добрые традиции сексопатологии.



ДОМОРАЦКИЙ
Владимир Антонович,

доктор медицинских наук,
профессор
Белорусского
государственного
университета,
г. Минск

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ. БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

СЕКСОЛОГИЯ НА ПОСТСОВЕТСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ: ШАГ ВПЕРЕД, ДВА НАЗАД

В 2013 году отечественная медицинская сексология отметила свой полувековой юбилей. В её становлении в 60-х годах прошлого века большую роль сыграли Н.В. Иванов, И.М. Порудоминский, П.Б. Посвянский, В.И. Здравомыслов, С.С. Либих и др. Однако «золотой век» русскоязычной сексологии пришелся на 70-е–90-е годы прошлого века, когда вышли в свет наиболее важные работы Г.С. Васильченко и соавт., И.С. Кона, Д.Н. Исаева и В.Е. Кагана, А.М. Свядоша, В.В. Кришталя и соавт., и др.; были переведены на русский язык книги К. Имелинского, С. Кратохвила, У. Мастера и В. Джонсон, Х. Каплан и др. авт.

Именно в 70-е–90-е гг. XX века проводилось множество научных конференций по актуальным вопросам сексопатологии, а ряды врачей-сексологов стремительно пополнялись молодыми энтузиастами. Системный подход и структурный анализ сексуальных расстройств, междисциплинарная концепция сексологии наполняли гордостью сердца тех, кто пришёл в эту молодую, динамично развивающуюся специальность, кто имел возможность следить за яростными научными спорами Г.С. Васильченко и И.Ф. Юнды. Последний, как истинный уролог утверждал, что простата является «вторым сердцем» мужчины, и её патология крайне негативно влияет на мужскую сексуальность. Сегодня вполне очевидно, что профессор Юнда явно переоценил роль простаты в мужской сексопатологии.

Что же происходит в нашей сексологии в XXI веке? В России несомненный прогресс наблюдается в судебной сексологии, которая прошла непростой путь от бесконечной череды экспертиз, проводимых во Всесоюзном сексологическом центре на предмет наличия порнографии в изъятых у советских граждан видеофильмах, до серьезных научных работ А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенского, С.Н. Матевосяна, Г.Е. Дворянчикова, Г.Б. Дерягина, и др., посвященных аномальному сексуальному поведению и парафилиям, различным аспектам синдрома «отвергания» пола, судебно-сексологической экспертизе, преступлениям на сексуальной почве.

В актив можно записать и то, что благодаря работам А.И. Федоровой и М.В. Екимова, достигнут определенный прогресс в диагностике и комплексной терапии различных форм аноргазмии и диспареунии у женщин. Но справедливости

ради надо отметить, что далеко не все практикующие сексологи в должной степени владеют методами диагностики и лечения женских половых дисфункций.

Развиваются и совершенствуются психотерапевтические подходы в сексологическом лечении. В числе специалистов-сексологов, которые активно внедряют современные методы психотерапии в сексологию можно назвать Г.С. Кочаряна, Г.Е. Введенского, В.А. Доморацкого, А.И. Федорову, И.А. Панюкову, Ю.П. Прокопенко, и др.

В России новым трендом (с 2009 г.) стала последипломная подготовка психологов-сексологов на междисциплинарной кафедре сексологии, возглавляемой проф. Е.А. Кащенко. Для курса «Психологическое консультирование в сексологии» С.Т. Агарков и Е.А. Кащенко написали несколько современных учебных пособий. Последняя из этой серии книга С.Т. Агаркова «Сексуальность. От инстинктов к чувствам: психогенез сексуальности», к огромному сожалению, стала завершающим творческим аккордом этого замечательного специалиста и удивительного человека. Следует сказать, что своего рода предтечей обучения психологов-сексологов явился негосударственный «Институт психологии и сексологии» в Санкт-Петербурге созданный в 1999 году профессором Л.М. Щегловым, где до недавнего времени проводилась профессиональная переподготовка по сексологии.

Безусловно, психолог с достаточной подготовкой в области сексологии, способен оказать грамотную консультативную помощь при супружеской и сексуальной дезадаптации пары, правда, лишь в случаях, не связанных с серьезной патологией. Но если такой психолог хорошо представляет пределы своих возможностей по оказанию действенной психолого-психотерапевтической помощи лицам с проблемами в сфере сексуальных отношений, а в необходимых случаях готов направлять своих клиентов к врачу-сексологу — обучение и практическую деятельность подобных специалистов нужно только приветствовать. Более того, на наш взгляд, сегодня в учебные планы вузовского образования врачей, психологов и даже специалистов по социальной работе было бы целесообразно включить курс по сексологии. Это, как минимум, сократило бы число дилетантских советов и неуместных, а иногда откровенно вредных рекомендаций по вопросам половой жизни, которые порой можно услышать, как от врачей различных специальностей, так и от практикующих психологов. Как показывает опыт, эта идея наиболее полно может быть реализована в классических университетах. Например, С.Т. Агарков на протяжении 10 лет читал авторский курс по сексологии на кафедре психологии личности МГУ. В БГУ на кафедре общей и клинической психологии чтение курса «Основы сексологии» (68 акад. часов) осуществляется с 2002 года. Увы, но в медицинских вузах сексология, в лучшем случае, является факультативным предметом. Исключение составляет Ереванский государственный медицинский университет, пожалуй, единственный среди медицинских вузов СНГ, имеющий кафедру сексологии, где в XI-XII семестрах все студенты изучают 30-ти часовой курс сексопатологии.

К сожалению, в сексологии XXI века на постсоветском пространстве прослеживаются неблагоприятные тенденции, причем как для самой специальности, так и для потенциальных потребителей медицинских сексологических услуг. А, как известно, по меньшей мере, $\frac{2}{3}$ из них составляют мужчины. Увы, но сегодня приходится констатировать, что междисциплинарность в сексологии в том виде, как её представлял Г.С. Васильченко, так и не была реализована. Требование разносторонней подготовки по психиатрии, психотерапии, неврологии, урологии, гинекологии, эндокринологии для врача-сексолога, т.е. по сути, энциклопедизма, оказалось чрезмерным для большинства представителей этой профессии. И сейчас в ведущих сексологических учреждениях наших стран ещё можно встретить системно мыслящих специалистов старой закваски. Но им чаще всего уже за 50 лет, а на смену приходят врачи-сексологи поколения next, которые рассматривают сексологическую проблематику, в основном, с позиций своей базовой специальности. Ярким свидетельством отката от системного рассмотрения сексуальной патологии является практически повсеместный отказ под различными предлогами от использования при сексологическом обследовании стандартных карт сексологического обследования, в которых заложена идея междисциплинарности и системности. Можно согласиться, что эти карты громоздки и содержат избыточную информацию, нуждаются в пересмотре, но они приучают практикующих сексологов мыслить системно, оценивать всю совокупность патологических факторов, дестабилизирующих сексуальную функцию пациентов. Кстати, например, в Белоруссии в 2008 году МЗ РБ утвердил более формализованные карты сексологического обследования, основой которых, по-прежнему является системная оценка обеспечения половой сферы и возможной патологии. И сегодня в РБ эти карты в обязательном порядке используются при обследовании сексологических пациентов. На наш взгляд, их заполнение дисциплинирует клиническое мышление врача-сексолога, причем в условиях сокращения количества обращений в учреждения здравоохранения за сексологической помощью почти на $\frac{1}{3}$ за последние 10 лет, это требование вовсе не выглядит чрезмерным или необоснованным.

К негативным моментам следует отнести редуционизм урологов и андрологов, которые активно позиционируют себя, как специалистов в области мужского сексуального здоровья. Попытка сведения сложнейшей организации сексуальной функции человека к простым физиологическим процессам и реакциям, уже привела к шаблонно-упрощенным подходам к терапии сексуальных дисфункций у мужчин. По мнению профессора Н.Д. Кибрика (2013), в мужской сексологии отмечается устойчивая тенденция в сторону фармако-инструментальных методов лечения с поиском быстрого одномоментного решения вопроса (фаллофармакопротезирование, назначение гормональных препаратов и ингибиторов ФДЭ-5). Показания к применению этих методов четко очерчены на основании клинической картины полового расстройства. Однако, на практике мы встречаемся с тем, что они назначаются без должной оценки сексуальной функции пациента, а в 80% препараты типа Виагра реализуются в аптечной сети вообще без рецепта врача.

Вместе с тем, скажем, по данным Минского городского сексологического центра среди обратившихся за сексологической помощью за последние 3 года около 70 % мужчин и 75% женщин имели возраст от 20 до 40 лет. А, как известно, наибольшее число лиц молодого и среднего возраста, имеющих сексуальные проблемы, нуждается не столько в инструментально-фармакологической, сколько в профессиональной психотерапевтической помощи, учитывающей сексологическую специфику.

Нельзя не сказать и о доступности специализированной сексологической помощи. Сегодня практически все средства массовой информации в наших странах рекламируют сексологические услуги и различные чудо-препараты для повышения сексуальных возможностей. Это привело к тому, что значительная часть лиц с сексологическими проблемами либо обращается непонятно к каким специалистам с весьма сомнительной подготовкой по сексологии, либо просто бесконтрольно употребляет различные препараты для повышения либидо или потенции. В то же время грамотной рекламы и даже просто информации о медицинских структурах, которые оказывают действительно квалифицированную сексологическую помощь крайне мало. Кроме того, реально сокращается количество сексологов, имеющих полноценную профессиональную подготовку. Похоже, что в организационном плане в наиболее выигрышной ситуации находится Украина, где сексологической службе в здравоохранении удалось сохранить ещё советские нормативы — 1 ставка сексолога на 250 тыс. населения.

По данным профессора Н.Д. Кибрика (2013), в России число врачей-сексологов, работающих при психоневрологических диспансерах уменьшилось более чем в 1,5 раза: со 159 в 1999 году до 98 в 2006 году. Анализ всех анкет, заполненных сексологами, обучавшихся на курсе сексологии показал, что 43% из них работает в кабинетах при поликлиниках либо оставшихся кое-где консультациях «Брак и семья», Центрах планирования семьи, в 37% коммерческих структурах. И лишь 20% — сексологами, работающими в психиатрических учреждениях. В этом смысле белорусская сексология выглядит более однородно, что не в последнюю очередь связано со спецификой государственного управления в нашей стране. В Белоруссии в Минске функционирует Сексологический центр на базе городского психоневрологического диспансера (в штате 2 врача-сексолога, 1 врач-психотерапевт и 2 психолога), а в областных городах на базах ОПНД имеются 6 сексологических кабинетов (2 врача-сексолога работают в Гомеле, по 1 — в других обл. центрах). До последнего времени наибольшей проблемой для белорусских сексологов представляло отсутствие официальных курсов для последипломной подготовки и переподготовки по медицинской сексологии. Поэтому они были вынуждены, во многом за счёт своих средств, проходить соответствующую переподготовку в Российской Федерации или в Украине. В апреле 2014 года силами кафедры психотерапии и медицинской психологии БелМАПО впервые за 15 лет был проведен цикл переподготовки по сексологии. Однако это было сделано, скорее, для галочки в отчёте Минздраву РБ.

Впрочем, в России, существуют свои проблемы с последипломным образованием по сексологии. В прошлом году профессор В.В. Макаров в личной беседе сообщил о том, что, к большому сожалению, возглавляемая им кафедра психотерапии и сексологии Российского МАПО, выполняет учебный план преимущественно за счет циклов по психотерапии. В 2014 году имели место случаи, когда на ТУ по сексологии не заполнялись даже бюджетные места. Из электронной переписки с заведующим кафедры сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета в Санкт-Петербурге профессором Б.Е. Алексеевым, мне известно, что кафедра выполняет учебный план практически на 100%, но не столько за счёт подготовки и переподготовки профессиональных сексологов, сколько благодаря определенному интересу к предмету врачей самых различных специальностей. И, безусловно, это хорошо для пациентов, если такой интерес у врачей общей практики существует. Но где же пополнение врачей-профессионалов с полноценной сексологической подготовкой и переподготовкой?

Обобщая вышесказанное, вынужден констатировать, что сегодня сексология на постсоветском пространстве переживает затяжной кризис, который может привести и уже приводит к значительным (и далеко не всегда позитивным) изменениям в системе оказания сексологической помощи населению наших стран. Причём в силу фактического положения с обращаемостью за сексологической помощью, этот кризис в наибольшей степени, затрагивает интересы мужчин, а значит проблемы мужского здоровья в его сексологическом аспекте.

Один, ныне редко цитируемый классик, прочитав название этой статьи, справедливо заметил: «Без решения общих вопросов нельзя переходить к частным, иначе вы всё время будете спотыкаться об эти общие вопросы.» Мне кажется, что нашему профессиональному сообществу пришло время открыто обсудить те тенденции, которые наблюдаются в современной сексологии, равно как и то, что можно и нужно делать для сохранения научного наследия наших предшественников, дальнейшего развития сексологической науки и практики и повышения престижа этой непростой, но весьма благодарной профессии.



КАЩЕНКО
Евгений Августович,

доктор
социологических
наук, профессор,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества (РНСО)
зав.кафедрой
сексологии
факультета
психологии ГЭТИ.
г. Москва

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ. БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

ОТКРЫТОЕ ПИСЬМО В МИНЗДРАВ РФ

Осенью 2013 года мной велась переписка с директором Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Семеновой Т.В. К сожалению, она закончилась из-за бюрократической волокиты, с которой я уже не борюсь. Тем не менее, идеи, заложенные в некоторых письмах, адресованных в Минздрав РФ, реально осуществимы. Предлагаю на них взглянуть непредвзято со страниц нашего журнала.

«В продолжение нашего разговора и в ответ на Ваше письмо № 16-2/3077823-5671 от 02.12.2013 направляю Вам тезисы по обоснованию предложений о целесообразности внесения изменений в систему подготовки врачей-сексологов и структуре оказания медицинской помощи пациентам с сексуальными расстройствами.

1. В стране катастрофически не хватает сексологов и Приказ Минздрава № 370 от 10 мая 1988 года о том, что необходим один сексолог на 250 тыс. человек населения не выполняется.

2. Так как по оценкам специалистов до 80% сексуальных расстройств и нарушений межполового общения носят психогенный характер, то психологическая помощь в этом случае — оптимальное решение. Сегодня рациональная, информационно-познавательная, психотерапия и секс-терапия оказывают наиболее эффективную помощь людям с проблемным сексуальным здоровьем.

3. Вымирание школы профессионалов в сексологии (А.М. Свядош, С.С. Либих, Г.С. Васильченко, А.И. Белкин, В.В. Кришталь, С.Т. Агарков и др.) может уничтожить отечественную медицинскую сексологию, если мы сегодня не организуем работу по передаче накопленных знаний.

4. 50 лет назад психологов и отечественной психологии практически не было, и врачи предпочитали иметь дело с психиатрами. Сегодня картина изменилась, а психологические формы и способы оказания помощи, коррекции сексуального поведения стали наиболее востребованы. Психологов-сексологов, подготовленных на 100–150 часовых курсах «Психологическое консультирование в сексологии» за последние годы стало больше, чем врачей-сексологов, подготовленных за то же время.

5. Применение очных и дистанционных знаний в области сексуального здоровья, социокультурной сексологии, психологии сексуальности (в вопросах репродуктивного и сексуального здоровья, отношения нормы и девиации, стратегии сексуального поведения, половой морали и проч.) позволяет оказать психологическую помощь, как на первичном этапе лечения, так и в дальнейшей работе. Но так как в подавляющем большинстве тематических и учебных планов медицинских вузов нет курса по сексологии, то надежда только на старые кадры сексологов РНСО: Г.С. Введенского, Б.М. Ворника, В.А. Домарацкого, Н.Д. Кибрика, М.М. Сокольщика, Л.М. Щеглова и других ученых, многие из которых живут не в Москве.

6. Запрос от профильных врачей для получения специальности, требующей дополнительной подготовки (например, врач-специалист по сексуальному здоровью) на знания в области сексологии есть, но существующие ограничения Минздрава не позволяют учитывать данную учебу при повышении категории или изменении профиля работы врача. Внесение изменений или дополнений в Приказ Минздравсоцразвития России №112н от 11 марта 2008 года и другие документы позволит решить эту кадровую проблему.

7. Психологическая и медицинская информация по научной, научно-методической и научно-популярной литературе членов РНСО (Агаркова С.Т., Васильченко Г.С., Введенского Г.Е., Домарацкого В.А., Кащенко Е.А., Кришталея В.В., Свядоца С.С., Ткаченко А.А., Щеглова Л.М. и др.) позволит категории профильных врачей получить необходимые знания для лечения и оказания психотерапевтической помощи больным с сексуальными расстройствами. В дипломе выпускника таких курсов для врачей может быть запись: врач-специалист по сексуальному здоровью.

8. В мире подобный опыт есть. На Генеральной ассамблее WAS 17 февраля 2007 года в Сиднее (Австралия) были определены специальности в сексологии. Так, в науках о поведении это:

– Сексолог-консультант — человек, имеющий официально признанную профессиональную квалификацию в одной или нескольких науках о поведении и подготовленный, в частности, к практике сексологического консультирования, то есть к предоставлению консультаций и рекомендаций в сфере личных, психологических, социальных, или духовных аспектов сексуальной жизни.

– Сексолог-психотерапевт — человек с признанной профессиональной квалификацией в поведенческих или клинических науках, специально подготовленный, в частности, к сексологической практике, включающей соответствующую оценку и психотерапевтическое лечение сексуальных расстройств. В России таких специалистов в прошлом веке называли сексопатологами, а теперь врачами-сексологами.

– Врач-специалист по сексуальному здоровью — это человек, имеющий

официально признанную медицинскую квалификацию, и специально подготовленный для оказания медицинских услуг, связанных с сексуальным здоровьем.

– Хирург-специалист по сексуальному здоровью — человек с признанной медицинской квалификацией, имеющий специальную подготовку для предоставления хирургических услуг, связанных с сексуальным здоровьем. Чаще всего в наши дни эти специалисты занимаются хирургической пластикой половых органов.

Европейский взгляд на ситуацию и наши предложения с учетом Российской действительности — оптимальны на сегодняшнем этапе.

9. Мы не исключаем важности работы врача-сексолога, мы лишь подчеркиваем его ключевую значимость в лечении больных с сексуальными дисфункциями. При этом врачи других специальностей в силах помочь формировать и поддерживать сексуальное здоровье. Ученые РНСО начали и продолжают готовить специалистов по ряду программ, и наши выпускники не претендуют на должности врача-сексолога в имеющемся штатном расписании медицинских учреждений. Но психологи-сексологи могут работать с ним в паре. Остальные врачи — врачи-специалисты по сексуальному здоровью — с получением знаний по сексологии на кафедре сексологии ГЭТИ только используют полученные знания, при желании вывешивают сертификаты в своих кабинетах и становятся специалистами более высокого уровня, чем прежде.

10. Мы предлагаем для докторов, которые могут стать врачами-специалистами по сексуальному здоровью:

– Курсы переподготовки «Психологическое консультирование в сексологии» (переподготовка — 1040 ч);

– Курсы повышения квалификации «Сексуальное здоровье и психотерапия сексуальных расстройств».

11. На сегодняшний день для организации и проведения учебы составлены Учебно-методические комплексы. Есть состав преподавателей из числа кандидатов и докторов наук. Написана и издана литература:

– Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность цивилизаций: социогенез сексуальности. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». — Воронеж: ИПЦ «Научная книга». 2010. — 500 с.

– Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность от зачатия до смерти: онтогенез сексуальности. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». — Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2011. — 251 с.

– Теория и практика психологического консультирования в сексологии / Сборник статей под ред. Кащенко Е.А. — Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2011. — 346 с.

- Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. — М.: Академический Проект; Культура, 2009. — 470 с.
- Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. — Пермь: ТОО фирма «Репринт», 1994. — 272 с.
- Свядош А.М. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974
- Сексология. Справочник под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
- Общая сексопатология. Руководство для врачей/Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1978. — 488 с.
- Частная сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — 304 с.

Выводы:

Суть предложений ученых РНСО сводится к активному использованию курсов переподготовки и повышения квалификации по психологии для врачей различных профильных для сексологии специальностей: урологов, гинекологов, клинических психологов, андрологов, терапевтов, эндокринологов, психотерапевтов, дерматологов, венерологов.

Практически эта работа осуществима объединением усилий специалистов научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии на базе отделения сексопатологии Московского НИИ психиатрии (Н. Кибрик), кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Российской медицинской академии последипломного образования (В. Макаров) и ученых Российского научного сексологического общества на кафедре сексологии факультета психологии ГЭТИ (Е. Кащенко) при переподготовке и повышению квалификации по специальности «психология» с профилем «сексология». (Лицензия №0051 от «31» мая 2012 года. Свидетельство о государственной аккредитации № 0167 от 25 июля 2012 года).

Место, время проведения, объем занятий, название тем и курсов, как и штат преподавателей могут быть обсуждены в зависимости от Вашего решения. Подробности на сайте [Российского Научного Сексологического Общества \(РНСО\)](#).



АРТИФЕКСОВ
Сергей Борисович

доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства гинекологии и неотложной педиатрии с курсом планирования семьи Военно-медицинского института Федеральной пограничной службы России, главный специалист андролог-сексолог Департамента здравоохранения администрации Нижнего Новгорода, автор более 100 научных трудов по проблемам андрологии, сексологии и планирования семьи.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ. ДЕЛА МУЖСКИЕ

МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ: УРОЛОГИЯ (АНДРОЛОГИЯ) И/ИЛИ СЕКСОЛОГИЯ?!

Последние годы характеризуются чрезвычайно активным развитием интереса к медицинским аспектам поддержания и коррекции мужского здоровья. Показатели репродуктивного и сексуального здоровья и качества жизни мужчин на протяжении последних ста лет, а только это время можно рассматривать как период относительно объективного мониторинга, по данным большинства исследователей, неуклонно падают не только в индустриально развитых, но и развивающихся странах. Это касается прогрессирующего снижения показателей фертильности гамет эякулята, увеличением числа аномалий мужской половой системы и неадекватного полового развития, в том числе сексуальной самоидентификации и полоролевого поведения. Сегодня можно нередко слышать о мужчине как о «вымирающем виде». Не являются исключением и сексуальные дисфункции у мужчин, количество которых также растет. Наконец, появляются качественно новые проблемы связанные, в частности с увеличением продолжительности жизни. Речь идет о поддержании качества жизни стареющих мужчин, процент которых увеличивается, тогда как медицинское обеспечение сохранения их сексуального, в широком смысле слова, здоровья и качества жизни совершенно неадекватно их запросам и возможностям.

Большой интерес в этом контексте вызвало появления на арене новых «игроков», в частности сначала «новой» специальности — андрология, а затем и большого числа специалистов в этой области прикладной медицины. Достаточно быстро эта молодая отрасль была интегрирована в урологию и стала ее субспециальностью. Основным аргументом, обосновывающим такой не слишком дружественный захват, явился постулат о том, что только врач-уролог, учитывая его функциональные обязанности, наблюдая за здоровьем мужчины, сможет вовремя выявить онкологическую и воспалительную патологию органов половой сферы и обеспечить ее своевременную диагностику и лечение. В наше время установлена взаимосвязь многих соматических и психических заболеваний с состоянием коммуникативной, гедонической и репродуктивной составляющими сексуальности мужчины. И, тем не менее, в педиатрии в самом конце 2003 г. приказом Минздрава России андрология формализована как субспециальность урологии, а точнее, лишь исключительно урологи получили дополнительную специальность андролога, тогда как врачи других специальностей утратили возможность специализации по андрологии. Это было бы не столь существенно,

но при оказании специализированной андрологической помощи у нас в стране используются концепции и приемы, не нашедшие широкого применения за рубежом или, что особенно печально, уже давно отвергнутые там. Примером могут служить, в частности, подходы к патогенетическому обоснованию фармакологической коррекции расстройств оргазма у мужчин, а именно нарушений семяизвержения, да и эректильной дисфункции с позиций примата преимущественного воспалительного поражения предстательной железы, причем инфекционной природы и имеющие явные черты «соматизации» этих расстройств и недооценки их психофизиологической компоненты.

Расстройства эрекции рассматриваются еще и с позиций исключительного вовлечения в процесс сосудистого русла полового члена и малого таза, причем органическая природа расстройства постулируется лишь на основании использования данных о скорости кровотока и/или изменения числа и размеров сосудов. Тем более что эти исследования проводятся в условиях стационара или лаборатории в рамках опять же фармакологических проб, которые радикально отличаются от реалий развития генитальной реакции в фазу возбуждения. Неудивительно, что мы все чаще становимся свидетелями «открытий» все более «утонченных» механизмов эрекции и... включение в протокол коррекции еще одной группы фармакологических или физиотерапевтических воздействий, сопоставимых, однако, по эффективности лишь с плацебо. То же можно сказать о репродуктивной андрологии, где восстановление показателей фертильности на этапе преконцепционной подготовки мужчины нередко механистически сводится к проведению мероприятий, направленных на элиминацию микроорганизмов или «точечного воздействия» на те или иные показатели спермограмм.

Здесь будет уместно заметить, что интерес сексологов к репродуктивной функции сексуальности традиционно низок, если не отсутствует вообще, хотя современные исследования показывают, что даже результаты использования вспомогательных репродуктивных технологий, не говоря уже о естественных путях воспроизводства, напрямую зависят от психофизиологического (патологического) статуса половых партнеров, а качество мужских гамет безусловно коррелирует с состоянием сексуального статуса мужчины (и пары в целом) и его психическим здоровьем. Главное звено патогенеза этого феномена в реальности выглядит несколько иначе, и обусловлено огромным интересом медицинских компаний к поиску специалистов, способных стать проводниками новых медикаментозных и инструментальных технологий коррекции мужской инфертильности и сексуальных дисфункций у мужчин с использованием гормональных (тестостерон) и вазоактивных (простагландины и ингибиторы ФДЭ5) средств после того, когда лечение этой патологии руками хирургов (варикоцелектомиа и шунтирование сосудов малого таза и гениталий, восстановление проходимости семявыносящих путей и т.д.) достигло предела своей эффективности, которая, кстати, ими самими стала трактоваться как весьма сомнительная. Выбор пал, в первую очередь, именно на урологов, исходя и из других сомнительных исторических аналогий и предпочтений.

Один из первых манипуляционных опытов лечения мужской «половой слабости», к примеру, заключался в прижигании семенного бугорка ляписом. Так или иначе, результатом этого выбора стала беспрецедентная экспансия врачей урологов в сферы, требующие, кроме всего прочего, глубокой профессиональной подготовки в

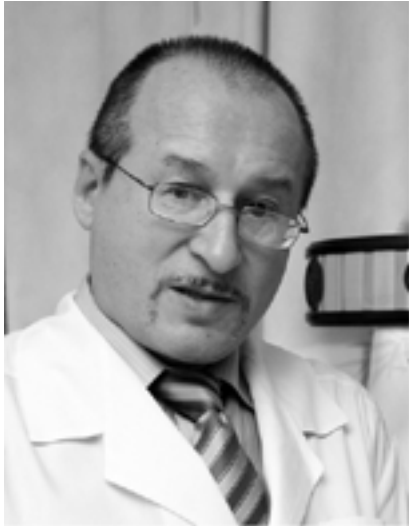
области психологии и психотерапии, чего требовала уже сформировавшаяся к тому времени специальность «сексопатология», а затем и «сексология». Справедливости ради следует сказать, что подготовка врачей сексологов в области эндокринологии пола была так же, как у урологов, весьма сомнительна. Все это достаточно быстро привело к вульгарной «медикаментализации» и инструментализации сферы охраны мужского здоровья, гипердиагностике (гипогонадизм, простатит и т.д.) и появлению вымышленных болезней (эректильная дисфункция, преждевременная эякуляция и пр.). Устрашающая экспансия прикладной фармакологии, наиболее запутанной, а может быть, и отчасти виртуальной области современной медицины как в плане количества появляющихся фармакологических средств, так и в плане всепоглощающего, а нередко и агрессивного их предложения медикам и пациентам с привлечением самых современных и далеко не безобидных и плохо контролируемых методов формирования спроса и предложения, вызывает при критическом анализе значительно больше вопросов, чем дает ответов. Примером может служить использование в андрологической практике половых стероидов и, в частности, андрогенов. Сегодня мы являемся свидетелями завершения очередного цикла попыток использования тестостерона в качестве универсального средства коррекции мужского здоровья. Поскольку оптимизм по поводу его применения при сексуальных расстройствах, коррекции infertility, метаболических расстройствах и ожирении, а также поддержании здоровья стареющих мужчин, как уже было в прошлом веке, столкнулся с неопределенностью достигаемых эффектов и формированием мнения, что «уровень тестостерона может рассматриваться как маркер общего состояния здоровья и может быть снижен при целом ряде соматических заболеваний; однако заместительное лечение тестостероном в этих случаях проводить вряд ли следует, поскольку его полезность и безопасность не были подтверждены в достойных доверия исследованиях» Совсем уже недавно эксперты «Администрации по контролю за продуктами и лекарствами (FDA)» решили оценить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на фоне приема тестостерона. Решение FDA было принято после изучения результатов двух исследований, в которых ученые связали дополнительный прием гормона с повышенной вероятностью инсульта, инфаркта и смерти.

Поставленная цель привлечения урологов к охране мужского здоровья, естественно, не достигнута в полной мере и по сей день, поскольку, как выяснилось, в рамках мета-анализа, врачи-урологи назначают гормональные препараты и ингибиторы ФДЭ 5 типа значительно реже, чем даже врачи общей практики. Именно на них, кстати, по данным экспертов ВОЗ ложится основной груз ответственности и участия в охране здоровья мужчин. Наши данные свидетельствуют о том, что более чем в 80% случаев предъявление мужчиной жалоб на наличие сексуальной дисфункции приводит к обследованию и последующему лечению инфекций передающихся половым путем и ассоциированного с ними воспалительного процесса уретры и простаты при отсутствии соответствующих жалоб со стороны пациента и объективных признаков этой патологии. При этом половая партнерша привлекается для совместного лечения инфекции, как требуют эпидемиологические правила, но практически никогда не становится объектом сексологического обследования, хотя это необходимо и очевидно. Мы согласны с мнением E. Nieschlag (2000), что подобная практика является, в частности, результатом использования эмпирических схем диагностики и лечения и субъективной трактовки их эффективности и не могут оставаться основой современной андрологии. В современной медицине вообще и сексологии в частности все более актуальным становится, на наш взгляд, перемещение центра тяжести

научно-практических приоритетов из сферы бесконечного разработки новых методик диагностики и лечения и их внедрения в практику в сферу отбора фундаментальных принципов и интегрированных подходов к коррекции и профилактики основных синдромов, лежащих в основе тех или иных расстройств сексуальности в сочетании с предоставлением адекватно подготовленным специалистам первичного звена свободы выбора конкретных сертифицированных методик их коррекции. Именно «идеологическая и фундаментальная» подготовленность специалиста отличает врача от рудомета (кровопускателя), способного лишь к реализации действий в рамках характерных для банального фельдшеризма. Тем не менее, чрезвычайно оправданы опасения, что именно сегодня существует реальная опасность появления регламентирующих документов Минздрава (их пока не утвержденные проекты уже представлены на соответствующих сайтах), оставляющих за сексологией лишь право на коррекцию половых дисфункций, не обусловленных органическим расстройством или заболеванием в стадии декомпенсации; психогенных сексуальных расстройств вследствие соматических заболеваний; расстройств вследствие химиотерапии, радиотерапии и фармакотерапии и семейно-сексуальных дисгармоний. В то же время пальма первенства в вопросах диагностики и лечения сексуальной, эндокринной (в частности метаболического синдрома и пр.) и репродуктивной патологии у мужчин будет отдана урологии (андрологии), поскольку предполагается, что врачи-урологи, имеющие специализацию в области андрологии (заболеваний мужских половых органов), привлекаются к оказанию «специализированной медицинской помощи сексологическим больным при выявлении следующих сексуальных расстройств, имеющих органическую причину: снижение полового влечения (либидо), обусловленное различными формами гипогонадизма; врожденные и приобретенные заболевания и травмы, приводящие к изменению формы и размеров мужских половых органов, препятствующих проведению нормального полового акта (гипоспадия, эписпадия, экстрофия мочевого пузыря, врожденное искривление полового члена, болезнь Пейрони, кавернит, кавернозный фиброз, патологическое укорочение, частичная или полная ампутация полового члена); эректильная дисфункция (васкулогенная, нейрогенная, послеоперационная вследствие сахарного диабета, обусловленная гипогонадизмом); расстройства эякуляции (преждевременное семяизвержение, задержка семяизвержения, ретроградная эякуляция, гемоспермия, анэякуляция); расстройства оргазма (боли во время или непосредственно после семяизвержения)». Здесь, как видно, осуществляется сомнительная попытка разделения «сфер влияния», исходя из постулата наличия четко очерченных вариантов психогенных и органических расстройств. При этом, к примеру, в урологии и крови к наружным половым органам и/или увеличением оттока от них венозной крови фиксируемое при соответствующем исследовании опять же в условиях лаборатории. Не говоря уже о безусловной гипердиагностике при таком подходе совершенно недооценивается психофизиологический или психопатологический компонент «расстройств» кровообращения, который не только присутствует, но и является главным звеном их генеза как в норме, так и при патологии. Об этом, кстати, напоминают производители соответствующих фармакологических средств (ингибиторы ФДЭ-5), указывающих в инструкции на то, что обязательным условием эффективности препаратов является сексуальная стимуляция. Эрекция при их приеме возникает лишь у 65 — 70% пациентов (плацебо у более 25%) и несмотря на первоначальную эйфорию от применения ингибиторов ФДЭ-5 в лечении ЭД, в настоящее время доказано, что они эффективны далеко не у всех мужчин. Примерно половина пациентов прекращает прием ингибиторов ФДЭ-5 в силу различных причин, среди которых одна из ведущих, по нашему мнению, недооценка самими

пациентами и их врачами именно существенного вклада психогенного компонента в формирование фазы возбуждения и пренебрежительного отношения к необходимости его коррекции. Понятно, что с учетом всего изложенного результатом разработки соответствующих стандартов оказания помощи станут последствия, о которых позже придется пожалеть, в первую очередь, конкретным объектам охраны мужского здоровья — нашим мужчинам, а опосредованно, естественно, — и их партнерам.

Способ решения проблемы также очевиден, на наш взгляд, — это интеграция усилий специалистов смежных профессий на основе общих обучающих программ и взаимодействия в рамках совместных научно-практических форумов, совместных заседаний научных обществ и комиссий с привлечением всех заинтересованных специалистов. Здесь уместно отметить, что из трех запланированных на этот год форумов отечественных специалистов по охране здоровья мужчин, — два в Минске и Санкт-Петербурге — не включают в состав организаторов представителей сексологического сообщества нашей страны. Исключение составил, лишь 12-й Российский научно-образовательный Форум традиционно проводимый в Москве, из года в год наглядно демонстрирующий, что только безусловный выход за рамки «узко цеховых» интересов и догм и постоянный обмен результатами объективного анализа эффективности и перспективности используемых стандартов сексологической помощи может обеспечить столь необходимый прорыв в области формирования системы взглядов на восстановление и поддержание мужского здоровья и долголетия в нашей стране.



ПРОКОПЕНКО
Юрий Петрович,

кандидат
медицинских наук,
ведущий сотрудник
Научно-методического
Центра
медицинской сексологии
и сексопатологии,
г.Москва

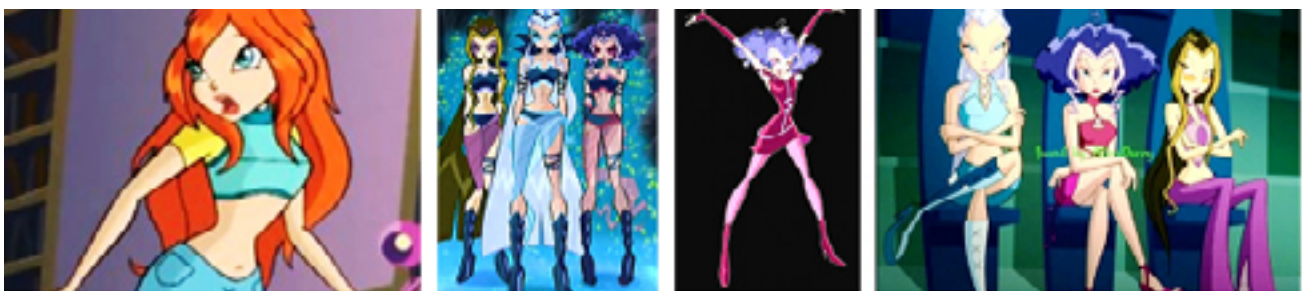
МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ. ДЕЛА МУЖСКИЕ

ФАКТОРЫ РИСКА НА ЭТАПАХ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МУЖЧИНЫ

Процесс психосексуального развития отражает биосоциальную природу человека, в идеале приводя к образованию гармоничного сочетания полового влечения и психологического обоснования интимных отношений с представителями противоположного пола в рамках социальной приемлемости данного общества. Однако, если с улучшением питания, гигиены, здравоохранения в рамках развития цивилизации биологические факторы влияния постепенно ослабевают, то социальные нагрузки на психику ребенка-подростка-юноши возрастают. Это может приводить к размыванию четких половых ролей, ослаблению естественной агрессивности сексуального поведения, образованию locus minoris сексуальности, как таковой.

Среди факторов возможного негативного воздействия можно выделить следующие:

1. Эротизация детской продукции, в частности, игрушек и мультфильмов, подчеркивающих половые различия и вызывающих преждевременный интерес к информации, являющейся содержанием последующих этапов психосексуального развития. Это, казалось бы, самые детские фильмы, например, Холодное сердце, Храброе сердце, сериал про Артура, Астробой и другие.



Кадры из мультсериала про кукол Винкс. Представьте эти же сцены в «живом» исполнении. Есть ли сомнения, что это не порнография?



← Еще один образчик из того же сериала — это тоже НЕ детская порнография?

Или японский сериал «Наруто» →



Прекрасные мультфильмы, затрагивающие самые тонкие струны не только детской души — Рапунцель, Холодное сердце — на фоне заостренной сексуальности героев и героинь: тонкая прорисовка подробностей, тешащих взгляд взрослых, но явно преждевременных для разглядывания детьми, не прошедшими полноценные этапы психо-сексуального развития.



Взгляните на кадры из мультфильмов, которые смотрят дети, начиная с 3-4 лет: подчеркивание сексуальности, вызывающее весьма положительную реакцию у взрослых, становится ориентиром для детей в возрасте, не позволяющем критически оценивать подаваемую информацию. В результате идеалы, вдалбливаемые в детский мозг, остаются в тех же укромных уголках, где до преклонных лет живут назидания мамы, папы, бабушки — значимых третьих, с призраками которых не на жизнь, а на смерть воюют взрослые невротики.



Единственный мультфильм из этой серии, вероятно, многие из вас еще помнят: Бременские музыканты с принцессой в мини-юбке. Вспомните свое отношение к этой картине в далеком шестьдесят девятом году. Для меня, девятиклассника, это был шок — и я до сих пор с тайным удовольствием смотрю именно на эти персонажи. А что говорить о еще более сексуализированных мультфильмах сегодняшнего дня?

К сожалению, я не нашел вызывающие кадры из последнего шедевра мультпоказа — Холодное сердце. В нем есть сцена, в которой главная героиня скидывает с себя груз прошлого и превращается у самодостаточную и самоуверенную молодую женщину. Она идет прямо на камеру, вызывая покаяние бедрами, и тщательно выписанные складки платья послушно прилегают к ее лобку и животу. В исполнении живой актрисы такая сцена была бы расценена, как минимум, на 16+. А в мультисполнении — старше четырех лет!

2. Доступность информации сексуального и порнографического содержания для детей и подростков любого возраста, при том, что этот интерес уже пробужден мультфильмами и игрушками. Эта доступность может приводить к нарушению последовательности этапов психосексуального развития, обесцениванию межличностных отношений в сексе, извращению социальной роли интимных отношений. Эта доступность обеспечивается, прежде всего, если не исключительно, интернетом.

Среди посетителей сайта просветительской сексологической направленности (ничего криминального, только взвешенное просвещение профессиональным врачом-сексологом) 10% посетителей младше 18 лет, а младше 10 лет — 8% мальчики, 14% девочки от всех несовершеннолетних.

Вопросы, задаваемые ими, можно разделить на практически равные половины: то, что у взрослых можно было бы отнести к псевдо-импотенции, то есть преувеличенные, порой фантастические запросы по отношению к себе и к партнеру; и невротические, то есть отражающие уже сформировавшиеся механизмы сшибки между хочу и могу. Вопросы, имеющие целью простое получение информации, встречаются крайне редко.

Понятно, что тут имеет место естественный отбор, выявление заболеваемости по обращаемости, а не по обследованию, тем не менее, даже такая однобокая статистика не может не вызывать настороженности.

Бесконтрольное пользование интернетом приводит к тому, что каждый восьмой несовершеннолетний подвергается сексуальному насилию в сети. От агрессивной сексуальной и порнографической рекламы до личных писем со стороны посетителей каких-то сайтов, связанных с обсуждением интимной тематики. Каждый восьмой! В то время, как в реальной жизни цифры ниже практически на порядок. В результате нарушения этапности психосексуального развития становятся почти неизбежными. И тем больше этот риск, чем меньше возраст потерпевшего.

3. Социальные эксперименты (запланированные или стихийные), стремящиеся подменить понятие половой роли гендерным подходом, что не позволяет занять твердое и обоснованное место в категориях «мужчина-женщина» и «мужчина-мужчина».

Несмотря на то, что указанные влияния затрагивают, в основном, личности с некой ослабленной биологической почвой, массивные и разносторонние влияния в рамках наиболее активно посещаемых точек просвещения и воспитания создают реальную угрозу смазанных, маловыраженных нарушений процесса психо-сексуального развития, но зато в массовых объемах.

Затягивание этапов психо-сексуального развития, размытость границ перехода от одного этапа к другому, малая энергонаполненность и низкая личная значимость происходящих изменений в связи с доступностью интимной информации и спокойным отношением значимых третьих к получению и содержанию этой информации создает локус минорис в самих основах социального аспекта сексуальности.

Современная модная политика терпимости, толерантности хороша для благополучного, социально стабильного общества и социально зрелых людей — взрослых, подчеркиваю — взрослых — его членов. Но не стоит забывать, что социальные воздействия не могут быть позитивными, если не учитывают биологическую природу человека. Поэтому искусственное изменение уровня напора, агрессивности, соперничества — понятий, которые недаром всегда были, да и сейчас остаются символами мужественности, — приводит к подрыву самой природы полового поведения у мужчин.

То же касается и природы женственности: сексуализация «домашнего» поведения самки наряду с маскулинизацией социального поведения не позволяют женщине быть естественным звеном в продолжении рода. Ей, женщине, очень часто приходится выбирать между социальным и биологическим предназначением, жертвуя чем-то одним, хотя эта жертва, чего бы она ни касалась, на самом деле оказывается лишь данью моде или предрассудкам.

Согласно теории Овертона — очень рекомендую всем с ней ознакомиться, например, [здесь](#) — она кратко иллюстрирована в несколько строчек:

ОКНА ОВЕРТОНА
последовательность перестройки общественного сознания

- ▶ **КАК ЭТО СМЕЛО!**
- ▶ **ПОЧЕМУ БЫ И НЕТ?**
- ▶ **ПОДМЕНА ТЕРМИНОЛОГИИ**
 – **ПОДМЕНА ПОНЯТИЙ**
- ▶ **ТАК И НАДО**
- ▶ **В ХОРОШЕМ СМЫСЛЕ...**
- ▶ **МЫ ЗДЕСЬ ВЛАСТЬ**

В рамках этой технологии мы сейчас находимся на стадии «мы здесь власть», то есть на стадии принятия обществом нового, недавно неприемлемого положения вещей. Эффективность этой технологии доказана многократно в рамках новейшей истории: легализация гомосексуальности, процесс признания нормальной педофилии, детской

эвтаназии, стирание различий полового поведения в рамках гендерного подхода и терпимости и др. Противопоставить размыванию половой роли мужчины и женщины можно только одно — реальные организационные действия по профилактике смешения понятий пола и воспитанию согласно половым различиям, не допускающим бесполое смешение детей в аморфную массу бисоциалов и бисексуалов.



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 Ассоциации сексологов и андрологов Украины и РНСО.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ. ДЕЛА МУЖСКИЕ

СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ

Универсальный сексопатологический синдром у мужчин — синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. Представлены данные научных исследований автора относительно формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин, патогенеза сексуальных дисфункций, обусловленных им, его сексологических и несексологических проявлений, общие сведения о терапии этого синдрома.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) — один из наиболее часто диагностируемых и универсальных сексопатологических синдромов у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Детально он был изучен в СССР во второй половине 80-х — начале 90-х гг. XX в.^{1, 2}. В западной литературе СТОСН известен под названием «fear of sexual failure» (страх/боязнь/опасение сексуальной неудачи). Основным в этом синдроме является опасение/страх невозможности выполнить половой акт или нарушения способности к полноценному его осуществлению. Это состояние максимально проявляется в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

СТОСН может существовать в двух ипостасях: в форме тревожного опасения сексуальной неудачи, которая характеризуется навязчивыми мыслями о возможной сексуальной неудаче и гиперконтролем напряжения полового члена (если опасение касается прогнозируемых расстройств эрекции), а также в форме страха сексуальной неудачи (коитофобии)³, характеризующегося более

выраженной представленностью эмоционального компонента навязчивости и сопровождающегося описанными нами выраженными вегетативными нарушениями

1 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. — М., 1992. — 46 с.

2 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1995. — 279 с.

3 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. — URL: <http://1rsss.blogspot.com/2012/09/32012.html> (дата обращения: 15.08.2013)

(см. ниже). При этой форме в случаях, когда речь идет о прогнозировании больным расстройств эрекции, выраженный гиперконтроль напряжения полового члена также присутствует. Следует иметь в виду, что термин «коитофобия» не следует сводить только к боязни потерпеть фиаско при попытке осуществления полового акта, что и лежит в основе страха его проведения. Коитофобия может быть обусловлена и другими факторами⁴.

Среди обращающихся за сексологической помощью СТОСН чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (в МКБ-10 относится к рубрикам F40.1 и F42) приходится наибольшее число случаев. Вместе с тем данный синдром диагностируется и при некоторых расстройствах личности (психопатиях), а также у больных с эндогенной психической патологией, например, при шизофрении. Кроме того, СТОСН часто усугубляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ИНИЦИАЦИЯ

Как свидетельствуют наши исследования, существуют три варианта формирования рассматриваемого синдрома^{5, 6}. В первом случае его появление предшествует возникновению сексуальных нарушений (доманифестное формирование). Во втором — первые сексуальные контакты с новыми партнерами непременно сопровождаются тревожным ожиданием неудачи, что ведет к копулятивным «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекают без изъянов, так как СТОСН довольно быстро ликвидируется (манифестное формирование). Третий вариант характеризуется развитием названного синдрома после возникновения сексуальных нарушений (постманифестное формирование). У большей части больных с последним вариантом формирования СТОСН он развивается остро или подостро (спустя одну или несколько неудачных попыток), а у меньшей — постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходит довольно продолжительный период времени: месяц — годы).

Инициировать развитие СТОСН могут боязнь последствий мастурбации (в настоящее время исключительно редко); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим и эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (проведение интимной близости в несоответствующих условиях); неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций;

4 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. – URL:<http://1rsss.blogspot.com/2012/09/32012.html> (дата обращения: 15.08.2013)

5 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

6 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

негативная оценка сексуальных качеств мужчины его сексуальной партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных другой патологией и мн. др.^{7, 8}

Среди внутренних причин, способствующих возникновению этого синдрома, следует, в частности, назвать тревожно-мнительные черты характера, которые наблюдаются при некоторых акцентуациях характера и расстройствах личности (психастеническая и сенситивная акцентуации, ананкастное расстройство личности). В ряде случаев вызывающими факторами являются именно внутренние, в то время как экзогенные (психогенные) лишь способствуют развитию СТОСН^{9, 10}.

ПАТОГЕНЕЗ

Проведенные нами исследования по изучению патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи^{11, 12} показали, что в их возникновении участвуют нарушения церебральной нервной регуляции, обусловленные дисфункцией мезодизэнцефальных структур, которая имеет место во время интимной близости. На развитие этих расстройств может оказывать влияние снижение секрета тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия^{11, 12, 13}. Также существует психологическая модель формирования СТОСН (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1986), обосновывающая его развитие с позиций концепции психологических функциональных системных механизмов. Ранее были предложены модели, объясняющие возникновение сексуальных дисфункций, обусловленных характеризуемым синдромом, опирающиеся на нейродинамическую концепцию И.П. Павлова, учение о доминанте А. А. Ухтомского (С.И. Грошев, 1967), теорию двух фаз Моврера (G. Kockott, 1980), а также теорию функциональных систем П.К. Анохина (С.Т. Агарков, 1984).

7 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

8 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

9 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

10 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

11 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

12 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

13 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин и эндокринные механизмы сексуальных дисфункций / Г.С. Кочарян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – N 4. – С. 57–62.

СЕКСОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

Проведенные нами клинические исследования выявили следующее. Среди сексологических симптомов у больных неврозом ожидания неудачи чаще других встречаются расстройства эрекции (гипоэрекция, анэрекция, неустойчивая и ундулирующая эрекция, торпидное возникновение напряжения полового члена), реже — расстройства эякуляции (в подавляющем большинстве случаев — ускоренное семяизвержение). Несколько реже эякуляторных расстройств наблюдается снижение либидо и значительно реже — легкая гипооргазмия. Названные симптомы могут существовать изолированно и в различных сочетаниях^{14, 15, 16, 17, 18}.

При упомянутом неврозе страдают как адекватные, так и (в более выраженных случаях) спонтанные эрекции (дневные, утренние, ночные). Наиболее сохранными из спонтанных эрекций являются ночные, так как именно в этот период опасение неудачи и связанный с ним гиперконтроль напряжения полового члена либо вовсе отсутствуют, либо выражены в минимальной степени^{14, 15, 16, 17, 18}.

Помимо отмеченных копулятивных нарушений, у половины больных выявляется симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который выражается частичной или полной блокадой сладострастных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей во время интимной близости^{14, 16}.

Интенсивность опасений/страха сексуальной неудачи претерпевает изменения даже на протяжении небольших промежутков времени, что естественно сказывается на половых функциях. Так, отмечается снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном состояниях, что, в ряде случаев, может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Кроме этого, незапланированные половые акты часто бывают более полноценными, чем запланированные, а иногда даже безупречными, так как в первом случае упомянутые опасения/страх либо не успевают «включиться» в полной мере, либо вообще не успевают «включиться»^{14, 15, 16, 17, 18}.

Нами выделены следующие симптомообразующие факторы, участвующие в формировании копулятивных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи:

14 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. — М., 1992. — 46 с.

15 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи и его сексологические проявления / Г.С. Кочарян // Сексология и андрология. — Киев, 1992. — Вып. 1. — С. 103–106.

16 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1995. — 279 с.

17 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и характеристика сексуальных дисфункций / Г.С. Кочарян // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8, №2. — С. 108–115.

18 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и особенности эрекции дисфункций / Г.С. Кочарян // Проблемы медицинской науки та освіти. — 2002. — №2. — С. 42–44.

1. «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозируются больным (эрекционные, эякуляторные, а может быть, те и другие);
2. эмоциональное напряжение;
3. гиперконтроль половых функций;
4. сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН;
5. личностные реакции на половое расстройство;
6. сексуальная дизритмия;
7. основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений (например, гипозрекция может обусловить увеличение продолжительности полового акта или даже анэякуляцию). Первые из четырех вышеназванных факторов специфичны для СТОСН, а остальные таковыми не являются и могут участвовать в формировании копулятивных нарушений при любых других формах сексуальных расстройств^{19, 20, 21}.

У большей части мужчин невроз ожидания неудачи ведет к возникновению сексуальных расстройств и всегда занимает стержневое место в их структуре. У меньшей части пациентов этот невроз усугубляет течение половых расстройств, изначально вызванных другими причинами, и чаще играет вспомогательную роль в их организации^{19, 20}.

НЕСЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Как свидетельствуют наши исследования, у больных неврозом ожидания неудачи в обстановке интимной близости отмечаются психовегетативные нарушения, которые в случае коитофобии могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симптоматико-адреналового или смешанного характера. Симptomатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявляются учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. Очень редко имеют место неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случае смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше явлений, у пациентов наблюдаются затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха,

19 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

20 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

21 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и характеристика сексуальных дисфункций / Г.С. Кочарян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, №2. – С. 108–115.

урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко — позывы к мочеиспусканию и чувство жара^{22, 23, 24}.

Нами выявлено, что у больных характеризуемым неврозом во время интимной близости имеют место различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах)^{22, 23, 24}.

Помимо представленной симптоматики, у мужчин с неврозом ожидания неудачи нередко в течение всего дня преследуют мысли о сексуальной несостоятельности. У них могут обнаруживаться различные проявления астенического синдрома, а также снижение настроения, подчас достигающее уровня субдепрессии или даже депрессии. У части пациентов фиксируются отсутствовавшие до развития характеризуемой патологии повышенная мнительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носят динамический характер и нивелируются после ликвидации сексуальной проблематики^{22, 23}.

Нами выявлено, что очень часто у больных неврозом ожидания неудачи во время и вне интимной близости отмечаются различные изменения поведения. В первом случае речь идет об использовании ими приемов психической саморегуляции сексуальных функций: самовнушения, переключения внимания, эротической аутосенситизации. Последняя представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление телесного контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях. Эти приемы направлены либо на борьбу с тревожным опасением неудачи, либо непосредственно на улучшение половых функций. Различная степень результативности использования указанных приемов в различные периоды времени наблюдается примерно у половины мужчин^{22, 23, 25, 26, 27}.

Изменения поведения, имеющие место у больных характеризуемым неврозом вне интимной близости, как показали наши исследования, неоднозначны и отличаются

22 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

23 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

24 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: характеристика психовегетативных и психосенсорных расстройств / Г.С. Кочарян // Дерматология Косметология Сексопатология. – 2002. – 1–2 (5). – С. 69–72.

25 Кочарян Г.С. Приспособительное поведение мужчин во время интимной близости, обусловленное сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. № 1 (26). – С. 42–49.

26 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи и поведенческая адаптация, сопряженная с интимной близостью / Г.С. Кочарян // Здравоохран. Белоруссии. – 1991. – №7. – С. 52–56.

27 Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

по степени сложности и осознанности. Это могут быть исключение общения с женщинами на сексуальном, эротическом или даже платоническом уровне; гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых, интенсификация учебы, уход в работу и выполнение общественных нагрузок (сублимация); различные варианты обесценивания женщин, достигаемого за счет работы механизма психологической защиты; компенсация своей сексуальной недостаточности более внимательным отношением к супруге и помощью ей в выполнении домашней работы, а также стремлением дополнительными заработками пополнить семейный бюджет. С целью ликвидации сексуальных нарушений мужчины в ряде случаев по собственной инициативе прекращают употреблять алкогольные напитки, курить, начинают заниматься различными оздоровительными системами. Фиксируются и многие другие трансформации поведения, например, алкоголизация^{28, 29, 30, 31, 32, 33}.

НЕВРОЗ ОЖИДАНИЯ НЕУДАЧИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ

Следует отметить, что существуют два альтернативных представления о так называемом неврозе ожидания (А.М. Свядощ, 1982). Согласно первому из них, невроз ожидания — самостоятельная форма невроза, а согласно второму — особый вид невроза навязчивых состояний. При специальном клинико-психологическом обследовании больных неврозом ожидания неудачи нам удалось выделить 8 его типов^{29, 31, 34, 35}. Критериями для их выделения были осознание болезненности тревожного опасения/страха сексуальной неудачи, его патогенного влияния, а также наличие борьбы с ним. В результате проведенного анализа сделан вывод о том, что этот невроз представляет собой некий континуум. На одном из его полюсов находятся формы, где отсутствуют признаки, характерные для невроза навязчивых состояний, а на другом — варианты, которые обнаруживают эти признаки в полной мере. Указанный континуум как бы демонстрирует процесс постепенного накопления качеств, присущих неврозу навязчивых состояний. Возникает вопрос, чем можно объяснить

28 Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и паттерны поведения: современный анализ проблемы / Г.С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2005. – №4. – С. 20–33.

29 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

30 Кочарян Г.С. Синдром ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения / Г.С. Кочарян // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.

31 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

32 Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

33 Кочарян Г.С. Феномен сублимации и некоторые аспекты поведения больных с сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Армянский журнал психического здоровья. – 2010. – № 2 (3). – С. 22–28.

34 Кочарян Г.С. К вопросу о навязчивостях при неврозах / Г. С. Кочарян // Український вісник психоневрології. – Харків, 1995. – Т. 3, вип. 1. – С. 275–276.

35 Кочарян Г.С. О диагностическом понятии «невроз ожидания неудачи» / Г.С. Кочарян // Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств: Тез. докл. научно-практической конф. сексопатологов (г. Нижний Новгород, 21–23 апреля 1993 г.). – М., 1993. – С. 77–78.

тот факт, что при наличии патогенного влияния тревожного ожидания неудачи на сексуальную сферу и общее состояние нередко отсутствуют такие признаки, как чуждость опасений содержанию мышления, а также критическое к ним отношение. Одной из причин, объясняющей это, по нашему мнению, является специфика поведенческого акта, каковым является интимная близость. Так, если, например, абсурдность таких феноменов, как агорафобия и др. для больных совершенно очевидна, то тревожное ожидание неудачи в ряде случаев может восприниматься как естественная реакция на истинную или мнимую сексуальную несостоятельность. Этому также способствуют и такие варианты развития СТОСН, когда последний усугубляет течение половых расстройств, ранее обусловленных другой патологией, что тем более затрудняет процесс ориентации пациента в собственном состоянии. В соответствии с нашими наблюдениями, отсутствие осознания болезненности тревожного опасения/страха сексуальной неудачи и борьбы с ними еще вовсе не означает, что они не носят навязчивый характер. Так, в ряде случаев появление такого осознания и, соответственно, желания избавиться от указанного ожидания не приводило к ликвидации последнего. Это позволяет сделать заключение, что в ряде случаев навязчивость может быть и неосознаваемой.

Итак, какая же из двух, представленных выше, альтернативных точек зрения на невроз ожидания справедлива? Является ли он самостоятельной формой невроза или особым видом невроза навязчивых состояний?

По нашему мнению, каждая из названных точек зрения отчасти справедлива и имеет право на существование. Если сторонники первой могут в своей аргументации опираться на отсутствие у многих больных из этой категории всех или части признаков, обязательных для невроза навязчивых состояний, то сторонники второй с полным основанием могут приводить в пример те случаи, которые по своим характеристикам, безусловно, относятся к указанному неврозу. Опираясь на наши исследования, последние также вправе ссылаться на возможность существования неосознаваемых навязчивостей. Тем не менее всегда стоит вопрос о постановке диагноза. На наш взгляд, вряд ли целесообразно относить пациентов сексологического профиля с рассматриваемой патологией к различным классификационным рубрикам. Во всех случаях, какой бы точки зрения не придерживался врач, по-видимому, следует ставить диагноз «невроз ожидания неудачи», который нашел отражение в патогенетической классификации сексуальных расстройств у мужчин Г.С. Васильченко (1977)^{36, 37, 38, 39}.

36 Кочарян Г.С. К вопросу о навязчивостях при неврозах / Г. С. Кочарян // Український вісник психоневрології. – Харків, 1995. – Т. 3, вип. 1. – С. 275–276.

37 Кочарян Г.С. О диагностическом понятии «невроз ожидания неудачи» / Г.С. Кочарян // Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств: Тез. докл. научно-практической конф. сексопатологов (г. Нижний Новгород, 21–23 апреля 1993 г.). – М., 1993. – С. 77–78.

38 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

39 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ТЕЧЕНИЕ

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что существуют континуальный и альтернирующий варианты течения невроза ожидания неудачи^{40, 41, 42}. При первом из них СТОСН существует в течение какого-то определенного времени практически постоянно, а при втором — он то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте течения данного невроза СТОСН может быть как тотальным (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и селективным (быть выраженным только по отношению к определенной партнерше). В последнем случае половые акты, проводимые с другими женщинами, протекают без изъянов.

Как указывалось ранее, нами также был выявлен такой вариант СТОСН, который может быть назван синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи инициального периода⁴¹. Речь идет о тех случаях, когда тревожное ожидание неудачи неизменно появляется при одном или нескольких первых сексуальных контактах с новой партнершей, однако в процессе привыкания к ней довольно быстро ликвидируется наряду с обусловленной им сексологической симптоматикой. Так, например, у одного из наших пациентов такое явление отмечалось в течение 15 лет.

Нами также выделены андроцентрический вариант СТОСН (мужчину беспокоят только его собственные сексуальные проблемы), феминоцентрический его вариант (пациента в основном беспокоят переживания женщины и ее состояние в связи с существующим у него половым расстройством) и смешанный, сочетающий в себе характеристики того и другого вариантов. Следует отметить, что андроцентрический вариант СТОСН характеризуется большей тяжестью по сравнению с феминоцентрическим^{40, 41, 42}.

Характер течения невроза ожидания неудачи зависит от личностных характеристик и партнерской ситуации. Так, например, при наличии черт тревожной мнительности, ссор и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве) возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения характеризуемого невроза с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

Проведенный нами анализ сексуальной коммуникации в супружеских (партнерских) парах, когда у мужчин диагностируется невроз ожидания неудачи, свидетельствуют о том, что существует декомпенсирующий и, как это не

40 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. — М., 1992. — 46 с.

41 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1995. — 279 с.

42 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: клинические варианты и динамика / Г.С. Кочарян // Сексология и андрология. — Киев, 1996. — Выпуск 3. — С. 120–123.

парадоксально, компенсирующий вариант влияния половых расстройств, где диагностируется указанный невроз, на сексуальную гармонию. Второй из названных вариантов упомянутого влияния наблюдается редко и обусловливается увеличением по инициативе пациента продолжительности предварительного периода для усиления эрекции, что приводит к возникновению у партнерши оргазма, который не возникал у нее до развития полового расстройства у мужчины. При отсутствии сколько-нибудь значимого воздействия сексуальных нарушений на характеризуемую гармонию можно констатировать, что и до их появления оргазм у женщин никогда не возникал при половых контактах. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния связано с небольшой выраженностью копулятивных дисфункций у мужчин. В этих случаях оргазм у женщины наступает также часто, как и раньше, и не развивается дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов у обоих партнеров^{43, 44}.

СТОСН, в том числе и невротического генеза, диагностируется у женщин, страдающих сексуальными расстройствами, гораздо реже, чем у мужчин. Он обычно выражается опасением невозможности в очередной раз пережить оргазм.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение больных со СТОСН невротического генеза предполагает использование психотерапевтических методов и биологической терапии. Превалирующей при этой патологии следует считать психотерапию. Из психотерапевтических воздействий применяются приемы разъяснительной, рациональной, когнитивной, рационально-эмотивной и позитивной терапии, которые направлены на объяснение механизмов сексуальных расстройств, коррекцию масштаба переживаний, обучение конструктивным способам мышления в создавшейся ситуации. В этой связи могут быть названы такие, предложенные нами, техники, как «ложный сигнал», «расширение сознания», «сопоставление по аналогии», «снижение ранга значимости сексуальных расстройств», «психотерапия с учетом механизма проекции» и др.⁴⁵

Для лечения больных с названной патологией используется самовнушение, в том числе контрастное; аутогенная тренировка (включая разработанный нами ее ускоренный вариант для лечения сексуальных расстройств — Г.С. Кочарян (1987, 1988, 1991); гипносуггестивная терапия (гипносуггестивное программирование и моделирование); нейролингвистическое программирование (в частности, разработанный нами способ коррекции поведенческих программ — Г.С. Кочарян, 1992, 1994), адаптированный и апробированный нами для лечения больных со

43 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. — М., 1992. — 46 с.

44 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1995. — 279 с.

45 Кочарян Г.С. Когнитивные приемы в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Мир сексологии. — 2012. — № 3, часть 1. — URL: <http://1rss.blogspot.com/2012/09/32012.html> (дата обращения: 06.09.2012)

СТОСН (Кочарян Г.С., 2001) «метод взрыва навязчивости» (К. Андреас, С. Андреас, 1994), техника «взмаха» (Р. Бэндлер, 1994); специальные техники, используемые для ликвидации страха сексуальной неудачи: «мнимый запрет» («запретный плод»), «медовый месяц» (К. Imielinski, 1974) и обладающее психотерапевтическим действием «гинекологическое положение» (К. Imielinski, 1971, 1974), «вербальное раскрепощение» (С.И. Грошев, 1967), «чистосердечное признание» (S. Kratochvil, 1985), «охранная грамота» (А.М. Свядош, 1982), «эмоционально-стрессовое самовнушение с использованием идеомоторной маятниковой пробы» (А.В. Гришин, 1988), лечебный петтинг (С.В. Владимиров-Клячко, 1972; С.С. Либих, 1990), «система эротической сенситизации» (Г.С. Кочарян, 1987); когнитивно-поведенческая «техника остановки мыслей» (J. A. Vain, 1966); десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ) Френсиса Шапиро (1998); приемы секс-терапии, которые по механизму своего действия следует отнести к поведенческой терапии, и др.^{46, 47, 48, 49}

В связи с тем, что интимная близость представляет собой парный поведенческий акт, и от каждого из участников во многом зависит ее качество, следует привлекать жен (сексуальных партнеров) в качестве сотерапевтов. При этом следует учитывать, что не только сексуальная техника влияет на качество сексуальных контактов. Существенное воздействие на него оказывают психологические отношения между мужчиной и женщиной. В связи с этим используется такой вид психотерапевтических воздействий, как супружеская терапия. В тех же случаях, когда в формировании нарушений отношений между супругами участвуют другие члены семьи, возникает необходимость в применении семейной терапии. Также существуют рекомендации по использованию групповой терапии, однако она употребляется при рассматриваемой патологии довольно редко.

Для лечения СТОСН невротического генеза применяется медикаментозное лечение и физиотерапия (например, локальная декомпрессия полового члена, приводящая к его значительному увеличению, что может оказывать выраженное психотерапевтическое влияние). Из медикаментозных средств преимущественно используются транквилизаторы и гораздо реже малые нейролептики, назначаемые в небольших дозах. Их прием в индивидуально подобранных дозах рекомендуют приблизительно за 1–2 часа до интимной близости. В том случае, когда речь идет о выраженной общей невротической симптоматике, наблюдающейся и вне указанной близости, возникает необходимость в курсовом назначении лекарств вышеперечисленных групп, а также в применении адаптогенов, антидепрессантов

46 Кочарян Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи: традиционные, новые и новейшие техники / Г.С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2004. – №2. – С. 17–29.

47 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

48 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

49 Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

(при выраженном снижении настроения), средств, влияющих на метаболические процессы головного мозга (ноотропы), и других лекарственных средств. Следует отметить, что антидепрессанты-ингибиторы обратного захвата серотонина широко используются в психиатрии и для лечения тревожно-фобических расстройств.

Необходимо указать, что медикаментозное лечение и физиотерапия должны обязательно психологически потенцироваться, что усиливает их лечебное действие.

В настоящее время в связи с революционными открытиями в фармакологии (силденафила цитрат, варденафил, тадалафил) лечение больных со СТОСН стало более эффективным. Применение этих препаратов за некоторое время перед половым актом в сочетании с транквилизаторами, а иногда и без них, может обеспечить проведение качественных половых актов, что само по себе в ряде случаев может привести к редукции СТОСН.

Следует специально подчеркнуть, что часто речь может идти о сексуальных нарушениях смешанной этиологии, когда СТОСН выступает в качестве лишь одного из структурных компонентов, участвующих в организации целостного полового расстройства. В этих случаях, естественно, объем биологической терапии значительно расширяется.

Хотелось бы специально остановиться на возможных рекомендациях по проведению лечения пациентов с селективным вариантом СТОСН в тех случаях, когда с женой нет никаких сексуальных затруднений, а во внебрачной связи они имеют место. Некоторые врачи могут принять позицию моралиста и отказать больному в лечении на том основании, что внебрачных связей не должно быть. Другие могут заявить мужчине, что он не способен быть любовником. По нашему мнению, исходить из постулата, что семья во всех случаях незыблема (что бы ни случилось и какими плохими ни были бы отношения между супругами) — это абстракция, не подтверждаемая реальной действительностью. Но даже когда речь идет о малозначимых для пациента связях, ему не следует внушать, что он не может быть любовником (например, в связи с тем, что у него слабая половая конституция). Кроме возникновения комплекса неполноценности такими воздействиями ничего нельзя добиться. Более правильно в указанных случаях объяснить фиаско новизной ситуации и сменой партнерши, возможно, чувством вины. Мы считаем целесообразным дать мужчине возможность реализовать свои потребности, если связь с данной партнершей является для него значимой, а тем более ситуационно оправданной, а затем поступать так, как он сам считает нужным. Отказ пациента от внебрачных половых связей должен осуществляться исходя из позиции достаточности, а не невозможности⁵⁰.

50 Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. — Х.: Основа, 1995. — 279 с.



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 Ассоциации сексологов и андрологов Украины и РНСО

ПРАКТИКА ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ НЕУДАЧИ: ДВЕ ТЕХНИКИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Описаны две техники нейролингвистического программирования: способ коррекции поведенческих программ, который был разработан автором статьи, а также метод «взрыва» навязчивости, впервые апробированный и адаптированный им для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. Отмечается, что использование этих психотерапевтических техник позволяет значительно повысить эффективность лечения больных с данной патологией.

Большая частота синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) у мужчин и его универсальный характер привели к созданию различных техник психотерапии больных с данной патологией, а также адаптации и использованию для его ликвидации уже существующих методов и техник¹. Нами^{2, 3, 4} разработан высокоэффективный способ лечения, который следует отнести к НЛП. Он получил название «способа коррекции поведенческих программ» (СКПП) и в основном апробировался на мужчинах с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. К его достоинствам следует отнести:

1. быстрый лечебный эффект;
2. малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3–5 мин);
3. отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации);
4. возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий;
5. отсутствие каких-либо осложнений.

1 Кочарян Г. С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи: традиционные, новые и новейшие техники / Г. С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2004. – №2. – С. 17–29.

2 Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г. С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.

3 Кочарян Г. С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи / Г. С. Кочарян // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.

4 Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г. С. Кочарян. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.

Для понимания действия этого способа следует отметить, что при его проведении используется метод якоря, который является базовым для ряда техник НЛП. Якорь — это определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т. д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживание и связанные с ним ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно такое прикосновение сможет вызвать это переживание и данные ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, которое предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название «якорения» («постановки на якорь»). Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (наложение кинестетического якоря), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым происходит коммуникация), запах и т. д.

СКПП реализуется в два этапа. Целью первого этапа является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. На втором этапе оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и терапевт сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать данный образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости → мелькание → исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего

возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова «... и может так случиться, что ...». После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде, либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить. Точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта в начальном периоде первого этапа.

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная («здоровая») программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнерами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы («... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной» и т.д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего числа лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как

правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий. При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

В труднокурабельных случаях синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи хорошо зарекомендовал себя апробированный и адаптированный нами^{5, 6} метод «взрыва» навязчивости (МВН)⁷, который также как и СКПП, относится к арсеналу терапевтических техник НЛП.

Следует отметить, что в ряде случаев тревожное опасение сексуальной неудачи весьма устойчиво по отношению к психотерапевтическим воздействиям. Очень редко оно не ликвидируется даже при отсутствии сексуальных дисфункций, что может быть обусловлено, например, наличием психастенического характерологического радикала, особенно тогда, когда его выраженность достигает уровня расстройства личности (психопатии). Иногда, как свидетельствует наша клиническая практика, после ликвидации фобического компонента, сопровождающего навязчивое опасение, копулятивная дисфункция (обычно в этих случаях речь идет о расстройстве эрекции) не исчезает, что определяется наличием навязчивого гиперконтроля напряжения полового члена, обусловленного сохраняющимся выраженным идеаторным компонентом рассматриваемой патологии.

Итак, в случаях недостаточно эффективной курабельности пациентов может быть использован МВН. Он является примером «техники порога, в которой вы берете

5 Кочарян Г. С. Метод «взрыва навязчивости» в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи / Г. С. Кочарян // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 2001. – № 517. – С. 95–98.

6 Кочарян Г. С. Современная сексология / Г. С. Кочарян. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.

7 Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП [пер. с англ.] / К. Андреас, С. Андреас. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.

очень сильную реакцию и УСИЛИВАЕТЕ ее, вместо того чтобы пытаться ее ослабить или устранить. Вы усиливаете ее так стремительно и так быстро, что в определенной точке она переходит порог и «лопается». Это очень похоже на надувание воздушного шара. До некоторого момента каждый вдох делает шар больше. Однако если вы продолжите вдвухать воздух в шар, он в конце концов лопнет. После того как он лопнул, вы не можете вернуть шар, забрав назад последнюю порцию воздуха. ... Другим примером является перегибание куска металла или проволоки до тех пор, пока они не переламываются. После того как они сломались, вы не можете вернуть этот кусок проволоки простым ее разгибанием»⁸.

Как известно, в подавляющем числе случаев любые инновации имеют свою предысторию. В этой связи следует упомянуть о так называемом методе наводнения из средств бихевиорального арсенала, который ранее назывался «импловзивной терапией». Стампфл, разработавший этот метод, предположил, что многократное представление неприятных сцен должно вести к снижению их «потенциала тревожности» через угасание (T. G. Stampfl, D. J. Lewis, 1968). Он утверждает, что суть стратегии импловзивной терапии заключается в том, чтобы побудить пациентов встретиться лицом к лицу со своими кошмарами и «привести эти кошмары в замешательство»⁹.

Приведем два клинических примера, когда терапевтический эффект был достигнут нами в результате использования МВН у больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В первом из них использовался «многократный метод храповика», а во втором — «одноразовое усиление субмодальности» (в данном случае аудиальной).

ПРИМЕР 1

Больной Г., 20 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), селективный вариант. При обращении предъявлял жалобы на то, что когда вступает в половую связь с женщиной, то вначале ощущает страх («мандраж»). В это время возникают мысли, что опять «не встанет член» и опять ничего не получится с женщиной, после чего начинает контролировать напряжение члена по ощущению («мозгом») и с помощью глаз (визуально). Если эрекция выражена менее чем на 100%, начинает думать: «Почему я с женой жил хорошо, а с другими женщинами у меня возникают сложности?», и при попытке провести половой акт «он (член) совсем падает».

В связи с предъявленными жалобами проводилась психотерапия, что привело к ликвидации фобического компонента, сопровождающего тревожное опасение

8 АндреасК., АндреасС. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП [пер. с англ.] / К. Андреас, С. Андреас. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с. – с. 128

9 по Нельсон-Джоунс Р. (Nelson-Jones R.) Теория и практика консультирования [пер. с англ.] / Р. Нельсон-Джоунс. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.

неудачи, однако гиперконтроль напряжения полового члена остался. Тогда нами было принято решение о применении МВН. Мы выяснили, что контроль напряжения полового члена усиливается при увеличении громкости внутреннего голоса, предполагающего неудачу при интимной близости, и носит навязчивый характер («пробовал отвлечься, но ничего не получается»). Предваряющая метод «взрыва» навязчивости беседа строилась следующим образом: «Каждая мысль в своей интенсивности может существовать только до определенного предела. Если данную границу пересечь, то навязчивость исчезнет». В связи с этим был приведен пример с воздушным шаром, который при его надувании может увеличиваться только до определенной величины, при достижении которой он неминуемо лопается. Также было отмечено, что при усилении голоса на каком-то этапе могут появиться неприятные ощущения. Для того чтобы достигнуть положительных результатов, их, однако, необходимо перенести и не отступить на полпути (обычно в таких случаях мы приводим метафорические примеры из соответствующих сказок).

Непосредственно сеанс проводился следующим образом:

Первый цикл. «Сядьте, услышьте свой внутренний голос и представьте, что он усилился, либо представьте, что бы было, если бы он усилился».

Пациент слышал свой внутренний голос и представил, что его громкость неуклонно нарастает. При усилении этого голоса появился, а потом (до возможного максимального предела) усилился шум. Затем мы предложили вернуть внутренний голос к прежней громкости. Ему это удалось. Однако шум остался, хотя и ослабел.

Второй цикл. Опять предложили усилить звук. В результате он достиг такой же интенсивности, как и в первый раз, но сопровождающий шум был меньше. Пошли дальше по пути усиления внутреннего голоса. При этом он немного усилился, а шум стал более интенсивным (более интенсивным, чем во время первого цикла). Пациент отметил, что больше не может усилить громкость голоса. Потом мы вновь предложили ему вернуться к исходному уровню его звучания. При этом шум не исчез, а уменьшился в своей выраженности до уровня, который имел место в конце первого цикла.

Третий цикл. Вновь пошли на усиление громкости внутреннего голоса. Когда его интенсивность достигла степени, которая имела место во время второго цикла, попытались усилить ее еще. В результате эта интенсивность достигла большого уровня. Сопутствующий шум стал такой же силы, как и во второй раз. Затем вновь вернулись к прежней звучности внутреннего голоса, и опять остался слабый шум.

Четвертый цикл. Когда в четвертый разначали повышать громкость внутреннего голоса, шум достиг такого же уровня, как и во время третьего цикла, а громкость внутреннего голоса нет. Однако затем она все же была достигнута, а потом

удалось добиться еще большего ее усиления. Пациент отметил, что слышит очень сильный голос (!). В это время мы предложили ему услышать такой по силе звук, которого он никогда ранее не слышал («фантастически сильный звук, удивляюще сильный, изумляюще сильный»). «Поднимайтесь по склону горы к ее вершине. Когда достигнете ее, увидите потрясающе прекрасный вид и перейдете в другую реальность, реальность здорового человека. Уже слышит такой силы звук, которого он никогда раньше не слышал (!)». Попросили его оставаться на достигнутой высоте в течение некоторого времени. Однако больной заявил: он чувствует, что не сможет удержаться на этом уровне. Тогда предложили ему вернуться к исходной силе внутреннего голоса и отдохнуть. Когда он это сделал, сопутствующий шум остался, однако был слабее, чем в конце предыдущего цикла.

Пятый цикл. После очень небольшого (1–2 мин) отдыха (больной устал) мы предложили пациенту предпринять решительный штурм. Перед этим сказали ему, что «... нужно максимально мобилизовать все возможности своего организма, всю силу своей фантазии, чтобы услышать такой сильный звук, которого вы никогда раньше не слышали. Наберитесь терпения, чтобы услышать неправдоподобно громкий звук для того, чтобы перейти в другую реальность, „реальность лопнувшего воздушного шара“, так как нельзя бесконечно усиливать любой звук, также как и бесконечно надувать шар. Все настойчивее стремитесь услышать все более и более сильный звук». Пациент отметил, что шум достиг большей силы, чем в прежний раз (!). Проводилась мотивировка к «преодолению», которая помогла бы ему добраться до вершины горы к своему здоровью. Внутренний голос стал еще сильнее (!). Предложили удерживать его на том же уровне («может быть, количество перейдет в качество»). Однако пациент больше не мог повышать интенсивность своего внутреннего голоса. Тогда мы предложили ему вернуться к прежней громкости последнего. В конце характеризуемого цикла отметил, что шум отсутствует, однако ощущает чувство давления в лобной части головы. Затем мы предложили пациенту открыть глаза.

Через 1–2 мин попросили пациента представить себя в обстановке интимной близости. Он отметил, что внутренний голос меньше, чем раньше, побуждает его к гиперконтролю. В результате нами был сделан вывод о том, что достигнут некоторый положительный эффект.

Шестой цикл. Был предпринят очередной «штурм» с новыми силами. На этот раз была достигнута такая же громкость внутреннего голоса, как и в 5-й раз, но шум был слабый. Перед тем как она была достигнута, мы побуждали клиента полностью мобилизовать себя для усиления громкости. Когда вернулись к исходному уровню силы звука, то не было ни шума, ни давления в голове.

После окончания этого цикла провели проверку результативности проведенной терапии. Пациент отметил, что теперь при представлении интимной близости

гиперконтроля напряжения полового члена как такового нет, и только прилагая специальные усилия, он начинает контролировать эрекцию. Сделан вывод о достижении хорошего результата, что подтвердилось при сексуальных контактах.

Анализируя этот случай, следует отметить, что хотя громкость внутреннего голоса и достигла такого уровня, с которым клиенту никогда не приходилось встречаться в реальной жизни (услышал такой силы звук, которого никогда раньше не слышал), однако при проведении сеанса он не почувствовал ощутимого прорыва. Вместе с тем наступило выздоровление. В этой связи следует привести следующее высказывание, которое объясняет, что происходит в подобных случаях: «Многие люди не замечают, когда переходят порог, в особенности, если реакция должна сделаться очень интенсивной, прежде чем лопнуть. Но если вы немного подождете, чтобы вашей кинестетической системе хватило времени заново успокоиться, вы можете обнаружить, что принуждения больше нет»¹⁰.

ПРИМЕР 2

Больной Т. 39 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). Из-за расстройства эрекции не может совершить половой акт. Собирается жениться. После проведенной интенсивной психотерапии фобический компонент, сопряженный с тревожным опасением сексуальной неудачи, нивелировался, однако осталась навязчивая фиксация на напряжении члена, что ведет к отключению от восприятия женщины во время предварительного периода. Обуславливает фиксацию внимания на члене внутренний голос, сомневающийся в успехе интимной близости. Сам больной характеризует свою проблему следующим образом: «При возникновении эрекции мозг как бы автоматически отключается от женщины, и как бы внутренний голос спрашивает, а будет ли эрекция сильнее или нет, а вот если я сейчас начну вводить член, то он потеряет эрекцию? Бывает, что контроль сначала отсутствует и тогда введение члена происходит, но сразу же внутренний голос начинает сравнивать ощущения от ласк, допустим, груди, с ощущениями, связанными с введенным членом. Затем возникает мысль о том, не пропадет ли эрекция, и, в конечном счете, так и происходит».

Было принято решение применить метод «взрыва» навязчивости.

Техника. Предложили пациенту представить предварительный период и услышать свой внутренний голос. Отметим, что это ведет к гиперконтролю напряжения члена. Попросили уменьшить громкость внутреннего голоса. Это привело к уменьшению фиксации на напряжении члена. Вначале, однако, он не уяснил инструкцию: все не мог понять, как это внутренний голос может иметь громкость. Тогда мы подошли по-иному и начали говорить (когда пациент закрыл

¹⁰ АндреасК., АндреасС. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП [пер. с англ.] / К. Андреас, С. Андреас. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с. – с. 133

глаза), что он находится в предварительном периоде и его внутренний голос звучит нечетко, расплывчато и отдаленно. Это привело к тому, что больной перестал фиксировать внимание на члене и полностью сосредоточился на женщине. Потом предложили вернуть голос к исходной громкости. Затем сказали, что громкость голоса увеличивается. Сначала пациент не смог выполнить эту инструкцию. Он отметил, что сейчас внутренний голос звучит слабее, чем при интимной близости, а также тише, чем на начальном этапе выполнения описываемой техники. Звучит на грани исчезновения. Затем мы опять предложили ему услышать внутренний голос обычной громкости, такой, который он обычно слышит во время предварительного периода. Он опять не смог этого сделать. Тогда мы сказали, что подождем пока это не случится, и что не его голос должен им управлять, а он должен управлять своим голосом. Потом больной услышал голос обычной громкости. Затем предложили ему увеличить ее. Однако это не удалось осуществить. Тогда нацелили его представить, что внутренний голос звучит громче, и это дало возможность его усилить. Пациент представил, что голос звучит сильнее, и это увеличило контроль напряжения члена. Затем попросили его представить, что голос звучит еще громче (для облегчения выполнения инструкции мы рассказали о реостате, с помощью которого свет в зале кинотеатра/театра после окончания сеанса/представления становится все ярче и ярче). Для того чтобы в процессе выполнения техники исключить или уменьшить выход пациента из внутренней реальности, мы попросили его сигнализировать указательным пальцем правой руки об усилении громкости внутреннего голоса (поднять его в тот момент, когда эта громкость будет усилена до предела). Клиент выполнил эту инструкцию.

После окончания выполнения этой техники он рассказал, что параллельно с усилением громкости голоса у него начали усиливаться различные неприятные ощущения в организме, но когда он дошел до верхнего порога громкости, то пропал и внутренний голос и все неприятные ощущения, сопровождавшие его усиление. Затем мы подробно опросили клиента о том, что происходило с ним при усилении громкости голоса. На этот вопрос он ответил следующее: «Голос усиливался. Было давление в верхней части головы, неприятные ощущения в области горла, сжатие мышц щек. Затем наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу (его звучание)». Конкретизируя, что он испытал при прохождении «порога», пациент отметил: «Когда перешел барьер, голос пропал, пустоту своеобразную почувствовал».

Затем была проведена проверка результативности примененной терапии. С этой целью пациенту предложили представить себя в ситуации интимной близости. Однако он не смог этого сделать и не услышал свой голос. Потом попросили, чтобы он представил ласки и поцелуи. На этот раз ему это удалось, однако внутренний голос ему так и не удалось услышать. Раньше же при представлении интимной ситуации всегда слышал внутренний голос, отражающий неуверенность пациента в себе. Затем еще раз попросили его представить себя в интимной ситуации, но голос вновь не зазвучал. Сделан вывод о хорошем терапевтическом эффекте.

Через месяц после описанной терапевтической сессии мы связались с пациентом по телефону. Он рассказал, что после ее проведения его половая функция полностью нормализовалась (живет регулярной половой жизнью с женщиной, на которой женился после окончания лечения).

В данном случае, в отличие от предыдущего, в процессе проведения характеризуемой техники пациент совершенно четко ощутил, когда он перешел «порог» и вступил в новую реальность — реальность здорового человека («... наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу»).

Таким образом, приведенные примеры по использованию МВН свидетельствуют об его высокой эффективности при лечении терапевтически резистентных форм синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

В заключение следует отметить, что использование двух приведенных нами выше психотерапевтических техник значительно повышает эффективность лечения больных со СТОСН.

ПРАКТИКА ВРАЧА-СЕКСОЛОГА

НОВЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ



БЕЛЕДА
Ростислав Васильевич

кандидат
медицинских наук,
Московский центр
сексопатологии

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТАВЛЯЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ «UP&STAY»

«UP&STAY» представляет собой полнофункциональный набор препаратов на основе натуральных растительных компонентов, отличающихся специфическим влиянием на все органы, особенно репродуктивные. Это комплекс специально подобранных компонентов, традиционно используемых в восточной медицине на протяжении многих столетий. Входящие в состав этого препарата компоненты обладают не только свойством половой биостимуляции, но и являются природными адаптогенами и применяются для устранения дисфункции половой системы. Препарат улучшает и стабилизирует потенцию, стимулирует половое влечение, увеличивает частоту, длительность и выраженность эрекции, остроту и яркость сексуальных эмоций, предотвращает преждевременную эякуляцию, увеличивает до физиологического уровня ЛСГ, ФСГ, тестостерона без нарушения гормонального уровня. Препарат за счет своих ингредиентов одновременно и одинаково эффективно действует на психическую и органическую составляющие половой функции.

Чайный напиток «ИНКИ», кроме листа китайского зеленого чая дополнительно содержит порошок зелени петрушки, траву зверобой, семена аниса, тимьян и сублимированная морковь.

Сплатинат. Подавляет рост атеросклеротических бляшек в артериях полового члена, усиливает кровоснабжение половых органов, обладает пролонгированным действием.

Каринат и алликор. Каринат содержит 150 мг гранулированного чеснока, 1.5 мг бета-каротина, 5 мг витамина Е, 35 мг аскорбиновой кислоты. Препарат алликор содержит 150 мг чеснока посевного, стимулирующего деятельность нервных центров спинного мозга, управляющих центров и его потребление восстанавливает потенцию. Одновременный прием двух препаратов на основе чеснока обусловлен необходимостью потребления в дополнительных количествах серосодержащих аминокислот в условиях возрастной инволюции организма.

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ РЕЖИМ ПРИМЕНЕНИЯ:

Таблетированные препараты (Сплатинат, каринат и алликар) применяют внутрь утром и вечером по 1 таблетке во время еды. Чайный напиток «ИНКИ» готовят соответственно инструкции и применяют по полстакана 3 раза в день до еды.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА:

- профилактика возрастных инволюционных нарушений в половой сфере,
- различные проявления эректильной дисфункции у мужчин (вялая непродолжительная эрекция, преждевременная эякуляция и др.),
- восстановление сексуальных возможностей у мужчин, страдающих хроническим простатитом,
- профилактика синдрома хронической усталости,
- поддержание физической и умственной работоспособности в условиях постоянного действия стрессовых факторов,
- выполнение дефицита витаминов-антиоксидантов.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ:

Основным показателем является расстройство сексуальной сферы мужчин, зачастую сочетающееся со снижением жизненного тонуса, астеновегетативными проявлениями, снижением либидо, оргазма, развитием эректильной дисфункции для поддержания функционального состояния половой системы, активизации половой функции у мужчин разных возрастных групп

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Оценить эффективность и безопасность препарата «UP&STAY», а также выяснить механизм его действия.

КРИТЕРИЙ ВКЛЮЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА «UP&STAY»:

Препарат был испытан на 19 мужчинах возраста 19–64 (средний возраст 38 ± 9 лет). Все испытуемые состояли в браке или имели постоянного полового партнера и жили регулярной половой жизнью. Алгоритм обследования включал в себя тщательно собранный анамнез, объективные клинико-лабораторные данные, в том числе полученные с применением диагностических проб (внутрикавернозно 10 мг Каверждекта), воздействием ЛОД на половой член, определение эрогенных зон, биохимическое и гормональное обследование венозной крови, заключение уролога с УЗИ предстательной железы, Допплерография половых артерий члена и др. Исследованию подвергали мужчин половозрелого возраста в основном детородного, испытывающих затруднения в интимных отношениях, связанных со снижением либидо, оргазма или нарушением эрекции.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ:

Индивидуальная карта больного, осмотр и опрос пациента 1 раз в неделю или при необходимости, анкета СФМ (сексуальная функция мужская), анкета МИЭФ (международный индекс эректильной дисфункции), дневник ГТПО (профиль половых отношений).

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА:

Оценка складывалась из комплексной оценки динамики объективных и субъективных показателей с помощью специальной аппаратуры и анкетированных методов контроля.

Таблица 1. Эффективность терапии «UP&STAY» по показателям шкалы СФМ

Анализируемые показатели по шкале СФМ	До лечения	После лечения	Увеличение, %
Потребность в половых отношениях	2,3	2,9	26
Настроение перед сношением	2,3	2,7	17
Половая предприимчивость	2,2	2,8	27
Частота осуществления полового акта	1,7	2,9	70
Напряжения полового члена	1,6	2,8	75
Длительность сношений	1,8	2,9	61
Частота половых отправлений	2,0	2,8	40
Настроение после сношения	1,5	2,7	80
Оценка успешности половой жизни	1,6	3,3	87

Как видно из таблицы, особенно эффективными оказались данные, характеризующие органический характер поражения.

Таблица 2. Эффективность терапии по указателям шкалы МИЭВ

Анализируемые показатели по шкале МИЭФ	До лечения	После лечения	Изменения
Легкая степень (27%)	17	30	76,5
Средняя степень (50%)	16	27	68,8
Тяжелая степень (18%)	24	12	50
Суммарный показатель	57	69	21,1

Цифры, представленные в табл. 2, указывают на высокую эффективность препарата. Интегративные показатели половой функции после лечения представлены в табл. 3.

Таблица 3. Интегративные показатели половой функции после лечения

Анализируемые показатели	Общие суммарные показатели		
	До лечения	После лечения	Изменение, %
Удовлетворенность половым актом	14	26,1	86,4
Показатели эректильной функции	21,2	32,4	53
Оргазм	21,8	30,6	40,4
Общая удовлетворенность	26,8	37,4	39,5
Улучшение сексуальной функции	22,2	37,4	68,5

Препарат «UP & STAY» оказал весьма благоприятное действие на все Интегративные показатели полового акта.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ:**Таблица 4. Общая оценка результатов лечения**

Вопросы общей оценки цифры	Абсолютные	В процентах
Улучшило ли проведенное лечение Вашу эрекцию	17	89
Если да. Улучшило ли проведенное лечение Вашу сексуальную активность	16	79

Таблица 5. Изменения липидного спектра под влиянием 30-ти дневного лечения «UP&STAY»

Число обследованных: 19 мужчин				
Наименование исследуемого показателя	Исходные результаты	Результаты М±м	Показатель достоверности	Показатели предела допустимой нормы
	До лечения	После лечения		
Холестерин (Энзим)	4,8±0,98	3,2±0,07	P>0,05	3,6 – 6,5 ммоль/л
Альфа холестерин липопротеидов	1,5±0,06	2,1±0,08	P>0,05	0,8 – 1,8 ммоль/л
Пре-бета холестерин липопротеидов	0,98±0,03	0,63±0,04	P>0,05	2,58 – 5,0 ммоль/л
Бета холестерин липопротеидов	4,4±0,94	3,5±0,06	P>0,05	0,4 – 1,8 ммоль/л
Триглицериды	1,4±0,7	0,76±0,03	P>0,05	0,4 – 1,8 ммоль/л
Коэффициент атерогенности	2,4	1,97		до 3

Лечение препаратом «UP & STAY» оказывает чрезвычайно положительное влияние на липидный обмен в сторону его улучшения. Изменение кровотока в артериях полового члена до и после лечения «UP & STAY» показано в табл.6.

Таблица 6. Усредненные показатели доплерограмм артериального русла полового члена

Показатели			
	Линейная скорость (см/с)	Дорзальные артерии	Подчревные артерии
		Объемный кровоток (л/мин)	Линейная скорость (см/с)
Больные	20,9	1,54	19,2
Контроль	21,8	1,96	20,4

Судя по небольшим отклонениям, изменяющихся при повторных измерениях можно утверждать, что наблюдаемые изменения кровотока носят функциональный

характер. Содержание гипофизарных и стероидных гормонов в венозной крови у мужчин до лечения и после лечения препарата «UP & STAY» представлено в табл.7

Таблица 7

Наименование гормона	До лечения	После лечения
АКТГ, пг/мл	58.9±2.9	74.0±4.1
ТТГ, мкг/мл	5.2±0.7	7.6±0.8
СТГ, нг/мл	3.5±0.3	6.2±0.6
ФСГ, мЕ/мл	6.6±0.5	8.9±1.2
ЛГ, мЕ/мл	5.3±0.4	5.8±0.5
Пролактин, мЕ/мл	188.5±11.4	146.0±12.8
Кортизол, мкг/мл	11.9±0.9	16.6±0.9
Альдостерон, пг/мл	82.6±6.4	92.6
Прогестерон, нг/мл	0.8±0.2	0.4±0.1
Тестостерон, нг/мл	486.4±28.2	634.0±21.3
Эстрадиол, пг/мл	72.0±4.3	57.0±3.2

Показатели достоверности $p \geq 0.05$

Применение препарата «UP & STAY» в клинической практике показало, что он является высокоэффективным средством при лечении половых расстройств у мужчин, не дает побочных эффектов и осложнений и должен найти широкое применение в лечебной практике как в амбулаторных, так и стационарных условиях.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

БРАК И СЕМЬЯ В РОССИИ XXI ВЕКА



ЩЕГЛОВ

Лев Моисеевич,

доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Международной академии информатизации, Президент Национального института сексологии, г.Санкт-Петербург
проживающей в городах.

В настоящее время, несмотря на формальную клерикализацию российского общества и множасьщиеся мракобесные законотворческие инициативы, наблюдаются глобальные изменения традиционной системы взаимоотношений полов.

Сексизм (т.е. неравноправие полов) становится, особенно в молодежной среде, непопулярным, отношения мужчин и женщин становятся более демократичными во всех сферах общественной и личной жизни, стереотипы маскулинности и фемининности слабеют и теряют взаимоисключающий характер.

Понятно, что существенные изменения претерпевает и институт семьи. Прежде всего, это:

1. Изменение системы власти в семье. Эту тенденцию можно обозначить как процесс перехода от патриархальной семьи к эгалитарной (партнерской).

2. «Нуклеоризация» современной семьи. Здесь речь идет об «одно-двухпоколенной» семье, особенно

3. Резкое снижение многодетных семей.

В последние годы произошли колоссальные изменения в психологии людей, нацеленных на брак, их установки и экспектации переориентировались с ценностей, сложившихся у дедов и родителей на совершенно иные.

В недавнем прошлом семья базировалась на таких, казалось бы, нетленных ценностях, как:

- Брачность.
- Сексуальность.
- Репродукция.

Общий смысл этих ориентиров предполагал раз и навсегда взятые обязательства по отношению к супругу, сексуальность, реализуемую преимущественно с супругом, и рождение детей исключительно в браке.

В настоящее время возникают и формируются новые ценности брака. Это, прежде всего:

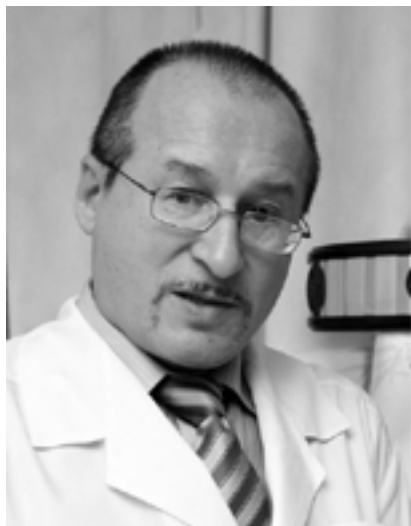
- Адаптация.
- Интимность.
- Автономия.

Молодые люди ищут в супруге возможность максимальной совместимости наряду с сохранением права на самореализацию и некоторую автономность в добровольном союзе.

Понятно, что в силу происходящей смены основных ценностей брака следует ожидать достаточно выраженного количества разводов, что свидетельствует о процессе переориентации смыслов семейной жизни.

СОЦИОКУЛЬТУРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

ЭГОДИСТОНИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ СОВРЕМЕННОЙ ГЕНДЕРНОЙ РАССТАНОВКИ НА МУЖЧИН



ПРОКОПЕНКО
Юрий Петрович

кандидат
медицинских наук,
ведущий
сотрудник Научно-
методического
Центра
медицинской
сексологии и
сексopatологии,
г.Москва



ШИГАБИЕВ
Александр Николаевич
социолог

Состояние проблемы эмансипации, феминизации, равенства полов в последние годы разительно изменилось. На смену первоначальным задачам и лозунгам о равноправии мужчин и женщин, о предоставлении женщинам определенных прав пришли совершенно другие.

Добившись равноправия, феминизм пытается завоевать преимущества. «Они часто себе противоречат, ведь цель феминизма — борьба за независимость женщин, в том числе финансовую», — указывает германский публицист Томас Гестеркамп (Thomas Gesterkamp). Речь о том, что женщины начинают активно охотиться на обеспеченных мужчин, используя весьма неблагоприятные методы.

На мужчин возлагаются различные виды ответственности:

- Ответственность за агрессивность.
- Ответственность за пассивность.
- Ответственность за женский оргазм.
- Ответственность за свою эрекцию.
- Ответственность за беременность (в том числе, нежеланную для мужчины).
- Ответственность за ребенка (в том числе, нежеланного и\или чужого).
- Ответственность за различия в физическом и\или психологическом статусе представителей обоих полов.

Растет число исков по признанию отцовства по отношению к детям возраста более 5 лет. Растет число громких процессов по признанию отцовства мужчинами, которые не имели вагинальных контактов с истицами, но чья сперма была использована для зачатия. Например, известная история с Борисом Беккером.

Все больше выходит фильмов, в особенности в США и Индии, в которых есть сцены избиения мужчин женщинами: постановочные трюки, связанные с ударами по гениталиям мужчины, членовредительством, убийством. По данным международной статистики, число таких сцен в фильмах, выпущенных в прокат в 2005–2010 годах по отношению к фильмам, выпущенным в 1995–2000 годах увеличилось в 14 раз. В то же время, сцены избиения женщин мужчинами сократилось в 9 раз. Хотя и ранее они не были распространены.

Яркий пример сказанного — клип Ноэль Галлахер, снятый в 2011 году, в котором женщина избивает мужчину на боксерском ринге в течение четырех с половиной минут — с показом крови, синяков, ударов по гениталиям.

[Noel Gallagher's High Flying Birds — Dream On \(Video\)](#)

По данным итальянского исследования, женщины все активнее пытаются вытеснить своих коллег-мужчин с их рабочих офисных мест, подавая жалобы в вышестоящие инстанции о нарушении гендерных соотношений работников и о притеснении женщин по половому признаку. Таким образом, речь идет не о преимуществах по профессиональным качествам, а о социальных мотивах изменения карьерной лестницы.

В связи с этими социальными процессами в Италии в 4 раза выросло число мужчин, которые для оценки женщин используют дефиниции «опасность, корысть, жестокость, охота, отрицание, подавление» и в 3 раза снизилось употребление слов «романтика, забота, ласка, любовь, поддержка, душа». Это явно свидетельствует о смене стереотипа взглядов на женщину со стороны мужчин: от романтически-покровительственного отношения к настороженно-выжидательному.

В германских СМИ в последние 2–3 года активно обсуждается тема антифеминизма. Представители этого течения долгое время находились в подполье, но теперь все активнее выступают в интернет-сетях. Они ведут себя агрессивно и убеждены, что в ФРГ у женщин слишком много власти и прав, а мужчины подвергаются дискриминации.

Но самой большой бедой в глазах антифеминистов является супружество. По мнению антифеминистов, домохозяйки держат мужей в кабале, бессовестно живя за их счет.

В таких дискуссиях феминистки подчеркивают, что мужчины преобладают на руководящих постах. А по уровню зарплат опережают своих бывших одноклассниц на 23 процента. А антифеминисты напоминают, что немецкие мужчины в среднем живут на 5,5 лет меньше, чем женщины.

Наконец, Россия.

В начале 2012 года было рассмотрение во втором чтении проекта закона РФ «О государственных гарантиях равных прав и свобод мужчин и женщин и равных возможностей для их реализации», который был принят в первом чтении в 2003 году и направлен в декабре 2011 для принятия.

В проекте закона постоянно употребляется термин «гендерный» — гендерные особенности, гендерные различия и т.д. В то же время о различия половых практически не упоминается. Таким образом, выделяется социальная роль человека и его пол — они отделяются. Что под этим скрывается? Почему речь не идёт о различии мужчин и женщин, но речь идёт и о различных социальных ролях? Это уже один из первых шагов государственного признания, что (как везде это в Европе принято) человек сам выбирает себе пол.

РПЦ отреагировала на проект закона очень быстро, ее представитель протоиерей Димитрий Смирнов заявил, что «проект представляет собой угрозу демографической безопасности России. Он несет опасность разрушения института семьи и базовых культурно-нравственных ценностей».

В одном из пунктов проекта предлагается ввести гендерные квоты на пол — 40%. То есть, не по профессиональным качествам, а по врожденным признакам. При этом речь идет о том, что в самой Госдуме на ведущих позициях должно быть не менее 40% женщин. Вот просто — должно быть, и все. Куда при этом денутся те мужчины, которые занимают эти места, не оговаривается. То есть, достаточно большое количество мужчин будет подвергнуто половой, вернее — гендерной, — дискриминации.

При этом не стоит забывать, что в России мужчин на 10 с лишним миллионов меньше женщин, а число работающих мужчин почти на миллион четыреста тысяч больше: 35 миллионов 60 тысяч против 34 миллионов 226 тысяч женщин (данные Госкомстата за 2009 год). При этом мужчин, работающих более 40 часов в неделю, примерно в два раза больше, чем женщин, а средняя зарплата женщин составляет 63% от мужской.

Но гендерные запросы феминисток касаются перераспределения только беловорточковой части трудовых резервов.

Российские законы о браке и семье все более становятся феминистскими. Например, выплата алиментов на детей со стороны бывшего мужа никак не контролируется в части расходов — были ли деньги потрачены именно на ребенка и на какие именно нужды. В результате мужчины жалуются, что их деньги уходят на покупку норковых шуб, а не на улучшение питания и содержания детей.

Неравенство полов в России бросается в глаза даже там, где о нем, казалось бы, не думают.

Вот, например, показывали торжественные сертификаты на материнский капитал. В соответствии со статьей 19 Конституции, мужчины и женщины в РФ имеют «равные права». Поэтому супруга получает 300 000 рублей, а супруг стоит рядом. Только интересно в качестве кого? В качестве доноров спермы? Или в виде наглядной иллюстрации к статье 61 Семейного Кодекса РФ, утверждающего, что «Родители в России имеют равные права, и несут равные обязанности в отношении своих детей»?

В результате политики государственной андрофобии, повсеместно нарушаются права мужчин.

— **Мужчины в России полностью лишены репродуктивных прав.** Все репродуктивные решения женщина в России принимает **ЕДИНОЛИЧНО**. Забеременев, она может сделать со своим будущим ребёнком всё, что захочет, независимо от того, состоит или не состоит в браке. Если женщина решит избавиться от ребёнка через легализованное детоубийство т.е. аборт, то согласие его отца (мужа) по законам Российской Федерации не требуется.

По каким причинам женщина идёт на аборт? Например, юный возраст, стремление не прерывать учёбу, недостаточная материальная обеспеченность, нежелание иметь детей именно от этого партнёра. Но все эти причины применимы и к мужчине! Однако, его интересы и желания никого не интересуют, их как бы не существует. В этой ситуации мужчина — просто некий биологический объект, зависимый от чужого выбора! Но Ответственность у него должна быть всегда! Хотя отвечает он за чужое решение.

Если женщина родила, то и в этом случае для мужчины ничего не меняется. При ее желании, мужчина может **НИКОГДА** не увидеть своего ребёнка. Процедура развода в России осуществляется по требованию одной из сторон. При этом то, что другой супруг был вполне добропорядочным и лояльным, значения не имеет. Стандартная процедура матриархального суда: изъятие ребёнка у отца и **РАЗРЕШЕНИЕ** отцу видеть своего ребёнка — обычно 2–3 часа в неделю. При этом, если женщина захочет, то может прервать и эти «отношения», и никакой ответственности при этом нести не будет. В принципе, женщина может и в другой город переехать — она же свободный человек! В этом случае, у отца при оплате алиментов появится дополнительная графа: оплата алиментного перевода в зависимости от региона, куда поехала его бывшая жена, по тарифам почты России. То есть, мужчина, ничем не связанный с женщиной, оплачивает ее поступки, которые даже не зависят от него.

— **Мужчины в России дискриминируются в имущественных правах.** Это проявляется в перераспределении имущества и прибыли в семье после развода. Недавно Президент поручил правительству создать специальный фонд по выплате алиментов нуждающимся семьям на время поиска должника. Существующий у государства инструментарий по взысканию алиментов оказался неэффективным. А оплачивать работу этого фонда будет все тот же мужчина.

В 2011 году в России зафиксировано 550 тысяч (!) разводов, это значит, что в этих семьях был, как минимум, один ребенок. А почему мужчины бегут подальше от таких брачных уз? Реального ответа нет... А какие жилищные условия достаются отцу, находящемуся «в бегах»? И в каких условиях обычно остаются жена и дети? Мужчина, за редким исключением, влачит жалкое существование.

— **Де-факто с продолжительностью жизни «среднего» мужчины в 59 лет и пенсионным возрастом в 60 лет, а вскоре будет и больше, мужчины лишены в РФ права на пенсию!!!** Мужчина в течение всей трудовой жизни перечисляет часть своей заработной платы в Пенсионный фонд, и умирает, не дожив до пенсии. Женщины живут на пенсии в среднем 17 лет (!), мужчины (которые все-таки доживают до этого рубежа) — в среднем 7 лет.

Продолжительность жизни мужчин в России на 14 лет меньше, чем у женщин — это ЧЕТВЕРТЬ всей мужской жизни! В России имеет место сегрегация мужчин на опасных и вредных для здоровья работах. **Мужчины в РФ занимают 136 место в мире по продолжительности жизни.**

— **Мужчины в России дискриминируются через принудительную и неоплачиваемую службу по призыву.** Служба по призыву ставит мужчину в невыгодное положение в плане получения образования и карьерного роста.

— **Мужчины в России дискриминируются законодательно через систему представительных органов, распределение финансовых ресурсов в рамках госбюджета и социальных программ.** Интересы женщин в РФ отстаивают 2500 женских фондов и комитетов (!), работающих на средства госбюджета, т.е. тех же мужчин. В России действует сеть комитетов по «материнству и детству». Такой комитет есть и в Госдуме. Мужских комитетов нет ни на каком уровне.

— **Мужчины в России дискриминируются профеминистическими средствами массовой информации.** Преобладание передач о женщинах и для женщин бросается в глаза при просмотре программы передач любого телеканала. При этом преобладают такие передачи как «Мужчина и способы его дрессировки», «Воспитание жестокости у женщин и собак», «Тайны века. Как избавиться от мужа-тирана «Обижать не рекомендуется», «Так говорят женщины», «Женщины с обложки», «Сильные женщины», «Дневники шоугелз» (передача по духовному растлению молодежи!),

и так далее. На телеканале «Домашний» женских передач около 49! Хотя канал ДОМАШНИЙ, а вовсе не женский.

Там же для мужчин — полный перечень за 2012 год: «Опасные мужчины», «Весёлые мужчины» (хорошо, что ещё не клоуны!), «Мужчины как женщины», «Мачо не плачут», «Мужская работа» (почти ежедневно), «Мужские истории» и один раз — «Сильные мужчины» (25.06.12 — в 06.00 утра!?).

Книжные новинки из той же серии: «Как воспитывать мужчин, используя стандартные приёмы, применяемые при дрессировке собак», «Мужчины, как автомобили: типы, виды и эксплуатация», «Особенности, повадки и дрессировка мужчин», «Курс настоящей стервы», «Стерва ищет мужа, или Кто не спрятался я не виновата!», «Современные амазонки: встретить, влюбить, властвовать! Практическое пособие по поиску мужу». Ни одной книжки с обратным соотношением полов не существует.

— **Мужчины в России дискриминируются через андрофобское законодательство, правоприменение и антимужской правовой дискурс.**

В Уголовном Кодексе полностью неравноправные и неадекватные наказания за мужские преступления и индифферентное отношение к преступлениям женским, таким как аборт, ложное обвинение в изнасиловании, насилие над детьми, воспрепятствование свиданиям отца с ребёнком и т.д. Разные наказания за одинаковые преступления, например, за убийство ребёнка, в среднем, мужчина получает в 3 раза больший срок, чем женщина, за убийство супруги мужчина получит в 4 раза больший срок, чем женщина.

В российском УК существуют более 13 льгот и привилегий специально для женщин, хотя УК утверждает, что «все граждане России равны перед законом, независимо, в том числе, и от пола». Женщинам чаще выносятся условные наказания. Женщины могут раньше выйти на свободу по условно-досрочному освобождению. Например, основанием для последней амнистии для женщин стало наличие у них малолетних и несовершеннолетних детей. Почему их наличие не учитывается для мужчин-преступников? Отец не так важен для них?

В феврале 2013 года жительница Уфы забила насмерть скалкой своего 13-летнего сына за то, что тот поменял настройки в компьютере. В 2005 году она же убила своего мужа — отца ребенка. Суд принял во внимание, что она была психически здорова, но находилась в состоянии аффекта. Учитывая наличие у нее малолетнего ребенка (этого самого сына), было назначено условное наказание. Таким образом, убийство мужа было прощено — и были созданы условия для убийства сына. Только отец стоял между сыном и обезумевшей женщиной — и его-то безнаказанно убили первым.

Современный ОФИЦИАЛЬНЫЙ брак не имеет никакого отношения к традиционной патриархальной семье, а представляет собой разновидность матриархального сожительства, средство подавления и ограбления мужчин.

Что получает мужчина в современном официальном браке?

Верность жены? — **НЕТ.** Она даже формально не предусматривается законодательством. Изменившей жене НИЧЕГО сделать нельзя. А изменяют даже по официальным опросам около 70% жен?!

Детей? — с большой вероятностью он будет лишен даже общения с детьми после развода. После развода 60-70% женщин активно препятствуют общению отцов с детьми, и нет эффективного официального способа усмирить их.

Уверенность в завтрашнем дне? — **НЕТ!** В РФ распадаются 80% браков!

Сохранность и приумножение своих средств? — **НЕТ!** Грабительское деление «совместно» нажитого, потеря недвижимости, кабальные бесконтрольные алименты, шантаж и вымогательство именем детей наиболее вероятны.

Гарантированный безопасный секс? — **НЕТ!** По подсчетам специалистов средняя американка отказывает своему партнеру 127 раз в году, то есть, практически через день. Аналогичные данные по Голландии. При этом французы, по статистике, занимаются сексом 152 раза в год, американцы — 149 раз, россияне — 135. То есть, 50 % отказов. Женщины используют секс для шантажа и давления на мужа.

Комфорт и здоровье в семейной жизни? — **НЕТ!** Мужчины подвергаются психологическому (а часто и физическому!) насилию со стороны жен. Семья перестала быть для мужчины местом отдыха, это арена еще одной войны.

Распадается 80% официальных браков! В 75–80% случаев инициатива развода исходит от женщины. Это говорит о том, что нынешний матриархальный тип брака не приносит удовлетворения ни мужчине, ни женщине. Мужчина инстинктивно ожидает от брака обретения тыла и эмоциональной поддержки, а вместо этого получает эксплуатацию и эмоциональный террор. Женщина ожидает либо сильного ответственного мужчину — вожака, либо обретения значительных материальных благ без выполнения обязанностей. А вместо этого получает вялого неэффективного безответственного крепостного мужчину и жалкие подачки от государства.

В настоящее время Россия занимает одно из первых мест в мире по количеству мужчин, не состоящих в браке! И каково нашим женщинам? Их и так в России подавляющее большинство, на 13-15 миллионов больше, чем мужчин, да еще добавьте к этому — нежелание мужчин заводить семью. 21 млн. взрослых мужчин не хотят в России вступать в брак!

Единственный выход из создавшейся ситуации — повернуться лицом к мужчине. Если мы этого не сделаем, ситуация будет только ухудшаться.

Так и хочется сказать: огромная Любовь, дарованная Женщине, чаще всего бесцельно расходуется на примитивную, посредственную жизнь, на игру в святое материнство, за которым чаще всего стоит эгоизм, на постоянную борьбу с мужчиной и социумом, на перекладывание вины на других. Сегодня наибольший объем несвободы приходится на взаимоотношения между мужчиной и женщиной. За многие годы в них накопилось множество заблуждений и комплексов, а существующий институт брака отстает от жизни. В соблюдаемых нами светских и религиозных традициях он, чаще всего, является маленькой тюрьмой для самой пары и для детей!!!

Изменение этих условий антисуществования — задача, решаемая многообразными путями как на уровне государства, так и на местах, вплоть до самой ячейки общества. А начать, вероятно, нужно с создания государственной программы поддержки мужчин! Именно мужчин, а не малого бизнеса, развития района и т.д. Только сугубое внимание к здоровью и положению мужчины в обществе может остановить демографическую и этическую катастрофу в России.



КАЩЕНКО
Евгений Августович,

доктор
социологических
наук, профессор,
заведующий кафедрой
междисциплинарной
сексологии факультета
психологии ГЭТИ,
г.Москва

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

РАЗМЫШЛЕНИЯ О НАБОЛЕВШЕМ

Прежде чем рассуждать о половом просвещении, стоит определить эту основную дефиницию, под которой подразумевают ознакомление с информацией о сексуальности и часто называют сексуальным просвещением. Видов и способов подачи такой информации множество, как и ее качества. Вот последнее-то и вызывает возмущение противников полового просвещения, которые часто говорят об ознакомлении с сексуальностью, как о практике пользования презервативом или способах совершения полового акта. Но это все равно, что учить задувать свечи, вместо изучения религиоведения.

Невежество это или заблуждение? Трудно судить, но вспоминаются слова Жан-Жак Руссо о том, что «никогда незнание не делает зла; пагубно только заблуждение. Заблуждаются же люди не потому, что не знают, а потому, что воображают себя знающими».

Оптимальный взгляд на половое просвещение, предложенный специалистами ООН, звучит примерно так: половое просвещение есть соответствующий возрасту и культуре подход к связанному с половой жизнью и сексуальными отношениями преподаванию, обеспечивающему передачу и усвоение научной, реальной и объективной информации. Половое (сексуальное) просвещение дает возможность осмыслить собственные ценностные ориентиры и взгляды, приобрести навыки принятия решений, ведения диалога и снижения рисков, связанных со многими аспектами сексуальной жизни. И проводиться оно может только с учетом национального менталитета.

Поэтому все гораздо сложнее и шире, так как преподавание «про это» включает виды сексуальной культуры и стратегии полового поведения, нормы, ценности, установки, традиции, принятые в сексуальности, межличностные отношения и этику взаимоотношений мужчин и женщин на различных возрастных этапах. Физиология половой сферы — чаще только разовая лекция, где идет ознакомление с репродуктивной сферой и вопросами интимной гигиены. А девиациям уделяется то количество времени, которое необходимо для осознания разницы между нормальным и извращенным поведением в сексуальности. Гораздо труднее найти, почувствовать грань между эротикой и порнографией, определить критерии того и другого. Немалое время должно быть предоставлено типам, видам, характерам людей, изучению гармоничных отношений и выработке жизненной позиции по отношению

к различным явлениям сексуальности, религиозным, светским, национальным и моральным ценностям в деликатной области знаний.

В российском менталитете живет исключительная скромность и стыдливость рядом с хамством, пошлостью и невежеством. Грамотная оценка этой ситуации под влиянием на отечественную сексуальную культуру различных цивилизаций, средств массовой информации, интернета, социального окружения — вот первостепенное условие достойного полового просвещения. А типичные для невежд запреты, легкомысленные утверждения «С возрастом дети поймут», «Мы обошлись, и подростки смогут» формируют в обществе прямую угрозу семьи, партнерским отношениям, плодят к зрелости клиентов для психологов, пациентов для сексологов, несчастную паству для церкви. Выбирая путь отторжения сексуальной грамотности, мы губим себя и наших близких. Предлагая профессиональные знания о поле, даем перспективу радостному общению, счастливому будущему, устраняем комплексы, указываем нравственные ориентиры.

Во все времена вполне понятна позиция большинства церквей, которые против полового просвещения. Этот консервативный институт просто обязан быть оппонентом в решении вопроса «быть или не быть» сексуальной грамотности. Сотни лет по священным книгам-«учебникам» с четкими указаниями действий преподают так называемый половой вопрос; усваивают поощрения и наказания за отступления от принятых заветов и норм; священники выслушают, дают советы, наставления или порицания. Интересно, что с Библией и Кораном знакомы практически все ученые-сексологи, а учебники по современной сексологии священники не считают нужным читать. Конечно, это право каждого. Но все до поры до времени. Как и бывшее сопротивление освоению космоса, изучению компьютерной грамотности, овладению психологическими методами и техниками помощи людям...

В современном общественном мнении сложились две основные позиции по отношению к половому просвещению. (Попытка их перечислить есть в интернете: Понкин И.В. Половое воспитание школьников в России. Материалы к оценке ситуации. — URL: <http://www.ni-journal.ru/rez/8831581f> в журнале «Национальный интерес» института национальной стратегии реформ). Сторонники одной говорят о технической стороне секса: где, как, сколько раз, — т.е. это основные вопросы, которые подвергаются критике их оппонентами. Сторонники второй точки зрения на половое просвещение акцентируют внимание на морально-нравственной стороне. В их аргументах чаще звучат понятия «любовь», «чувство» и вопросы: кто, когда, почему?

Эти два полюса никогда не придут к примирению!

Причина — банальная: обе стороны игнорируют проблему единства телесного и чувственного компонентов. А именно в этом заключается проблема. И решение

ее — в третьем пути: в единении духовного и физиологического, нравственного и телесного. Чаще всего на одной стороне баррикад люди с религиозными взглядами, а на другой — с биологическим подходом. Объединить их сложно, но можно — через социокультурную концепцию сексуальности, где любовь — стержневое понятие. Или пойти еще вперед и освоить идеи приверженцев тривиумального подхода, где учитываются в единстве соматосексуальное, психосексуальное и социокультурное развитие. Именно здесь соединяются в одно русло разные потоки, формируя ключевую концепцию, где господствует гармоничное единение души и плоти в социокультурном окружении.

Абсолютно справедливо, что изучение поз по Камасутре, тренировка влагалищных мышц, поглаживание или наращивание пениса, натягивание кондомов и разглядывание порнокартинок, освоение техники орального и анального секса — не лучший, а чаще тупиковый путь в получении информации. Некоторые специалисты называют это направление «практической сексологией» — частью большего. Но почему противники полового просвещения видят только это направление? Да потому, что «шарлатанов от сексологии» стало очень много на экранах ТВ, потому что такие занятия дают организаторам быстрые и легкие деньги, потому что СМИ на своих шоу формируют фантастическую сексапильность, далекую от реальной жизни. Технике секса учить намного легче, чем формировать высокий уровень сексуальной культуры.

Половое просвещение — это тяжелый труд, которому нас никто прежде не учил. Между тем, в ряде стран, особенно на Востоке, этой проблеме уделяли внимание столетиями. Есть интересный опыт в Германии, Великобритании, Финляндии и других странах. ООН разработана специальная программа, где учитывается этот положительный опыт. Согласно нему программы эффективного полового просвещения могут:

- сократить неверную информированность;
- увеличить объем достоверных знаний;
- прояснить и укрепить позитивные ценности и взгляды;
- развить навыки, позволяющие принимать информированные решения и действовать, исходя из них;
- получить более широкое представление о групповых интересах сверстников и о социальных нормах;
- повысить уровень общения с родителями или другими пользующимися доверием взрослыми.

В нашей стране — свое, как всегда особенное, отношение к интимной сфере. Но взять лучшее и сложить с тем, что можно сделать в нашем обществе можно и нужно. Специалисты в области сексуального просвещения в нашей стране сосчитаны на пальцах. Профессионалов в области детства и юношества попросту нет в этой деликатной сфере. В лучшем случае самобытные интересные личности,

которым небезразлично будущее подрастающего поколения. Но без участия ученых-сексологов эти люди способны только ухудшить ситуацию, а не овладеть ею (как, например, произошло с известными «сексуальными энциклопедиями» Н. Фроловой).

Спросите себя, владеете ли Вы сексуальной лексикой? Способны про «это» рассказать своему ребенку, если он спросит? Можете ли поговорить с любимым человеком о ваших сексуальных отношениях без мата? Знаете ли Вы свои возрастные проблемы, кризисные этапы, особенности предстоящего климакса (о котором Вас могли, но не сумели, предупредить родители)? Что надо делать, если пропадает эрекция, которая прежде не подводила? Почему женщина требует оргазма? Куда пропало сексуальное влечение и как теперь себя вести? Вопросов наверняка будет больше, чем правильных ответов. А мы читаем статьи сторонников запрета полового просвещения. Директора школ бояться приглашать сексологов. В государственных психологических центрах сексологов нет. Родители молча кивают головой и получают очередные запреты или молчаливое равнодушие.

Чтобы половое просвещение было, и было достойным, необходимо в первую очередь самим взрослым повысить сексуальную грамотность. Серия книг «Откровенный разговор про это» всю проблему не решит. На это уйдут годы, если не десятилетия при сегодняшнем шквале законодательных запретов и отсутствии действенного участия государства в данном направлении работы. Именно государство может создать телефоны доверия, бесплатные консультации сексологов для населения, подготовку грамотных специалистов педагогов-сексологов и журналистов. Сегодня, кроме как у врачей-сексологов, которые призваны лечить, нет ни одной официальной должности в государственных структурах, где кто-то отвечал бы за вопросы связанные с сексуальностью. Музеи и выставки эротики, театральные постановки, выпуск газет и телепрограмм про это, научные форумы по сексуальному образованию создают и организуют в нашей стране только энтузиасты.

Правильный лозунг «сексуальное воспитание и просвещение должно проводиться в семье» выглядит лукавым закрытием темы. В семье о сексе говорить не принято, родители с детьми общаться на «эти» темы не умеют, старики давно плюнули на свою сексуальность. Замкнутый круг получается, на который одни ополчились, другие — боятся, и ничего не могут понять третьи. Одно время было много сторонников полового просвещения. Когда убедились, что им должны заниматься профессионалы, которых на всю страну не хватает, число противников возросло. По статистике сторонников и противников полового просвещения сегодня примерно 50 на 50 процентов. И ситуация не меняется в лучшую сторону.

В этих условиях действует небольшая горстка людей из Российского научного сексологического общества, которая не столько говорит и спорит, сколько инициирует и создает. Например, серию книг «Откровенный разговор про это» для взрослых, детей и подростков. Плюс очные и дистанционные курсы по обучению психологов-

сексологов, педагогов-сексологов и родителей. Переподготовку и второе высшее образование по сексологии. Участие в просветительских теле- и он-лайн передачах. Статьи и публикации в Интернете. Много чего, но мало в действительности. Для нашей страны этого мало...

Полтора века назад Федор Михайлович Достоевский отмечал устами Ивана Карамазова, что «множество русских... только о вековых вопросах говорят в наше время». Гений писателя отметил черту народа, который и сегодня, собираясь как прежде по трактирам, а сегодня — в интернете, только и делает, что говорит. Говорим и мы и о половом просвещении. А когда и кто работать будет? В современном стремительном информационном мире лучше будет всем, когда в интернете появится профессиональная информация о сексуальности, когда исследования будут достоверными, когда новые знания будут доступными большинству.

ИССЛЕДОВАНИЯ

БЕЛЕДА
Ростислав Васильевич

ТАКТАРОВ
Владимир Германович

сотрудники филиала
№ 1 ФГКУ ГВКГ им.
академика Бурденко
МО РФ и 7 ПНД

СОДЕРЖАНИЕ ГИПОФИЗАРНЫХ И СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У МУЖЧИН С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИИ.

В 2013 году сотрудники филиала № 1 ФГКУ ГВКГ им. академика Бурденко МО РФ и 7 ПНД провели исследование содержания гипофизарных и стероидных гормонов в венозной крови у мужчин с разными типами половой конституции. В результате появилась следующая информация:

№	Наименование гормона	Типы конституций			Показатель достоверности
		Сильная (N=63)	Средняя (N=63)	Слабая (N=72)	
1	АКТГ, пг/мл	86.4±3.7	68.9±3.3	57.8±2.9	P>0.05
2	ТТГ, мкг/мл	8.7±0.9	6.4±0.7	4.9±0.5	P>0.05
3	СТГ, нг/мл	6.4±0.8	5.6±0.6	3.3±0.4	P>0.05
4	ФСГ, мЕ/мл	10.6±1.4	8.1±0.9	6.3±0.7	P<0.05
5	ЛГ, мЕ/мл	7.4±0.9	6.2±0.6	5±0.4	P<0.05
6	Пролактин, мкЕ/мл	136.7±14.3	163.4±13.5	184.3±12.6	P>0.05
7	Кортизол, мкг/мл	20.4±1.3	15.9±0.8	12.3±0.9	P>0.05
8	Альдостерон, пг/мл	115.2±12.6	88.6±9.3	79.4±6.2	P>0.05
9	Прогестерон, нг/мл	0.3±0.01	0.5±0.2	0.9±0.04	P<0.05
10	Тестостерон, нг/дл	702.3±24.2	546.2±19.3	464.4±23.2	P<0.05
11	Эстрадиол, пг/мл	32.6±8.4	58.2±6	67.5±5.3	P<0.05

Как показал клинический опыт, лица со слабой половой конституцией имеют низкое содержание тестостерона венозной крови. Они зачастую внешне выглядят более слабыми. Чаще болеют. Заболевания переносят тяжелее и если провести прямую линию, параллельную нормальному содержанию тестостерона, то точки пересекутся при содержании 465 нг/дл, т.е. приблизительно 40 — 45 лет. И, как правило, мужчины с этой конституцией заканчивают половую жизнь в этом возрасте. У мужчин со средней половой конституцией линии пересекаются при содержании тестостерона 546.2±19.3 или 0.2, что приблизительно соответствует возрасту 60 — 65 лет и подавляющее большинство мужчин регулярную половую жизнь заканчивают. Точки их пересечения при содержании тестостерона 702.3±24.2, что соответствует возрасту 70 — 75 лет и выше. Данные показывают на тесную корреляцию между физическими и гормональным состоянием человека. Так, среди больных хроническим простатитом мужчины со слабой конституцией составляют 42.6%, а с сильной всего 12.1%.

Таким образом, для правильного и грамотного решения перед началом лечения у больного следует обязательно определять гормональный и ферментативный спектры.



КАРАГАПОЛОВА
Ирина Валерьевна

психиатр, слушатель курсов повышения квалификации «Психологическое консультирование в сексологии» 2014 года на кафедре сексологии факультета психологии ГЭТИ.

ИССЛЕДОВАНИЯ

ОБРАЗ ЖИЗНИ И СЕКСУАЛЬНЫХ ПРАКТИК ГЕЕВ И БИСЕКСУАЛЬНЫХ МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ.

Исследование представляет собой «Истории...», написанные на основании диалогов с тридцатью мужчинами Кыргызстана, определяющими себя, как геи или бисексуалы. Национальный состав респондентов представлен большинством национальностей, проживающих на территории Кыргызстана. Возраст проинтервьюированных мужчин — от 18 лет до 51 года.

Метод исследования:

Со всеми тридцатью мужчинами было проведено полуструктурированное глубинное интервью, основными темами которого являлись история жизни респондента, гомосексуальность и сопутствующие ей проблемы и потребности, образ жизни, сексуальные практики, отношение к ИППП и ВИЧ.

Схема интервью была разработана исследовательской группой.

В условиях «закрытости» геев и бисексуалов большинство мужчин для интервью помогли найти сотрудники организаций, работающих с группой. Часть мужчин является сотрудниками НПО, занимающихся защитой интересов геев и бисексуалов, часть являются клиентами этих организаций, а часть не пользуются услугами этих НПО и были найдены посредством личных контактов исследователей.

Интервью проводились на русском и кыргызском языках. Язык общения выбирался респондентом.

Полное исследование можно скачать [здесь](#).



ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

ТРИЛОГИЯ «ОТКРОВЕННЫЙ РАЗГОВОР ПРО ЭТО»

Ученые РНСО после появления закона РФ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» (2010) пристальное внимание обратили на взрослых. В результате на прилавках магазинов появилась серия из трех книг «Откровенный разговор про это»:

– **Кащенко Е.А. Откровенный разговор про ЭТО.** — М.: ЭКСМО, 2012. — 96 с.

– **Кащенко Е.А. Откровенный разговор про ЭТО с подростком / Е.А.Кащенко, А.Н. Котенева.** —

М.: ЭКСМО, 2013. — 344 с. (Переходный возраст).

– **Кащенко Е.А. Откровенный разговор про это с теми, кому за... / Е.А. Кащенко, А.Н. Котенева, Ю.П. Прокопенко.** — М.: ЭКСМО, 2014. — 384 с. (Переходный возраст).

Каждая книга этой трилогии адресована своему читателю. Первая книга серии адресована родителям с детьми от 6 до 12 лет. Вторая книга предназначена для родителей подростков и взрослых, работающих с теми, кто на этапе полового созревания готовится к взрослой жизни. Третья книга создана российскими сексологами: педагогом, психологом и врачом, которые постарались донести людям в инволюционном периоде достоверную информацию о сексуальности, советы, рекомендации и опыт сверстников.

В этих книгах российские сексологи впервые в современной отечественной литературе описывают сексуальность с целью формирования высокого уровня сексуальной культуры у граждан РФ. Книги вносят значительный вклад в российскую литературу и культурную жизнь за счет авторского подхода к сексуальности, интересных цифр и фактов, ярких метафор и широкого диапазона русского языка, интересных творческих находок и доступного для понимания писательского слога. В социокультурном контексте отечественного менталитета авторами даются ответы на многочисленные вопросы людей всех возрастов, с которыми они сталкиваются в повседневной жизни. В мире интимных отношений художественными средствами формируется хорошая сексуальная лексика и высокий уровень сексуальной культуры.

Книги самобытны по оформлению, где авторы предлагают читателю свое видение работы над литературой:

В первой книге с яркими и сочными иллюстрациями дается дозированная информация для детей о сексуальности с учетом российского менталитета. Они вместе с папой или мамой, бабушкой или дедушкой могут читать ее сидя рядом и вместе разглядывать картинки — формат предложен именно с этой целью. Взрослые, читая и комментируя книгу, могут показать себя знающими и грамотными, а классические эротические произведения помогут им сформировать сексуальную культуру.

Вторая книга оформлена как большой планшет. В первой части этой книги много юмора, короткой научной и объективной информации. А во второй части — словарь терминов, который

необходим подростку в целях его сексуального просвещения. Содержание книги основано на социологическом опросе и вопросах подростков, которые они задавали взрослым. В серьезных вопросах о сексуальности отразилось современное их половое поведение, запросы и потребности в знаниях по возрасту. Выбрав из всего массива наиболее часто повторяющиеся вопросы, авторы и дали на них ответы. Взрослые и родители, прочитав заранее эту книгу, смогут лучше представлять ровесников своего ребенка и вовремя дать подростку ответы на волнующие вопросы.

Третья книга о сексуальности людей преклонного возраста, которых часто исключают из списков половой жизни и оставляют вне мира интимных отношений. А зря. Этот замечательный возраст угасания длится дольше, чем все остальные возрастные процессы: детство, юность, молодость или зрелости. И в это время процветает сексуальная жизнь, умудренная опытом и умением. Авторы книги — сексологи: педагог, психолог и врач, — отвечают на вопросы пожилых людей, делятся научными знаниями, дают рекомендации и советы, рассказывают клинические случаи. Формат книги — наиболее привычный для пожилого человека. Жизненные истории в ней заставят подумать о себе и окружающих, вспомнить былое, утереть случайную слезу. Книга — революционна по содержанию, в ней впервые для россиян описываются формы половой жизни, присущие пожилым людям. Даются основные рекомендации по сохранению сексуального здоровья. Предлагаются десятки народных рецептов по повышению качества половой жизни. Эту книгу важно прочитать тем, кому еще не исполнилось 50 лет. Зрелые мужчины и женщины лучше будут представлять свое будущее, бережнее относиться к старикам, увидят свои перспективы, если вовремя поговорят с родителями о том, что их неминуемо ждет.

Данная трилогия — совместный авторский дебют в литературе по претворению в жизнь социальной программы РНСО при наличии большого числа публикаций у каждого из авторов. В прежних научных и научно-популярных произведениях речь шла о сексуальности людей зрелого возраста. Здесь же отступление от классических канонов научной речи и балансирование на грани с художественной литературой позволило написать данную серию книг таким популярным языком, который понятен каждому читателю, впервые столкнувшемуся с сексологией.

Трилогия выдвинута на соискание национальной литературной премии «Большая книга». Книги можно приобрести в интернет-магазине ЭКСМО.



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

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