

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



9
2015 года

Издается 2 раза в год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Е.А. КАЩЕНКО. Сексология для детей и взрослых..... 2

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК

А.Е. БЛИНОВ. Понятие и структура сексуального сценария..... 5

А.В. МИХЕЕВА. Традиционная индийская тантра и современная российская тантра: общее и различие..... 14

Т. А. ДОРОФЕЕВА. Сексуальность во время беременности. Психологические аспекты..... 18

О.Б. ЗАБЕЛИНА. Особенности психологического консультирования пожилых людей по вопросам сексуальности..... 25

Е.С.ЕРШОВА. «Не говори, не спрашивай», или К вопросу о внутренней гомофобии..... 30

И.В.КАРАГАПОЛОВА. О различии в дискурсах, касающихся трансгендерности в европейском пространстве и постсоветском регионе..... 34

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

Г.С.КОЧАРЯН. Виргогамия (девственный брак): клинические наблюдения..... 42

КРИМИНАЛЬНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: НА ЗАМЕТКУ ВРАЧУ

Г.Б. ДЕРЯГИН. Врачебный осмотр жертв сексуального насилия вне государственных судебно-экспертных учреждений..... 51

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ

Алкоголь и сексуально-репродуктивное здоровье..... 63

ДИСКУССИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

Е.А. КАЩЕНКО. Предложение по реформированию сексологии..... 67

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Е.А. КАЩЕНКО, А.Н. КОТЕНЁВА. Половое воспитание детей и подростков..... 70

Н.Д. КИБРИК, Ю.П. ПРОКОПЕНКО. Супружеская секс-терапия..... 71



КАЩЕНКО
Евгений Августович

главный редактор
журнала «Мир
сексологии»

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

СЕКСОЛОГИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Известно, что стресс — это адаптационная реакция организма человека на различные раздражители. Именно такую реакцию вызывает сложившаяся сегодня ситуация в России, где: 80% браков заканчиваются разводом (100% — Волгоградская область); число абортс превышает количество родов в самом репродуктивном возрасте; стремительно растет число инфицированных ВИЧ (по официальной статистике на ноябрь 2014 г. их число составило 864 394 человек и уже 171 555 инфицированных умерло), а также число заболеваний, передающихся половым путем у женщин 15–17 лет (в 2–8 раз превышает количество ровесников-мужчин).

К сожалению, не менее болезненное состояние вызывает целый комплекс государственных реформ, который коснулся медицинской сексологии за последний год: объединение медицинских учреждений, уничтожение кафедры сексологии в Санкт-Петербурге, снижение числа медицинских врачей-сексологов, устранение должностей сексологов и психологов в поликлиниках, закрытие центров семейного консультирования в регионах.

В 2012 г. выходит Федеральный Закон «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию», запрещающий изображать и описывать действия сексуального характера детям в возрасте до 16 лет. Полномочия сексологов сокращаются, остаются лишь половое воспитание и просвещение со взрослыми. В 2013 г. появляется статья 6.21. «Пропаганда нетрадиционных сексуальных отношений среди несовершеннолетних» в 6 главе Кодекс РФ об административных правонарушениях. Данная статья снижает возможности сексологов даже на словах выражать сочувствие и поддержку 5% населения страны (ориентировочно). С 2014 г. под влиянием агрессивной православной общественности в большинстве книжных магазинов исчезают книги по половому просвещению: как сомнительных авторов, так и написанные специалистами.

По определению Всемирной Организации Здравоохранения сексуальность — стержневой аспект человеческого бытия на всем протяжении жизни, от рождения до смерти. Она включает в себя: пол, гендерные идентичности и роли, сексуальную ориентацию, эротизм, удовольствие, интимность и репродукцию. Сексуальность переживается и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, верованиях, установках, ценностях, действиях, ролях и отношениях. Все эти явления взаимосвязаны, но они не всегда переживаются и выражаются совместно и одновременно. Сексуальность

зависит от взаимодействия биологических, психологических, социальных, экономических, политических, культурных, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов и является важным элементом не только личной, но и общественной жизни и культуры.

Когда-то Николай Бердяев, замечательный русский философ, писал: «Вопрос о поле и любви имеет центральное значение для всего... нашего мирозерцания». Сексуальное образование, просвещение и воспитание — как детей, так и родителей — вопрос не личного характера, а вопрос государственной значимости. Ведь здоровье нации зависит от уровня сексуальной культуры. Еще сохранилась в стране медицинская сексология — бывшая сексопатология. Пока поддерживается правовая сексология. Находится невзрачное место для социокультурной сексологии. Пока мы не все подрастеряли, еще можно и нужно организовывать публичные лекции специалистов на телевидении, на радио, организовывать лектории, писать в СМИ и социальные сети. Выступать врачам, психологам, педагогам, ученым. Готовить экспертов, которые могли бы работать с населением.

Последние пять лет формируется психология сексуальности. Психологов-сексологов готовят на коммерческой основе по примеру кафедры междисциплинарной сексологии ГЭ-ТИ уже в нескольких учебных заведениях. Выпускники нацелены на конкретную помощь, способны к лекционной работе, они периодически выступают перед населением по радио и телевидению, в печати и принимают участие в научных мероприятиях. Но это пока лишь локальные всплески. Нужна системная государственная поддержка в вопросах просвещения, воспитания, образования. К слову, для многих эти слова являются синонимами... 91% российских граждан по данным ВЦИОМ считает, что половое воспитание необходимо в стране, и 50% из них уверены, что беседы с детьми «про это» должны проводить родители и школьные педагоги.

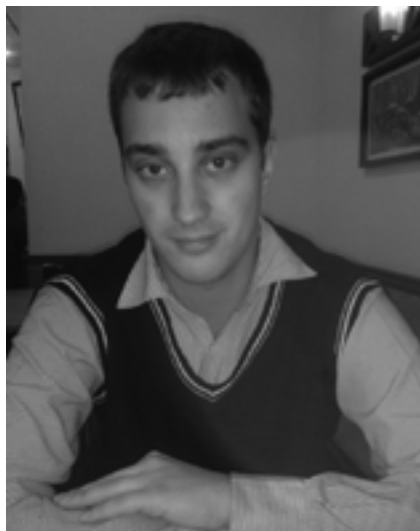
Сексуальное просвещение — ознакомление с информацией о сексуальности. Сексуальное воспитание — целенаправленное педагогическое воздействие на личность. Сексуальное образование — процесс предоставления и получения знаний в области сексуальности по установленным образовательным стандартам. Вот эти три направления и должны быть включены в программу работы с взрослым населением, а через них, как родителей, с детьми и подростками.

В стране за последние четверть века последовательно существовали и привлекали своих сторонников различные концептуальные направления: сексопатология, всем про «ЭТО», психоанализ, формирование сексуальной культуры, гендерные исследования, психотерапия, психология сексуальности, сексуальное здоровье. Последнее направление — самое безобидное для слуха и самое действенное направление работы современных специалистов в области сексологии. В настоящее время существует определение, данное Совещанием экспертов ВОЗ

(1977): «Сексуальное здоровье есть комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви». Сегодняшняя цель Российского научного сексологического общества (РНСО) донести это содержание сексуального здоровья людям.

Министерство здравоохранения РФ, Министерство культуры РФ, Министерство образования РФ — вот те структуры, от которых мы ждем поддержки, понимания и принятия действенных решений и решительных шагов в деле оздоровления российских людей, их семей, соответственно — нации. И это не только личное дело каждого. Но и государства.

«Если никому не нужны особый ум и знания, чтобы понять, как делаются дети, то для удачного выбора партнера, для формирования здоровой семьи, для достижения счастья в жизни, требуется много ума, знаний, подготовки», — утверждал Александр Грибоедов почти двести лет назад. Мы это понимаем и приобретаем стрессоустойчивость.



БЛИНОВ

Андрей Евгеньевич

сексолог-консультант,
магистрант кафедры
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК

ПОНЯТИЕ И СТРУКТУРА СЕКСУАЛЬНОГО СЦЕНАРИЯ

В тривиумальной концепции сексуальности (С. Агарков, Е. Кащенко) сексуальное развитие человека рассматривается как тесное взаимодействие соматогенеза, психогенеза и социогенеза сексуальности. Психосексуальная составляющая онтогенеза сексуальности включает изменяющиеся процессы сексуального поведения под воздействием мышления, восприятия, памяти, рассуждений, воображения, эмоций, чувств и прочих психологических аспектов человеческой сексуальной активности на протяжении всей жизни человека¹. Данные процессы изучаются и описываются в рамках отдельного направления сексологии, именуемом психологией сексуальности.

В настоящее время эта область знаний активно развивается и как следствие формирует свой понятийно-категориальный аппарат. Сексологическая терминология, по мнению К. Имелинского, пока еще недостаточно унифицирована². Многие термины нередко по-разному воспринимаются представителями различных научных школ, что создаёт предпосылки к путанице в определениях, к неверным выводам при анализе научных работ, невозможности эффективной коммуникации в научном сообществе при решении актуальных проблем. Сказанное в полной мере относится и к психологии сексуальности. Категории этого направления подвергаются регулярному пересмотру, и однозначность мнений по многим вопросам еще не сложилась.

Одной из ключевых категорий психологии сексуальности является «сексуальный сценарий». Данное понятие, близко к понятиям «плана», «схемы» или «поведенческой программы». Оно позволяет раскрыть содержание сексуального поведения как социально-психологического феномена и подчеркнуть значение социального опыта индивида в процессе сексуальной социализации³. В данной работе уточняется определение сексуального сценария, а так же анализируется его структура.

1 Кащенко Е.А. О парадоксальности предмета психологии сексуальности // Мир сексологии. – 2011. №1

2 Кащенко Е.А. Психологическое консультирование и ключевые проблемы психологии сексуальности / Теория и практика психологического консультирования в сексологии. Избранные лекции в авторской редакции к курсу «Психологическое консультирование в сексологии» / Под. ред. Е.Кащенко. – Воронеж: Научная книга, 2012. – 301 с.

3 Иоффе Е.В. Социально-психологические факторы формирования сексуального сценария личности / Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб., 2005. – 186. с.

ПОНЯТИЕ СЕКСУАЛЬНОГО СЦЕНАРИЯ

Понятие «сексуальный сценарий» введено американскими исследователями У. Саймоном и Дж. Ганьоном в 1967 году. Авторы считали, что паттерны сексуального поведения возникают в культурном и социальном контексте, т. е. в своего рода социальном сценарии, регулирующем поведение человека⁴. Теория сценариев утверждает, что на протяжении всей жизни людям требуются адекватные культурным контекстам образцы сексуального поведения, которые адаптируются к конкретным ситуациям. Сценарии определяют, с кем люди имеют сексуальные отношения, когда, где, что и почему они должны делать как «носители» и «исполнители» сексуальности⁵.

Однако многие авторы, использующие понятие «сценарий» трактуют его через разные категории. В качестве сценария может пониматься последовательность и спектр действий (Бежен А., 1998), стратегии сексуального поведения (Голод С.И., 2000), динамика поведения пар (Эйдемиллер Э., Юстицкис В., 2002). Сценарий может быть представлен как средство репрезентации субъектом внешней реальности в качестве объекта своих желаний (Некрасов С.Н., Возилкин И.В., 1991). Под сценарием может подразумеваться дискурсивный способ последовательной организации сексуальных опытов (Темкина А., 2002). В «Руководстве по сексологии» (Руководство по сексологии, 2001; с.44) сексуальный сценарий определяется как разновидность поведенческой программы, без которой не обходится никакое сексуальное поведение, предопределяющей возможный и предпочитаемый тип сексуального партнера, эротические стимулы, требования к месту, времени и ситуации полового сближения и способы его обоснования и оправдания⁶.

В отечественной сексологии теория сексуального сценария наиболее подробно рассматривается в работах И.С. Кона. Кон определяет сексуальный сценарий как когнитивную структуру, соединяющую многообразные символические и невербальные элементы в организованный и хронологически последовательный поведенческий ряд, на основе которой люди могут одновременно предвосхищать свое поведение и оценивать его в данный момент⁷.

В более поздних работах он дает несколько иное определение: «Сексуальный сценарий — это детерминированная культурой и в значительной мере неосознанная мыслительная схема, на основе которой люди организуют, осмысливают и оценивают свое сексуальное поведение»⁸.

4 Келли Г. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000.

5 Темкина А.А. Сценарии сексуальности и тендерные различия // В поисках сексуальности: Сборник статей / Под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. – СПб.: Дмитрий Буланин, 2002. С. 247 – 286.

6 Иоффе Е.В. Социально-психологические факторы формирования сексуального сценария личности / Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб., 2005. – 186. с.

7 Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319 с.

8 Кон И.С. Сексология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: Академия, 2004. – 384 с.

Однако здесь следует отметить, что адаптируясь в рамках определенной культуры, люди усваивают именно те паттерны сексуального поведения, которые отвечают их собственным потребностям⁹. Поэтому помимо когнитивных элементов (понятий, представлений, оценочных суждений) в качестве факторов, определяющих сексуальное поведение человека важную роль играют так же мотивация, поведение и эмоциональные процессы.

Таким образом, определение сексуального сценария можно записать в следующем виде: «Сексуальный сценарий — это схема организации сексуальной активности, включающая совокупность когнитивных, поведенческих, эмоциональных и побудительных элементов»

Сексуальный сценарий характеризует ту часть сексуальной культуры, которая усвоена индивидом, стала частью его личности и потому управляет его сексуальным поведением «изнутри», будучи частью его диспозиций. Осуществление сексуального сценария происходит во взаимодействии партнеров друг с другом. При этом происходят непрерывная сознательная и подсознательная оценка происходящего, сравнение с идеальными и обычными запросами, прогнозирование дальнейшего развития событий и их коррекция¹⁰.

Сценарные элементы прослеживаются во многих аспектах сексуальных ситуаций. Сценарии участвуют в осмыслении внутренних состояний, формировании последовательности характерных сексуальных действий, расшифровывании новых ситуаций, установлении допустимых границ сексуальных реакций и связывают смысл несексуальных аспектов жизни со специфически сексуальными переживаниями¹¹.

Ниже рассматривается вопрос структуры сексуального сценария и взаимодействия его структурных элементов.

СТРУКТУРА СЕКСУАЛЬНОГО СЦЕНАРИЯ

Согласно теории сексуального сценария У. Саймона и Дж. Ганьона существуют три типа сексуальных сценариев, отражающих различные уровни функционирования. Рассматривая этот вопрос в самом широком контексте, авторы говорят о культурных сценариях, возникших в определенной культурной среде и предписывающих индивиду следовать определенным правилам сексуального этикета. На промежуточном уровне они выделяют межличностные сценарии, обусловленные представлениями окружающих о поведении, допустимом в рамках межличностных отношений.

9 Келли Г. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000.

10 Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность в цивилизации: от пещер до небоскребов (социогенез сексуальности). Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». Воронеж: Научная книга, 2010. – 491 с.

11 Иоффе Е.В. Социально-психологические факторы формирования сексуального сценария личности / Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб., 2005. – 186. с.

На индивидуальном психологическом уровне располагаются так называемые внутриспсихические сценарии¹². Таким образом У. Саймон и Дж. Ганьон выделяют три уровня сценариев, значения которых никогда не совпадают, но всегда так или иначе соотносятся друг с другом:

1. Культурный сценарий — Совокупность социальных норм, регулирующих сексуальное поведение членов данного общества;
2. Межличностный сценарий — Межличностное отношение, в котором реализуются эти культурные нормы;
3. Внутриспсихический (индивидуальный) сценарий — Совокупность специфических для данной личности и неразрывно связанных с ее образом «Я» эротических мотивов и предпочтений.

Однако, из приведенного выше определения следует, что сексуальный сценарий человека включает в себя как когнитивные, так и эмоциональные и побудительные элементы, совместное действие которых определяет особенности индивидуального сексуального поведения. Необходимо различать поведенческие компоненты сексуальности (мастурбация, сексуальные игры, ухаживание и т. д.), эмоциональные и побудительные (эротические фантазии, переживания, сексуальная мотивация) и когнитивные (отношения к проявлениям сексуальности, установки и ценности).

И.С.Кон¹³ указывает на то, что индивид имеет обычно не один, а несколько сценариев. Во-первых, это сексуальные фантазии, которые субъект никогда не пытается, не может или даже не хочет реализовать, во-вторых, планы реального поведения, которые субъект более или менее последовательно осуществляет, в-третьих, промежуточные ориентиры, используемые в процессе сексуального взаимодействия («если он сделает так, я сделаю это»), в-четвертых, это как бы хранилища памяти, организующие прошлый сексуальный опыт в более или менее последовательное целое. Таким образом, индивидуальный сценарий содержит в себе еще как минимум три уровня: сексуальное влечение, система сексуальных ценностей и реальный сексуальный опыт. Промежуточные ориентиры (по Кону) следует относить к уровню межличностного сценария (по Саймону и Ганьону).

Содержание сценария на разных уровнях очень часто не совпадает. Наличие сексуального влечения к определенному объекту или потребности в его реализации определенным способом еще не означает, что оно будет реализовано именно с тем объектом и именно тем способом. Многие сексуальные мотивы по разным причинам не могут реализоваться в жизни. К примеру, если желаемое сексуальное поведение резко противоречит социальным нормам, либо недоступно в силу психологических особенностей индивида, то последний может найти заместительный объект или способ. И наоборот, конкретное сексуальное поведение еще не означает, что оно является для человека наиболее предпочтительным.

12 Келли Г. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2000.

13 Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319 с.

Одной только сексуальной мотивации, обусловленной сексуальным влечением, еще не достаточно для того, чтобы человек начал действовать в соответствии с ней. Для этого прежде всего она должна приобрести характер замысла, иначе говоря, должно образоваться «намерение». Образование намерений следует за обработкой важнейших аспектов привлекательности и реализуемости рассматриваемой цели действия. Однако, какой бы заманчивой и достойной ни казалась эта цель, переход к образованию намерения происходит не автоматически. Очевидно, для того чтобы из рассматриваемой цели возникло намерение, требуется по меньшей мере акт внутреннего одобрения¹⁴.

Исходя из этого, целесообразно выделить еще один уровень сценария, связанный с намерениями индивида. Планы и намерения относительно сексуального поведения строятся исходя из особенностей влечения с одной стороны, и отношения к определенным проявлениям сексуальности с другой. Влечение и намерение опосредуются системой сексуальных ценностей усвоенной индивидом.

Сексуальные планы и намерения без учета влияния общественных норм и сценариев партнера представляют собой сексуальную приемлемость индивида. Иными словами, под приемлемостью понимается намерение относительно кого-либо или чего-либо в условиях, когда возможность наступления значимых для индивида негативных последствий, обусловленных влиянием половой морали либо несовпадением сценариев с партнером стремится к нулю.

Применительно же к конкретной ситуации, помимо внутренних (личных) установок субъекта на намерения оказывают влияние, во-первых, связанные с сексуальной культурой общественные нормы (культурный сценарий по Саймону и Ганьону), согласно которым элементы индивидуального сценария могут быть желательными, приемлемыми, нежелательными или запрещенными в рамках данной культуры, и во-вторых, особенности сценария партнера. Не менее важна также способность индивида адекватно оценивать ситуацию и возможные последствия конкретной сексуальной активности, его способность к самоконтролю.

Чем более доверительными являются отношения с партнером тем слабее влияние общественных норм и сильнее влияние сценария партнера на формирование намерений. Если же доверительные отношения между партнерами не установлено, особенно, если речь идет о стадии знакомства и ухаживания, то индивид в своих намерениях руководствуется общественными нормами, а сценарий партнера в определяет возможности индивида в их реализации.

Именно возможностью реализации опосредованы намерения и реальное поведение, образующее сексуальный опыт. Эта возможность складывается из физической доступности партнера и выбранного способа взаимодействия, коммуникативных

14 Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность. 2-е изд. – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860 с.

навыков индивида, его физиологических возможностей и, как уже было сказано, особенностей сексуального сценария партнера.

Опыт, полученный в результате сексуального поведения, в свою очередь оказывает влияние и на влечение, и на установки, и на приемлемость, что наиболее заметно на стадии формирования сценария.

Таким образом, можно выделить следующие уровни сексуального сценария:

1. Влечение, мотивация к половой активности
2. Сексуальные установки, ценности, отношение к проявлениям сексуальности
3. Приемлемость конкретных проявлений сексуальности
4. Сексуальные намерения применительно к конкретной ситуации (промежуточные ориентиры)
5. Организация сексуальной активности (поведение)
6. Сексуальный опыт

При этом содержание одного уровня сценария оказывает существенное влияние на содержание другого. Уровни 1 и 3 опосредованы уровнем 2, уровни 3 и 4 опосредованы нормами половой морали, сексуальным сценарием партнера и психологическими особенностями индивида, а уровни 4 и 5 опосредованы возможностью реализации намерений.

Система сексуальных ценностей, культурные сценарии, сценарии партнеров и возможности реализации являются как бы барьерами или фильтрами на пути к реализации сексуальных потребностей индивида, отсеивая те из них которые не приемлемы для партнера, общества или его самого. Но в то же время они могут быть и мотивообразующими факторами, создавать несексуальную мотивацию к сексуальному поведению. Примерами таких мотивов может служить дань традиции, самоутверждение среди сверстников, чувство долга, настояние партнера, сексуальное замещение, и т.п.

На пятом уровне находит реальное воплощение все то, к чему ведут предыдущие уровни. Только этот уровень сценария можно наблюдать со стороны, в то время как остальные партнер как правило не видит напрямую. Иными словами, человек исходя из поведения партнера может довольно часто заблуждаться относительно его мотивов, может не знать о его истинных сексуальных желаниях и о его сексуальных убеждениях и ценностях.

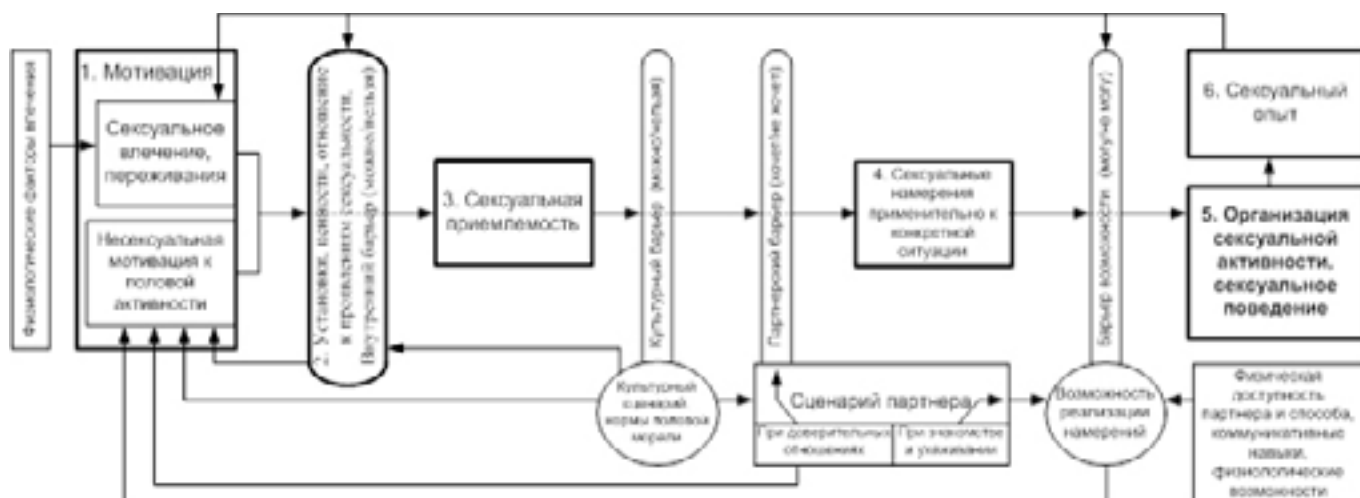


Рисунок 1 Взаимодействие между уровнями сексуального сценария

Конкретное содержание сексуального сценария на каждом из обозначенных уровней включает в себя тип партнера, допускаемые эротические стимулы, требования к месту, времени и ситуации сближения, обоснование потребности и возможности близости и прочие компоненты¹⁵. Иными словами, сценарий определяет что, с кем, как, когда, где и почему хочет или не хочет / должен или не должен / приемлет или не приемлет / может или не может делать в сексуальном плане индивид.

В структуре содержания сексуального сценария можно выделить следующие компоненты:

1. Форма сексуального поведения (ЧТО?)
2. Сексуальный объект, партнер (С КЕМ?)
 1. Пол партнера
 2. Возраст партнера
 3. Внешние данные партнера
 4. Психологические качества партнера
 5. Социальное отношение партнера к индивиду (брачное, дружеское, деловое, и т.п.)
 6. Наличие/отсутствие сексуального опыта у партнера
 7. Сексуальные установки и мотивация партнера
 8. Родственное отношение партнера к индивиду
 9. Количество партнеров
 10. Нетрадиционные объекты
3. Способы, роли и стили (КАК?)
 1. Способ сближения с партнером
 2. Исполняемая роль
 3. Сексуальный стиль

¹⁵ Агарков С.Т. Психогенез сексуальности: от инстинктов к чувствам. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». – М.: РНСО, 2013. – 378 с.

4. Позиция при половом контакте
5. Прочие обстоятельства
4. Обстоятельства времени и места (КОГДА И ГДЕ?)
 1. Частота секса
 2. Время суток/года
 3. Фаза цикла
 4. Место
5. Мотивация и значение (ПОЧЕМУ?)
 1. Мотивация к половой активности
 2. Смысл и значение сексуальных действий

При этом следует помнить, что происходит развертывание не одного, а двух сценариев — со стороны каждого из партнеров. Сценарии не могут совпадать полностью, и это требует постоянной коррекции собственного сценария и увязки его со сценарием партнера. Чем больше вариантов сценария имеет человек, тем больше шансов на дальнейшее благоприятное развитие событий. И наоборот, фиксированное, негибкое сексуальное поведение с большей вероятностью может привести к несовпадению сценариев, их непринятию и конфликту партнеров^{16, 17}.



Рисунок 2. Структура сексуального сценария

В настоящее время психология сексуального сценария прописана лишь в общих чертах. Для более детальной проработки данной концепции необходимо проводить соответствующие исследования. Исследовать сексуальные сценарии можно по

16 Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность в цивилизации: отпещер до небоскребов (социогенез сексуальности). Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». Воронеж: Научная книга, 2010. – 491 с.

17 Агарков С.Т. Психогенез сексуальности: от инстинктов к чувствам. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». – М.: РНСО, 2013. – 378 с.

ряду измерений¹⁸: по количеству и разнообразию их компонентов и соотношению воображаемого и реализуемого, по тому, насколько велика допускаемая сценарием рассогласованность плана и реальности, по степени соответствия сценариев принятым в обществе нормам поведения, а так же по их удовлетворительности для субъекта.

Актуальным на сегодняшний день также видится изучение механизмов совместного развития партнерских сценариев, взаимосвязи сценария с исполнительскими возможностями и возрастной динамики сюжета¹⁹. Требуют проработки вопросы соотношения сценариев и реального поведения людей, а также влияние на формирование сексуальных сценариев особенностей половой социализации и психосексуального развития.

18 Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 319 с.

19 Агарков С.Т., Кашенко Е.А. Сексуальность в цивилизации: отпещер до небоскребов (социогенез сексуальности). Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». Воронеж: Научная книга, 2010. – 491 с.



МИХЕЕВА
Анастасия Валерьевна

психолог-консультант
ООО «Йога Пресс»,
г. Москва,
студентка кафедры
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ.

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК

ТРАДИЦИОННАЯ ИНДИЙСКАЯ ТАНТРА И СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ТАНТРА: ОБЩЕЕ И РАЗЛИЧИЕ

Сегодня любой крупный город России пестрит вывесками и объявлениями обещающими на своих занятиях не только неведомые сексуальные наслаждения, но и прочие радости эзотерической экзотики. Повышенный интерес к данной тематике и невозможность получения достоверной информации не позволяют современному обывателю разобраться в предлагаемых услугах. Попробуем ему помочь в этом нелёгком деле.

Изучив многочисленные предложения от московских «знатоков тантры», мы выяснили, что на этих занятиях нам предлагают:

- снятие психологических и телесных зажимов,
- возможность свободно обсуждать секс,
- освоение некоторых массажных техник,
- упражнения в парах и в группе, которые позволяют снять коммуникативный барьер.

Возможно, определённую пользу такие тренинги могут приносить — но, самое любопытное, ни форма, ни содержание подобных занятий ни имеют никакого отношения к традиционной индийской тантре.

Тантризм — это религиозно-философская, эзотерическая традиция, использующая в качестве своих священных текстов тантры. Эта традиция получила распространение в индуизме и буддизме.

Словосочетание «религиозно-философская» указывает на неразделимость религиозных и философских элементов тантризма. В Индии, в отличие от западных философских систем, не закрепились практика отстранённого, «теоретического» познания истины, а значит, и не произошло отрыва философии от религии.

Философия тантризма опирается на следующие моменты:

1. Цель тантризма — окончательное освобождение от круговорота рождений и смертей (от сансары). Освобождение («мокша») — это кардинальная цель не только тантрического пути, но и всех индийских традиций.

2. «Освобождение» («мокша») связывается с многообразием чувственного опыта, прежде всего с наслаждением. Идея «наслаждения» («ананды»). С точки

зрения тантриче-ских мыслителей, в основе вселенной находится одушевляющий её абсолютный принцип, высшая реальность (далее — ВР).

3. ВР — это вечное соединение двух первопринципов, мужского и женского, которые персонифицируются в виде пары божественных супругов — Шивы и Шакти, находящихся в сексуальном союзе. Подчёркиваются не столько сами эти аспекты, сколько их тесная связь друг с другом. Иными словами, ВР — это «ананда», т. е. вечное блаженство, проистекающее из союза двух полярных принципов. Ананда представляет собой своего рода архетип любого возможного вида блаженства на эмпирическом уровне, которое всегда бессознательно стремится к этому идеалу и никогда его не достигает (в силу своей ограниченности во времени); кроме того, ананда — это та высшая полнота, из которой может возникнуть всё, это творческий матрикс мироздания. Поскольку Шакти не отделима от Шивы, выступая как его непосредственный агент по отношению к миру, то в тантрических практиках особую роль приобретают близкие отношения между женскими и мужскими партнёрами. Сексуальные практики, в которых посвящённые стремятся воспроизвести космическую иерогамию двух аспектов Абсолютного, занимают важное место в тантризме.

4. Идея Шакти как высшей универсальной энергии. Сакрализация женского начала. К примеру, с точки зрения последователей каликулы, Шакти полностью тождественна Абсолюту, она и есть этот Абсолют; без неё ничто не может совершиться, она — начало всего. Шакти — это Абсолют в материнском облике (шримата), рождающая мир и взращивающая его так, как рождает ребёнка и вскармливает его своим молоком любящая мать. Это первичная сила (адьяшакти), которая созидает, поддерживает и поглощает все сторо-ны мироздания.

5. Женское начало в индуистской тантре понимается как динамичное, производящее, источник развития реальных эмпирических феноменов. Поскольку мир производится усилием Шакти, он не может не быть сакральным: ведь всё, что исходит от богини, божественно. Эта идея приводит к не двойственности тантрического восприятия мира и тантрической практики. То, что многими духовными учениями отвергается как нечистое (например, тело может пониматься как источник греха, секс может толковаться как похоть и разврат), в тантрической практике используется как способ преодоления дуальности и приближения к единой реальности.

Шашибхушан Дасгупта пишет: «Абсолютная реальность, как считается, имеет два аспекта-атрибута — негативность и позитивность, статичность и динамичность, покой и подвижность, чистое сознание и чистое действие, субъективность и объективность, наслаждающееся и наслаждаемое. В абсолютном бытии эти два аспекта связаны друг с другом в состоянии абсолютной не двойственности, но в процессе становления или фено-менализации происходит отделение и дуализация. Этот процесс изменений или становле-ния через двойственность есть опутывание, связанность, и окончательное избавление от неё есть освобождение. Тайна всякой эзотерической садханы — разрушить все принципы дуализма и достичь окончательного состояния нед дуальности».

6. Идея тесной взаимосвязи микрокосмического (индивидуально-телесного) и мак-рокосмического (или трансцендентного) уровней. Как говорит Вишвасара-тантра относи-тельно тела, «то, что есть здесь, имеется и в другом (мире); то, чего нет здесь, нет нигде». К примеру, сакральному центру индийского универсума, горе

Меру, соответствует позво-ночник, внутри которого располагается центральный энергетический канал (сушумна). Чакры, духовные центры «тонкого» тела — это питхи, традиционные места паломничества, и в то же время это семь миров индийской мифологии. В теле пребывают и самые высшие существа — Шива (Сознание) и Шакти (Энергия). Тантристы полагают, что у основания позвоночного столба индивида, на уровне тонкого тела, располагается Энергия, для названия которой они используют слово «Кундалини» (что обозначает «свернувшаяся кольцами»). Эта энергия находится у обычных людей в непробуждённом состоянии (она как бы «спит»), свернувшись в три с половиной витка. Пробудившись в результате особых усилий практикующего, Кундалини по психоэнергетическим каналам устремляется вверх, к Шиве, проходя на своём пути сквозь особые энергетические центры энергии — чакры. Наконец, тело как сакральное вместилище содержит в себе и все цели человеческого бытия. По словам «Маханирвана-тантры» (VIII. 140), человеческое тело — это вместилище Дхармы (служения своему Делу), Артхи (благополучия), Камы (чувственности) и Мокши (освобождения).

7. Представление об индивидуальном теле как о «зародыше» Вселенной. Физическое тело видится как эпитома вселенной и воплощение божественного начала. Отсюда — огромное практическое значение йоги. Тантристы исключительно высоко оценивают тело, считая его храмом, в котором обитает вечная душа, частица Бога («Пара-мартхасара», 5, «Куларнава-тантра» (IX. 42). Храм, будучи святыней, не может быть нечистым или греховным, поэтому мнение о нечистоте тела тантристы считают неверным. Без тела нет и человека как такового, не говоря уже о том, что без тела невозможно никакое его духовное развитие. В каком-то смысле можно говорить даже о существовании «культы тела» в тантризме. Однако тело — лишь инструмент для достижения самых высших духовных целей. Этот инструмент должен быть доведён до высшей степени совершенства. Практикующий стремится преобразить тело, развив его внутреннюю силу, обычно пребывающую в «спящем», т.е. неактивированном состоянии. Обретение контроля над этими энергетическими потоками тела совпадает с достижением высших состояний сознания.

Как мы видим, индийская традиционная тантра — глубоко философична. При этом «русская народная тантра» совершенно не предполагает не только сколь-нибудь глубокую философию, но и философию как таковую.

Кроме того, индийский тантризм духовно элитарен, недоступен для непосвящённых — передача знания происходит по цепи учительской преемственности (парампара) и предполагает принятие учеником серии посвящений (инициаций). При этом учитель тщательно отбирает учеников, достойных получения знания, и долго, годами, испытывает их, проверяя прочность их морально-этических качеств и наличие необходимых для постижения тантры качеств характера (терпеливость, настойчивость в достижении целей, упорство в освоении сложной теории, скромность и другие). Важно отметить также то, что отношения учителя и ученика не имеют под собой никакой коммерческой почвы — знание не продаётся, оно бесплатно передается достойным.

При этом «русский народный тантризм» демонстрирует диаметрально противоположный подход — в нём не существует института учителей, не предполагается отбор учеников, не проводятся дальнейшие посвящения тех, кто прошёл отбор. И, конечно же, основа «русского народного тантризма» — коммерческая выгода ведущих тантра-тренингов.

При этом ведущие тантра-тренингов, предлагающие сексуальные тантрические практики, направленные на решение сексуальных проблем, в 8-ми из 10-ти изученных нами случаев не имели соответствующего образования ни в области работы с психикой (психологическое образование), ни в области работы с телом (медицинское или спортивное образование), ни в области сексологии (профессиональная переподготовка или повышение квалификации в рамках психологического или медицинского образования).

Таким образом, не имеющие образования и соответствующей квалификации предприимчивые граждане просто вырезали из традиционной индийской тантры идею сакральности сексуального взаимодействия, позаимствовали красивое название «тантра», завернули в блестящую обертку из фрагментов психологии сексуальности — и на этом зарабатывают большие деньги. Вопросы, и морально-этического, и уголовно-правового толка появляются тогда, когда ведущими тантра-тренингов производятся умышленный обман, злоупотребление доверием и введение в заблуждение людей, стремящихся решить проблемы своей сексуальной жизни.

Литература:

1. Альбедиль М.Ф. Индуизм. СПб., 2000.
2. Джохари Х. Чакры: энергетические центры трансформации. Пер. с англ. К. Семенова. Киев, 2001.
3. Маханирвана-тантра. Пер. с англ. Е. Хазановой. М., 2003.
4. Пахомов С.В. Антропология тантры: психосоматические аспекты. <http://www.indcultur.narod.ru/index.html>
5. Рао Р. Тантра. Мантра. Янтра. Пер. с англ. А. Иванникова. М., 2002.
6. Ригведа. Мандалы IX — X. Пер. с санскр. Т. Я. Елизаренковой. М., 1999.
7. Свами Сатьянанда Сарасвати. Тантрические практики преображения. Пер. с англ. Су-рендры Мохана. Харьков, 2001.
8. Фёрштайн Г. Тантра. Пер. с англ. Ю. Бондарева. М., 2002.
9. Ханна М. Янтра. Тантрический символ мирового единства. Пер. с англ. СПб., 1994.
10. Эвола Ю. Йога могущества (фрагменты). Пер. А. К. // Конец света. Эсхатология и традиция. М., 1998.
11. Элиаде М. Йога: бессмертие и свобода. Пер. с англ. С. В. Пахомова. СПб., 2004. С. 301.
12. Banerji S. C. A Brief History of Tantra Literature. Calcutta, 1988.
13. Bhattacharyya N. N. History of the Tantric Religion. Manohar, 1982.
14. Woodroffe J. Introduction to Tantra Sastra. Madras, 1956.
15. Zimmer H. Philosophies of India. London, 1953.



ДОРОФЕЕВА
Татьяна Анатольевна

врач акушер-
гинеколог
КГ «Лапино»

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК СЕКСУАЛЬНОСТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Беременность — это физиологический процесс, а не патология и не болезнь. Однако, в организме беременной женщины происходят огромные изменения: физиологические, гормональные, а также изменения в психике и психологии. Физиологические и гормональные изменения обеспечивают правильное гармоничное развитие плода, вынашивание плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению.

Физиологические изменения связаны с тем, что в период беременности нагрузка на все органы и системы организма женщины значительно увеличивается. Соответственно, все изменения направлены на то, чтобы выдержать нагрузку: увеличиваются масса сердечной мышцы и минутный объем крови, емкость легких возрастает, печень и почки выводят из организма продукты обмена беременной и ее растущего плода.

Помимо физиологических изменений, у беременной женщины меняется психическое, психологическое состояние, восприятие окружающего мира. На отношение женщины к беременности и родам оказывают различные факторы, в том числе социальные, морально-этические, экономические и др., а также особенности личности самой беременной.

Сексуальное влечение, сексуальность женщины, восприятие сексуальной привлекательности мужчины во время беременности также меняется, причем меняется у всех индивидуально и непредсказуемо. Оно может угасать или возрастать, во многом подчиняясь изменениям гормонального фона.

Чаще всего половое влечение изменяется во время беременности по типу параболы: снижается в первом и третьем триместрах беременности и увеличивается во втором триместре. Снижение влечения в первом триместре связано с проявлениями раннего токсикоза беременных, общей слабостью, головокружениями. В третьем триместре у женщин ярко проявляется «синдром гнездования», когда все мысли направлены на появление нового члена семьи и обустройство дома для будущего ребенка. Второй триместр многие называют «золотым» или «медовым» триместром беременности. Уже проходят явления токсикоза, страх потери беременности, и вынужденное половое воздержание заменяется гиперсексуальностью и повышенной половой активностью. Бывает, что повышенное половое влечение сохраняется в течение всего срока

беременности и часто именно во время беременности благодаря физиологическим изменениям секс для женщины становится особенно ярким. В связи с увеличением кровоснабжения и кровенаполнения органов малого таза, сужается влагалище, увеличивается клитор, увеличивается количество влагалищной смазки, ощущения при половом акте становятся сильнее и полнее. Оргазм может становиться длительнее, ярче, появляется мульторгастичность. И иногда именно в эти девять месяцев у некоторых женщин по-настоящему пробуждается половое влечение, оно становится настолько сильным, что ему сложно сопротивляться. Главное, надо помнить, что чувство глубокого расслабления и удовлетворения, которые женщина получает от интимной близости, очень полезна будущему малышу, потому что он чувствует то же самое, что и его мама.

Сексуальное поведение беременной во многом определяется ее изначальной сексуальной активностью, особенностями половой жизни, поведением полового партнера. Половое влечение также может снижаться или пропадать совсем и это расценивается как вариант нормы, если не приносит женщине дискомфорт. Если по каким-то причинам не хочется заниматься традиционным сексом, не надо принуждать себя, даже ради любимого мужа! Ведь чтобы родить здорового и спокойного ребенка, необходимы только положительные эмоции. В тоже время не стоит полностью лишать супруга сексуальной жизни. Всегда можно найти компромисс, и найти способы половой разрядки и взаимного удовлетворения без традиционного полового акта. При исходной дисгармонии в паре эта ситуация может во много раз обострять и проявлять межличностные проблемы партнеров. В таком случае, безусловно, лучше обратиться за помощью к специалисту.

Многие будущие мамы задаются вопросом: а можно ли заниматься сексом во время беременности? Что касается медицинской стороны, то сексом во время беременности заниматься можно и нужно, нежно, осторожно, с удовольствием. Ведь на самом деле, если хочется секса, а от него необоснованно отказываются только потому, что кто-то сказал «нельзя», то организм будет от этого страдать. Такое воздержание не полезно для будущей мамы, поскольку оно способствует тому, что, во-первых, в организме создается физиологическое напряжение, что вредно, во-вторых, провоцирует накоплению отрицательных эмоций как со стороны женщины, так и со стороны мужчины. Все это в итоге начинает влиять и на общую атмосферу отношений между супругами. При нормально протекающей беременности секс даже полезен, так как он способствует стабилизации психоэмоционального состояния женщины, укрепляет ее отношения с мужем и способствует установлению еще более доверительного контакта в паре. Если женщина здорова и плод развивается нормально, секс не может стать причиной выкидыша ни при каком сроке беременности. Также многочисленные исследования, посвященные вопросу о сексе во время нормально протекающей беременности, доказывают, что половые контакты не наносят никакого вреда будущему ребенку.

К положительным моментам секса и оргазма во время беременности можно отнести следующее. Гормоны удовольствия — эндорфины, энкефалины и окситоцин, которые выделяются головным мозгом во время секса и оргазма, полезны для здоровья не только беременной, но и плода. Последние исследования вопросов секса и беременности указывают и на тот факт, что любовь и взаимопонимание между родителями ощущаются будущим ребенком; он «понимает», что его любят и ждут его появления на свет. Окситоцин, который вырабатывается во время оргазма, — гормон, вызывающий сокращения мышц матки, что собственно и вызывает у женщины очень приятные ощущения. Тот же самый гормон руководит процессом родов. Те же гормоны радости и удовольствия являются в родах естественным обезболивающим средством. Во время секса мышцы матки, сокращаясь, тренируются — это значит, схватки в родах будут лучше и продуктивнее, не будет слабости родовой деятельности. Сексуально активные, раскрепощенные женщины рожают, как правило, гораздо легче.

Во время секса в органах малого таза усиливается кровообращение, что способствует улучшению кровообращения между плодом и матерью и это полезно для будущего ребенка, так как с током крови в его организм поступает большее количество кислорода и необходимых ему питательных веществ. Многие ученые утверждают, что оргазмические сокращения стенок матки могут благотворно влиять на ребенка, т. к. они являются своеобразной «тренировкой» к родовым схваткам и доставляют удовольствие малышу.

Будущей маме, как и любой другой женщине, необходимы те полезные вещества, которые содержатся в сперме: ферменты, мужские гормоны, простагландины. Последние способствуют размягчению шейки матки, делают ее более эластичной и помогают ей лучше раскрыться в родах. Таким образом, снижается риск разрывов шейки матки в родах.

При беременности оргазм и некоторое время после него сопровождается сокращениями матки, которые не оказывают негативного влияния на не созревшую к родам матку. Однако если времени до родов осталось всего несколько недель или дней, половой акт может спровоцировать роды. Поэтому секс на 40 — 41 неделе может стать хорошим средством для мягкой естественной стимуляции родов.

Главное, что при занятиях сексом во время беременности не нужно предохраняться, что раскрепощает женщину и она полностью может отдаться удовольствию.

Многие современные супружеские пары продолжают заниматься сексом на протяжении всех девяти месяцев. Правда, они при этом сталкиваются с определенными трудностями.

Учитывая, что организм женщины во время беременности переживает «гормональный взрыв», многие беременные женщины не в состоянии контролировать свои эмоции, и подвержены резкой смене настроений. Достижение сексуальной гармонии возможно, только если супруги будут внимательно относиться к психологическим и физическим запросам друг друга. Необходимо рассказывать друг другу обо всех своих переживаниях, сомнениях и страхах. Сексуальное удовлетворение возможно только в том случае, если есть полное доверие партнеру. На протяжении ближайших девяти месяцев настроение беременной будет постоянно меняться, и каждый день от секса будут новые эмоции, ощущения. Так что не надо отказываться от секса только потому, что вчера не понравилось или не получилось. Как в самом начале половой жизни — заново искать то, что вам доставляет наибольшее удовлетворение, а что, наоборот, вызывает отрицательные эмоции. В идеальном варианте беременной лучше вести себя так: что вижу, что чувствую, о том и говорю. Например, в связи с гормональной перестройкой всего организма у женщины может измениться чувствительность груди. И если раньше прикосновения к груди доставляли удовольствие, то сейчас, наоборот, эти же прикосновения могут вызвать раздражение. Или, в другом случае, если раньше вам нравились более решительные прикосновения, то сейчас вы можете испытывать потребность в мягких и нежных касаниях.

Проявления токсикоза (тошнота, головокружение и усталость) тоже не прибавляют желаний. Утром может тошнить от только что съеденного завтрака, потом хочется спать, затем снова есть, а к вечеру ни о чем, кроме сна, и думать не хочется. Мужчина не может разделить с беременной все неприятные симптомы беременности и это не должно раздражать. Найдите в себе силы, чтобы объяснить свое состояние мужу. Ведь для мужчины может быть совершенно непонятно, почему вы отказываете ему, а его сексуальность находится на прежнем уровне. Поэтому, чтобы такая разница в сексуальных потребностях не стала поводом для обид и ссор на «ровном месте», рассказывайте партнеру о своем состоянии в подробностях: что с вами происходит, что вы хотите сейчас, а чего — пока нет и в том числе, как меняются сейчас ваши сексуальные ощущения. Выход из ситуации есть, потому что тошнит обычно не 24 часа в сутки. По признанию большинства будущих мам оптимальное время для секса — раннее утро, до завтрака или после дневного сна. Самое неприятное, если «тошнит» от собственного мужа, но при этом хочется секса. В этом случае надо попытаться понять, что именно раздражает: одеколон, щетина, запах табака, и т.д., и постараться устранить источник раздражения.

Немалую роль играет тот психологический фактор, что в постели вас уже не двое, а трое и чтобы привыкнуть к этой мысли, потребуется время. Иногда партнеры объясняют отказ от секса так: «Мне кажется, что ребенок из матки постоянно наблюдает за нами и оценивает наше поведение. Как будто занимаешься сексом на людях». В течение ближайших девяти месяцев женщина с ребенком единое целое и малышу хорошо только тогда, когда хорошо маме. В момент оргазма происходит мощный энергетический обмен между партнерами. Естественно, плод ощущает эти

изменения, которые благотворно воздействуют на беременную женщину и на него. Научные исследования показывают, что младенцы, находящиеся в матке, реагируют на сексуальные игры родителей. По наблюдениям УЗИ видно, как плод реагирует на материнский оргазм беспорядочным движением и учащенным сердцебиением. Во время полового акта матка начинает сокращаться и для малыша материнский оргазм — это своего рода тренировка перед предстоящими родами.

Психологическими причинами отказа мужчины от секса с супругой во время беременности может стать восприятие его беременной женой только как матери его будущего малыша. В таких случаях он не видит в ней женщину, и убеждение в том, что «секс» и «мать» несовместимы, вызывают у него отторжение мыслей о половых контактах с супругой. Исправить такую ситуацию может консультация психолога.

Женщине нужно быть готовым к тому, что ее тело будет меняться прямо на глазах: живот приобретает просто невероятные размеры, грудь становится болезненной и при возбуждении из нее может вытекать молозиво. Те изменения внешности, которых так боится женщина, для мужчин являются дополнительной изюминкой. Многих мужчин вид беременной жены сильно возбуждает и может вызвать сильные и глубокие чувства любви и привязанности. Ни в коем случае нельзя комплексовать по поводу огромного живота! В ближайшие девять месяцев вы можете гордиться своим животом, именно к нему будут обращены основные ласки.

Существует миф, что интимная жизнь во время беременности может повредить будущему ребенку. С одной стороны женщине очень хочется сделать приятное мужу, а с другой — страх за ребенка не дает полностью расслабиться. И вместо того, чтобы радоваться жизни, молодая мама либо лишает супруга полноценной сексуальной жизни, либо соглашается на секс только ради мужа и мучается от страха за малыша. Как уже отмечалось ранее, беременность — это не болезнь. Если женщина здорова, и беременность протекает без осложнений — можно не отказываться от полноценной сексуальной жизни. Но при этом необходимо внимательно следить за своими ощущениями и при малейших сомнениях обращаться к врачу. При половом акте случайно навредить ребенку невозможно: он хорошо защищен плодным пузырем и маткой, а околоплодные воды надежно амортизируют сильные толчки.

Среди множества мифов и предрассудков есть и реальные медицинские показания к половому воздержанию.

Нельзя жить половой жизнью если есть:

- угроза прерывания беременности;
- преждевременные роды в анамнезе;
- привычное невынашивание в анамнезе;
- подтекание околоплодных вод;

- предлежание плаценты/низкая плацентация;
- многоплодие;
- кровотечение, кровяные выделения из половых путей;
- инфекция у одного из партнеров.

Все возникающие у беременной вопросы, проблемы и жалобы обязательно нужно обсуждать со своим акушером-гинекологом.

Беременность — особый период в жизни супружеской пары. Именно сейчас будущим родителям, как никогда раньше, необходимо чувствовать духовную близость и поддержку друг друга. И зачастую доверительные беседы, нежные прикосновения и поцелуи приносят гораздо большее удовлетворение, чем традиционный половой акт. Рассказывайте друг другу о своих переживаниях, вместе разговаривайте с ребенком и мечтайте. Если вы благополучно переживете эти девять месяцев, то ваша духовная близость станет еще сильнее, а семья — крепче.

Выбор сексуальных поз во время беременности.

На протяжении первых двух триместров беременности можно использовать практически любые позы. И только в третьем триместре станут невозможными и неудобными некоторые из них по самой объективной причине — увеличение размеров живота. Поза, при которой женщина лежит на спине, нежелательна из-за возможного развития синдрома сдавливания нижней полой вены. Дополнительный вес в виде супруга, разумеется, в этой ситуации совсем нежелателен. Колено-локтевое положение из-за повышенной нагрузки на область поясницы также не слишком комфортно. Что касается позы «женщина сверху», то она может быть неудобна из-за того, что женщине требуется прилагать значительные физические усилия в этой позе, а также контролировать глубину введения пениса во влагалище. Любые позиции при половом сношении должны исключать интенсивную физическую нагрузку супруги, а также давление на живот и прямой удар в шейку матки пенисом, слишком интенсивные фрикции, чтобы не вызвать преждевременный разрыв околоплодного пузыря. Иначе говоря, все позы должны быть щадящими и бережными. Помните, что во время полового акта нельзя давить на живот и грудь беременной женщины.

Наиболее приемлемые позы — положение на боку (спиной к партнеру), на двух уровнях (женщина лежит поперек постели, на краю, а мужчина стоит перед ней на коленях), сидя. Иногда лучше сделать уклон на альтернативные формы секса — петтинг, мануальные и оральные способы стимуляции для сексуального удовлетворения. Врачи не рекомендуют сексуальное удовлетворение женщины с помощью орального секса. Во-первых, из-за невозможности проконтролировать чистоту флоры ротовой полости мужчины, а, во-вторых, чтобы исключить попадание воздуха во влагалище. Удовлетворение мужчины таким способом женщине не противопоказано — она может доставлять удовольствие своему партнеру сколько угодно.

«Беременные» супруги часто открывают для себя совершенно новые ощущения в поисках новых любовных игр, например, взаимный эротический массаж. Если врачи по каким-то причинам запретили сексуальный контакт, то не стоит вовсе отказываться от физического взаимодействия, ведь кроме полового акта существуют иные формы интимного общения. Можно сделать акцент на нежный эротический массаж. Основные зоны, требующие внимания, — это голова, плечи, поясница, крестец и ступни ног женщины.

Беременность — это замечательное время для наслаждения собственной сексуальностью без каких-либо страхов. Чувство слияния в одно целое, испытываемое во время и после полового акта, является естественным выражением любви. Ведь именно она составляет основу семейной жизни.

Литература:

- Акушерство / под ред. академика РАМН Г.М. Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — 816 с.
- Review Human sexuality during pregnancy and the postpartum period, Brtnicka H., Weiss P., Zverina J.; BratislLekListy 2009; 110 (7) 427-431.
- Sexual behavior during pregnancy: a descriptive correlational study among pregnant women. European journal of research in Medical sciences. Vol 2. No 1, 2014.
- Джонсон С. Е. Сексуальное здоровье во время беременности и после родов. // Международное общество сексуальной медицины. 2011, № 8 (5).
- www.tiensmed.ru/news/beremennsex.html
- www.7ya.ru Наталья Баурова. Интимная жизнь во время беременности.



ЗАБЕЛИНА
Ольга Борисовна

психолог, выпускница
курсов повышения
квалификации
кафедры
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПО ВОПРОСАМ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Сексуальность тесно связана с самыми разнообразными чувствами и эмоциями человека, приносящими как величайшие радости, так и глубокие потрясения. Кроме того, к сожалению, она может быть связана с заболеваниями, венерическими заражениями, бесплодием, сексуальными нарушениями и даже простым невежеством. При всем многообразии информации на сексологическую тематику нередко сексуальные нарушения, связанные именно с дефицитом, недостаточной просветительской деятельностью в области знаний.

Большинство психологов склоняются к мнению, что пожилой возраст находится в интервале от 50 до 65 лет. Геронтологи обозначают начало инволюционного периода в жизни человека 45–50 лет и делят его на три этапа: пострепродуктивный (45–60 лет), предстарческий (60–75 лет), старческий (75–90 лет), а затем начинается период долголетия. В Великобритании ученые считают, что молодость заканчивается в 35 лет, в Португалии — в 29, на Кипре — 45, в Бельгии — 64, а в США отмечают проблемы со здоровьем и изменение привычного образа жизни только после 70 лет¹.

Нейгартен, анализируя развитие в пожилом возрасте, выделяет в нем два главных периода. Люди младшего пожилого возраста — между 55 и 75 годами — еще остаются подвижными, активными физически, умственно и социально, независимо от того, выходят ли они на пенсию или нет. Люди старшего пожилого возраста — это люди после 75 лет, чья физическая активность является в значительной степени ограниченной. Результаты возрастного спада обычно более очевидны во втором периоде старости, хотя процесс старения проходит у разных людей по-разному.

Исследования и повседневная практика показывают, что существуют некоторые характерные особенности стиля жизни, поведения пожилого человека.

При характеристике психологических особенностей людей пожилого возраста, чаще всего называются негативные, отрицательные характеристики, из которых мог

¹ Кимерина И.С. Сексуальность пожилого возраста / И.С. Кимерина / Режим доступа: <http://pso-com.ru/article/seksualnost-pozhilogo-vozrasta/> – Дата обращения: 25.03.2015.

бы получиться вот такой «психологический портрет»²:

- снижение самооценки, неуверенность в себе, недовольство собой;
- опасение одиночества, беспомощности, обнищания, смерти;
- угрюмость, раздражительность, пессимизм;
- снижение интереса к новому — отсюда брюзжание, ворчливость;
- замыкание интересов на себе — эгоистичность, эгоцентричность, повышенное внимание к своему телу;
- неуверенность в завтрашнем дне — это делает пожилых скупыми, сверхосторожными, педантичными, консервативными, малоинициативными.

Однако исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют о многообразных проявлениях положительного отношения старого человека к жизни, к людям и к себе.

Большинство консультантов, заинтересованных в работе с пожилыми людьми, нуждаются в дополнительном профессиональном обучении по этой специальности. Многие просто не понимают возрастной специфики пожилых и по этой причине не работают с ними. В подобных ситуациях могут потребоваться комплексные услуги консультирования, не прямые поддерживающие вмешательства. Кроме того, отдельные специалисты считают, что более продуктивно тратить время на работу с более молодыми людьми. С другой стороны, пожилые люди испытывают определенный страх старости, и связанное с этим дистанцирование других групп³.

Согласно Немову Р.С.⁴, психологическое консультирование представляет собой практическое оказание действенной психологической помощи советами и рекомендациями людям, нуждающимся в этом помощи со стороны профессионально подготовленных специалистов, психологов консультантов.

Психологическое консультирование, как правило, представляет собой непосредственную работу с человеком, семьей или группой, направленную на решение личностных и межличностных проблем средствами консультативной беседы, а также — на развитие личности или группы — средствами этой беседы.

К основным задачам психологического консультирования пожилых людей относят⁵:

- Повышение общего фона настроения;

2 Психологические особенности пожилого человека. Консультирование и обучение в области ухода за больными на дому. – СПб, 2012. Режим доступа: <http://social.lenobl.ru/Document/1376907881.pdf> – Дата обращения: 24.03.2015.

3 Глэддинг С. Психологическое консультирование. – СПб.: Питер, 2002.

4 Немов Р.С. Основы психологического консультирования. – М., 1999.

5 Малкина-Пых И. Г. Возрастные кризисы / Малкина-Пых И.Г. – СПб.; М.: Эксмо, 2002; Психосоматика. Новейший справочник. – СПб.; М.: Эксмо, 2003 / Режим доступа: http://bookap.info/vozrast/malkina_pyh_vozrastnye_krizisy/gl404.shtm – Дата обращения: 25.03.2015.

- Повышение самооценки;
- Формирование позитивного образа старости как времени для счастья, развития и внутреннего покоя;
- Обсуждение всего того хорошего, что имеется в актуальной жизненной ситуации.

В то же самое время присутствуют и отдельные трудности при психологическом консультировании:

Во-первых, жизненный статус немало прожившего человека независимо от реальной ситуации генерирует представления о себе как о самодостаточной ценности.

Во-вторых, негативный жизненный опыт настраивает человека на настороженное отношение к советам посторонних: по его мнению, в большинстве случаев «посторонние» руководствуются либо выполнением формальных обязанностей, либо высшими социальными задачами, но никогда не личными интересами клиента, так что формальность взаимоотношений предполагается уже изначально, является одним из «правил игры». Установление доверительных отношений с таким клиентом требует значительного времени.

В-третьих, распространенное представление о пожилых как о «лишних» людях, у которых «все в прошлом», усваивается человеком и проявляется в виде выраженного активного или скрытого нежелания усваивать новое. Нужно учитывать и отсутствие традиции обращения за помощью к психологу.

Социологические исследования демонстрируют, что средняя продолжительность половой жизни мужчин и женщин гораздо больше, чем предполагалось раньше. Данный факт можно объяснить следующими обстоятельствами: во-первых, ранним началом сексуальной жизни среди представителей обоих полов; во-вторых, расширением количества людей пожилого и преклонного возраста, живущих половой жизнью. Таким образом, половая жизнь охватывает период в более пятидесяти лет, в течение которых меняется как физиологическое, так и психологическое и социальное состояния партнеров.

Результаты исследования показывают следующие результаты в отношении особенностей сексуальности пожилых людей⁶:

В преклонном возрасте основная женская проблема заключается в снижении или утрате сексуального влечения; мужчины на этом акцент делают реже, а чаще видят снижение эрекции как последствие данного явления.

6 Кашенко Е.А. Сексуальность россиян преклонного возраста – из Советского Союза / Режим доступа: <http://kea-com.ru/seksualnost-rossiyan-preklonnogo-vozrasta-iz-sovetskogo-soyuza/> – Дата обращения: 24.03.2015.

Ключевой проблемой гармоничного сексуального развития в инволюционном периоде является незнание пожилыми людьми характеристик основных этапов психосексуального развития с соответствующими формами половой жизни.

Мужские ожидания этого возраста сводятся к продлению или наращиванию половой мощи и энергии с неверием в конечность зрелого периода сексуальности.

Сексуальность людей преклонного возраста осталась забытой специалистами в области сексологии и требует к себе пристального внимания для поддержания сексуального здоровья пожилых людей и стариков.

Недостаточное число врачей-сексологов и психологов-сексологов сказывается на качестве психологической помощи для людей в инволюционном периоде, что требует пересмотра государственного участия в данной проблеме.

Необходимость привлечения внимания государственных и общественных организаций в области сексуального здоровья, средств массовой информации и интернета является одной из основных задач в сексуальном информировании и повышении сексуальной осведомленности людей в инволюционном периоде сексуального развития.

Заметна потребность в качественной популярной, научной и научно-популярной литературе, посвященной проблемам сексуальности людей преклонного возраста.

Изменение сексуальности с возрастом имеет и гендерный аспект, женщины в пожилом возрасте становятся более эмоциональными, восприимчивыми к партнеру, в связи с этим избегают коитальной формы секса и удовлетворяются тактильными знаками внимания. В плане гендерной разницы старения необходимо отметить, что у женщин нередко встречается так называемый синдром «закрывания дверей», когда дети выросли и покинули дом, трудовая биография завершена и появляется время для уединенного занятия собой, домашними делами. В это время пожилые мужчины с появлением свободного времени вступают в отношения с молодыми женщинами, что нередко приводит к появлению новых семей.

Вместе с тем именно в пожилом возрасте наиболее часто встречается сексуальная дисфункция как органического, так и функционального генеза. В исследование включено 124 пожилых человека, средний возраст которых составил 65,5+1,4 года, из них мужчин было 63 (51%), женщин — 61 (49%). Опрошенным было предложено заполнить анкету закрытого типа, содержащую вопросы, отражающие изменения в женской и мужской сексуальности в пожилом возрасте⁷. Различия в изменениях мужской и женской сексуальности можно более подробно увидеть в Таблице 1.

7 Гурко Г.И. Сексуальная функция у пожилых людей и качество их жизни / Г.И

Вариант ответа	Женщины	Мужчины	Вариант ответа
Снижение интереса к сексу	52,5	53,9	Снижение потенции
Эмоциональная лабильность	65,6	61,9	Нарушения эякуляции
Наличие патологии гинекологической сферы	85,2	66,7	Трудность наступления и снижение выраженности в эрекции
Болезненные ощущения при половом акте	88,5	44,4	Трудность в интимном и бытовом общении с партнершей
Ощущение собственной сексуальной непривлекательности	62,3	47,6	Стыдливость из-за возрастных изменений тела
Дегенеративные изменения половых органов	91,8	55,6	Ухудшение течения сердечно-сосудистой патологии при сексуальном контакте

Таблица 1. Изменения женской и мужской сексуальности в пожилом возрасте (в %)

Исследование выяснило, что аспекты сексуальности, которые способствуют общему ощущению благополучия в пожилом возрасте, различны для мужчин и женщин. Так, для пожилых мужчин наибольшее значение одинаково имеют как сексуальная активность, так и привлекательность для противоположного пола. В то время как сексуальная активность среди женщин не связана с общим чувством благополучия. Здесь решающее значение играет привлекательность для противоположного пола⁸.

Значительной психологической проблемой пожилых людей является непонимание собственных физиологических возрастных изменений, склонность драматизировать события и расценивать возникшие изменения как патологические. В этом плане важно объяснять пожилым людям особенности возрастной сексуальности, что поможет избежать внутреннего конфликта и дискомфорта.

⁸ Крукс Р. Сексуальность / Р. Крукс, К. Баур // Режим доступа <http://bookap.info/okolopsy/krukbaur/> дата обращения: 25.03.2015.



ЕРШОВА
Елена Сергеевна

клинический
психолог, выпускница
курсов повышения
квалификации
кафедры
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК «НЕ ГОВОРИ, НЕ СПРАШИВАЙ»¹, ИЛИ К ВОПРОСУ О ВНУТРЕННЕЙ ГОМОФОБИИ

¹ «Не говори, не спрашивай» («Don't ask, don't tell») – закон США (1993–2011 гг.), который запрещал служить в Вооружённых силах США гомосексуалам обоих полов, а также требовал от командования и сослуживцев не выяснять сведения о сексуальной ориентации военнослужащих.

Интернализованная гомофобия влияет на личность, создавая внутренний конфликт между потребностью реализации сексуальной аттракции и морально-этическими оценками её объектов. Успешная психотерапия позволяет клиентам снизить внутреннее напряжение за счёт самопринятия. Внутренняя гомофобия — это любые негативные переживания относительно своей сексуальной ориентации у гомо- и бисексуалов¹.

Исследователи гомофобии разделяют феномен на внутреннюю и внешнюю или, чаще, на гомофобию и внутреннюю гомофобию. В мировом сообществе к термину «гомофобия» относятся крайне неоднозначно в связи с содержанием в нём части «-фобия», обозначающей эмоциональные реакции и не включающей моральные оценки и убеждения, что не приемлют активно настроенные противники ЛГБТ-сообщества².

Внутренняя и внешняя гомофобия имеют одну суть, зачастую в основе лежат одни и те же представления и убеждения³. Однако будучи интернализованной, гомофобия задаёт условия для определённых личностных изменений своего носителя.

I. «ОТВЕРГАЕМАЯ ЧАСТЬ Я».

Гомо- и бисексуалу создаётся дополнительная форс-динамика сексуальной активности, опосредованная социальной желательностью и сексуальной аттракцией в выборе партнёра. Обе эти силы, определяющие сексуальную активность, подразумевают объекты различного пола — социальная желательность отвергает реализацию гомосексуальных тенденций, а сексуальная аттракция предлагает в качестве объектов партнёров своего пола. Такого рода амбивалентность

¹ Сабунаева М. Л. Внутренняя гомофобия: Боюсь ли я сам себя? – СПб., 2011. – 52 с.

² Signorile M. Associated Press Ban on «Homophobia» Plays Into Anti-Gay Agenda // Huffington Post. 2012. 12.04.

³ Шуварикова Е.В. Чужой среди своих. О гомофобии внешней и внутренней // Конференция «Гештальт-подход и гомосексуальность» / АНО ВПО МГИ им. Е.Р. Дашковой. 2011.

отражается в становлении сексуальной идентичности и самосознания, например, сексуальная аттракция к партнёрам своего пола расценивается как случайность или разовое явление. Сексуальная аттракция становится мишенью для оценки как желательная и нежелательная. Сексуальное влечение не приводит к естественному реагированию. Ресурсом для терапевтической работы является сам факт осознания гомосексуальных тенденций, который зачастую дополнен желанием избавиться от такого рода тенденций. Кажется, что это представляет основу для эго-дистонического переживания сексуальной ориентации, однако человек находит способы реализации отвергаемых тенденций (это позволяет гомосексуальным тенденциям оставаться в континууме ресурсов личности), испытывая после разрядки чувство вины.

II. «ПОДАВЛЯЕМАЯ (ТЕНЕВАЯ) ЧАСТЬ Я».

В качестве защитного механизма происходит персональная мифологизация чувств, отчуждённость от собственных эмоций. Поскольку в этом случае гомосексуальные тенденции считаются аморальными — «грязными», «недопустимыми», «дьявольским искушением», то они подавляются более основательно, чем в предыдущем случае. Для отчуждения человек диссоциирован от своих эмоций, а значит все аспекты переживания диссоциации активируются, нарушая связи между поведением, телесными ощущениями, эмоциональными реакциями и убеждениями⁴. На приём человека заставляет прийти тот факт, что тeneвая часть личности даёт о себе знать её обладателю, оказывается «неудобной». Психотерапевтическая сложность данного рода случаев в том, что само наличие гомосексуальных тенденций трудно поддаётся осознанию. Однако необходимая в этом случае психотерапевтическая работа, направленная на интеграцию диссоциированных компонентов, встречает сопротивление. Осознание направленности сексуального влечения на объекты своего пола для клиента может стать болезненной, даже травматичной. Клиент испытывает потребность в усилении диссоциативных процессов, хотя этот способ совладания постфактум не будет иметь прежнюю эффективность.

III. «ИЛЛЮЗИЯ ПРАВИЛЬНОГО Я».

Под влиянием внутренней гомофобии аутентичные модели поведения изменяются на отношения-симулякры, подвергающие деконструкции личность гомо- и бисексуала. Люди выбирают гетеросексуальные стратегии⁵ с целью построения «нормальной» семьи или «ради детей», отдавая себе отчёт в отсутствии сексуальной аттракции гетеросексуального партнёра. Сознательный мотив такого выбора связан с референтной группой (например, с родительской семьёй). Суть внутреннего конфликта в такого рода случаях связана с необходимостью соответствовать

4 Коган Б.М. Проблема диссоциации в психологии и психиатрии / Б.М. Коган, Т.Е. Семина // Системная психология и социология. 2010. Т. 1. № 2.

5 Агарков С. Т., Кащенко Е. А. Сексуальность в цивилизации: от пещер до небоскребов (Социогенез сексуальности). Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии». – М.: РНСО, 2010. – 490 с.

самоидентификации (тенденция к аутентичности) и социальной презентацией себя (желание соответствовать оценкам значимых других). Человек осознаёт тенденции сексуального влечения к объектам в том числе своего пола, признаёт их, как часть себя, иногда реализует их дозированно, контролирует их. Отличие от первого типа в том, что после реализации чувства вины не испытывает, и не оценивает этого рода тенденции посредством эмоциональных категорий типа «плохие». Внутренняя конфликтность гомофобии проявляется посредством морально-этических оценок, через понятия нормы, ценностей гетеросексуальных стратегий для других. В этом случае в связи с «бережным отношением к родителям» партнёра представляют в качестве друга, или в разговорах (к примеру, с коллегами) избегают говорить о нём, как о человеке своего пола. В рамках соответствия гетеросексуальной стратегии человек либо представляется одиноким, либо демонстрирует гомосексуальные отношения и влечения в формате гетеросексуальных. В терапевтическом смысле необходимо понимать, что защитные механизмы построены на жёстком самоконтроле, однозначных убеждениях в понятиях «норм» и максимальном сокрытии от распространения личной информации, безусловных ценностях гетеросексуальных стратегий. Однако в качестве особенной личностной характеристики в этом случае будет выступать социальная изоляция отношений и тревога с этим связанная. Клиент не видит альтернатив, страдая от переживаний, либо он продолжает скрывать гомосексуальные тенденции (и отношения), либо будет вынужден говорить об этом, рискуя отношениями с родительской семьёй («моя мама этого не вынесет»), с близкими и друзьями, рабочим местом.

IV. «Однозначное Я».

Само гомосексуальное сообщество внутри себя формирует негативные оценки бисексуальным тенденциям, создавая «гетто внутри гетто», стигматизируя бисексуалов, как «неопределившихся» в своём сексуальном влечении. В случае осознания бисексуальных тенденций, человек подвергается социальному давлению, в котором гетеросексуальная часть референтной группы предлагает однозначные ценности своих стратегий, а гомосексуальная часть «требует» той же однозначной присяги на верность. Обе стороны подвергают сомнению объекты сексуальной аттракции, затрудняя социально-психологическую адаптацию бисексуалу⁶. В качестве выхода человек находит способы мимикрии, исходя из ценностей сообщества, создавая разные социальные идентичности для проявления соответствия ценностям каждой из групп из-за сложности интеграции сексуального опыта и объектов сексуальной аттракции⁷. Таким образом, в этом случае человек осознаёт разнонаправленность объектов сексуальной аттракции, а тот, кто ищет психологической поддержки, как правило ищет ресурс для возможности однозначного выбора, чтобы однозначно присоединиться и быть адептом одной стратегии — только гомо- или только гетеросексуальной.

6 Розовая психотерапия. Руководство по работе с сексуальными меньшинствами / Под ред. Д. Дейвиса, Ч. Нила. – СПб.: Питер; Open University Press, 2001. — 384 с.

7 E. Goffman, Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. – NY.: Prentice-Hall, 1963.

Гомо- и бисексуалы отмечают множество проявлений интернализированной гомофобии у себя, рационализируя причинный уровень проявлений. Исследование этих проявлений встречает сопротивление, т.к. связано с увеличением уровня тревоги и осознанием наличия внутренних конфликтов⁸. Гомосексуальные отношения маркируются гомо- и бисексуалами, как нежелательные, временные, не имеющие будущего, опасные⁹. В случае терапевтической работы невозможно миновать пласт убеждений и переживаний, связанных с проявлениями интернализированной гомофобии. В качестве одной из задач терапевтической работы выступает помощь в реализации стремления клиента к аутентичности. В случае эффективной терапевтической работы в направлении самопринятия клиента, в его психической жизни снижается напряжение. Человек обретает необходимость искренней самопрезентации в вопросах влечений и выбора партнёра. Поскольку стремление к аутентичности ведёт к внутренней потребности к самораскрытию, человек более искренен в вопросах, связанных с взаимоотношениями.

В общественном сознании усугубляются негативные оценки гомо- и бисексуальной ориентации, как нездоровых, в том числе через маркёры религиозных ценностей, внешние социальные процессы поддерживают гомофобные тенденции. В этом случае вопрос самораскрытия становится буквально небезопасным даже в семейном кругу, потому что может напрямую быть связан с принятием конкретного человека или его семьи религиозным сообществом, национальной общиной. В жизни клиента создаётся внешнее отчуждение, он лишается поддержки близких, что только упрочивает стигматизацию темы гомосексуальных отношений.

Пока в современную сексуальную культуру не будет встроена возможность подобных отношений без стигмы, психотерапевтическая работа не будет достаточно эффективна и внутриличностный конфликт, связанный с проявлениями интернализированной гомофобии будет поддерживаться.

Возникает открытый вопрос возможностей и границ работы в психотерапевтическом диалоге в связи с существующими ограничениями: открытый диалог на эту тему с детьми и подростками табуируется законодательством, а работа со взрослыми приводит к социальной изоляции и остракизму для клиентов. Таким образом, попытка преодоления внутренней гомофобии, нацеленная на принятие себя, может приводить к буквальным сложностям социально-психологической адаптации.

Пока безопаснее всего как для жизни клиента, так и для психолога позиция «не говорить и не спрашивать», но сомнительна её возможность и уместность в формате клиент-психологического взаимодействия.

8 Downs A. The Velvet Rage: Overcoming the Pain of Growing Up Gay in a Straight Man's World. – Da Capo Press, 2006. – 224 p.

9 Шуварикова Е.В. Чужой среди своих. О гомофобии внешней и внутренней // Конференция «Гештальт-подход и гомосексуальность» / АНО ВПО МГИ им. Е.Р. Дашковой. 2011.



КАРАГАПОЛОВА
Ирина Валерьевна

врач-психиатр,
специалист
по развитию
образовательных и
просветительских
программ,
независимый
исследователь

ПСИХОЛОГИ О СЕКСУАЛЬНОСТИ: ИЗ ДВАДЦАТОГО В ДВАДЦАТЬ ПЕРВЫЙ ВЕК О РАЗЛИЧИИ В ДИСКУРСАХ, КАСАЮЩИХСЯ ТРАНСГЕНДЕРНОСТИ В ЕВРОПЕЙСКОМ ПРОСТРАНСТВЕ И ПОСТСОВЕТСКОМ РЕГИОНЕ

Контент и интенсивность диалога, связанного с темой помощи трансгендерным людям, развивающегося в профессиональной среде вовлеченных специалистов в странах СНГ, несколько отличается от аналогичного в пространстве европейского диалога. Эта разница отражает не только различие в соответствующих дискурсах, как объективизацию уровня актуальности, разности в подходах, степени эволюции в развитии медико-социальных мероприятий, улучшающих качество жизни людей. Эта разница иллюстрирует актуальные специальные потребности трансгендерных людей в регионах и реалии их существования. Для специалистов в области психического и сексуального здоровья, несомненно, важно видеть, каковы эти реалии и потребности, включая те, что напрямую зависят от их профессионального участия.

Ключевые понятия:

Трансгендерность — термин, объединяющий различные варианты несовпадения гендерной идентичности человека с полом, определенным при рождении, и/или социо-культурными трактовками, связанной с ним гендерной роли.

Трансгендеры — разнородная группа людей, чья гендерная идентичность (в русскоязычном пространстве — половая идентификация) в той или иной степени отличаются от пола, определенного при рождении, или она непостоянна.

Транссексуальность (медицинская категория) — желание жить и быть принятым в качестве представителя противоположного пола, сопровождающееся чувством дискомфорта от несоответствия между собственной гендерной идентичностью и полом, определенным при рождении, с соответствующими ему первичными и вторичными половыми признаками, и стремлением изменить их посредством маскулинизирующих и феминизирующих медицинских вмешательств (гормональной терапии, хирургической коррекции тела) — осуществить так называемый «медицинский переход».

12–14 марта 2015 года в городе Гент (Бельгия) состоялась Первая международная конференция ЕРАТН «Забота о здоровье трансгендеров в Европе». Данная конференция — первая большая публичная площадка для диалога профессионалов из разных стран Европы, объединенных темой помощи трансгендерным людям, организованная ЕРАТН при поддержке и во взаимодействии с WPATN, TGEU (Трансгендерная Европа) и Центром Сексологии и Гендера медицинского Центра Гентского Университета.

СПРАВКА:

WPATN. Всемирная Ассоциация Профессионалов в трансгендерном здоровье — международная междисциплинарная профессиональная ассоциация. Миссией Ассоциации является обеспечение здравоохранения, образовательной, исследовательской, адвокационной деятельности и социальной политики, основанных на принципах доказательности и уважении к здоровью транссексуальных, трансгендерных и гендерно-неконформных людей, с целью облегчения для них доступа к качественной медицинской и социальной помощи, правосудию и равенству, и тем самым повышению качества их жизни.

Основана в 1979 году. Членами Ассоциации являются известные психиатры, психологи, сексологи, юристы, социологи, антропологи и другие специалисты, некоторые из экспертов — трансгендерные люди. Члены Ассоциации входят в рабочие комитеты по реформированию Международной Классификации Болезней (ICD, ВОЗ) и Диагностического статистического руководства (DSM, АПА).

Ассоциация предоставляет возможность профессионалам различных специальностей взаимодействовать друг с другом в контексте исследования и оказания помощи, поддержку научным симпозиумам, проводимым раз в два года; публикует Стандарты оказания медицинской помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно-неконформным людям, выражающие профессиональный консенсус.

ЕРАТН. Европейская Ассоциация профессионалов в здоровье трансгендеров. Основана в декабре 2013 года, официально представлена на конференции WPATN в Бангкоке, в феврале 2014. Целью деятельности ее является улучшение качества жизни трансгендерных, транссексуальных и гендерно-неконформных людей в Европе посредством защиты, продвижения и обеспечения их права на психическое, физическое и социальное здоровье и благополучие. А среди задач Европейской Ассоциации развитие знаний, распространение результатов научных изысканий и формирование сотрудничества в среде профессионалов в области здоровья трансгендерных людей.

В прошедшей в Генте конференции приняли участие более 300 специалистов из 31 страны.

Наибольшее количество участников из Великобритании, Германии и Нидерландов. Много представителей из Бельгии, Италии, Испании и Сербии. Страны постсоветского региона были представлены делегацией и Кыргызстана, докладчицей из Украины и двумя независимыми участниками из России.

В процессе работы конференции состоялись пленарные сессии, были сделаны 100 докладов, 34 презентации, проведены 13 мультидисциплинарных семинаров и тренинговых модулей, реализованы студенческие инициативы.

Доклады были объединены в тематические сессии и проходили в рамках следующих направлений:

- Психическое здоровье.
- Дети и подростки.
- Эндокринология.
- Социальные науки.
- Голос и коммуникация.
- Хирургия.
- Закон.

Хотелось бы выделить ряд тем, актуальность которых иллюстрировалась перманентным вниманием к ним в течение всех дней конференции, но обсуждение которых пока не популярно в русскоязычном пространстве.

Помощь детям и подросткам с гендерной неконформностью/вариативностью, гендерной дисфорией. В рамках этой темы наиболее дискутируемыми были вопросы, касающиеся гормонотерапии, направленной на подавление пубертатного развития, внимание к которой было приковано с момента открытия конференции. Собственно, открывала Конференцию мемориальная лекция, посвященная работе Henriette Delemarre-van der Waal (1952–2014), чья инициатива по использованию аналогов гонадотропин-рилизингового гормона (GnRH analogues) в начале 1990-х привела к появлению радикально нового подхода в лечении трансгендерных детей и подростков — подавлению пубертатного развития (так называемый Голландский протокол/Dutch protocol). Речь идет о влиянии на формирование вторичных половых признаков и противодействии развитию фенотипа неприняемого гендера, как профилактики и лечения гендерной дисфории и подготовки к дальнейшим этапам медицинского перехода — гормональной и хирургической коррекции тела. Работа, начатая в Нидерландах, в настоящее время получила широкое распространение по всему миру, имеет свои результаты, но оценить их можно пока в рамках исторически ограниченного периода. Кроме этого не раз была упомянута потребность в психотерапевтической работе с семьей и близким окружением ребенка, направленной на формирование атмосферы принятия и поддержки, в том числе в процессе максимально раннего из возможного начала лечения гендерной дисфории и перехода.

Еще одной активно-обсуждаемой темой конференции были **вопросы фертильности и репродукции трансгендерных людей.**

Они касались следующих аспектов:

- отсутствие табу на открытое обсуждение темы прокреации трансгендерных людей;
- возможность самостоятельно принимать максимально осознанное и без давления извне решение о стерилизующих операциях;
- и, напротив, возможность сохранения репродуктивных органов;
- восстановление фертильности после прекращения гормонотерапии;
- забор и сохранение (до медицинского перехода) материала гамет (спермы, овариальных тканей) для последующего использования в репродукции, в том числе — после медицинского перехода;
- отсутствие законодательных ограничений в возможностях родительства (включая донорство и суррогатное материнство) для трансгендерных людей.

Это вопросы, решение которых не просто способствует значительному повышению качества жизни трансгендерных людей, и создает условия для равных возможностей в принятии решения о рождении ребенка, но и делает жизнь людей, для которых это важно — значительно более наполненной.

Максимально раннее юридическое признание гендера. Тема, которая в среде трансгендерных людей и профессионалов в области защиты прав человека признана одной из наиболее значимых. Смена «паспортного пола» или «гражданского пола», как законное признание гендера, соответствующего идентичности человека — необходимость, которая влияет на уровень его безопасности, социального равенства, уровень здоровья, возможность развития и реализации.

В среде медицинских профессионалов, в особенности в области психического здоровья, юридическое признание гендера — прежде всего — мероприятие, необходимое для снижения уровня дистресса в ситуации гендерного несоответствия, условие улучшения качества жизни трансгендерных людей и скорейшей социальной реадaptации и самореализации в желаемом гендере.

Изменения в Международной Классификации Болезней. Имеющую место в МКБ-10 рубрику F64 Расстройства половой идентификации (включает Транссексуализм (F64.0), Трансвестизм двойной роли (F64.1), Расстройства половой идентичности в детском возрасте и иные категории) ожидают существенные перемены в рамках пересмотра классификации и выхода новой ее версии. Безусловно, грядущие перемены в оформлении данной категории не могут не заботить любого из профессионалов в области здоровья, вовлеченных в систему оказания помощи транссексуальным, трансгендерным и гендерно-неконформным людям, ибо именно

МКБ задает рамки диагностических критериев, рекомендации по вмешательству и лежит в основе выбора системы оплаты услуг в рамках страховой медицины и вне ее. Основным «вызовом», который стоял перед членами рабочей группы по сексуальному здоровью и сексуальным расстройствам в процессе пересмотра, была необходимость депатологизирующей реклассификации, способствующей доступу к непринудительной медицинской помощи, обоснованной, базирующейся на доказательности, которая уважает и защищает права человека. В результате бета-версия МКБ 11, подготовленная для апробации и комментариев, содержит рубрику Гендерное несоответствие (Гендерное несоответствие в подростковом и взрослом возрасте, Гендерное несоответствие в детском возрасте), представленную в рамках Состояний, связанных с сексуальным здоровьем. Безусловно, выведение рубрики за пределы раздела, связанного с психиатрической специальностью является шагом в сторону дестигматизации трансгендерных людей, депатологизации явления, расширения представлений о многообразии идентичностей и связанной с этим многообразием вариативностью потребностей в выборе шагов медицинского и социального перехода. Но при этом сохраняется множество вопросов, которые пока нуждаются в поиске решений.

В многообразии тем конференции большое место уделялось:

- вопросам гормонотерапии и преодолению ее побочных эффектов, рисках самолечения;
- роли специалистов в области психического и сексуального здоровья в защите и продвижении интересов трансгендерных людей и просвещении популяции и микросоциума, работе, направленной на формирование принятия в семье и окружении;
- этическим аспектам социальных исследований, связанных с темой гендерной идентичности;
- вопросам сексуальности трансгендерных людей;
- возможностям хирургической коррекции тела;
- психотерапевтической работе с голосом;
- правовым вопросам;
- вопросам формирования партнерских отношений между общественными организациями, активистами и профессионалами для достижения большей эффективности совместной работы по улучшению доступа к услугам здравоохранения и улучшению качества жизни трансгендерных людей.

В свете прошедшей в Генте конференции становится очевидным, что содержание, темп, активность и эффективность диалога, развивающегося в профессиональной среде специалистов, связанных с оказанием помощи трансгендерным людям в странах СНГ, несколько отличается от аналогичного в пространстве европейского диалога. Это, безусловно, сказывается на ситуации с трансгендерными людьми в регионе. И для специалиста «в теме», несомненно, важно видеть, каковы реалии

существования трансгендерных людей, возможности, доступ, соблюдение прав и свобод при получении ими медицинской (и социальной) помощи.

Прежде всего, особенностью является тот факт, что в среде профессионалов в странах СНГ редкоприменяемы понятия «трансгендерность», «многообразие идентичностей», и, соответственно, крайне редко речь идет о «трансгендерных людях».

Официально существуют в правовом поле, имеют возможность получить медицинскую помощь в том или ином объеме и какую-либо возможность для смены «паспортного пола» (юридического признания гендера) лишь те, кто соответствуют критериям «транссексуализма», приведенным в МКБ 10. Соответственно на постсоветском пространстве обсуждение темы потребностей трансгендерных людей ограничено в лучшем случае разговором о специальных нуждах и возможностях для их удовлетворения у транссексуалов.

Медико-социальные потребности людей с не вписывающейся в бинарную систему идентичностью, идентичностью, не соответствующей категории «транссексуализм», или иным вариантом гендерной идентичности, касающиеся медицинского перехода и смены гражданского пола, в странах СНГ практически не обсуждаются.

В связи с этим далее речь в основном последует о положении людей с транссексуальностью в регионе СНГ.

Хочется отметить, что за почти 20 лет использования на постсоветском пространстве Международной классификации болезней 10 пересмотра, в которой описаны диагностические критерии «Расстройств гендерной идентичности» (включая «транссексуализм»), актуальные доныне, в большинстве стран СНГ не были сформированы и должным образом утверждены документы, стандартизирующие обоснованную, основанную на реальных потребностях, доступную и гарантированную систему оказания медико-социальной помощи людям с этим «расстройством».

— В ряде стран отсутствуют протоколы, регламентирующие порядок освидетельствования психиатрами, в чьей компетенции в соответствии с МКБ 10 пока находится описанная категория. Это усложняет, делает вариативным и необоснованно затягивает диагностический процесс. Тем самым отдалает этап получения документа с заключением о диагнозе, который на сегодняшний день зачастую является необходимым условием для начала гормональной и хирургической коррекции тела и процесса смены «гражданского пола» в удостоверяющих личность документах.

— В некоторых странах неизменным этапом диагностического процесса является длительная госпитализация и стационарное наблюдение в условиях психиатрического

стационара, что надолго изолирует человека, «выдергивает» его из привычной жизни, дополнительно стигматизирует, усиливает дистресс, препятствует возможности адаптации и получения опыта реальной жизни.

— Процесс освидетельствования психиатрами зачастую сопровождается и осложняется требованием пройти значительное количество дополнительных — дорогостоящих и не обязательных для установления диагноза — исследований, обилием абсурдных противопоказаний и необоснованных ограничений для установления диагноза и получения заключения, и соответственно — для смены документов и коррекции тела, отсутствием коммуникационной этики и так называемой трансгендерной тактичности.

— Несмотря на неэффективность и признание неэтичной (WPATH) психотерапии, направленной на примирение с полом, определенным при рождении, в разных странах постсоветского региона вновь и вновь диалог с трансгендерным (транссексуальным) человеком, ищущим помощи в рамках медицинского перехода и юридического признания пола, начинают с предложения данного варианта «помощи».

— Во множестве государств региона практически отсутствует психотерапевтическая (психологическая) поддержка трансгендерных людей в процессе перехода и вне его. Вместо этого рода услуг довольно часто они получают инициированные специалистами в психическом здоровье беседы о противоречии их идентичности религиозным мировоззрениям, несоответствии «общепринятым представлениям» о мужском и женском, «разрушении традиционных норм и ценностей».

— При получении рекомендаций о смене «гражданского пола» или уже на этапе взаимодействия с органами юстиции вновь и вновь в разных странах СНГ стоит вопрос о стерилизующих и иных генитальных операциях, часто с поправкой — «в полном объеме», как о необходимом условии юридического признания пола. Это становится возможным в ситуации крайне распространенной в большинстве регионов юридической коллизии. Состоит она в следующем. В государственных законодательных документах прописана возможность внесения изменений в акты гражданского состояния для транссексуалов (изменении «гражданского пола» и имени человека), в случае предоставления «документа установленной формы (образца)». А самого утвержденного, указанного в законе, медицинского «документа установленной формы» — как необходимого и достаточного для смены «гражданского пола» — в системе не существует, что дает основание для разночтений текста закона и произвола со стороны лиц исполняющей системы. Ситуация не разрешается в том числе из-за отсутствия единой позиции в медицинских и правовых кругах в отношении последовательности медико-социальных мероприятий для транссексуалов.

— Зачастую непреодолимым препятствием к смене гражданского пола является факт пребывания в законном браке и наличие детей — вопрос сложный, в особенности,

в ограничениях существующих правовых рамок. Но, для индивида, чей приоритет на определенном жизненном этапе состоит в реализации собственной идентичности, наличие абсолютных препятствий является синонимом безысходности и тупика или крайне сложного выбора. Препятствия в получении удостоверяющих личность документов, соответствующих идентичности и, зачастую, внешнему облику человека — это, бесспорно, преграда к социализации индивида, его адаптации в обществе, возможности самореализации, существование в условиях отсутствия равных прав и возможностей, в условиях стигмы, в крайне депрессогенном и суицидоопасном контексте.

— В ряде стран СНГ системой здравоохранения не предусмотрены клинические протоколы гормонотерапии для транссексуалов, нуждающихся в гормональной коррекции тела, что создает условия для вынужденного самолечения — без предварительного обследования, без контроля специалистами, в неадекватных дозах, с использованием некорректных схем лечения.

— В большинстве стран отсутствует возможность хирургической коррекции тела, в особенности — доступной и качественной.

— Практически на всем постсоветском пространстве отсутствует традиция использования опыта международных ассоциаций профессионалов в трансгендерном здоровье — рекомендаций и стандартов оказания помощи трансгендерным людям при формировании региональных и страновых стандартов оказания медико-социальной помощи транссексуалам.

Несмотря на перечисленные выше и не упомянутые в тексте различия в дискурсах, касающихся трансгендерности, в Европейском пространстве и в постсоветском регионе, связанные с различными социокультурными, историческими, политическими и иными контекстами, должно быть нечто неоспоримое в деятельности специалистов в психическом и сексуальном здоровье, вне зависимости от их государственной принадлежности. Это приверженность ключевым принципам оказания помощи, смыслом которой является стремление к наивысшему уровню здоровья и благополучия при соблюдении уважения и прав человека. В отношении к трансгендерным, транссексуальным и гендерно-неконформным людям — это содействие в безопасном и эффективном пути к достижению устойчивого личного комфорта со своей идентичностью с целью максимально улучшить их состояние здоровья в целом, психологическое благополучие и самореализацию.



КОЧАРЯН

Гарник Суменович

доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования, профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

МЕДИЦИНСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

ВИРГОГАМИЯ (ДЕВСТВЕННЫЙ БРАК): КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

В психологической энциклопедии дается следующее определение виргогамии: «Виргогамия (*лат. virgo — девушка, девственница, греч. gamete — супруга*) — девственный брак, при котором супруги длительное время (месяцы и годы) не могут начать половую жизнь»¹. Длительность девственного брака может быть различной.

А. М. Свядощ² сообщает, что в Ленинградскую консультацию по вопросам семейной жизни по поводу виргогамии обратились свыше 500 супружеских пар. При анализе 264 пар длительность виргогамии составляла от одного года до 19 лет. Возраст супругов колебался в диапазоне от 19 до 52 лет. В основном речь шла о возрасте 20–30 лет. В 93,2% как жена, так и муж до брака не имели опыта половой жизни, а у большинства мужчин половой член был крупный, что могло создавать дополнительные затруднения при дефлорации. Автор выделил следующие три формы виргогамии.

Фобическая форма (около двух третей всех виргогамий) обусловлена навязчивым страхом дефлорации или коитуса из-за ожидаемого возникновения боли. Она возникает у боязливых девушек под влиянием рассказов пугающего содержания о том, что может случиться в первую брачную ночь, или после болезненной попытки дефлорации и нередко сопровождается вагинизмом.

Игнорантная виргогамия (17,5%) являлась результатом неопытности и неосведомленности супругов, их недостаточной ориентации в топографии гениталий. В этой группе у девушек часто выявлялось репрессивное сексуальное воспитание, а у мужчин — отсутствие в детском возрасте сексуальных игр со сверстниками.

Супружеские пары при этой форме из-за отсутствия соответствующих знаний и навыков не знают, как совершить коитус.

1 Психологическая энциклопедия. — URL: http://enc-dic.com/enc_psy/Virgogamija-3477.html (дата обращения: 19.05.2015).

2 Свядощ А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. / А. М. Свядощ. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 184 с.

Импотентная форма (21,2%) обуславливалась нарушением сексуальной функции у мужа.

На основании обследования 1000 супружеских пар, находившихся в целомудренном браке (виргогамия), Маккэри выделил следующие причины их невозможности начать половую жизнь³:

- чувство боли у партнерши при попытках введения полового члена во влагалище (20,3%);
- уверенность в том, что половой акт является чем-то неприятным (18%);
- импотенция партнера (11,7%);
- маленькое влагалище (8,2%);
- игнорирование партнером анатомических особенностей строения женских половых органов (5,2%);
- негативное отношение партнерши к мужчинам (5,2%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к половому члену (4,6%);
- отвращение, испытываемое женщиной к методам контрацепции, при одновременной боязни беременности (3,3%);
- отвращение, испытываемое женщиной по отношению к партнеру (3,0%);
- потребность досадить партнеру (1,4%);
- страх перед половым членом мужа (1,2%);
- страх перед спермой (0,9%).

В данной публикации сообщается, что средняя продолжительность непорочного супружества составляет 2–4 года. В результате лечения 60% пар начинают половую жизнь в первые полгода, а 72% супругов через два года после начала лечения³.

К. В. Суслов, В. М. Рябов⁴ наблюдали два случая виргогамного брака, которые представляют большой интерес из-за своей продолжительности (23 года — в одном случае и 15 лет — в другом).

Нами в клинической работе неоднократно приходилось встречаться со случаями виргогамии. Вместе с тем следует отметить, что обращения за медицинской помощью в связи с этим состоянием в Украине, России и Белоруссии довольно редки. Приведем два наблюдения из нашей практики, где речь идет о девственном браке.

Молодая супружеская пара из Белгородского региона, которая обратилась ко мне еще в период существования СССР, жаловалась на то, что жена остается девственницей на протяжении года жизни в браке. Супруги рассказали о том, что уже

³ Непорочное супружество (виргогамия). – URL: <http://meddovidka.ua/content/view/637/681/> (дата обращения: 17.05.2015).

⁴ Суслов К. В. Виргогамный брак и сексуальная активность / К. В. Суслов, В. М. Рябов. – URL: http://www.mosmedclinic.ru/conf_library/25/2/161 (дата обращения: 15.05.2015)

лечились в Белгороде гипнозом, но это эффекта не дало. В связи с этим, прежде чем начать лечение, я позвонил гинекологу и договорился о возможной хирургической дефлорации. Однако прежде решил провести консервативную терапию. При обследовании удалось выяснить следующее.

За несколько лет до замужества наша пациентка со своим соседом пошла на танцы в местный клуб. Когда после их окончания они из него вышли, к ним подошли незнакомые ребята и ударом сбили его (соседа) с ног. Затем эти ребята схватили девушку, усадили ее в машину и увезли с собой с целью изнасилования. Ее сосед быстро отправился к ее родителям, которые жили неподалеку, и те снарядили погоню за похитителями. И вот по дороге едут две машины: машина, на которой везут девушку, а за ней другая машина — машина ее родителей. Сообразив, что им не удастся оторваться, похитители на ходу выбросили девушку из машины.

То, что она пережила за все то время, не нуждается в комментариях. После этого встречалась с ребятами, но когда дело доходило до необходимости проведения полового акта, отношения всякий раз прерывались.

При опросе выяснилось, что у девушки имеют место тревожно-мнительные черты характера. Она боится собак, грома, белых халатов и вида крови. Все попытки провести половой акт после вступления в брак оказались безуспешными, так как возникали явления вагинизма. Через некоторое время у её мужа начала страдать эрекция из-за развития у него опасения, что член при попытке его введения во влагалище может ущемиться.

Таким образом, в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной фобической формой вагинизма у девушки с выраженными тревожно-мнительными чертами характера, что усугубилось психогенным расстройством эрекции у мужа.

Лечение в данном случае включало психотерапию и прием медикаментов. Психотерапия предусматривала проведение разъяснительных бесед, которые сводились к объяснению того, что влагалище имеет большие резервы к увеличению, а это исключает возможность его повреждения при половом акте и возникновения связанных с этим неблагоприятных последствий. С этой целью, в частности, использовался предложенный нами для лечения больных с фобической формой вагинизма прием «сопоставление по контрасту»⁵. Его суть состоит в следующем. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных величин (назвать каких). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной

5 Кочарян Г. С. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике / Г. С. Кочарян // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. — Харьков, 1987. — С. 422–423.

ярко вырисовывается контраст между величиной плода и пениса. Это создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации. Также в разъяснительных беседах акцентировалась идея о том, что половая жизнь не представляет собой нечто особенное, и люди повсеместно занимаются сексом, и это является вполне обыденным явлением.

Также супругам одновременно проводилась гипносуггестивная терапия. После общей гипнотизации делались внушения, направленные на устранение коитофобии у жены и расслабление мышц влагалища перед и во время интродукции, а также элиминацию тревожного опасения у мужа. Всего было проведено 4 сеанса гипноза. Параллельно пациентке был назначен седуксен по 1 т (5мг) 2–3 раза в день (курсовое лечение, в том числе связанное с наличием у нее общеневротической симптоматики), а также рекомендован прием 1 табл. седуксена за 2 часа до попытки проведения полового акта. Проведенное лечение оказалось эффективным, и не пришлось прибегать к гинекологической дефлорации.

Интерес представляет и следующее наше клиническое наблюдение (клинический архив автора, 2008 г.). Больной О., 37 лет (1971 г. рожд.), инженер по технике безопасности, и его 30-летняя жена, уборщица, обратились в связи с невозможностью совершить половой акт, что обусловлено расстройством эрекции у мужа (нет эрекции). Поэтому и по сегодняшний день (а поженились они 10 лет назад) она остается девственницей. До женитьбы в 1998 г. ни у пациента, ни у его жены не было никакого сексуального опыта. Они даже ни с кем из представителей другого пола не встречались и не целовались.

Желание совершить половой акт у пациента отсутствует, вернее оно есть, но носит чисто умозрительный и утилитарный характер: «Если возникло напряжение члена, то нужно чтобы разрядилась напряженность внутри него. Хочется, чтобы он встал, и произошло семяизвержение». Это желание появляется только тогда, когда есть напряжение члена, а когда его нет, то оно и вовсе не возникает. При интимной близости эрекция практически отсутствует, из-за чего половой акт провести ни разу так и не удалось. Вместе с тем отмечает, что в последние полгода член «оживился», а раньше был совсем мягкий. Жена пыталась, стимулируя член языком, вызвать эрекцию у мужа, но последняя не возникала. Кроме этого, она оттягивает кожу с головки полового члена, а потом сжимает его. При этом член напрягается и наступает семяизвержение. Так один раз в неделю получалось, хотя «приходил к ней» каждую ночь. Отмечает, что когда «выходит сперма» редко испытывает удовольствие. Иногда даже не чувствует, когда наступает эякуляция. Но бывает, что чувствует приятные ощущения, которые не всегда достаточно выражены. Выраженными они были, когда заканчивал при мастурбации в период развода в тех случаях, во время которых

напряжение члена было более или менее хорошим (это случилось всего 2 раза). Пациенту нравится целоваться, обниматься с женой, хочется ее погладить. Один раз пациент попробовал пальцем стимулировать клитор жены, но ей было больно, и она не смогла закончить. Она говорила ему, что и сама пыталась это делать, но тогда ей было приятнее. Иногда, когда просыпается ночью, напряжение члена полное: «на прошлой неделе было 2 раза, а до этого случалось, может, 1 раз в 2 недели». Учащение возникновения ночных и утренних эрекций, так же как утолщение члена и его большее напряжение, связывает с употреблением сельдерея. При активном расспросе опасение/страх сексуальной неудачи и жалобы урологического профиля у пациента отсутствуют.

Женился 10 лет назад, когда ему был 27 лет, а его будущей жене 20. Так как осуществить половой акт им ни разу не удалось, то, прожив в браке 7 лет, супруги развелись. В разводе пробыли 2,5 года. В это время пациент активно лечился. Организацией лечения занималась его мать. Они живут в одном из районных центров Харьковской области. Вначале за медицинской помощью обратились в частный медицинский центр в Харькове, а затем в урологическую службу Харькова. Лечился в стационаре, где у него находили различные инфекции. Для лечения, в частности, использовали антибиотики, но проводилась и другая терапия. До лечения было «жжение при мочеиспускании, истечение из члена и постоянно мокрые трусы». Эти симптомы после данного лечения нивелировались, однако половая функция не улучшилась. После первого курса лечения предложили провести второй курс, но улучшения в сексуальной сфере не гарантировали, что и послужило причиной отказа от него. Потом поехал в Полтаву, где обратился за лечебной помощью к андрологу, который диагностировал у него простатит. Провели соответствующий курс лечения. Сексуальных отношений в этот период не было. После проведенного лечения врач сказал пациенту, что для того чтобы выяснить, здоров он или нет в сексуальном отношении, ему следует обязательно попытаться совершить половой контакт с женщиной. Затем мама посоветовала ему принимать сельдерей, который растирали вместе с морковкой. По мнению пациента, такое лечение сделало половой член более напряженным. Через время повторно поехал в Полтаву для получения консультации к тому же андрологу. После пальпации простаты врач заявил, что она у него как у 18-летнего, и повторно посоветовал ему попытаться провести половой акт с женщиной. Когда был разведен, также лечился в санатории «Полтава» в Саках. Перед тем как второй раз жениться на той же женщине, принес ей справку от врача, которая свидетельствовала, что он здоров. Это было мнение лечившего его андролога и курировавшего его врача санатория в Саках. Повторно поженились 3 месяца назад.

Сексуальное развитие пациента. Интерес к лицам противоположного пола (платоническое либидо) пробудился в 7 лет. Нравилась девочка в классе, даже домой к ней ходил, но не целовались. До жены потребности в ласках и поцелуях не было. Эротическое либидо пробудилось в 27 лет перед женитьбой. До этого присматривался к девушкам («где же моя половинка»), но желания обнять, поцеловать не было. Когда увидел свою будущую жену и познакомился с ней, то решил, что она «его

половинка». До женитьбы 2 года с ней встречались и не было желания ни обнять ее, ни поцеловать. Познакомился с ней в церкви адвентистов седьмого дня. При анализе сексуального развития пациента сформировавшееся у меня ранее мнение, что у него еще не развилось сексуальное либидо, подтвердилось. Мастурбация имела место только после женитьбы, когда поехал в санаторий лечиться грязями. После мастурбации всегда наступало раскаяние, так как онанизм, по мнению пациента, — грех. При этом он ссылается на Библию (он и его жена — члены Церкви адвентистов седьмого дня).

Эротические сновидения. Однажды, когда ему было 25 лет, приснился сон, что обнимает соседку, с которой дружил. Больше таких снов не помнит. После женитьбы помолился и попросил, чтобы ему приснилась жена, и она ему приснилась. Тогда ему было 30 лет. Это было всего 1 раз. Приснилось, что она «открыла ему член» (оголила головку, оттянув кожу) и ему стало приятно. Сейчас во время интимной близости супруга делает то же самое, и у него иногда наступает семяизвержение.

Общие анамнестические данные. Роды О. у его матери протекали без затруднений (не были длительными и щипцовыми). В школе учился на отлично и хорошо. Второй, четвертый и восьмой класс закончил с похвальными грамотами, так как занимался на отлично. В других классах занимался на 4 и 5 баллов. Техникум механизации сельского хозяйства окончил с красным дипломом. После этого поступил сразу на 3-й курс института, где занимался на 4 и 5 баллов.

Физически в детстве развивался нормально, от сверстников не отставал. На уроках физкультуры все получалось хорошо. В детстве было воспаление легких, в подростковом возрасте дискинезия желчных путей, гастрит. Гастритом болеет и сейчас. В 2000–2001 гг. болел закрытой формой туберкулеза. В 1996 г. после операции по поводу полипа прямой кишки имеет место вегетативная дистония. Операцию делали под общим наркозом. После операции стало болеть сердце. Сейчас также периодически возникают ноющие или колющие боли в области сердца, иногда имеют место «сбои» в его работе (сердцебиение и аритмия): «чувствую, что оно дергается, было учащенное сердцебиение и даже бывало такое, что не мог из-за этого уснуть». Раза три лечился в кардиологическом стационаре с диагнозом вегетососудистой дистонии. Отмечает, что боли в области сердца снимает валидол (острую колющую), а также валокордин и барбовал (ноющую). Боль в сердце возникает, когда понервничает и когда не выспится. На ЭКГ фиксируют аритмию. Утром вялый («встаю с трудом»). Обычно ночью просыпается в 2 часа, а потом вновь засыпает. Второй раз просыпается в половине четвертого или в половине пятого. Будильник заводит на половину пятого, так как в 6 часов утра идет автобус на работу. Ложится спать в 10 часов вечера или в половину одиннадцатого. Такая продолжительность ночного сна для него недостаточна, после него вялый, сонный. Бывает, что когда на работе заполняет какие-либо документы, то у него «не хватает силы писать и я засыпаю. Просто отключаюсь на 15 мин или на полчаса». Если

ложится спать не позже 9 часов вечера, то на следующий день чувствует себя нормально. Не курит, алкогольные напитки и наркотики не употребляет.

Объективно: рост — 178 см, масса тела — 64 кг, АД — 120/70-80 мм.рт. ст. Оволосение на лобке по мужскому типу с гипертрихозами, волосы от лобка «поднимаются» вверх к пупку не дорожкой, а очень широким фронтом. Затем от пупка они «идут» к грудной клетке. В нижней части грудной клетки оволосение хорошо развито. На ногах очень выраженное оволосение. На спине и шее волосы отсутствуют. Пропорции тела мужские. Член (головка легко открывается) и яички нормальных размеров, член в неэрегированном состоянии — 8 см. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Придатки не увеличены, не уплотнены, б/болезненны.

Допплерография полового члена. Приток к а. *dorsalis penis* не изменен. В пещеристых телах дистальные сегменты а. *dorsalis penis* визуализированы, проходимы, ее просвет и стенка в пределах физиологической нормы. Допплерографически во всех сегментах четкий магистральный кровоток. Вены пениса не расширены, эластичны. Допплерографически во всех сегментах лоцируется фазный кровоток. Клапанной недостаточности при пробе Вальсальвы не выявлено.

Гормональные исследования крови. ФСГ почти соответствует норме, ЛГ в пределах нормы, содержание эстрадиола повышено, содержание пролактина снижено, тестостерон в пределах нормы.

Беседа с женой. Окончила 9 классов школы и 2 года училась на швею в ПТУ. Работает уборщицей. Впервые испытала оргазм в 15 лет во время ночного сна. В детстве практически не мастурбировала, так как «мать била по рукам, когда я туда лезла». Мастурбировать начала с 21 года (после замужества), так как у них с мужем не получалось, но при стимуляции клитора оргазм не наступал. При мастурбации влагалище не увлажнялось, и возникала боль. В 28–29 лет для увлажнения начала использовать детский крем, но все равно «не кончала», так как быстро уставала. В 30 лет при мастурбации один раз возник оргазм. Хотела приобщить к стимуляции клитора мужа, он делал это пару раз, но грубо («как-то ногтями попадал»). Оральный секс не практикуют. С 16 лет при закрытых глазах имели место романтические фантазии, которые переходили в эротические и сексуальные. Это фантазирование было с 16 до 20 лет, а также когда находилась в разводе. С 15 лет снятся эротические сны: ласки и поцелуи, иногда половой акт (в трех из пяти наступает оргазм). Сейчас такие сны тоже снятся. С самого начала они снились 1 раз в 2 месяца, а когда вышла замуж 1 раз в месяц. Снятся молодые, красивые, стройные мужчины, которые являются «выдуманными персонажами». Муж не снится. С детства настороженно относилась к мальчикам, потому что они дразнили ее из-за ее полноты. В 15 лет влюбилась в мальчика, но не целовалась и не обнималась с ним. При активном расспросе возраст пробуждения платонического либидо — 10 лет, а эротического

— 15 лет. До мужа ни с кем не целовалась. Познакомилась с будущим супругом в 18 лет в церкви. Сначала он ей нравился, а она ему нет. Потом она ему тоже понравилась. Когда они вынужденно разошлись с мужем из-за его расстройства, она по нему скучала, хотя сама была инициатором развода. До женитьбы относилась к будущему мужу как к мужчине, а потом, из-за того что у него не получалось, стала относиться к нему как к брату и другу. Сейчас относится к нему так же. Когда после проведенного в период развода лечения супруг сказал, что уже выздоровел, то они поженились повторно. Однако он опять оказался сексуально несостоятельным. Есть один человек, который ей нравится — это их пастор, которому 55 лет. Он не женат. Никаких сексуальных отношений между ними не было. Следует отметить, что до брака именно она проявляла активность в установлении отношений со своим будущим мужем (была их инициатором).

Пациенту было назначено: аевит, пентоксифиллин, силденафил по 50 мг за 1 час до планируемого полового акта. От назначения локальной декомпрессии (ЛД) полового члена отказались, так как ему ранее проводили такое лечение, но после него у него головка стала нечувствительной. Через некоторое время чувствительность нормализовалась. Рекомендовано раньше ложиться спать.

Во время следующего посещения пациент сообщил, что силденафил вызвал головную боль. Отмечает, что «член немного стоял. Стоял, стоял, а потом опускался, а через время опять поднимался». Член мог вставить только частично. Никакого удовольствия не получил и «не кончил». Сильно болела голова, покраснело лицо, лоб был горячий. «В этот раз напряжение было лучше, чем раньше. Раз семь пробовали». Я объяснил пациенту, что это побочное действие силденафила («в голове сосуды расширяются так же, как и в члене, и поэтому она болела»). Жена пациента рассказала, что в последний раз он «порвал» ей девственную плеву, но не знает до какой степени. Была проведена коррекция в назначениях. Силденафил был заменен на варденафил. Также к лечению был добавлен экстракт элеутерококка, андриол (в малых дозах) и рекомендовано использование метода «гинекологическое положение»⁶, предложенного К. Imieliński⁷, с которым мы ознакомили супружескую пару.

Через 5 дней позвонил пациент и сообщил, что принял 10 мг варденафила. Головной боли не было, была заложенность носа, он покапал что-то от этого в нос, и ему удалось провести половой акт при хорошей эрекции. Андриол он не нашел, и мы порекомендовали заменить его на провирон, который он потом так и не начал принимать.

Через месяц пациент позвонил нам повторно, поздравил с Новым годом и поблагодарил от себя и жены за полученные результаты. Рассказал, что уже после

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

7 Imieliński K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych / K. Imieliński // Sexuologiakliniczna / Podred. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

приема 1 таблетки варденафила эрекция нормализовалась, но он продолжал принимать пентоксифиллин и аевит. Также отметил, что у него усиливается сексуальный интерес к жене, т. е. отмечает появление у себя «сексуального тепла».

Обобщая вышеприведенное, следует отметить, что в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной расстройством эрекции у мужа. Клинический анализ состояния его сексуальной сферы свидетельствует о том, что речь идет о выраженной ретардации сексуального развития и обусловленной ею выраженной конституциональной сексуальной дефицитарности, проявляющейся отсутствием на момент обращения (в 37 лет) сексуального компонента либидо, расстройством эрекции и ослабленным или отсутствующим оргазмом. Предрасполагающим фактором для виргогамии явилось полное отсутствие добрачного сексуального опыта у обоих супругов. Обращает на себя внимание хорошее оволосение, которое входит в противоречие с имеющимися место параметрами психосексуального развития. Гораздо проще было бы оценивать его состояние, если бы речь шла об оволосении, которое бы укладывалось в параметры слабой половой конституции по шкале ее векторного определения⁸. Однако облигатного параллелизма, как известно, в этом плане не существует. Не следует забывать о том, что конечный результат влияния любых гормонов, в том числе и половых, на организм человека и его поведение определяется не только их количеством в крови, но также метаболизмом гормонов и чувствительностью к ним органов-мишеней. Так, мы наблюдали одного пациента, у которого правая половина лобка была полностью покрыта волосами, в то время как они покрывали лишь половину лобка слева. У пациента же, о котором речь идет в данной статье, по всей видимости, имело и имеет место снижение чувствительности к половым гормонам церебральных структур, участвующих в формировании либидо. Адекватное лечение, назначенное пациенту, обеспечило возможность совершения полового акта. С большой долей вероятности можно предполагать, что при половой жизни у него разовьется сексуальный компонент либидо, что уже начало происходить.

8 Васильченко Г. С. Половая конституция / Г. С. Васильченко // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 216–233.



ДЕРЯГИН

Геннадий Борисович

доктор медицинских наук, доцент,
член Российского научного сексологического общества,
врач судебно-медицинский эксперт, криминальный сексолог

КРИМИНАЛЬНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: НА ЗАМЕТКУ ВРАЧУ

ВРАЧЕБНЫЙ ОСМОТР ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ ВНЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ СУДЕБНО- ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Проблема сексуальных преступлений является вечной и повсеместной проблемой, причём её актуальность не вызывает сомнений, однако правоохранительные органы не всегда могут получить объективные доказательства совершённого преступления по разным причинам. Основная причина — высокая латентность данного вида преступлений из-за нежелания потерпевших информировать правоохранительные органы. Другая причина — ятрогенные дефекты в диагностике преступлений и получении доказательств биологического происхождения лечащими врачами или в отдалённой местности. Цель статьи — теоретическая помощь клиницистам в выявлении и сохранении этих доказательств для поддержания юридических процедур, связанных с наказанием преступника.

Врачи многих специальностей сталкиваются в своей практике с потерпевшими от половых преступлений, но не всегда могут предпринять меры к сохранению доказательств перенесенного насилия. Неудача в диагностике изнасилования и иных преступных сексуальных действий может иметь серьёзные физические и психические последствия для жертв и виновников, а также правовые последствия для самого врача. Поэтому представляется целесообразным получение соответствующих знаний врачами разных профилей.

Эффективность результатов врачебного осмотра жертв половых преступлений тем выше, чем раньше после происшествия он проводится. Однако в удаленной сельской местности своевременное проведение судебно-медицинского осмотра квалифицированным судебно-медицинским экспертом не всегда возможно, нередко даже невозможно, поэтому ближайший сельский врач должен уметь не только оказать медицинскую помощь жертве насилия, но и распознать признаки насилия, грамотно зафиксировать их в медицинской документации, обнаружить на жертве, изъять и сохранить вещественные доказательства преступления. Только этим можно обеспечить объективность предварительного следствия и рассмотрения дела в суде, а также профилактику наказания невиновного.

Следует помнить и о возможности заведомо ложных доносов, а также добросовестных заблуждений родителей якобы потерпевших детей, о возможности бредовых измышлений. При этом наибольшая эффективность выявляемости биологических доказательств сексуального контакта у живого человека — первые часы после этого контакта. Чем больше проходит времени, тем меньше становится шансов обнаружить доказательства.

Иногда даже не сельский врач, а фельдшер на фельдшерско-акушерском пункте первым сталкивается с необходимостью осмотра жертвы преступления и оказания ей медицинской помощи. Иной раз отдалённость и бездорожье делают выезд следственно-оперативной группы на место происшествия крайне проблематичным, затянутым по времени более чем на сутки, а низкий уровень доходов потерпевших и дороговизна транспорта лишают потерпевших возможности самостоятельной поездки в районный или областной центр, что особенно актуально в северных местностях и в Сибири. В таких случаях фельдшеру или сельскому врачу нужна срочная заочная консультация (по телефону) с судебно-медицинским экспертом, находящимся в районном или областном центре.

Врачам иных специальностей (не судебным медикам) и, в крайнем случае, фельдшерам ФАПов в указанных ситуациях целесообразно осуществлять срочное изъятие с поверхности тела и из полостей тела вещественных доказательств биологического происхождения. Необходимо также уметь фиксировать в обычной медицинской документации (амбулаторных картах или историях болезни) имеющиеся телесные повреждения, с обязательным и незамедлительным извещением об этом представителей правоохранительных органов.

В случаях последующего возбуждения уголовного дела для решения специфических вопросов по девственной плеве, заднему проходу, давности и механизму образования телесных повреждений, способности к половому сношению и т.д. необходимо назначение судебно-медицинской экспертизы, выполнение которой правоохранительные органы поручат лишь квалифицированному судебно-медицинскому эксперту. Для её производства судебному медику будет предоставлена медицинская документация, оформленная сельским врачом или фельдшером ФАПа. От качества записей в ней многое зависит в исходе дела. То же самое можно сказать и о ситуациях первичного поступления жертв насилия в стационары, где врачи, оказывая медицинскую помощь пострадавшим, не всегда задумываются о правоохранительных аспектах в своей клинической деятельности.

Перед проведением осмотра необходимо удостовериться в личности жертвы, о чём в медицинской документации должна делаться соответствующая отметка. Осмотр жертвы сексуального преступления начинают со сбора анамнеза, при этом чрезвычайно важно выяснение даты последнего добровольного полового сношения ДО и после преступного посягательства, а также сведений, относящихся

к происшествию, и событиям, последовавшим за ним. Особое внимание следует обращать на повреждения, биологические выделения организма, специфические опачкивания на одежде и теле жертвы. Здесь следует предостеречь врачей от слепого доверия сведениям, сообщаемым потерпевшей стороной, даже в тех случаях, когда информация исходит от представителей правоохранительных органов. Врач должен доверять лишь объективным медицинским данным, тщательно описывая их в медицинской документации.

После сбора анамнеза и жалоб приступают к объективному исследованию тела жертвы, начиная с волосистой части головы, последовательно осматривая его по направлению сверху вниз. Женские половые органы необходимо осматривать на гинекологическом кресле, а при его отсутствии — на краю стола в достаточно тёплом помещении. При осмотре половых органов следует применять хорошо направленное искусственное освещение с использованием только ламп накаливания, а по возможности — естественное освещение.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ИХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ

При осмотре женских половых органов отмечают состояние паховых лимфоузлов (размеры, плотность, подвижность, болезненность), вульвы (развитие, консистенция, пигментация, повреждения, загрязнения выделениями, гноем, кровью, слизью, смегмой и пр., признаки воспаления, той или иной патологии), девственной плевы (форма, ее индивидуальные особенности, высота, толщина, эластичность, растяжимость, величина гименального отверстия, характер свободного края, наличие естественных выемок, их глубина и локализация, наличие разрывов, кровоизлияний, рубцов, их локализация и характер), влагалища (состояние входа, растяжимость стенок, глубина, цвет слизистой, рельеф, выделения), шейки матки (форма, размеры шейки; форма, размеры и состояние цервикального канала; наличие прозрачной слизистой пробки или гнойные выделения из него, их цвет и пр.).

Большие половые губы обычно повреждаются твердыми тупыми предметами (пальцы и т.п.), при этом возможны и самоповреждения. Ушибленные раны на больших половых губах образуются от ударов (палкой, ногой и т.д.), часто сильно кровоточат.

Следует помнить о возможности кожной патологии половых губ (острые и хронические экземы, нейродермит, дерматиты различной этиологии, расчёсы, микробные и вирусные поражения), особенно у нечистоплотных детей, которую неискушенный в этих вопросах врач склонен принимать за результат каких-либо сексуальных действий.

Малые половые губы иной раз уже в подростковом возрасте развиты чрезмерно, удлинены, даже имеют «скрученный» вид, но это нельзя считать признаками каких-либо сексуальных действий, так же как и их гиперемия, отечность, повышенные

размеры клитора. Лишь кровоизлияния в данные анатомические образования, чаще в крайнюю плоть клитора, свидетельствуют о каких-то манипуляциях с половыми органами.

Повреждения промежности подразделяются на:

- изолированные центральные;
- распространяющиеся с девственной плевы;
- сочетающиеся с повреждениями прямой кишки.

Влагалище при сексуальных действиях наиболее часто страдает у детей от несоответствия размеров половых органов, а также и у взрослых при введении во влагалище предметов, значительно превосходящих размерами половой член. Так, при резком несоответствии размеров мужского полового члена взрослого и половых органов малолетней девочки разрывы девственной плевы продолжаются в разрывы слизистой влагалища. У большинства девочек, не достигших 9 — 10-летнего возраста, происходит разрыв и задней спайки больших половых губ с разрывом промежности 2-й степени, разрывом всех слоёв задней стенки влагалища, вплоть до заднего свода. Эти разрывы, за исключением редких случаев, прямую кишку не задействуют. Отсутствие таких разрывов при повреждении целостности девственной плевы в возрасте до 8 — 9 лет свидетельствует о том, что половой акт не имел места, разрыв плевы произошел от действия предмета меньших размеров, чем половой член взрослого или подростка (им мог быть палец, термометр, половой член сверстника и т.п.). Такой разрыв идет вдоль влагалища, чаще по задней его стенке до заднего свода. Изолированные центральные разрывы причиняются не половым членом, а иными предметами.

Повреждения прямой кишки и промежности возможны при введениях в прямую кишку относительно крупных предметов (бутылка, крупный овощ, кулак) или руки при так называемом фистинге.

Повреждения влагалища, причиненные не половым членом, а иными предметами, часто сочетаются с повреждениями наружных половых органов (раны, кровоподтеки, ссадины), они могут проникать в клетчатку таза, брюшную полость, где иногда и обнаруживаются травмирующие предметы. При большом диаметре предмета возможны отрывы девственной плевы от основания (чаще в ректальном ее отделе) с разрывами слизистой оболочки влагалища или даже отрывы его задней стенки от тазового дна, в последнем случае нельзя исключить одновременные повреждения влагалища и прямой кишки.

Если предмет внешне не подобен половому члену, то повреждения могут располагаться на любом участке влагалища, в том числе и на переднем своде (чего никогда не бывает при воздействии полового члена), иметь любое направление, множественность, изолированность по отношению к повреждениям девственной

плены или промежности. При разрыве влагалища пальцем разрыв локализуется в нижней трети влагалища и сочетается с иными повреждениями наружных половых органов.

Уретра у женщин короткая, не более 3–4 см, но широкая — в 1,5 раза превышает диаметр мужского мочеиспускательного канала. Это дает возможность девочкам и женщинам вводить себе в уретру с целью мастурбации инородные тела с небольшим поперечным сечением, которые иногда там и остаются или даже попадают в мочевой пузырь.

ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА И ЕЁ ПОВРЕЖДЕНИЯ

Гимен — складка стенки влагалища на границе между его преддверием и полостью, покрытая слизистой оболочкой, содержащая волокнисто-соединительную ткань, отдельные пучки мышечной ткани и эластические волокна. Основанием плевы является влагалище, свободный ее край обращен в просвет влагалища и образует отверстие плевы. В плеве различают уретральный и ректальный отделы.

Каждая девушка имеет индивидуальные, только ей присущие особенности девственной плевы. Плева у них варьирует по толщине, плотности, эластичности, высоте, форме, индивидуальным особенностям формы, наличию естественных выемок и их локализации, по величине гименального отверстия и количеству самих отверстий; различается рельефом поверхности, состоянием свободного края, степенью растяжимости. Различают около 20 форм девственной плевы, но наиболее распространены кольцевидная и полулунная.

В различные возрастные периоды происходит значительная перестройка соединительнотканной основы плевы с последующим (в возрасте старше 22 лет) склерозированием волокнистого каркаса и уменьшением количества эластических волокон, со снижением пластических свойств плевы в целом. Поэтому в юном возрасте (от 15 до 20 лет) дефлорация обычно происходит легче и с меньшей кровопотерей, чем в зрелом, нередки случаи совершения половых актов и без разрыва плевы. Возможность совершать половые акты без дефлорации дает низкая, эластичная плева с хорошо растяжимыми краями и широким отверстием.

Указать точный возраст, когда половые органы девушки способны к совокуплению, затруднительно, так как это зависит от темпа индивидуального развития организма и анатомических особенностей половых органов обоих партнеров. Возможность совокупления с подростком без травмы половых органов может появиться уже с 9–10 лет, способность к совокуплению с взрослым мужчиной появляется обычно с 11–13 лет. С 13–14 лет все, нормально развивающиеся девочки способны к совокуплению с взрослыми, имеющими средние размеры полового члена, при этом добровольный половой акт всегда менее травматичен, чем насильственный. Даже в этом возрасте добровольный акт влечет за собой лишь разрыв девственной плевы без повреждений иных анатомических образований половых органов.

Дефлорация при половом акте происходит вследствие давления головки полового члена на девственную плеву и ее перерастяжения при проникании головки члена в отверстие плевы, при этом возникают либо полные разрывы плевы по всей ее высоте до основания, либо неполные разрывы (надрывы), не достигающие до основания плевы. Крайне редко, при малом или отсутствующем гименальном отверстии, либо множестве маленьких отверстий наблюдаются отрывы плевы от ее основания, как правило, в ректальном отделе, без образования разрывов плевы по ее высоте. Отрывы плевы от основания сопровождаются повреждением слизистой оболочки влагалища. Количество разрывов плевы индивидуально (чаще один или два, но может быть и больше). Здесь важно знать, что любая свежая прижизненная травма сопровождается образованием кровоизлияний, поэтому при свежей травме плевы обязательно наличие кровоизлияний в её толще.

В первые двое суток кровоизлияние имеет насыщенный темно-красный, красно-фиолетовый, красно-синий цвет, чаще располагается по всей окружности плевы либо локализуется только возле разрывов. Плева приобретает травматический отек либо вся, либо лишь по краям разрывов. Кровоизлияния в плеве быстро бледнеют и полностью разрешаются через 1–1,5 недели. Чем тоньше плева, тем быстрее исчезают кровоизлияния. К концу 2-й недели после дефлорации изредка можно увидеть лишь следы бывшего кровоизлияния в виде чередований участков плевы неоднородной красноватой тональности.

В первые двое суток после дефлорации по краям разрывов плевы можно усмотреть мелкие сгустки крови, ее следы у входа во влагалище. В дальнейшем, на 3 — 5-е сутки на краях разрывов наблюдается белесовато-желтоватый фибриновый налет. Через 1,5–2 недели края разрывов обычно зарубцовываются. Тонкая плева рубцует всего 5–7 дней. Толстая и мясистая заживает дольше — к концу 2-й и даже на 3-й неделе. Присоединение гнойной инфекции увеличивает сроки заживления плевы.

В первые 2–3 дня после дефлорации края разрывов могут разойтись и кровоточить при манипуляциях по исследованию плевы. Осуществление полового акта в эти сроки после дефлорации также может вызвать кровоточивость краев свежих разрывов.

Разрывы девственной плевы и кровоизлияния в нее не подтверждают факт полового сношения, они лишь свидетельствуют о травме плевы твердым тупым предметом, которым может быть половой член человека или животного, пальцы, вибратор, овощ, палка и т.п. Факт полового сношения может подтвердить лишь совокупность объективных доказательств, среди них важное место занимают вещественные доказательства биологического происхождения.

Осмотр плевы необходимо проводить на гинекологическом кресле, а при его отсутствии — в аналогичном положении обследуемой на краю стола (пятки на краю стола приведены друг к другу, ноги максимально разведены). Для осмотра плевы

рекомендуется захватить щипкообразным движением указательного и большого пальцев каждой руки обе большие половые губы вместе с малыми в верхней трети у основания и растянуть их в стороны и вниз, по направлению к креслу, или вперед, по направлению к себе. В том или ином положении половых губ девственная плева растягивается и становится доступной для осмотра.

При отсутствии каких-либо инструментов исследовать плевую удобнее всего стеклянной глазной палочкой с маленькой лопаткой. Свет, направленный на плевую, не должен образовывать тени. Лопатку глазной палочки (или подобный предмет) вводят через отверстие плевы за нее, а затем, расправляя на ней различные участки плевы, исследуют ее, обращая внимание на индивидуальные особенности, естественные выемки, разрывы, надрывы, рубцы. Когда малолетние, опасаясь процедуры осмотра половых органов, напрягаются, гименальное отверстие может быть визуально неразличимо, прикрыто девственной плевой, но это обстоятельство не препятствует введению за плевую палочки и ее обычному осмотру. «Слепая» плева без отверстия — редкость.

Естественные выемки на плезе надо уметь отличать от травматических углублений (свежие и старые разрывы, надрывы). Естественные выемки никогда, кроме лоскутной плевы, не доходят до основания гимена, не располагаются на шести часах условного циферблата, концы их закруглены, края и концы ничем не отличаются от остальных участков плевы по цвету и консистенции. Кроме того, выемки часто (но необязательно) симметричны, особенно на 3 и 9 часах условного часового циферблата.

Разрывы, напротив, обычно асимметричны (хотя иногда разрыв начинается в области выемки) доходят до основания плевы, концы их остроугольные; на концах старых разрывов можно видеть нежную белесоватую рубцовую ткань, края старых разрывов также могут отличаться по толщине, цвету и консистенции от остальных участков плевы.

Другой вариант старых разрывов может быть представлен без описанного углубления рубцом, проходящим от свободного края плевы до ее основания, особенно на 6 часах условного циферблата часов. Рубцовая ткань всегда отличается от неизмененных участков плевы своей консистенцией и бледностью. В ультрафиолетовых лучах рубцы имеют вид участков, люминесцирующих голубым светом. Смазывание плевы раствором Люголя в области рубца также выявляет неоднородность окраски.

Задний проход, ЕГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ

Задний проход является объектом сексуального внимания не только при гомосексуальных, но и при гетеросексуальных контактах, а также при развратных действиях, мастурбации. Ввиду своей хорошей растяжимости задний проход

половым членом травмируется редко. Наиболее травматично насильственное форсированное введение полового члена или подобных ему предметов в прямую кишку без применения смазки, а также введение крупных предметов; слизистую способны травмировать и ногти при брахиопроктии.

Для облегчения введения полового члена или иных предметов в задний проход обычно применяется смазка (любое жиросодержащее вещество, крем, слюна и т.д.), которая может длительно оставаться в складках кожи перианальной области и иметь криминалистическое значение. Изъятие смазки с кожи перианальной области производится на марлю (сухую или слегка увлажненную изотоническим раствором или обычной водой, в зависимости от состояния кожи) путем протирания.

Равномерное перерастяжение заднего прохода половым членом или подобным ему твердым тупым цилиндрическим предметом может приводить у детей к возникновению продольных разрывов-трещин слизистой оболочки на границе с кожей, с кровоизлияниями в их основании. Эти трещины чаще располагаются на передней и частично на боковых стенках заднего прохода. Быстро, к концу первой недели они заживают, но оставляют после себя рубцовую ткань. Иногда разрывы слизистой заднего прохода продолжают на слизистую оболочку примыкающего к заднему проходу отдела прямой кишки. Изредка встречаются разрывы, имеющие вид прямых углов с лучами в продольном и поперечном направлениях. Более серьезные повреждения заднего прохода и прямой кишки от действия полового члена не образуются.

Кожа перианальной области имеет лучеобразные складки, радиально сходящиеся к заднему проходу. Половой член ссадин на складках никогда не оставляет. Если ссадины обнаружены, то следует думать о травмировании кожи ребром твердого тупого предмета. Часто этим предметом является ноготь, возможно воздействие палки, горлышка бутылки и т.п. Изолированные единичные ссадины от травматических воздействий следует отличать от эрозий при перианальном дерматите. Кровоизлияния в подкожную клетчатку перианальной области проявляются кровоподтеками.

Осмотр заднего прохода следует выполнять в коленно-локтевом положении обследуемого на кушетке. Спина обследуемого должна быть прогнута, а ягодицы приподняты над уровнем прогнутой спины. Врач кладет ладони на ягодицы пациента, большие пальцы приближает непосредственно к самому заднему проходу по обе стороны от него. Ягодицы раздвигаются, задний проход растягивается.

При осмотре указывают состояние кожи, ее складок и видимой части слизистой оболочки заднего прохода (выраженность, сглаженность складок, их консистенция, окраска, наличие повреждений и рубцов, наличие или отсутствие кровоподтеков, их характер и цвет, наличие кондилом, язв, другой патологии). При обнаружении рубцов или разрывов описывают их характер (форма, направление, консистенция,

инфильтрация, возвышение или западание, цвет, состояние краев, концов и дна разрыва), локализацию по аналогии с условным циферблатом часов с указанием положения обследуемого (коленно-локтевое или лежа на спине). Далее отмечают наличие или отсутствие воронкообразной втянутости и зияния заднего прохода, цвет слизистой оболочки, тонус сфинктера.

ОБНАРУЖЕНИЕ И СОХРАНЕНИЕ ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

При врачебном осмотре следует обратить внимание на одежду потерпевшего, на его нижнее белье, где могут быть следы спермы. Их характеризуют крахмальная плотность, извилистые очертания, жестковатость, беловато-желтоватый или сероватый цвет на текстильных тканях, беловатые корочки на негигроскопичных поверхностях. Пятна не следует ощупывать из-за опасности нанесения на них собственных антигенов.

Врачу нельзя самостоятельно изымать одежду и белье из квартиры, где проживает жертва сексуального насилия. Потерпевших и их близких необходимо предупредить о недопустимости застирывания одежды, находившейся на пострадавшем в момент насилия, необходимости сохранения обстановки места происшествия в неизменённом виде до прибытия следственно-оперативной группы.

При поступлении жертвы сексуального преступления в больницу каждый предмет одежды, снятой с пострадавшего, надо упаковать отдельно от других, при этом упаковке подлежит только просушенная вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей ткань. В дальнейшем, в случае возбуждения уголовного дела эта одежда должна быть изъята следователем с обязательным оформлением протокола выемки.

На коже жертвы (особенно внимательно надо осмотреть бедра, живот, лобок и складки половых губ, низ спины, ягодицы) в случаях семяизвержения иногда можно обнаружить подсохшую слизь, которую надо изъять для последующего лабораторного исследования. Вся процедура изъятия выполняется в чистых резиновых перчатках для предупреждения возможного заноса в изымаемый материал собственных антигенов.

Для изъятия используется чистый бинт (марля), от которого отрезают кусочек для контрольных серологических исследований и помещают его в чистый бумажный конверт (пакетик). Двумя другими кусочками, отрезанными от того же бинта (марли), делают смывы: одним — обнаруженного объекта, другим — контрольный смыв с незапятнанного участка кожи жертвы сексуального насилия (или с иного предмета — носителя следа). Первым надо делать контрольный смыв.

Марля для всех смывов и контрольный участок обязательно должны браться от одного куска бинта. Размеры кусочков марли, сложенных в 2–4 раза, для смывов объектов должны иметь размеры примерно 2×2 см или 3×3 см. Для очень малых

следов из куска марли берут пучок ниток, используя центральную его часть. Перед смывами марлю слегка увлажняют водой или изотоническим раствором, отжимают пальцами. Обнаруженное пятно тщательно протирают разными сторонами кусочка марли, стараясь полностью перевести его в марлю. Незапятанный участок кожи (или иного предмета — носителя следа) также протирают разными сторонами слегка увлажненного кусочка марли. Аналогичным образом изымают пятно крови.

Марля с изъятыми объектами перед упаковкой просушивается вдали от источников тепла и прямых солнечных лучей; только затем все кусочки марли упаковываются по отдельности друг от друга в белую неворсистую бумагу. Пакеты подписываются, печатаются, передаются следователю, к ним прилагается направление в судебно-медицинскую лабораторию с изложением обстоятельств изъятия объектов, описью изъятого, вопросом о наличии в смывах спермы (в случаях изъятия крови — о групповой ее принадлежности).

В некоторых случаях с предметов (не с кожи) вместо смыва можно изъять соскоб объекта с обязательным контрольным соскобом в отдельный бумажный пакет (контрольный соскоб делается первым). Малые предметы со следами биологических выделений можно изъять целиком.

Для обнаружения доказательств сексуального преступления в подногтевом содержимом, с кистей жертвы насилия и предполагаемого виновника делают срезы свободных краев ногтей, с каждой руки в отдельный бумажный пакетик.

При получении сведений о семяизвержении в рот потерпевшей (потерпевшего), содержимое полости рта на предмет обнаружения сперматозоидов забирают путем протирания кусочком марлевого бинта слизистой преддверия и полости рта, зубов и десневых карманов. С марли желательно приготовить мазок на чистом, предварительно обезжиренном спиртом и просушенном предметном стекле. Процедура выполняется лишь в первые часы после семяизвержения до момента приема пищи. В лабораторию предоставляют марлю с содержимым полости рта, чистый контрольный кусок от этой же марли и мазок.

Содержимое влагалища на предмет обнаружения сперматозоидов забирают лишь в первые 5–6 суток после полового акта. Большой срок или спринцевание делают изъятие материала нецелесообразным. Все процедуры, связанные с изъятием биологических объектов, выполняются врачом в чистых резиновых перчатках. Марлевый бинт, обернутый вокруг пинцета или иного фиксирующего его предмета (марлевый тампон) после осмотра наружных половых органов вводится во влагалище на всю его глубину без применения зеркал. Длина марлевого тампона должна соответствовать примерной длине влагалища (10–12 см у взрослой женщины). Далее тампон проворачивается по сводам влагалища и извлекается. С дистальной, средней и проксимальной частей тампона готовят мазки на 3–5 предметных стеклах. Мазки вместе с высушенным тампоном и чистым контрольным участком

марли, упакованными по отдельности и опечатанными, передают следователю с оформлением им протокола выемки доказательства.

При разрывах влагалища и промежности требуется их ушивание. Первый туфик, который врач вводит во влагалище для его просушивания от крови, должен быть сохранен и вместе с контрольным туфиком из того же бикса передан следователю для направления в судебно-медицинскую лабораторию.

Содержимое прямой кишки на предмет обнаружения сперматозоидов целесообразно изымать лишь до конца первых суток после анально-генитального контакта и только до дефекации. Процедура проводится после осмотра заднего прохода. Марлевый тампон на пинцете вводится расправляющим складки движением в прямую кишку до анальных синусов, где и скапливается попавшая в кишку сперма, то есть чуть дальше длины сфинктера на глубину не более 3–5 см, в зависимости от роста потерпевшей (потерпевшего). С тампона готовятся мазки на трех предметных стеклах.

В сельской местности правоохранительные органы, установив подозреваемого в совершении сексуального преступления, должны при наличии проблем с судебно-медицинским экспертом обратиться к ближайшему врачу с просьбой проведения врачебного осмотра тела подозреваемого на предмет обнаружения и фиксации в медицинских документах (карта амбулаторного больного) имеющихся телесных повреждений, а также для изъятия возможных доказательств биологического происхождения.

Кроме подногтевого содержимого, эти доказательства можно обнаружить на половом члене подозреваемого (кровь, сперма, слюна, эпидермис, влагалищный, прямокишечный или ротовой эпителий, элементы кала, микрочастицы с одежды жертвы). Материал с полового члена целесообразно изымать лишь в первые трое суток после полового акта (*per vaginum, per os, per rectum*).

Для изъятия материала с полового члена берут мазки-отпечатки с полового члена, а также смывы. Для приготовления мазков-отпечатков слегка увлажненные водой предметные стекла (3–5 штук) прижимают круговыми движениями к различным участкам полового члена, кроме области головки, прилегающей к уретре. Предметные стекла для мазков должны быть новыми или хорошо отмытыми, их необходимо обезжировать содержанием в смеси Никифорова (96% этиловый спирт пополам с этиловым эфиром), просушивать. К мазкам-отпечаткам прилагается содержимое дистального участка уретры. Для этого спичку, с намотанной на неё ватой, вводят в уретру на 1 см.

Для смывов кусочки марли размерами 3×3 см или чуть больше, но не более 5×5 см, слегка увлажняют его водой; затем протирают марлей все участки полового члена на

головке подальше от уретры, за головкой, внутренний листок крайней плоти и ствол полового члена. Руки врача должны быть в чистых резиновых перчатках.

После проведения смыва марлю расправляют на чистом обезжиренном предметном стекле вверх поверхностью, которой проводили смыв, и высушивают в естественных условиях. Высушенный материал покрывают другим обезжиренным предметным стеклом, упаковывают в белую неворсистую бумагу, маркируют, печатают и вместе со срезами ногтей подозреваемого передают следователю с надлежащим процессуальным оформлением.

Высушенные объекты не следует упаковывать в полиэтилен или герметично закрывающуюся стеклянную посуду без предварительной их упаковки в гигроскопичные бумажные пакеты, так как даже небольшая влажность предметов приводит к загниванию объектов, что делает невозможным обнаружение доказательств. Изъятый объект, контрольный образец предмета-носителя (смывы или соскобы), контрольный чистый участок марли, которая использовалась для смывов, всегда надо упаковывать отдельно друг от друга.

Всё вышесказанное не противоречит и соответствует УПК РФ. Чем раньше производится изъятие доказательств биологического происхождения, тем больше шансов в раскрытии преступления; в первые часы наблюдается наибольшая выявляемость доказательств, далее шансы быстро сокращаются. Выполнение остальной работы по проведению судебно-медицинской экспертизы следователь в случае возбуждения уголовного дела поручит судебно-медицинскому эксперту.

Там, где есть возможность, специально подготовленный судебно-медицинский эксперт (п. 70 Приказа Минздравсоцразвития № 346н от 12.05.2010 г.) должен первым осматривать потерпевших. В необходимых случаях, когда жертва сексуального насилия первично поступает в стационар, целесообразно сразу информировать об этом правоохранительные органы, если пациент не запрещает врачу предоставление им такой информации, а к проведению манипуляций по оказанию медицинской помощи подключить судебного медика, если для этого есть возможность, и тот может незамедлительно прибыть в стационар по распоряжению следователя.

Lars Moller —
Руководитель
программы
«Алкоголь и
противозаконные
препараты»,
Европейское
региональное
бюро ВОЗ,

Julie Brummer
— консультант
(Европейское
региональное
бюро ВОЗ)

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ

АЛКОГОЛЬ И СЕКСУАЛЬНО-РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

ВВЕДЕНИЕ

В последнее десятилетие потребление алкоголя (как зарегистрированное, так и незарегистрированное) среди взрослого населения в Европейском регионе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) остается на постоянно высоком уровне — примерно 12,5 литров в год на душу населения. Это вдвое больше среднего мирового показателя¹. Будучи одним из главных факторов риска заболеваемости в Европе и во всем мире, употребление

алкоголя наносит обширный вред как непосредственно потребителю, так и лицам, не употребляющим спиртное². Потребление спиртного провоцирует развития более 30 наименований заболеваний, а в отдельных случаях — и множеством инфекционных и неинфекционных заболеваний, включая рак, сердечно-сосудистые заболевания и болезни печени³. Последние данные говорят о том, что наносимый вред связан не только с уровнем, но и с характером потребления, т.е. в дополнение к тому, сколько потребляется спиртного, важно также учитывать случаи тяжелых запоев, особенно разрушительных для здоровья³. Алкоголь также оказывает влияние на отдельные аспекты сексуального и репродуктивного здоровья (СРЗ). Помимо того, что спиртное является фактором риска инфекций передающихся половым путем (ИППП), алкоголь также служит причиной неблагоприятных перинатальных исходов, включая малый вес новорожденного и алкогольный синдром плода¹. В рамках международной алкогольной политики стали приниматься меры по снижению потребления спиртного, в частности, употребления алкоголя во время беременности. Новая публикация ВОЗ «Алкоголь в Европейском Союзе. Уровни потребления, наносимый вред и подходы в области политики» освещает некоторые подобные конструктивные вмешательства, рассматриваемые ВОЗ как наилучшие в алкогольной политике. Среди них важное ценовая политика, такие как увеличение налога и минимальной цены, и меры по снижению доступности и распространения спиртного.

1 Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012.

2 Global health risks. – Geneva: WHO, 2009.

3 Rehm J et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview // Addiction. 2010; 105:817 — 843.

АЛКОГОЛЬ, ИППП И ПОСЛЕДСТВИЯ НЕЗАПЛАНИРОВАННЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Несколько мета-анализов выявили связь между потреблением алкоголя и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), а также другими ИППП^{4, 5}.

Однако исследования с целью выявления связи между потреблением спиртного и сексуальным поведением высокого риска, а также связи между потреблением спиртного, сексуальным поведением и ИППП сталкиваются с проблемой. Из-за невозможности исключения факторов, искажающих результаты; невозможности определить кратковременную связь; и оценить глобальные взаимосвязей, в портивовес взаимосвязей в конкретном случае, остается неопределенность относительно случайности или системности полученных результатов.

В последнем мета-анализе была предпринята попытка учета этих ограничений и выявления связи между употреблением алкоголя и небезопасном сексуальным поведением путем оценки произвольных контролируемых клинических исследований, обнаруживавших связь между потреблением спиртного и склонностью к небезопасным сексуальным отношениям⁶. Вторичный мета-анализ выявил связь между повышенным содержанием алкоголя в крови и склонностью к сексуальным отношениям без применения презерватива. Некоторые исследования изучают связь между употреблением алкоголя и последствиями незапланированных сексуальных отношений. Результаты последнего Европейского студенческого опроса об употреблении алкоголя и наркотиков (ESPAD) показали, что за последний год примерно 7% студентов имели сексуальную связь под действием алкоголя, о чем позже сожалели, и 9% имели сексуальную связь под действием алкоголя без презерватива⁷. Результаты мета-анализа и студенческого опроса ESPAD служат основанием для учета аспекта потребления спиртного, когда решаются вопросы сексуального здоровья.

4 Baliunas D, Rehm J, Irving H et al. Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health* 2010; 55:159-166.

5 Cook RL, Clark DB. Is there an association between alcohol consumption and sexually transmitted diseases? A systematic review. *Sexually Transmitted Diseases* 2005; 32(3):156 — 164.

6 Rehm J, Shield KD, Joharchi N et al. Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction* 2012; 107:51 — 59.

7 Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S. et al. The 2011 ESPAD Report: Substance Use Among Students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Council of Europe, Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (Pompidou Group), 2012.

Пороки развития, вызванные употреблением алкоголя (ПРВА)

Со времен средневековья известно, что алкоголь служит причиной врожденных пороков и нарушений в развитии. Последствия употребления алкоголя в период беременности различны в зависимости от стадии развития плода. Именно в первые восемь недель эмбриогенеза при воздействии алкоголя имеют место первичные тератогенные нарушения, в то время как употребление на более поздней стадии сказывается на росте и может привести к умственным расстройствам и нарушениям в поведении. Диагностика алкогольного синдрома плода (АСП) основывается на ряде критериев, которые можно разбить на три основные категории: замедление роста, характерные черты лица и пороки центральной нервной системы (включая умственные расстройства). Умственные расстройства, относимые к АСП, являются необратимыми, и на сегодняшний день АСП является главной предотвратимой причиной негенетической умственной отсталости. Невозможно определить порог безопасного употребления алкоголя во время беременности, но врожденные пороки имеют более серьезный характер при более высоком потреблении спиртного во время беременности.

Распространенность АСП или ПРВА различна у разных групп населения. Данные исследований говорят о том, что она наиболее высока среди афроамериканского и коренного населения США, Канады и Австралии, а также среди групп цветного/смешанного расового происхождения Южной Африки. Исследования установили, что существенное число женщин в Европейском Союзе продолжает употреблять алкоголь во время беременности. Согласно имеющимся данным, их число варьируется от 25% в Испании до 35%-50% в Голландии, а в Великобритании и Ирландии — еще большим (79%)⁸. Исследования показали, что знания являются необходимым, но недостаточным фактором для изменения поведения. Как в обществе в целом, так и в группах повышенного риска осведомленность женщин об опасности употребления алкоголя в период беременности ограничена. В 2007 г. Франция ввела предупреждения в виде наклеек на алкогольные товары. Затем последовала информационная кампания для повышения осведомленности о последствиях для здоровья эмбриона во время беременности. В результате маркировки товаров и кампании осведомленность о вреде алкоголя в период беременности среди беременных женщин возросла с 82 до 87%⁹.

8 du Florey D et al. A European concerted action: maternal alcohol consumption and its relation to the outcome of pregnancy and development at 18 months // International Journal of Epidemiology. 1992; 21 (Supplement № 1).

9 Guillemont, J. The French experience: a health warning to raise awareness. Presentation at the Expert Meeting on Alcohol and Health, Stockholm, 21 — 22 September 2009.— URL:http://www.se2009.eu/polopoly_fs/1.15716!menu/standard/file/090921_Sweden_French%20pictogram%20Juilette%20Guillemont.pdf

ОБСУЖДЕНИЕ

Доказано, что потребление алкоголя приводит к последствиям, пагубным для СРЗ. Наблюдается взаимосвязь между употреблением алкоголя и небезопасными сексуальными отношениями, неадекватным сексуальным поведением, повышенным риском ИППП, АСП и малым весом при рождении. Наиболее уязвимой категорией населения являются молодежь и беременные женщины. Европейский план действий ВОЗ по сокращению вредного употребления алкоголя (2012–2020 гг.) учитывает уязвимость этих двух групп и предоставляет возможные варианты действий, направленных на эти конкретные целевые группы. Наиболее эффективные вмешательства в алкогольную политику имеют ценовая доступность и механизмы распространения на рынке. В связи с этим ВОЗ рекомендует защищать молодежь путем снижения доступности алкогольных товаров, а именно: более строгие возрастные ограничения на покупку спиртного, уменьшение рынка сбыта и затруднения покупки алкоголя путем изменения времени работы магазинов и увеличения стоимости алкоголя посредством налогообложения или увеличения единичной цены товара. Необходим контроль над сбытом спиртного и спонсорскими мероприятиями, направленными на молодых людей. Более того, введение ограничений, сокращение числа пунктов продажи (как для употребления на месте, так и на вынос) и предоставление молодежи в школах и других образовательных учреждениях информации и наставлений о вредных последствиях употребления алкоголя требует участия общественности.

Что касается такой особой целевой группы как беременные женщины, ВОЗ рекомендует всем службам, принимающим участие в антенатальном уходе за беременными, обеспечить предоставление информации и консультаций относительно употребления спиртного в период беременности. Семейный врач, как правило, является первой инстанцией, куда обращается беременная женщина, и, следовательно, должен быть готов консультировать об употреблении спиртного во время беременности. Любая женщина из группы повышенного риска должна немедленно получать направление в специальные службы. Путем повышения осведомленности населения о вопросах СРЗ, связанных с употреблением алкоголя, и приведения в соответствие действий, направленных на решение этих вопросов, люди, принимающие решения, в Европейском регионе ВОЗ и во всем мире могут принять участие в работе над сокращением нежелательных для СРЗ последствий, а также уменьшением наносимого здоровью вреда, вызванного употреблением алкоголя.

По материалам «ENTRE NOUS» — европейского журнала по сексуальному и репродуктивному здоровью. 2012, No. 75. С. 18.

URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/183228/Entre-Nous-75-Rus.pdf?ua=1



КАЩЕНКО
Евгений Августович

доктор
социологических
наук, профессор,
заведующий
кафедрой
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества (РНСО)

ДИСКУССИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ПО РЕФОРМИРОВАНИЮ СЕКСОЛОГИИ

Современная сексология в России — это не признанная ни одной официальной структурой научная дисциплина, где только слово «logos» — учение говорит о научной принадлежности. Российские исследователи называют эту дисциплину всяко: научное знание, область научных знаний, научная дисциплина, наука о поле и половых отношениях и т.д., — в зависимости от компетенции, принадлежности к государственным или общественным структурам, от наличия научного звания и степени, прочтения wikipedia или книг зарубежных и отечественных сексологов.

Во всем мире сексология до сих пор не получила определенный статус, как, например, философия или физика, математика или политология. Но условиться в понимании сексологии, как научного знания о сексуальности, вполне реально. При этом важно сразу определиться, что объектом изучения данного научного знания является сексуальность, под которой понимают «стержневой аспект человеческого бытия на всем протяжении жизни, от рождения до смерти» (см. *определение Всемирной организации здравоохранения и Международное техническое руководство по сексуальному просвещению ЮНЕСКО от 2010 года*). Это определение достаточно широко, чтобы считаться исключительно медицинским, а потому требует несколько иного, чем до 2010 года, к себе внимания и отношения.

С начала этого века изменился ключевой взгляд и на сексуальное развитие: современная его концепция получила название — «тривиумальная», и исходит из гипотезы о комплексности изучения соматосексуального, психосексуального, социокультурного полового развития во всем онтогенезе сексуальности (см.: *Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Онтогенез сексуальности: тривиумальная концепция развития, 2004*).

Расширилось и понятие нормы, которое получило многочисленные социальные, психологические, медицинские и юридические оттенки. Соответственно, устарел и взгляд на современные направления сексологии, которые обозначил Г.С.Васильченко и предложил в конце прошлого века В. В. Кришталь (см.: *В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. Сексология. Учебное пособие. Издательство: Когито-Центр — 2002, 880 стр.*).

Учитывая вышесказанное, стоит назвать основные направления сексологии в России:

1. Медицинская сексология (сексопатология до 2002 года) — одно из основных направлений сексологии и в тоже время отрасль медицины, изучающая этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику сексуальных расстройств. Врач, прошедший соответствующее обучение, имеющий сертификат на осуществление медицинской деятельности в области сексологии, именуется врачом-сексологом, а его специальность, согласно номенклатуре врачебных специальностей — сексология (Приказ Минздравсоцразвития РФ N 210н от 29.04.2009, N 415н от 07.07.2009).

2. Социокультурная сексология — одно из основных направлений сексологии, это междисциплинарная область знаний, в которой рассматриваются вопросы половой жизни в социальном и культурном пространстве, исследуются проблемы полового просвещения, воспитания и образования. Она изучает сексуальную культуру — часть общей культуры человека, способ утверждения его в социокультурном окружении посредством полового поведения, направленного на продолжение рода, удовлетворение биосоциальных потребностей, гедонистических, нравственных, эстетических интересов, познавательных, коммуникативных, компенсаторных, созидательных запросов.

В этом направлении рождается множество областей: эротология, флиртология, фамилистика, амурология и др., которые изучают сексуальность в части касающейся, и потому носят незаконченный, чаще декларативный характер.

3. Правовая сексология — одно из основных направлений сексологии, которое включает в себя две области: судебную сексологию и криминальную сексологию.

– **Криминальная сексология** занимается теоретическими и методологическими вопросами, связанными с сексуальностью в правовом поле: описание, характеристики, оценки, нормы, правила и т.д. Она находится на стыке между социокультурной и судебной областями сексологии. Овладев знаниями криминальной сексологии, адвокатам, судьям, оперативным работникам, следователям и прокурорам можно эффективнее проводить свою работу в правовом поле.

– **Судебная сексология** занимается в большей мере судебно-сексологическими и сексолого-психиатрическими экспертными исследованиями, которые в большей мере носят прикладной характер. Основным Центром, осуществляющим работу в данном направлении, является лаборатория судебной сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского, которая создана на основании решения Ученого Совета ГНЦСиСП им. В.П.Сербского 01.07.94 г. и приказа директора Центра №50-рук от 18.07.94 г.

4. Психология сексуальности — основное направление сексологии, которое исследует вопросы психосексуальной активности и полового поведения. Психологов-сексологов готовят на кафедре междисциплинарной психологии, организованной РНСО. Эти специалисты чаще всего с базовым психологическим образованием работают в паре с врачами-сексологами. Они оказывают психологическую помощь населению и психологическое консультирование в сексологии.

Сексология — междисциплинарная область знаний, где присутствует мультидисциплинарное поле для исследований. В ней чаще описываются, чем предписываются явления сексуальной жизни. Ключевым явлением современной сексологии стало понятие — сексуальное здоровье, которое рассматривается в каждом из четырех основных направлений данного знания.

Первое и третье направления существуют при непосредственном участии Министерства здравоохранения Российской Федерации. Второе и третье — при общественном и коммерческом участии, где без государственного участия развитие ограничено.

В сложившихся условиях врачи не в состоянии заниматься всем спектром различных наук, так как психология, право, культурология, педагогика, биология и прочие дисциплины требуют не поверхностного, а глубокого знания. Соответственно главенство Министерства здравоохранения РФ в сексологии постепенно утрачивает свое значение и влияние. В этих условиях необходимо создание межотраслевого комитета по сексологии, куда следует включить специалистов разных областей знаний (врачей, психологов, педагогов, культурологов, социологов, демографов, философов и др.), и организовать научную, исследовательскую, педагогическую и просветительскую работу во всех направлениях сексологии. Но появление этого комитета будет действенным и эффективным только с участием государственных структур.

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Е.А. КАЩЕНКО, А.Н. КОТЕНЁВА. ПОЛОВОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.

Издательские решения. Ridero, 2015, 256 с.



Авторы очередной раз возвращаются к злободневной проблеме сексуального просвещения и сексуального образования, продолжая разговор с родителями детей и подростков, начатый в серии книг «Откровенный разговор про это». Они обращаются к читателям с реальными предложениями: ЧТО, КАК, КОМУ, КОГДА, СКОЛЬКО необходимо говорить о сексуальности.

Россияне считают «это» стыдным, стесняются показывать «это». Не умеют об «этом» говорить. Но занимаются «этим», смотрят на «это», думают и мечтают об «этом». «Это» — сексуальность, неведомый ребенку мир интимных отношений. С 2012 года могут говорить о сексуальности со своими детьми только родители. Но не всегда умеют. По закону РФ от 29 декабря 2010 года № 436-ФЗ «О защите детей от информации, причиняющей вред их здоровью и развитию» взрослые сами принимают решение: в какой мере и как говорить со своими детьми, какую литературу им читать, какие сайты или фильмы смотреть. Именно взрослые могут грамотно, в доступной, доверительной форме подробно рассказать своим мальчикам и девочкам о самых важных вопросах сексуальности и найти ответы на интересующие их вопросы.

Знать основные ответы на вопросы о сексуальности должны сами взрослые, а это совсем не просто, так как интимный мир человека в любом возрасте исключительно индивидуален. Чтобы облегчить задачу родителям, ученые Российского научного сексологического общества выпустили данное учебное пособие. С учётом возрастного интереса ребенка в этой книге представлен необходимый материал по половому воспитанию, просвещению и образованию. В этой книге они учат правильно говорить с детьми. Подсказывают верные слова, цифры, факты и аргументы для разговора с подростками. Дозированно рассказывают именно то, что должны знать дети в своем возрасте.

Книга состоит из трех частей. Поэтому первая часть предназначена родителям с детьми в возрасте от 6 до 12 лет, вторая часть — родителям с подростками от 12 до 18 лет. В третьей части собраны ответы специалистов, которые помогут родителям говорить с подростками о сексуальности. Авторы предлагают последовательно изучать это пособие родителям и отвечать на сложные вопросы по мере их поступления.

Настоящее пособие рекомендовано президиумом Российского научного сексологического общества (РНСО) для родителей, неравнодушных к сексуальному развитию своих детей.

Авторы — ученые кафедры междисциплинарной сексологии Гуманитарно-экономического и технологического института (г.Москва):

- доктор социологических наук, профессор, главный редактор научно-популярного веб-журнала «Мир сексологии» Кащенко Евгений Августович,
- заместитель заведующего кафедрой сексологии, магистр психологии, руководитель Центра сексуального здоровья Котенёва Анна Николаевна.



ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Н.Д. КИБРИК, Ю.П. ПРОКОПЕНКО. СУПРУЖЕСКАЯ СЕКС-ТЕРАПИЯ

Книга посвящена важнейшему медико-социальному вопросу — восстановлению сексуального здоровья и интимных взаимоотношений в паре, в которой существуют проблемы, не позволяющие супругам полностью реализовать себя в отношениях с любимым человеком.

Книга содержит современные данные о проблемах семейно-сексуальной дисгармонии и месте секс-терапии в решении подобных супружеских нарушений. В книге рассматриваются различные подходы к анализу семейной ситуации, характера взаимоотношений супругов, повышающих риск дисгармонии и снижения сексуального потенциала супружеской пары.

На основе курсов секс-терапии У. Мастера и В. Джонсон, с учетом подхода С. Каплан авторы предлагают свой комплексный подход к решению интимных вопросов супружеской пары, с привлечением восточных методик построения петтингового и компенсирующего поведения для восстановления и образования новых стереотипов близости.

Книга предназначена для специалистов, работающих в области супружеских и интимных отношений — врачей-сексологов, психологов, семейных психологов. Простой и доступный язык, логические связки между отдельными главами способствуют легкому усвоению материалов и возможности активно использовать тактику супружеской секс-терапии для пациентов.



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

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