

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



10
2016 год

Издается 2 раза в год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Е.А. КАЩЕНКО. Междисциплинарная сексология..... 2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г. С. КОЧАРЯН. Мультиоргазм и рефрактерный период: современный анализ проблемы.. 3

Ю.В. ЖУРАВЛЁВА .Феномен транссексуальности: точки соприкосновения науки, кино и психотерапии..... 10

СЕКСУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Г.Е.ВВЕДЕНСКИЙ, Л.Ю. ДЕМИДОВА, М.Ю. КАМЕНСКОВ. Диагностические критерии педофилии — клинические и правовые проблемы..... 19

Г. С. КОЧАРЯН. Формирование патологических сексуальных стереотипов, обусловленных мастурбацией, сочетаемой с порнографией..... 23

ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ. ПАРАГРАФЫ ИЗ УЧЕБНИКА

Е.А.КАЩЕНКО. Генезис психологии сексуальности и теории полового развития..... 30

Д. В. НОВИКОВ. Гештальт-терапия в работе с сексуальными нарушениями..... 35

Е.Е.ЕРШОВА. Психотерапия сексуальных расстройств клиническим психологом..... 46

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

А. БЛИНОВ. Сексуальный сценарий. Опросник..... 53

Е. В. МАКАРОВА, А.М. СОЛОВЬЕВ. Психосоциальные особенности и уязвимость полового поведения МСМ..... 80

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ

Р. Т. БОСТАНДЖИЕВ. Развитие профессиональной парадигмы в области сексологического консультирования..... 85

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Психология сексуальности. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии» под ред. Кащенко Е.А. 92

Над номером работали:..... 93



КАЩЕНКО
Евгений Августович
главный редактор
журнала «Мир
сексологии»

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ

Современная сексология — огромное информационное поле ряда смежных дисциплин, в котором тесно переплелись эмоции, чувства, мотивы, отношения и поведение; методы диагностики, профилактики и лечения; практики и техники. Вовсе непросто изучать область знаний, ключевым понятием которой является «сексуальность».

В настоящее время общепризнанным стал системный подход к исследованиям в сексологии. Если прежде в России предпочтение отдавалось медицине (сексопатология) в лечении сексуальных расстройств, то в последние годы многофакторная обусловленность данных нарушений дополняется психологической направленностью: не отдельными психологическими аспектами, как считали сексопатологи СССР, не продолжением психоаналитической теории, а самостоятельным направлением — психологией сексуальности.

Многие годы российские сексологи жили в режиме изоляции от своих иностранных коллег. Более четверти века прошло с тех пор, когда в нашу страну приезжали К.Имелинский, Т.Бостанджиев, З.Лев-Старович. Эти замечательные ученые сексологи делились собственным опытом, перенимали отечественный. Десять лет назад на часок заглянул из Великобритании Кеван Уайли — вице-президент Европейской федерации сексологов с приглашением российских сексологов в ряды EFS.

Сейчас наступило время скорее индивидуальных связей с мировым сообществом сексологов. На конференциях и симпозиумах побывали В.Домарацкий, Б.Егоров, Ю.Жарков, Л.Шугушева и другие сексологи. Некоторым удалось выступить с интересными докладами, поучаствовать в грантах. На прошедшей 1 марта презентации книги «Сексуалы, кто они?» доктора медицинских наук, профессора Ворник Б.М. и в школе профессионального мастерства при кафедре междисциплинарной сексологии РНСО «Особенности психологического консультирования в сексологии за пределами РФ» шел вопрос о многообразии сексуального поведения и формах работы с клиентами и пациентами.

Участники уверенно утверждали, что помимо врачей в сексологию пришли психологи, психотерапевты, психоаналитики, занимающиеся психологическим консультированием и психотерапией в области сексологии.

Об этом интересно рассказывал наш болгарский коллега — доктор медицинских наук, доцент Р. Бостанджиев — ведущий специалист в Софии по вопросам сексуальной медицины. Его обзор особенностей психологического консультирования в сексологии за пределами РФ наглядно показал, что Россия идет своим нелегким путем. Презентации собственного опыта по преодолению сексуальной некомпетентности пациентов, работы сексолога с эректильной дисфункцией, меткие и содержательные ответы на вопросы, оставили у приглашенных теплые впечатления о прошедшем мероприятии.

В этом, юбилейном (веб-журналу «Мир сексологии» 5 лет!) номере мы публикуем статью Р.Бостанджиева и презентуем новую книгу коллектива кафедры междисциплинарной сексологии — «Психология сексуальности».



КОЧАРЯН

Гарник Суменович

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

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

МУЛЬТИОРГАЗМ И РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД: СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

В настоящее время считается, что к мультиоргазму способны не только женщины, но и мужчины. Раньше придерживались иного мнения, так как исходили из того, что, в отличие от женщин, у мужчин после завершения полового акта непременно наступает рефрактерный период. Как известно, в течение рефрактерного периода мужчина вначале вообще не способен к проведению полового акта, который заканчивается семяизвержением (абсолютная рефрактерность), а спустя некоторый промежуток времени такая способность восстанавливается, но только при использовании какой-то более сильной стимуляции (относительная рефрактерность)¹.

Вместе с тем в нашей клинической практике мы наблюдали пациентов-мужчин, которые были способны к проведению последующих половых актов сразу после семяизвержения (без какой-либо остановки) при полной сохранности эрекции. Так, один наш пациент жаловался на резкое уменьшение продолжительности полового акта. Если ранее она составляла 30 мин, то теперь составляет только 1,5 мин. При активном опросе выяснилось, что за эти 30 мин он раньше без перерыва совершал 4 коитуса, которые заканчивались семяизвержением, а теперь возможность проведения половых актов без перерыва утратилась. На вопрос о продолжительности первого полового акта в этой серии пациент ответил, что она составляла 1,5 мин. Длительность каждого последующего коитуса была больше, чем предыдущего. Следовательно, ни о каком укорочении полового акта в данном случае говорить не приходится, и речь идет о том, что рефрактерный период, который наступает у мужчин после семяизвержения, в данном случае чрезвычайно короток, почти незаметен, что нехарактерно для мужчин^{2,3}. Это был не единственный случай в нашей

1 Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.

2 Кочарян Г. С. Продолжительность оргазма, однократные, повторные и множественные оргазмы, рефрактерный период, патологический оргастический статус. Современные данные / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2015. – №1 (52). – С. 10–14.

3 Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение / Г. С. Кочарян. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.

практике, когда мужчина был способен к проведению ряда половых актов без каких-либо перерывов. В настоящее время у нас нет полной уверенности в том, был ли вообще у пациента, о котором идет речь, рефрактерный период после первого, второго и третьего полового акта.

В одном исследовании 1998 г., проведенном в лабораторных условиях, 35-летний мужчина испытал 6 оргазмов за 36 мин без видимого рефрактерного периода. Каждый из этих оргазмов сопровождался эякуляцией. Он сообщил, что множественные оргазмы с эякуляцией он испытывает с 15 лет (В. Whipple et al., 1998)⁴.

Мужчины, которые испытывают сухой оргазм (оргазм без эякуляции), часто могут иметь множественные оргазмы, так как их рефрактерный период редуцирован. М. Е. Dunn, J. E. Trost⁵ сообщают о данных интервьюирования 21 мультиоргастичного мужчины в возрасте от 25 до 69 лет. Эти мужчины утверждали, что они обычно, хотя и не всегда, испытывают множественные оргазмы. Исследователи определили множественные оргазмы у мужчин как два или более оргазма с эякуляцией или без нее, после которых (не считая последний — прим. Г.С.К.) может иметь место очень ограниченная детумесценция (detumesence) (потеря эрекции). Обследованные сообщили, что детумесценция полового члена не всегда следует за оргазмом, а анэякуляторный оргазм может произойти как до, так и после оргазма с эякуляцией, и что возможно иметь серию оргазмов. У некоторых мужчин эякуляция наступала после первого оргазма, за которым следовали более «сухие» оргазмы. Другие же мужчины сообщали, что после нескольких оргазмов без эякуляции у них наступал финальный оргазм, сопровождающийся эякуляцией. Встречались и разные варианты сочетания двух охарактеризованных паттернов. Одни мужчины сообщили, что всегда имели множественные оргазмы, в то время как другие испытали их относительно поздно в своей жизни. Некоторые мужчины специально обучались, чтобы стать мультиоргастичными. На основании проведенного исследования авторы приходят к выводу, что традиционные ожидания в отношении ограничения способности мужчин к переживанию оргазма оказывали сильное влияние на поведение мужчин, а также установки исследователей в этой области.

Существуют и другие данные о возможности некоторых мужчин испытывать несколько оргазмов за очень короткий промежуток времени. При проведении одного исследования 13 мужчин указали, что перед финальным оргазмом с эякуляцией они могут пережить ряд оргазмов. Большинство из них сообщили, что во время одного занятия сексом они испытывают от 3 до 10 оргазмов. Отмечается, что, к сожалению, только одного из этих 13 мужчин исследовали в лаборатории, где его заявления подтвердились физиологическими данными. Делается вывод, что, по-видимому, разгадка множественных оргазмов состояла в том, что эти мужчины обладали

4 по Крукс Р. Сексуальность. 9-е международное издание / Р. Крукс, К. Баур. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2005. – 480 с.

5 Dunn M. E. Male multiple orgasms: a descriptive study / M. E. Dunn, J. E. Trost. // Archives of Sexual Behavior. – 1989. – 18 (5). – P. 377–387.

способностью сдерживать эякуляцию, так как их финальный оргазм в серии оргазмов сопровождался эякуляцией и приводил к рефрактерному периоду⁶.

Интерес представляет собой следующее сообщение. В 1970 г. в кабинет Уильяма Хартмана, профессора Калифорнийского университета в Лонг-Бич, зашел молодой студент, который сообщил, что он способен испытать несколько оргазмов за один сеанс занятий любовью и желает обучить тому же остальных мужчин. «В то время мы еще ничего толком не знали об этом феномене, но интерес был велик, и мы отправили парня в лабораторию и всего опутали проводами» — вспоминает У. Хартман. Специальные исследования подтвердили правдивость слов этого студента: за час мастурбации он испытал 16 оргазмов⁷. Тем не менее, это нельзя сравнить с женскими возможностями. Так, одна женщина, которая была обследована Уильямом Хартманом и Мэрилин Фитиан, за час испытала 134 оргазма⁸.

В связи с обсуждением проблемы множественного оргазма, целесообразно обсудить вопрос о некоторых механизмах формирования рефрактерного периода у мужчин. Так, Р. Крукс, К. Баур⁹ сообщают:

«Одним из самых значительных различий в сексуальной реакции полов является наличие рефрактерного периода в мужском цикле реагирования. Мужчинам обычно нужен какой-то минимум времени после оргазма, прежде чем они почувствуют еще один пик. Большинство женщин не испытывают такой физиологически обусловленной «фазы остановки».

В литературе есть много дискуссий о том, почему только у мужчин есть рефрактерный период. Кажется правдоподобным существование какого-то кратковременного неврологического сдерживающего механизма, который приводится в действие в результате эякуляции. Трое британских ученых провели интересное исследование, которое показало правильность такого мнения (Barfield et al., 1975). Эти исследования доказывают, что некоторые последовательности химических реакций между средней частью мозга и гипоталамусом, участвующие, как было выявлено ранее, в регуляции сна, связаны и с тормозящим эффектом после оргазма у мужчин. Чтобы проверить эту гипотезу, ученые провели опыты на крысах и уничтожили у них участок вентральной медиальной петли (ventral medial lemniscus) в их химической цепи. Для сравнения ученые хирургически удалили три другие области в гипоталамусе и в средней части мозга у разных крыс. Последующие

6 Robbins M. Multiple Orgasm in Males / M. Robbins, G. Jensen // Journal of Sex Research. – 1978. – Vol. 14, No. 1. – P. 21–26.

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

8 Crooks R. Our Sexuality. 4th ed. / R. Crooks, Baur K. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – xxxv + 850 p.

9 Крукс Р. Сексуальность. 9-е международное издание / Р. Крукс, К. Баур. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2005. – 480 с. – с. 142

наблюдения за сексуальным поведением испытуемых крыс показали, что удаление вентральной медиальной петли оказывает очень сильное влияние на рефрактерный период, сокращая его продолжительность в два раза.

Еще одно исследование на крысах предоставило более детальные данные о том, что мозг участвует в формировании рефрактерного периода у мужчин. В двух исследованиях у крыс были разрушены большие области под гипоталамусом, что привело к учащению эякуляций у испытуемых животных (Heimer & Larsson, 1964; Lisk, 1966). Еще одно исследование показало, что электрическая стимуляция задней части гипоталамуса может резко уменьшить у крыс интервалы между копуляциями (Caggiula, 1970).

Некоторые специалисты полагают, что ответ на загадку рефрактерного периода кроется в потере семенной жидкости во время оргазма. Но большинство исследователей скептически отнеслись к этой идее, потому что неизвестно, какая субстанция в выделяемом семени может свидетельствовать об утечке энергии или заметном снижении гормонального уровня либо каких-либо других биохимических сдвигах, которые могли бы объяснить эту загадку.

Еще одно исследование предполагает, что рефрактерный период у мужчин объясняется эволюцией и ее целями, поскольку конечная цель выживания видов наиболее эффективно достигается, если мужчины испытывают «остановку» после оргазма, а женщины нет. В соответствии с этой теорией женщины получают преимущество и могут продолжать совокупляться не с одним мужчиной. Такая практика увеличивает количество спермы в репродуктивном тракте женщины, и вероятность беременности повышается. Дополнительное количество спермы также ведет к тому, что активно происходит естественный отбор наиболее приспособленных особей (наиболее быстрых пловцов, долгожителей и т. д.). Доказательства в пользу этой теории слабы, однако, сам тезис, тем не менее, провокационный. Какие бы ни были причины, рефрактерный период распространен не только у мужчин, но и у самцов буквально всех видов, о которых у нас имеются данные, в том числе у крыс, собак и шимпанзе».

По нашему мнению, вышеприведенная гипотеза, объясняющая отсутствие у женщин рефрактерного периода необходимостью и возможностью отбора наилучших по своему качеству сперматозоидов от многих мужчин, выглядит не только сугубо умозрительной, но и такой, которая вызывает улыбку. В связи с этим возникает картина, где женщина и мужчина проводят половой акт, а возле них выстроились другие мужчины, ожидающие своей очереди. Более того, и это уже совсем не смешно, в связи с данной гипотезой может возникнуть визуальная криминальная конструкция группового изнасилования женщины мужчинами¹⁰.

10 Кочарян Г. С. Продолжительность оргазма, однократные, повторные и множественные оргазмы, рефрактерный период, патологический оргастический статус. Современные данные / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2015. – №1 (52). – С. 10–14.

Существуют возможности влияния на рефрактерный период мужчины с помощью определенных веществ. Так, выброс окситоцина при эякуляции участвует в обеспечении рефрактерного периода после копуляции: увеличение уровня этого гормона во время семяизвержения главным образом отвечает за рефрактерный период, и количество выделенного окситоцина может повлиять на длительность рефрактерного периода¹¹. Другой агент, который считается ответственным за мужской рефрактерный период — это пролактин, подавляющий допамин, который, в свою очередь, отвечает за сексуальное возбуждение. В связи с этим в настоящее время возникает экспериментальный интерес к препаратам, ингибирующим пролактин, таким как каберголин (Cabergoline), также известный как Cabeser или Dostinex. Существуют исследования, предполагающие, что каберголин в состоянии полностью устранить рефрактерный период, что может позволить мужчинам испытывать несколько эякуляций и оргазмов подряд¹².

К уменьшению рефрактерного периода приводит прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа^{13, 14, 15, 16, 17, 18}.

В литературе широко представлено мнение о том, что, в отличие от мужчин, у женщин рефрактерный период отсутствует. Однако это утверждение должно быть подвергнуто тщательному анализу. Если это так, то женщина подобна вечному двигателю (*perpetuum mobile*), и ее можно всегда сексуально завести без всяких ограничений. В этом подходе она предстаёт как неиссякаемый источник энергии, так как половой акт, как известно, характеризуется выраженной интенсификацией активности различных органов и систем организма и сопряжен с большой тратой энергии¹⁹.

11 Textbook of Biological Psychiatry (ed. Jaak Panksepp). – Wiley-Liss, Inc., 2004, p. 129.

12 Krüger T. H. Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males / T. H. Krüger, P. Naake, J. Haverkamp, M. Krämer, M. S. Exton, B. Saller, N. Leygraf, U. Hartmann, M. Schedlowski // *J Endocrinol.* – 2003. – 179 (3). – P. 357–365.

13 Кочарян Г. С. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов в терапии преждевременной эякуляции / Г. С. Кочарян // *Здоровье мужчины.* – 2012. – №3 (42). – С. 75–77.

14 Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение / Г. С. Кочарян. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.

15 Aversa A. Effects of sildenafil (Viagra) administration on seminal parameters and post-ejaculatory refractory time in normal males / A. Aversa, F. Mazzilli, T. Rossi, M. Delfino, A. M. Isidori, A. Fabbri // *Hum Reprod.* – 2000. – 15. – P. 131–134.

16 McMahon C. G. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation / C. G. McMahon, B. G. Stuckey, M. Andersen, K. Purvis, N. Koppiker, S. Haughie, M. Boolell // *J Sex Med.* – 2005. – 2 (3). – P. 368–375.

17 McMahon Chris G. Premature ejaculation / Chris G. McMahon // *Indian Journal of Urology.* – 2007. – 23 (2). – P. 97–108.

18 Mondaini N. Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time / N. Mondaini, R. Ponchietti, G. H. Muir, F. Montorsi, F. Di Loro, G. Lombardi, et al. // *Int J Impot Res.* – 2003. – 15. – P. 225–228.

19 Кочарян Г. С. Продолжительность оргазма, однократные, повторные и множественные оргазмы, рефрактерный период, патологический оргастический статус. Современные данные / Г. С. Кочарян // *Здоровье мужчины.* – 2015. – №1 (52). – С. 10–14.

В связи с этим интерес представляет классификация женского оргазма Джозефины Сингер и Ирвинга Сингера (Josephine and Irving Singer) 1972 г.²⁰ Авторы описали 3 типа женского оргазма: вульварный, маточный и смешанный. Они полагают, что вульварный оргазм соответствует типу оргастического ответа, описанному Мастерс и Джонсон. Этот тип оргазма может быть индуцирован коитальной или мануальной стимуляцией. Он сопровождается сокращениями оргастической платформы и обычно не сопровождается рефрактерным периодом. Маточный оргазм возникает только в результате вагинальной пенетрации и характеризуется непроизвольно задерживающимся дыханием по мере того, как приближается оргазм, и взрывным выдохом во время самого оргазма. Сингеры полагают, что этот тип оргазма часто индуцирует глубокое чувство релаксации и сексуального удовлетворения и обычно сопровождается рефрактерным периодом. Смешанный оргазм является комбинацией двух первых. Он характеризуется как сокращениями оргастической платформы, так и задержкой дыхания.

Интерес представляют и высказывания А. М. Свядоца²¹ по этой проблеме: «После оргазма некоторые женщины с пикообразным, однократным типом оргазма оказываются в половом отношении невозбудимыми. У них возникает рефрактерный период, который может длиться довольно долго, иногда ряд часов, сутки или дольше. У женщин, способных к повторным оргазмам, рефрактерный период может быть весьма кратковременным — одна минута или немного дольше. Женщины, способные к многократным повторным оргазмам, нередко после оргазма, если половой акт продолжается, остаются в состоянии возбуждения на уровне «плато»-фазы, и в этой фазе у них вновь и вновь повторно возникают оргазмы, причем каждый раз возбуждение падает лишь до уровня «плато»-фазы».

По нашему мнению, рефрактерный период у женщин между отдельными оргазмами может отсутствовать, если речь идет о многократных оргазмах. Однако серия таких оргазмов не может быть беспредельной, и можно достичь оргазма, который будет последним в этой серии, за которым неминуемо наступит рефрактерный период. Устоявшееся в литературе мнение о полном отсутствии у женщин рефрактерного периода следует считать мифом, который противоречит не только здравому смыслу, но и общим физиологическим закономерностям²².

Следует отметить, что W. Hartman, M. Fithian (1984) сообщили об успехе в обучении мужчин переживать множественные анэякуляторные оргазмы посредством сжатия лобково-копчиковых (pubococcygeus) и связанных с ними мышц при приближении

20 Singer J. Types of Female Orgasm / J. Singer, I. Singer // Journal of Sex Research. – 1972. – 8. – P. 255–267.

21 Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. / А. М. Свядоц. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.

22 Кочарян Г. С. Продолжительность оргазма, однократные, повторные и множественные оргазмы, рефрактерный период, патологический оргастический статус. Современные данные / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2015. – №1 (52). – С. 10–14.

оргазма²³. Один из способов, который позволяет предотвратить эякуляцию, — давление на промежность примерно на полпути между мошонкой и анусом как раз перед эякуляцией. Вместе с тем отмечается, что это, однако, может привести к ретроградной эякуляции (т. е. перенаправить сперму в мочевой пузырь), а также вызвать долгосрочное повреждение из-за давления на нервы и кровеносные сосуды промежности²⁴. Смысл техник, направленных на достижение множественного оргазма у мужчин, состоит в том, что они позволяют отделить оргазм от эякуляции. Подробно различные приемы, которые дают возможность достичь такого оргазма у мужчин, представлены в книге «Мультиоргазм для мужчин»²⁵.

23 по Crooks R. Our Sexuality. 4th ed. / R. Crooks, Baur K. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – xxxv + 850 p.

24 по Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (date of access: 11.12.2014).

25 Чиа Мантэк, Абрамс Арава Дуглас. Мультиоргазм для мужчин [перев. с англ.] / Мантэк Чиа, Арава Дуглас Абрамс – М.: ООО Издательство «София», 2008. – 224 с.



ЖУРАВЛЕВА
Юлия Валерьевна

клинический
психолог,
психотерапевт,
преподаватель МГИ
им. Е.Р. Дашковой,
член ПСО,
действительный
член ОППЛ

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ФЕНОМЕН ТРАНССЕКСУАЛЬНОСТИ: ТОЧКИ СОПРИКОСНОВЕНИЯ НАУКИ, КИНО И ПСИХОТЕРАПИИ

28 января 2016 года в российских кинотеатрах вышел фильм «Девушка из Дании», рассказывающий историю Лили Эльбе, также известной под именем датского художника Эйнара Вегенера — человека, который первым в мире решился на операцию по перемене пола. Воспоминания Лили Эльбе легли в основу книги «Из мужчины в женщину», впервые изданной в 1933 году (см. Ноуер, 2004); в 2000 г. вышла в свет новелла современного американского писателя Дэвида Эберсхофа «Девушка из Дании» (Ebershoff, 2000), которая и была экранизирована режиссером Томом Хупером в 2015 г. В данной статье предпринимается попытка анализа социокультурных и психотерапевтических аспектов, затрагиваемых этим фильмом, а также раскрываются наиболее частые вопросы, возникающие у людей в связи с феноменом транссексуальности.

Рассматриваемый феномен многогранен и сложен, причем сложность его касается не только сугубо медицинских и психологических аспектов, но и восприятия данного феномена в обществе. Неоднозначное, противоречивое отношение к транссексуальности присутствует не только в нашей стране, но и в других странах мира. На сегодняшний день в мировом сообществе пока достаточно сильны тенденции к стигматизации и патологизации людей с гендерным несоответствием. Тем не менее, научное сообщество стремится двигаться в сторону преодоления этих проблем, что выражается в поисках путей оказания помощи трансгендерным людям. Так, например, в марте 2015 года в Бельгии состоялась Первая международная конференция «Забота о здоровье трансгендеров в Европе», организованная Европейской Ассоциацией профессионалов в здоровье трансгендеров. На конференции обсуждалось множество проблем, связанных с феноменом транссексуальности, а также и различные жизненные вопросы, с которыми сталкиваются трансгендерные люди. В частности, это помощь детям и подросткам с гендерной неконформностью/вариативностью, гендерной дисфорией, вопросы репродукции трансгендерных людей, максимально раннее юридическое признание гендера, грядущие изменения в МКБ в рубрике «Расстройства половой идентификации», правовые вопросы, медицинские, психотерапевтические и этические аспекты взаимодействия с трансгендерными людьми (Карагаполова, 2015). Издается всё больше научных работ, посвященных проблемам гендерной идентичности (см., к примеру: Veemyn & Rankin, 2011).

Фильм «Девушка из Дании» затрагивает ряд проблем, связанных с этим феноменом. Это и проблема уровня психологической культуры современного общества, и проблема ксенофобии, и проблема нормы и патологии, столь актуальная для современной психиатрии и психотерапии. Полагаю, что данное произведение имеет шансы выполнить просветительскую миссию в российской аудитории, внести свой вклад в решение проблемы стигматизации лиц с так называемыми «нарушениями половой идентичности». Но это не только история о транссексуальности, но и история о большой любви и серьезных психологических конфликтах.

Поэтому особо хочется отметить значимость данного произведения для психотерапии. Особенность фильма «Девушка из Дании» в том, что он заставляет зрителя чувствовать и сопереживать на пределе душевных возможностей. В фильме показана сложная психология нескольких героев в абсолютно уникальной (для того времени) ситуации. Борьба с самим собой, подвиг быть честным с самим собой, даже причиняя при этом боль любимому человеку, отвержение общества (сцена избияния), опасность утраты статуса полноценного психически здорового субъекта общества, сильнейший стыд перед людьми, близкими и самим собой, необходимость решиться на операцию, которую никогда в мире не делали, необходимость пройти через страх смерти, чтобы обрести то, что изначально есть у всех других (пойти на смерть ради жизни) — таковы психологические испытания Лили.

Полагаю, что история Лили Эльбе, талантливо воплощенная на экране, демонстрирует суть и цель психотерапии — раскрыть в человеке его самого. Человек не должен становится не-собой, не должен стремиться к samozачеркиванию, напротив, следует раскрыть себя, двигаться по направлению к своей сущности, найти в своей душе силы быть самим собой, хотя порой на этом пути приходится сталкиваться со страхом, неприятием со стороны общества, жестким давлением окружающих. Думаю, эта идея созвучна духу психотерапии творческим самовыражением М.Е. Бурно (не отказываться от своей подлинной сути, а раскрывать её, и даже «почувствовать силу своей слабости»).

Один из главных вопросов заключается в том, может ли такая особенная история быть конгруэнтна психологическим травмам и проблемам, волнующим «типичного» клиента, приходящего на психотерапию. Поэтому теперь я хочу наметить психотерапевтические мишени и очертить круг таких проблемных ситуаций, для которых этот фильм может послужить исцеляющим, облегчающим и просвещающим фактором.

Первая мишень — взаимоотношения между партнерами: доверие, поддержка, способность пожертвовать своими интересами, уступить ради развития партнера, проблема взаимопонимания, способность посмотреть на мир глазами другого (всё это — весьма частые проблемы в психотерапии).

Вторая мишень — этот фильм затрагивает целый спектр проблем индивидуальной психотерапии, т.е. касается таких распространенных запросов и проблем, как неуверенность в себе, страх социальной оценки, непонимание себя, неумение прислушаться к себе, подчинение стереотипам, конформность, и учит раскрытию своего потенциала, показывает, как найти путь к себе, а не блуждать всю жизнь в темноте, делая то, что навязано тебе другими.

Третья мишень — сами по себе проблемы гендерной идентичности, а также отношения трансгендерных людей с родными и близкими. Это не только помощь людям со сложностями, связанными с их гендерной идентичностью, а даже в большей степени помощь родственникам транслюдей в понимании близкого человека. Психотерапевт же может быть здесь посредником, предотвращать явления стигматизации, попытки перевоспитания, давления, угрозы со стороны родственников.

Четвертая мишень — здесь следует подчеркнуть важность фильма для специалистов-психотерапевтов. Стоит посмотреть его, чтобы в очередной раз задуматься над непростыми жизненными ситуациями, с которыми можно столкнуться в работе, когда нет однозначных ответов, очевидных решений проблемы, когда нет правильного и неправильного, хорошего и плохого. Это учит психотерапевта нейтральной позиции в терапии, учит не занимать сторону какого-либо клиента, избегать оценок. Кроме того, на мой взгляд, одна из центральных идей фильма заключается в следующем: иногда то, что выглядит как патология, оказывается нормой и примером здоровой, глубокой и тонко чувствующей души. Психологам и психотерапевтам стоит помнить об этом, чтобы избежать профессиональных ошибок и гипердиагностики в работе.

И, наконец, **пятая мишень** — кроме всего прочего, этот фильм в любом человеке может вызвать самые возвышенные эмоции, катарсис, слезы, чувство сострадания, уважения, любви к близким и дорогим людям, способствует переоценке ценностей, позволяет возвыситься над обыденными бытовыми проблемами и понять, что на самом деле важно в жизни. Разве не это и есть истинная психотерапия?

Вышеизложенные тезисы показывают, что мы не разделяем взгляды и тенденции, заключающиеся в стремлении патологизировать феномен транссексуальности, а также безапелляционно утверждать необходимость подвергнуть людей с транссексуальностью биологическому лечению и психотерапевтической коррекции (особенно на фоне того, что психотерапия, направленная на примирение с полом, определенным при рождении, признана Всемирной ассоциацией профессионалов в трансгендерном здоровье неэффективной и неэтичной).

Также нам кажется важным способствовать повышению психологической грамотности населения в отношении людей с разными вариантами гендерной

идентичности, поскольку социологические исследования позволяют оценить масштабы дискриминации трансгендеров в нашей стране. Одно из таких исследований, посвященное жизни транслюдей в России, было проведено ЛГБТ-организацией «Выход» (см.: *«Гендерная идентичность в эпицентре дискриминации»*, СПб., 2013). В данном исследовании приняли участие 408 человек, имеющих проблемы гендерной идентичности, из Российской Федерации и бывших стран СССР. Транссексуалы составляли 57% (229 чел) из всех трансгендерных людей, принявших участие в исследовании. Кратко резюмируя результаты исследования, можно заключить, что трансгендерные люди сталкиваются с множеством таких проблем, как:

- повседневная дискриминация (физическое насилие, грубость, оскорбления, давление);
- дискриминация и насилие в период взросления (детство и юношество) (насилие, издевательство, притеснение в школе и институте);
- дискриминация в сфере труда (невозможность, устройства на работу, отказы, насмешки, грубое обращение);
- дискриминация в сфере медицинских потребностей (трудности обращения к врачам, хамство со стороны медицинских работников, недоступность специалистов узкого профиля, проблемы получения качественной помощи по хирургической коррекции пола);
- финансовая труднодоступность лечения проблемы гендерной дисфории;
- юридические сложности, проблемы с документами.

Это лишь сжатое изложение фактов, за каждым из которых стоят множества индивидуальных историй несправедливого и антигуманистического отношения к людям, которые, подобно Лили Эльбе, всего лишь хотят быть самими собой.

* * *

Мы поговорили со специалистом в вопросах оказания помощи трансгендерным людям, психиатром, сексологом Ириной Карагаполовой, которая ответила на вопросы о транссексуальности, возникающие у обычных людей.

Юлия Журавлева: Речь в нашем разговоре пойдет о феномене транссексуальности. В чем он заключается?

Ирина Карагаполова: Транссексуальность — это вариант другого более широкого и более нейтрального понятия — трансгендерность. Трансгендерность — это обобщающее понятие, которое включает в себя все варианты несоответствия гендерной идентичности человека полу, определенному при его рождении. Чтобы было понятнее, объясню и что такое «гендерная идентичность». Гендерная идентичность — это стойкое осознание своей принадлежности к мужскому, женскому, какому-то иному варианту «пола». При трансгендерности гендерная идентичность

отличается от пола, определенного при рождении. Особенность транссексуальности в том, что транссексуальные люди хотят жить и быть принятыми как люди другого, «противоположного пола», и часто стремятся привести свое тело в максимальное соответствие с этим желаемым «полом» — с помощью гормональной и хирургической коррекции тела.

Ю.Ж.: А каков психический статус транссексуалов? Они нуждаются в лечении?

И.К.: Несмотря на то, что на сегодняшний день транссексуальность включена в реестр медицинских состояний, расстройств и заболеваний, в среде медицинских профессионалов существует определенная и однозначная позиция о том, что в психиатрическом лечении транссексуальные люди не нуждаются. Они нуждаются в помощи в так называемой «смене пола» — «переходе» в желаемый гендер, адаптации в нем, возможно — в гормональной и хирургической коррекции тела. И главное — они нуждаются в смене паспортного или гражданского пола, т.е. юридическом признании желаемого гендера. То есть транссексуальные люди в целом — психически здоровы. Забегая вперед, могу сказать, что уже практически готова и проходит стадию комментариев и доработки новая версия Международной классификации болезней, из которой транссексуальность вообще исключена. В главе, посвященной состояниям, связанным с сексуальным здоровьем будет рассматриваться «гендерное несоответствие», опять же, как состояние, требующее помощи в процессе «перехода», адаптации и смены документов.

Ю.Ж.: Что означает для транссексуала операция «по смене пола»? Кто и как дает на нее разрешение? Каковы причины отказа в операции?

И.К.: Вообще, люди, чья гендерная идентичность не соответствует полу, определенному при рождении, сознав это, стремятся исправить эту ситуацию. Они начинают «переход». Сначала это может заключаться в шагах более или менее простых — смене имиджа, прически, одежды, формировании новых форм поведения. Если есть внутренняя готовность и подходящий контекст, транслюди могут обсудить это с кем-то из близких. Если этот шаг сопровождается пониманием со стороны того, кому открылись, то у человека появляется возможность попросить окружающих его людей обращаться к нему по имени и местоимению, соответствующим ощущаемому гендеру. Но некоторому количеству транссексуальных людей этого недостаточно. Они испытывают отчетливый дискомфорт от того, что строение их тела не соответствует их гендерной идентичности, их самоощущению себя. Степень этого дискомфорта может быть высока и тогда она осложняет существование человека разного рода тревожными и депрессивными переживаниями, препятствует нормальной жизненной активности. Поэтому, очень важно, чтобы у человека были выбор и возможность при необходимости осуществлять гормональную и хирургическую коррекцию тела в необходимом объеме, и возможность для смены паспортного пола и юридического признания гендера.

Решение о гормональной и хирургической коррекции тела принимает сам человек. Но перед тем, как начать коррекцию тела, в большинстве стран СНГ он должен пройти освидетельствование комиссией психиатров, чтобы получить заключение с диагнозом, как некое «подтверждение» того, что его желание «сменить пол» обоснованно, а не является продуктом его психосимптоматики. Но ни психиатры, ни кто-то другой не могут и не должны принимать за человека решение о том, осуществлять или не осуществлять ему оперативное вмешательство. Тем более, оперативное вмешательство не может быть требованием или условием для смены документов. Но, люди часто попадают в ситуацию, когда существующая «система» принимает это решение за них. Транслюди могут не получить заключение комиссии по причинам социального характера, как в некоторых странах СНГ, например, при наличии детей. Таким образом получить труднопреодолимое препятствие в доступе к необходимой помощи, «отказ». Или наоборот, иметь в качестве условия для смены документов требование осуществить генитальную операцию, требование, не упрядняющееся даже в ситуации наличия медицинских противопоказаний, религиозных установок, отсутствия средств на операцию. Вот и получается, что кто-то все же «решает» за человека вопрос об оперативном вмешательстве, «разрешает» или «отказывает». «Отказом», наверное, можно считать отсутствие заключения от психиатров. В ситуации невозможности пройти все необходимые обследования, наличия социальных препятствий, наличия иного диагноза. Или «отказ» хирургов, связанный с наличием медицинских противопоказаний, или непосильной для человека ценой за услугу.

Ю.Ж.: Какова дальнейшая судьба людей, сделавших «операцию по перемене пола»? Адаптируются ли они в обществе? Создают ли семьи?

И.К.: Вообще если говорить о хирургическом компоненте медицинского «перехода» транссексуалов, что на бытовом языке называют «операция по смене пола» — это история длинная и сложная. Вернее, очень индивидуальная. Количество и набор хирургических операций, направленных на приведение тела в соответствие с желаемым гендером, зависит от множества факторов — степени дискомфорта в своем не измененном теле, выраженности гендерных стереотипов в вопросах внешнего вида, типа «женщина должна быть...», результатов и успешности гормональной коррекции, предыдущих хирургических вмешательств, материальных возможностей... Кому-то достаточно немедицинского «перехода», кому-то — «операции верха» для того, чтобы почувствовать себя комфортно и гармонично и на этом закончить хирургическую коррекцию. А для кого-то это очень многоэтапный и длинный путь, который осложнен и удлинен еще и необходимостью находить или зарабатывать деньги на каждый из этапов оперативного вмешательства. Этот путь может быть бесконечно долгим: «операции верха» — груди или молочных желез, генитальные операции, включая пластические, операции по усовершенствованию формы лица, перераспределение жира — маскулинизация и феминизация тела, изменения формы нижней челюсти и уменьшение Адамова яблока — у трансженщин, «голосовая хирургия», плюс, перманентная гормональная терапия, работа с голосом,

удаление волос на лице, и прочее... В общем, у всех в разное время, после разного количества вмешательств наступает это самое «после». Но после этого «после» еще не начинается «дальнейшая судьба»... Потому, что человеку очень важно юридическое признание его нового гендера. Качество жизни значительно ухудшает тот факт, что внешний образ трансгендерного или транссексуального человека, в особенности, начавшего «переход» и его официальные данные могут различаться. То есть, то, как человек выглядит, его имидж и поведение, возможно, его имя и местоимение, которыми он себя называет, могут не соответствовать имени, полу и образу в документах. Это вызывает большое количество сложностей в жизни трансгендерных и/или транссексуальных людей — от травмирующих случаев везде, где есть необходимость предъявлять документы, до всевозможных ситуаций, где это несоответствие может спровоцировать любые формы насилия. Смена документов может проходить тоже в разных вариантах — от более-менее благополучного до травматичного и с участием судебной системы. И вот тогда... Тогда и начинается, пожалуй, эта «дальнейшая судьба». И складывается она, безусловно, очень по-разному. Как и судьба всех вообще людей. С разной степенью адаптации, везения, семейного счастья или одинокого жития. Это зависит в первую очередь от наличия документов, соответствующих желаемому гендеру, комфортности степени «перехода», наличия или отсутствия поддержки близких, уровня материальной состоятельности, терпения, сил и желания жить, того, встретился ли любимый и любящий... И от многого другого.

Ю.Ж.: Обращаются ли трансгендерные/транссексуальные люди к психологам или наоборот, стараются избегать их? Бывают ли случаи психологической коррекции и отказа от «перехода»? Хотя подобная коррекция и психотерапия признана неэффективной...

И.К.: К психологам... Для людей, которые часто чувствуют себя уязвимыми и, возможно, пережили травматичные ситуации в общении с внешними людьми, это, пожалуй, вызов. Кто-то обращается. Не так часто, насколько я знаю. Кто-то идет именно по пути «перехода» не останавливаясь на внутренних переживаниях, идет сразу к психиатрам — за заключением. А еще я точно знаю, почему не обращаются. Потому, что есть опыт, передающийся из уст в уста. И о психиатрах, и о психологах. Он иногда мифологизированный, но часто не придуманный, имеющий реальные ситуации в основе. Такой вот опыт. Когда не захотели выслушать и вслух ужасались тому, кто пришел на прием, когда бежали в соседний кабинет и созывали коллег — показать «живого транссексуала», когда «воспитывали, наставляли, ругали», когда необоснованно задавали ненужные и очень личные вопросы, когда рассказывали, что все это «не угодно богу», пугали раком, называли паспортным именем и местоимением, даже выгоняли... А по поводу «психологической коррекции, направленной на отказ от перехода». Согласно позиции однозначно уважаемой мною Международной ассоциации профессионалов в трансгендерном здоровье, лечение, направленное на примирение с полом, определенным при рождении, признано не эффективным, а кроме того, считается нарушающим профессиональную этику. В некоторых странах существует тенденция к запрету такого рода терапии. Что еще тут обсуждать?

Ю.Ж.: Какова распространенность трансгендерных людей? Если ли тенденции к их увеличению? Можно ли сказать, представители каких социальных групп составляют трансгендерное сообщество (образование / происхождение/ социальное положение и т.п.)?

И.К.: Цифры, отражающие распространенность, публикуются по разным данным и разным авторам, и по разным странам, и по годам... Они такие примерно по данным Международных стандартов оказания помощи трансгендерным людям: 1:11900–1:45000 трансженщин, 1:30400–1:200000 трансмужчин (39 лет, 8 стран, 10 исследований). Но всегда есть допущение о том, что эти цифры весьма приблизительны и крайне минимальны... Ибо в цифры попадают те, кто попал в поле зрения тех, кто эти цифры считал... А тенденция к увеличению есть вот в каком вопросе — увеличивается количество обращающихся за помощью в гендерные клиники. Там, где они есть, там, где есть возможность получить помощь, где качество этой помощи улучшается, растет число специалистов и услуг... Там — увеличивается. И, совершенно ясно, что это разные люди, разного происхождения, из разных социальных групп, но проблема в том, что их уровень качества жизни и социального комфорта может существенно снизиться в связи с их уязвимым положением в обществе. Потому что часто транслюди с высшим образованием в связи с невозможностью найти работу по специальности, в особенности в период «перехода», вынуждены заниматься неквалифицированным или низкоквалифицированным малооплачиваемым трудом, потому что транслюди, поделившись с родителями своими переживаниями и открыв им свою идентичность, встречают не помощь, поддержку и понимание, а их выгоняют из дома, потому что трансженщины, не имеющие возможность достичь хороших результатов в коррекции тела из-за позднего начала «перехода», не видят для себя иного будущего и возможности заработать на дальнейшие операции, кроме занятий сексработой.

Ю.Ж.: В фильме «Девушка из Дании» главная героиня уже не в детском возрасте как бы внезапно начинает осознавать свое желание «быть женщиной». Действительно ли подобное может происходить со взрослыми транссексуалами? Прожив существенную часть жизни в своем биологическом поле, будучи взрослыми, возможно, при каких-то внешних обстоятельствах они начинают осознавать себя человеком другого гендера? Или же они испытывают гендерный дискомфорт с самого детства?

И.К.: Я бы тут ответила цитатой из фильма, словами самой главной героини Лили, когда она, обращаясь к своей бывшей жене, заявила: «Ты помогла появиться Лили, но она всегда жила во мне».

И хотя неблагоприятное дело рассуждать о фильме в формате обсуждения правдоподобности клинического случая, даже и о фильме, основанном на достоверном материале... Но да, я полагаю, что неожиданный вызов — позировать в женском, лишь легализовал для Лили возможность осознания, выхода, проявления,

реализации уже существующего до... А если говорить о реальности, то, безусловно, этап осознания своей идентичности, понимания себя, принятие своей инаковости, возможно, после длительного этапа подавления трансгендерных чувств, принятие решения о том, чтобы открыть кому-то свою идентичность, решение о начале «перехода» может быть очень разным с точки зрения начала и длительности.

Ю.Ж.: Как вести себя родителям, если они замечают у своего ребенка трансгендерные тенденции? Что будет с ребенком, гендерный дискомфорт, если родители с помощью воспитательных мер пытаются пресечь эти его проявления? Сможет ли ребенок перерасти этот период, примириться с полом, определенным при рождении, реализоваться в нем, и быть удовлетворенным своей жизнью, или же по достижении взрослости человек снова возвратится к этой проблеме?

И.К.: Ребенка своего надо любить — в любом его состоянии, с любыми тенденциями. Быть терпимым, разговаривать, проявлять интерес, пытаться понять, идти на компромисс, присматриваться, наблюдать, ждать... Быть защитой от враждебного внешнего мира, объяснять этому миру, что их ребенок особенный... Тем более, прямо сейчас до конца же не известно, насколько устойчиво его гендерное несоответствие. Очень бы хотелось дать такую рекомендацию: пойти с ребенком в гендерную клинику, к хорошему гендерному психологу, посещать занятия для детей с трансгендерными тенденциями, дать возможность ему разобраться в себе, специалисту помочь разобраться с его детскими сложностями... Но... В нашей стране нет гендерных клиник, гендерных психологов, специалисты очень боятся детей с гендерным несоответствием. Они будут либо избегать консультировать семьи с трансгендерными детьми и самих детей, либо будут убеждать ребенка, что «ты же мальчик, тебе нельзя носить юбочку, это неправильно, ты должен играть с машинками, быть брутальным...». Еще могут назначить психотропные препараты. И родители — да, будут бороться с этими его тенденциями, «пресекать». И да, он научится приспособливаться, соответствовать, встраиваться, скрывать, вести двойную жизнь или подавлять себя... А потом? Ну, или привыкнет приспособливаться, подавлять, скрывать, мучиться, встраиваться... Или рано или поздно решит начать «переход».

Литература

- Карагаполова И. О различии в дискурсах, касающихся трансгендерности, в европейском пространстве и в постсоветском регионе. — 2015. Интернет-ресурс. <http://1sexology.ru/9-o-razlichii-v-diskursax-kasayushhixsya-transgendernosti-v-evropejskom-prostranstve-i-v-postsovetskom-regione/>
- Beemin G., Rankin S. The Lives of Transgender People. —ColumbiaUniversity Press, 2011.
- Ebershoff D. The Danish girl. —Phoenix, 2000.
- Hoyer N. (ed.). Man into woman: the first sex change. — Blue Boat Books Ltd, 2004.

ВВЕДЕНСКИЙ
Георгий Евгеньевич
доктор медицинских
наук, профессор,

ДЕМИДОВА
Любовь Юрьевна
кандидат
медицинских наук,

КАМЕНСКОВ
Михаил Юрьевич
кандидат
медицинских наук

Федеральный
медицинский
исследовательский
центр психиатрии
и наркологии
(ФГБУ «ФМИЦПН»
Минздрава
России), Москва

СЕКСУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕДОФИЛИИ – КЛИНИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ

В последние годы Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) ведет активную работу по созданию МКБ 11-го пересмотра, в которой могут принять участие специалисты в области здравоохранения из всех стран-участников. Не столь давно была принята и новая версия американской классификации DSM-5, в опоре на которую часто и строятся рубрики МКБ.

К настоящему моменту на сайте ВОЗ представлена бета-версия будущей МКБ (ICD-11 Beta Draft)¹. В соответствии с новыми рекомендациями предлагается разделить понятия парафилий и парафильных расстройств. Парафилии увязываются с социально неопасными формами аномального сексуального

поведения, например фетишизмом, трансвестизмом, садомазохистскими формами половой активности, практикуемыми по обоюдному согласию и т.п., которые не следует рассматривать как психические расстройства, чтобы не стигматизировать лиц с «нетипичными» сексуальными формами деятельности². Следует отметить, что данные расстройства уже были исключены из официального списка психических расстройств в нескольких европейских странах³. Однако связь диагноза парафилии непосредственно с содержанием или социальной опасностью поведения означает отрыв от принципов психопатологической диагностики.

Парафилические расстройства характеризуются «продолжительными и интенсивными паттернами атипичного сексуального возбуждения, проявляющимися в сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, объектом которых являются лица, чей возраст или состояние свидетельствуют об их нежелании или неспособности дать согласие. Для диагностики расстройства индивид должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями, побуждениями или испытывать из-за них значительный дистресс. Аналогичные паттерны возбуждения в случае единичных эпизодов поведения или при обоюдном согласии партнеров

1 ICD-11 Beta Draft [Электронный ресурс]. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> (дата обращения: 1.12.2014).

2 Wright S. Depathologizing consensual sexual sadism, sexual masochism, transvestic fetishism, and fetishism // Archives of Sexual Behavior. 2010. Vol. 39. № 6. P. 1229-1230.

3 Reiersøl O., Skeid S. The ICD Diagnoses of Fetishism and Sadomasochism // Journal of Homosexuality. 2006. Vol. 50. № 2/3. P. 243-262.

могут диагностироваться как парафилические расстройства только в том случае, когда они оказываются связаны со значительным дистрессом (который не должен быть результатом отказа/страха отказа в получении сексуального удовлетворения со стороны других людей) или со значительным риском травмирования или смерти»⁴.

Таким образом, диагностические критерии расстройств сексуального предпочтения (парафилических расстройств) по сути остались без изменений. В них входят наличие длительно сохраняющихся сексуальных фантазий, побуждений, включающих аномальную сексуальную активность; действия в соответствии с этими побуждениями или значимый дистресс из-за них. Однако сохранение существующих критериев в неизменном виде оставляет перед научным и правовым сообществом целый ряд трудноразрешимых вопросов, прежде всего, в контексте постановки диагноза педофилии.

Во-первых, остается неясным, что в данном случае вкладывается в понятие «действия», и попадает ли под эту категорию мастурбация. Возникновение фантазий в литературе рассматривается как латентный этап аддикции, этап формирования первичного зависимого паттерна, и не оценивается как признак синдрома психической зависимости⁵. Однако отдельными исследователями произвольное фантазирование, которое при парафилиях может сопровождаться мастурбаторной активностью, оценивается как своего рода суррогатная форма реализации аномальных желаний⁶.

Кроме того, вторая часть критерия, касающаяся необходимости наличия у индивида дистресса из-за своего влечения, выводит из поля зрения специалистов целый спектр психосексуальной патологии, в том числе и социально опасных форм парафилий (садизм, педофилия) с эгосинтоническим к ним отношением, что лишает возможности пациентов получать соответствующую медицинскую помощь, хотя для таких индивидов риск совершения противоправных действий значительно выше, чем у лиц, имеющих критическое отношение к расстройству. По этой же причине крайне затруднительным становится предупреждение значительной части противоправных сексуальных действий.

Таким образом, в существующих классификациях делается акцент на аддиктивном поведении, что искусственно упрощает медицинский подход к данной проблематике и оставляет за рамками рассмотрения те клинические нарушения, которые наблюдаются еще до появления девиантного поведения, поскольку во многих случаях еще до первой реализации девиантной потребности у аддикта происходит формирование аномальных поведенческих схем на идеаторном уровне. Возможно,

4 ICD-11 Beta Draft [Электронный ресурс]. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/l-m/en> (дата обращения: 1.12.2014).

5 Сидоров П.И., Дерягин Г.Б. Сексуальное поведение и насилие. М.: МЕДпресс-информ, 2007. 272 с.

6 Крылов В.И. Психология и психопатология воображения (эмоционально-мотивационная сфера и воображение). Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 4. С. 4-10.

такой подход объясняется тем, что при обсуждении аддикций подразумевается в первую очередь импринтинговый механизм их формирования⁷, сосредотачивая внимание специалистов на изучении именно поведенческой составляющей.

Во-вторых, в результате подобной диагностической логики возникает несколько принципиально значимых проблем, вытекающих из предыдущей и уже непосредственно касающихся правового поля.

Такой вариант классификации педофилии (педофилического расстройства) предполагает, что для точного установления диагноза необходимы доказательства аномальной сексуальной активности, и в случае отрицания деликтов (т.е. отсутствия самоописания) итоговое решение о наличии или отсутствии у него расстройства сексуального предпочтения в ситуации судебно-психиатрической экспертизы оказывается затруднительным. При непротиворечивом описании поведения в деликтах, содержащихся в материалах дела на протяжении свыше 6 мес. возможна диагностика даже при отсутствии самоописания, однако при этом об оценке отношения к влечению (эгодистоническое или эгосинтоническое) и характера влечения становится возможным судить только по косвенным признакам, вытекающим из результатов направленного психологического исследования психосексуальной сферы и психофизиологического исследования, что переводит оценку регуляции поведения в вероятностную плоскость⁸ с неочевидными правовыми последствиями.

В рассматриваемой ситуации возникает существенная проблема, касающаяся оценки потенциальной общественной опасности лиц, совершивших сексуальные преступления против детей, прошедших принудительное лечение. Согласно Федеральному закону от 29.02.2012 № 14-ФЗ, при установлении индивиду расстройства сексуального предпочтения в виде педофилии, ему должно быть назначено принудительное лечение (ст. 97, п. «д» УК РФ), а изменение или прекращение мер медицинского характера становится возможным лишь на основании заключения комиссии психиатров (ч. 1, ч. 2, ст. 102 УК РФ). В подобных случаях единственными доступными критериями актуальности аномального сексуального влечения будут результаты психологического и психофизиологического обследования.

В-третьих, американские психиатры дали следующее указание к диагностическим критериям педофилического расстройства: если такие индивиды «сообщают об отсутствии чувства вины, стыда или тревоги по поводу этих побуждений и функционально не ограничиваются их парафилическими импульсами..., и из их самоотчетов и юридически записанных историй следует, что они никогда не действовали в соответствии с их импульсами, то эти люди имеют педофилическую

7 Ткаченко А.А., Введенский Г.Е., Дворянчиков Н.В. Судебная сексология. М.: БИНОМ, 2015. 648 с.

8 Введенский Г.Е., Каменсков М.Ю., Штарк Л.Н. Основания и условия некатегоричных выводов при судебной сексолого-психиатрической экспертизе. /Российский психиатрический журнал, 2015, №6. С. 4-9.

сексуальную ориентацию, но не педофилическое расстройство»⁹. Затем, в ответ на негативную реакцию общества, ассоциация принесла свои извинения, пообещав исправить досадную ошибку, и в скором времени сделала это, заменив слово «ориентация» на «интерес»¹⁰. Последний термин только окончательно запутывает ситуацию.

Введение подобной рубрики представляется мало обоснованным клинически: представить себе индивида с сексуальным влечением к детям, никогда не реализовывавшего его и не испытывающего дистресса по этому поводу, крайне сложно в условиях сохранности у него основных психических функций.

Подводя итог, можно сделать вывод, что попытки уточнения диагностических критериев педофилии в новых классификациях психических расстройств не обусловлены изменениями клинической реальности, а выражают тенденцию к ее депатологизации, что создает целый ряд проблем клинико-диагностического и правового характера. Не случайно во многих работах, посвященных терапии аномального сексуального поведения, используется термин «сексуальные преступники», который облегчает дилемму, лечить или наказывать индивида, совершившего сексуальное правонарушение в отношении детей. Появление в литературе термина «педосексуал» в отношении таких лиц отражает правомерное стремление отграничить их от лиц, страдающих педофилией, но не совершающих таких преступлений. Однако приближение педофилии к «нетипичным» вариантам нормативного сексуального поведения усложняет ее экспертную и правовую оценку, и, в частности, вносит неопределенность в аспект терапии и профилактики сексуальных действий в отношении детей.

9 American Psychiatric Association. Paraphilic Disorders // Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5 edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013. 991 p. (P. 697-700).

10 American Psychiatric Association. Statement on DSM-5 Text Error [Электронный ресурс], 2013. URL: <http://www.dsm5.org/Documents/13-67-DSM-Correction-103113.pdf> (дата обращения: 01.12.2014).



КОЧАРЯН

Гарник Суменович

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

СЕКСУАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ: КЛИНИЧЕСКИЕ, ПРАВОВЫЕ И ПСИХО- СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ МАСТУРБАЦИЕЙ, СОЧЕТАЕМОЙ С ПОРНОГРАФИЕЙ.

В настоящее время широкое распространение получило мнение о том, что единственным негативным последствием неинструментальной мастурбации является чувство вины. Такая установка оказала положительное влияние, так как ранее наиболее частым отрицательным последствием мастурбации было представление о ее вреде. Однако дело обстоит далеко не столь однозначно. В свое время Г. С. Васильченко¹ разработал классификацию мастурбации и выделил следующие ее «клинические» типы: фрустрационная «псевдомастурбация», мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, заместительная (викарная) мастурбация, персевераторно-обсессивная мастурбация, раздражительная мастурбация. Также автор выделял особые случаи мастурбации, не поддающиеся классификации. При анализе встречаемости названных типов мастурбации среди больных с сексуальными дисфункциями оказалось, что наиболее часто имела место мастурбация периода юношеской гиперсексуальности (72,9%). Вместе с другими типами мастурбации, которые или не играют патогенной роли в генезе сексуальных расстройств (раздражительная мастурбация — 1,4%) или, более того, также как и мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, могут позитивно влиять на организм представителей мужского пола (викарная мастурбация — 5,8%, фрустрационная псевдомастурбация — 6,1%) это составляет 86,2%. Негативное влияние персевераторно-обсессивной мастурбации (2,1%), которая может иметь место у больных шизофренией и реже у пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством личности, на организм человека является бесспорным, так как она, являясь проявлением психической патологии, осуществляется в ритме, значительно превышающем конституциональный оптимум. В нашем клиническом архиве есть история болезни пациента с вялотекущей

¹ Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.

шизофренией, обратившегося в связи с сексуальным расстройством, который мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4–5 раз в неделю, а иногда более чем 30 раз в сутки (подчас до 50). Спорной является возможность негативного влияния ранней допубертатной мастурбации (10,6%) на соматическое здоровье. На основании суммирования частоты безусловно непатогенных типов мастурбации (86,2%), можно сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев мастурбация не оказывает патогенного влияния на соматическое здоровье.

Позднее нами была разработана классификация патогенных влияний мастурбации на общее и сексуальное здоровье человека^{2, 3, 4}, которая позволяет идентифицировать патогенные факторы, а также обозначить конкретные варианты негативных проявлений таких влияний:

I. Когнитивно обусловленные патогенные влияния

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

1. Мнимых сексуальных расстройств и психогенных сексуальных дисфункций.
2. Психогенных пограничных психических расстройств (неврастении, субдепрессивных/депрессивных, тревожно-фобических, ипохондрических расстройств).
3. Комплекса неполноценности.

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

II. Поведенчески обусловленные (бихевиоральные) патогенные влияния (неправильное научение), приводящие к формированию патологических сексуальных стереотипов и нарушениям психосексуального развития

А. Влияние ситуативных стимулов.

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

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

Д. Исключение возможности возникновения при мастурбации эякуляции.

2 Кочарян Г. С. Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2006. – №4 (19). – С. 84–93.

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

4 Кочарян Г. С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы // Г. С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2006. – №1. – С. 3–19.

III. Патогенные влияния, обусловленные мастурбацией, значительно превосходящей по своей частоте конституциональный оптимум

IV. Патогенные влияния, обусловленные физическими повреждениями

V. Патогенное влияние неблагоприятных последствий мастурбации на сексуальную и психологическую коммуникацию супругов / сексуальных партнеров

Анализ показывает, что в этом подходе различные непатогенные по классификации Г. С. Васильченко типы мастурбации (например, периода юношеской гиперсексуальности) в ряде случаев могут оказывать негативное влияние на организм человека (в настоящее время в основном по поведенческим механизмам: формирование патологических сексуальных стереотипов и нарушение психосексуального развития). Из этого следует сделать вывод, что совместное использование двух представленных выше классификаций позволяет всесторонне оценить возможности ее влияния, в том числе и патогенного, на организм человека⁵.

Следует отметить, что в последнее время патогенное влияние бихевиоральных воздействий значительно возросло, что связано с широким использованием порнографии, представленной в интернете. Подчас речь идет о формировании стойкой порноаддикции. Приведем ряд примеров из нашей клинической практики, которые демонстрируют возможность формирования патологических сексуальных стереотипов, обусловленных сочетанием мастурбации с порнографией.

К нам за лечебной помощью обратился молодой мужчина, у которого были проблемы с женой, связанные с сексуальной дисфункцией. При опросе оказалось, что, являясь небольшим начальником в ВУЗе, где он работает, любит запирается в своем кабинете, включать компьютер и мастурбировать под порносюжеты. При этом эрекция его полового члена абсолютно нормальная и он получает при этом огромное удовлетворение, чего нет при половом акте с женой. Другой молодой мужчина, который тоже длительно и регулярно мастурбировал с включенным компьютером под порноматериалы, за свою жизнь совершил 10 половых актов с женщинами, ни один из которых не закончился семяизвержением. Тем не менее при мастурбации у него всегда наступает эякуляция.

Приведем фрагменты двух историй болезни, которые также являются демонстрацией возможности патогенного влияния сочетания мастурбации с порнографией.

5 Кочарян Г. С. О необходимости дихотомической оценки влияния мастурбации на организм человека / Г. С. Кочарян // Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання) – 2014: матеріали науково-практичної конференції, 16 – 17 жовтня 2014 р., курорт «Березівські мінеральні води». – Харків, 2014. – С. 73–74.

Больная К. 25 лет, замужем, есть сексуальный партнер («гражданский брак» 2,5 года) (клинический архив автора 2014 г.). Образование высшее экономическое, работает специалистом по рассмотрению претензий. «Гражданскому мужу» 25 лет, образование высшее техническое, работает в хостинговой компании в службе технической поддержки. Живут в однокомнатной квартире, которую снимают.

Жалуется, что получает большее удовольствие при просмотре порнографии, сочетающемся с самоудовлетворением, чем при половых актах с партнером. При мастурбации зажимает одеяло между ног. При половом акте тоже наступает оргазм, «я получаю удовольствие», но при мастурбации он наступает быстрее, более сильный и более качественный. Точно такое же сильное возбуждение хочется испытывать с партнером. При половом акте половое возбуждение не такое сильное. Партнеру не говорила, что ей лучше с компьютером (порно + мастурбация), чем с ним.

КГС (Кочарян Гарник Суменович). А вам женщины нравятся?

П (пациентка). В принципе я думала, что возможно да, но если бы я была мужчиной.

КГС. Тяга к женщинам есть, хотелось бы их обнять, поцеловать?

П. Да, хотелось бы, но я ни разу не встречала такую женщину, которую бы хотелось, то есть к представляемой картинке женщины тяга есть, но я никогда не встречала реальную женщину, с которой могла бы...

КГС. В девушек никогда не влюблялась?

П. Нет. Никогда никаких эротических и сексуальных контактов с представителями женского пола не было.

Любит смотреть порносюжеты с двумя женщинами и одним мужчиной. Нравятся (смотреть) оральные ласки и грубый секс. Под грубым сексом она понимает половой акт без предварительных ласк, когда мужчина сразу резко «берет» женщину. Ее партнер, напротив, «берет» ее ласково, «мы пробовали грубо, и тогда мне это не нравится, у меня болевые ощущения. Если бы не было болевых ощущений, то тогда бы понравилось. У меня смазки тогда не хватает, а когда она есть, если «берет» грубо, то тоже нравится. Не все позы мне подходят, в некоторых возникают болевые ощущения». Когда очень сильно возбуждена, то тогда вообще нет никаких болевых ощущений.

КГС. Пробовали сочетать секс с порнографией?

П. Пробовали смотреть, но это меня не возбуждает, меня больше тянет на какое-то комментирование, хиханьки-хаханьки, почему-то становится смешно, это нереально кажется, не вызывает возбуждения вообще, я просто смотрю это как какое-то дешевое неинтересное кино, которое не вызывает никаких ощущений.

Не знает, возникает ли у нее оргазм при воздействии на клитор или на влагалище. «Только в нескольких позах я могу достичь оргазма». О зоне Джи читала, но не

знает, где она находится. Процент оргастичности составляет 70-80%. Только недавно решилась сообщить партнеру, в каких конкретно позах она достигает оргазма. До того, как с ним обсудила эту тему, оргазмы у нее наступали реже. Сейчас вместо одеяла (как бывает при мастурбации) используем руку парня. Он прижимает ее к передней стенке живота, «где член трется о переднюю стенку влагалища». «Живем с ним два с половиной года. У нас хорошие отношения, он ко мне иногда относится даже лучше, чем я к нему. Через 1–1,5 года планировали расписаться, а до 30 лет завести детей».

Мастурбировать начала в первом–втором классе. Как пришла к этому не помнит. В 7–8 лет, а может и раньше, при мастурбации начали возникать оргазмы. «Тогда мастурбировала без картинок (в голове ничего не возникало), просто знала, что если зажать одеяло между ног, то возникают приятные ощущения, если потереться сильнее, то я получу разрядку». С использованием компьютерных порносюжетов начала мастурбировать 6 лет назад, а до этого просто терлась и воображала мужчину с женщиной (не себя).

Месячные — приблизительно с 13 лет, с самого начала регулярные, по 6 дней, через 24 дня. Бывает, что месячные сдвигаются на 1–2 дня «сами по себе, непонятно почему». Платоническое либидо. В садике мальчики нравились лет в 6 (тогда не влюблялась). В 13 лет первый раз влюбилась. Эротическое либидо. Желание, чтобы «прижали, сильно поцеловали» появилось в 13 лет. Сексуальное либидо. Фантазии о половом акте возникли в 15 лет. Первый половой акт в 16 лет, но оргазма не испытала. Первый оргазм при половой близости возник в 20 лет «случайным образом в определенной позе».

Партнеры. До «гражданского мужа» (с 16 до 22,5 лет) было еще 6 сексуальных партнеров. С одним из них были длительные отношения — 7 лет, а в промежутках (когда мы с ним сходились и расходились) были другие мужчины. В один и тот же период времени был не один партнер (половые акты были с ними в разные дни). Отмечает, что при половом акте с каждым из мужчин ощущения были менее острые и менее сильные, чем при мастурбации под порно!

Состояние здоровья. Соматически здорова. Алкогольными напитками не злоупотребляет, курит очень редко, наркотики не употребляет.

Таким образом, сделан вывод, что менее сильные и качественные оргазмы, так же как и менее выраженные эротические ощущения возникают при сексуальных контактах у этой молодой женщины из-за сформировавшегося у нее патологического сексуального стереотипа, обусловленного мастурбацией, которая в течение последних 6 лет была сопряжена с компьютерной порнографией.

Больной X. 24 г., холост, высшее экономическое образование, не работает, живет с родителями (клинический архив автора 2014 г.).

Жалуется на плохую эрекцию: «она либо есть, либо ее нет вообще, или напряжение члена все время колеблется — он то встанет, то упадет, его удастся ввести с большим трудом. «Мне удастся совершить половой акт, но с большим трудом, член вялый, и я очень быстро кончаю — 20 секунд и я уже ни на что не способен». Т. е. дополнительно предъявляет жалобы на преждевременную эякуляцию.

Анамнестические данные. Только в этом году начал жить половой жизнью. Сексуально контактировал с 4 девушками. Первые 2 девушки были массажистками (эротический массаж). Ходил к ним, чтобы «адаптироваться». Они ему член массировали (петтинг), но это ему не помогло. Потом были проститутки. Половой акт и то, что ему предшествует, протекает следующим образом: «пришел в салон, выбрал девушку, чувствую себя напряженно, не могу сказать, что сильно волнуюсь, но все же чувствую себя некомфортно, не ощущаю себя полностью раскрепощенным. Вначале она член берет в рот, эрекция возникает сразу, но сильно твердым он (член) не становится. Потом она на него пытается сесть, но тогда либо вообще ничего не получается (член мягкий), либо все же удается его ввести, но спустя несколько мгновений он падает, и она снова пытается его поднять».

Все это он практикует в течение 1 ч много раз подряд, потом в конце концов что-то получается. Эрекция выражена где-то на 50–60%. Спустя 20 сек после начала фрикций наступает семяизвержение. Длительность сношения при этом не зависит от того, совершает ли он его с презервативом или без него. Идет в салон без желания, но по необходимости (для тренировки). Когда уже пришел, то ложится в постель с мыслью «что будет, то будет». Всего имел контакт с двумя проститутками (с каждой по 1 разу). Проститутки говорили, что у него какие-то проблемы, что он напряжен, и что его надо расслабить. С первой проституткой чувствовал себя спокойнее (она говорила, что он «витает в облаках»), а со второй более напряженно, так как она была с характером (бросало в жар, сердце стучало).

При активном расспросе отмечает, что во время мастурбации с использованием компьютерного порно член стоит отлично, «как кол», никаких проблем нет!

Мастурбирует с 4–5 лет. Сперма начала сходить приблизительно в 14 лет (между 13 и 15 годами). Первое в жизни семяизвержение произошло именно при мастурбации. Техника мастурбации была следующей. Сначала ложился на живот и терся о кровать, а лет с 7–8 мастурбировал с помощью руки. Оргазм при мастурбации впервые возник в 4–5 лет.

О контакте с порнопродукцией рассказывает следующее. Вначале (начиная с 9–11 лет) «воровал» у старшего брата порножурналы, которые он приносил домой, и, рассматривая их, мастурбировал. С 15 лет был видеоплеер и порно-диски, а с 16 лет для просмотра порнографических материалов уже использовал компьютер. Сейчас тоже этим занимается. При этом эрекция полная. Длительность фрикционной стадии при мастурбации без остановок и без специального стремления быстро «кончить» составляет, по его мнению, 1 мин. При мастурбации охватывает не только тело члена, но и полностью его головку. Максимальный экссесс при мастурбации — 5 (на протяжении 2–3 часов). Из порно нравится либо классический секс, либо женская мастурбация.

Половое влечение — гетеросексуальное. Отмечает, что ему трудно находить общий язык с лицами противоположного пола.

КГС. Кто Вас больше интересует, натуральная женщина или женщина на порно?

П. Когда я иду по улице, мне хочется подойти и поцеловать девушку, обнять ее, хлопнуть ее по одному месту — иногда даже так сильно хочется, что аж крышу сносит, а вот так, чтобы заняться сексом, — я бы не сказал. Лучше помастурбировать под порно (там меня женщины больше сексуально возбуждают). При петтинге я сильно возбуждаюсь, но что-то подавляет, что-то сильнее есть, чем это возбуждение, оно как-то перекрывает, не дает... Это когда девушка меня целует, телом об меня трется. Я ее беру за заднее место, меня это возбуждает, но что-то есть в этом, какой-то негативный оттенок, что перекрывает сексуальное возбуждение, я не знаю как с этим бороться, я вроде бы естественно воспринимаю эту ситуацию, я не боюсь, но не получается нормально.

Развитие. Физически в детстве развивался нормально, занимался спортом, но врачи запрещали из-за сильной близорукости. В школе учился плохо, был и на индивидуальном обучении, в основном из-за плохого зрения. В институте тоже учился плохо («за деньги»).

Объективно: четкая дорожка к пупку, на ногах достаточное количество волос, на груди и на спине волос нет. Член и яички нормальных размеров. Придатки при пальпации не уплотнены, безболезненны. Достаточная пигментация члена, достаточная складчатость и пигментация мошонки. Бреется ежедневно (начал бриться со школы, точно не помнит с какого возраста).

Таким образом, в данном случае речь идет о сформировавшемся патологическом сексуальном стереотипе, обусловленном мастурбацией с привлечением порнографии, который усугубился синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи.

В заключение следует отметить, что современный человек, который занимается мастурбацией, вооружен гораздо более сильными средствами (интернет, порнография, компьютер, смартфоны, планшеты), чем те, которые имелись раньше, что многократно увеличивает риск формирования патологических сексуальных стереотипов.



КАЩЕНКО
Евгений Августович

доктор
социологических
наук, профессор,
заведующий
кафедрой
междисциплинарной
сексологии,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества

ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ. ПАРАГРАФЫ ИЗ УЧЕБНИКА

ГЕНЕЗИС ПСИХОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНОСТИ И ТЕОРИИ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

В связи с бурным развитием нейробиологии, генетики и эволюционной теории ежегодно появляется множество исследований, свидетельствующих о роли природных механизмов становления человеческой психики. В то же время, социологические исследования выявляют новые, ранее не учитываемые, социокультурные факторы психического развития. Но обилие школ психологии и мнений людей, придерживающихся различных взглядов на психическое развитие, неизмеримо больше.

В первых исследованиях психического развития приоритет традиционно отдавали одной из двух основных категорий (биологической или социальной), определяющих психическое развитие. В других, более поздних исследованиях ставился вопрос о создании синтетических, интеграционных моделей психического развития. Дж. Локк¹, например, говорил о главенствующей роли «среды», и считал, что человек является собой продукт «общества». Английский философ считал, что душа ребенка подобна «чистой доске», на которой можно написать все, что захочется, так как любая черта

личности обусловлена исключительно личным опытом, а врожденные факторы не имеют большого значения. Решающая роль в психическом развитии человека отводится обучению и воспитанию. Эта концепция полагает, что все люди рождаются одинаковыми и только под давлением обстоятельств они становятся честными или бесчестными, добрыми или злыми, альтруистами или эгоистами.

Противоположная концепция Рене Декарта и Жан-Жака Руссо² подразумевает, что решающее значение в развитии психики принадлежит биологическим, то есть наследственным, генетическим факторам, а влияние среды сводится к минимуму. Французские философы утверждали, что человек реализует только то, что дано ему от природы: стоит лишь довериться этому процессу и не мешать ему. Сторонники теории биологической конвергенции определяющую роль отводят наследственности, а среда рассматривается в качестве условий, где эта наследственность реализуется.

Современная психология уже пришла к пониманию того, что постановка проблемы в терминах «наследственность или среда» некорректна, и предложила

1 Локк, Д., Сочинения в трех томах, т.1, М, 1985-1988.

2 Рене Декарт Сочинения М.: Наука, 2006, — 648 с., Руссо, Жан-Жак. Политические сочинения, М.: Наука, 2013, — 640 с.

выход из сложившегося положения в синтетических теориях детерминации развития психики. В настоящее время извечные противоречия теорий психического развития в ориентации «либо на врожденное, либо на выученное» приведены к относительному компромиссу.

Как видно, в перечне основных взглядов на психологию развития из прошлого: интенциональности³, плюралистичности⁴, бессознательного выбора⁵, основных стадий⁶, развития интеллекта⁷, нравственного развития, осознанного выбора, смена ведущей деятельности⁸ и др. — сексуальность нигде не выделяется

3 В интенциональности Шарлотты Бюлер потребность в самоосуществлении является основным критерием периодизации жизненного пути личности. На основе реализации потребности в самоопределении она выделяет 5 фаз жизни. Жизненный путь предстает у Ш. Бюлер процессом становления целевых структур личности, ядром которой является «самость» — духовное образование, изначально данное и относительно постоянное, как устойчивая направленность личности на самореализацию, врожденное стремление человека осуществить свои лучшие потенции. Карл Людвиг Бюлер (супруг Шарлотты Бюлер) ввёл в психологию понятие коннотация и разработал неоднозначную концепцию выделения трёх основных стадий психического развития: «инстинкт», «дрессура», «интеллект».

4 Л.Р. Шеррод и О.Г. Брим считали, что развитие является принципиально плюралистическим, то есть, ни процесс, ни конечный результат развития нельзя считать однонаправленным или ведущим к одному и тому же конечному состоянию. Развитие происходит от зачатия до смерти, причем пластичность, способность к изменению сохраняется на всем протяжении жизни человека.

5 А. Адлер, К. Роджерс, Э. Берн и другие настаивают на бессознательном выборе жизненного плана и жизненного сценария. При этом жизненный план рассматривается как прогнозирование собственной жизни и её реализация в представлениях и чувствованиях, а сценарий жизни — как постепенно развёртывающийся жизненный план, ограничивающий и структурирующий жизненное пространство личности. См.: Берн Э. Секс в человеческой любви. Рипол Классик, 2002.

6 У Эрика Эриксона индивидуальное развитие определяется динамикой решения центральных задач возраста, а процесс развития от рождения до смерти проходит восемь основных стадий, где решаются свои задачи развития, специфика которой зависит и от ситуации, и от возраста. См.: Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис / пер. с англ.; общ. ред. и предисл. А. В. Толстых. — М.: Прогресс, 1996. Э. Элkind. Эрик Эриксон и восемь стадий человеческой жизни. — М.: Когито-центр, 1996.

7 В основе концепции психогенеза Жан Пиаже лежит развитие интеллекта, которое представляется в периодизации фактором достижения равновесия с окружающей средой и описывается посредством четырех стадий.

8 В теории нравственного развития Лоуренса Кольберга шесть ступеней, где критерий «правильности» выводится на основании решения совести в созвучии с самостоятельно избранными этическими принципами, которые должны быть универсальны и логически непротиворечивы.

В теории нравственного развития Лоуренса Кольберга шесть ступеней, где критерий «правильности» выводится на основании решения совести в созвучии с самостоятельно избранными этическими принципами, которые должны быть универсальны и логически непротиворечивы.

Жизненный план представляет собой стратегию жизни, а совокупность жизненных тактик образует жизненный сценарий. Согласно работам С.Л. Рубинштейна, Б.Г. Ананьева и других отечественных ученых, личность осознанно выбирает и регулирует процесс жизни.

Движущей силой психического развития должна быть смена ведущей деятельности, детерминирующая возникновение ментальных новообразований. (По А.Н. Леонтьеву и Д.Б. Эльконину).

обособленно. Известные психологические фундаментальные разработки теории развития практически не нашли заметного отражения и в современных концепциях сексуального развития. До сих пор господствующие в отечественной педагогике и психологии взгляды на половое созревание воспринимают его как буйство гормонов, временно мешающее «нормальному» развитию и социализации личности. На сексуальность принято списывать ошибки молодости, даже последний отчаянный всплеск угасающей сексуальности называют не иначе, как «бес в ребро». Только в рамках медицинской сексологии данные периоды и процессы рассматриваются с аргументированной научной точки зрения.

Лишь З. Фрейд в духе диалектического закона единства и борьбы противоположностей одним из первых усмотрел главную силу развития психики в конфронтации биологического и социального в человеке, олицетворенную в противоборстве принципа удовольствия и принципа реальности. Стремление к удовольствию связано с удовлетворением сексуальных влечений, биологически заданных, врожденных и естественных потребностей. Однако это стремление сталкивается с запретами и нормами, существующими в обществе и насаждаемыми микросоциальной средой. В соответствии с принципом реальности, человек вынужден считаться с теми отношениями, которые сложились вокруг него. Благодаря воспитанию, удается временно примирить эти противоборствующие силы.

Дуализм социального и биологического в движущих силах психического развития был преодолен Выготским Л.С.⁹, Рубинштейном С.Л.¹⁰, Леонтьевым А.Н.¹¹ В рамках культурно-исторической концепции Выготский Л.С. предложил различать естественное «созревание» и овладение социальными навыками. Культурное развитие заключается в овладении историческими достижениями цивилизации: языком, письменностью, счетными системами, знаниями, ценностями и нормами. Усвоение этих достижений происходит в процессе перехода внешней предметной деятельности ребенка во внутреннюю психическую реальность, то есть в процессе интериоризации¹².

Эта деятельностная концепция, как никакая иная, подходит к обоснованию развития психосексуальной активности — предмета психологии сексуальности. Процесс психосексуального развития в ней определяется соматическими изменениями и психической активностью человека, и представляет собой самодвижение благодаря деятельности окружающей социокультурной среды. Шкалой нормы в этом

9 Выготский Л.С. Мышление и речь. Избранные психологические исследования. — М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. — 520 с.

10 Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. — В 2-х ТТ. — М., 1989.

11 Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. — М.: Политиздат, 1975. — 304 с.

12 Интериоризация (франц. interiorisation — переход извне внутрь, от лат. interior — внутренний) — формирование внутренних структур человеческой психики посредством усвоения внешней социальной деятельности, присвоение жизненного опыта, становления психических функций и развития в целом. (см.: <http://www.psychologos.ru/articles/view/interiorizaciya>)

психосексуальном развитии с одной стороны является реальный возраст конкретного индивидуума, а с другой — совокупность усвоенных им социальных навыков, ценностей, норм и знаний.

В тривиумальной концепции сексуальности различают соматическое, психическое и социокультурное развитие и, соответственно, выделяют биологический, психологический и социальный возраст.

Биологический возраст определяется состоянием обмена веществ и функций организма по сравнению со среднестатистическими возрастными морфологическими и физиологическими нормативами¹³.

Психологический возраст устанавливают путем соотнесения уровня психического (интеллектуального, эмоционального и т.д.) развития индивида с соответствующим нормативным уровнем, характерным для большинства сверстников.

Социальный возраст измеряют посредством соотнесения уровня социального развития человека, то есть степени овладения определенным набором социальных ролей, с нормативными показателями социальной активности для данного возраста.

Выделяют также субъективный возраст личности, под которым подразумевается самооценка человеком своего возраста и ощущение принадлежности к определенной возрастной когорте, полу, стратегии сексуального поведения, то есть возрастное самосознание и соответствующее позиционирование себя в жизни. Субъективный возраст относительно свободен от хронологического возраста, то есть человек может ощущать себя как значительно старше, так и младше своих лет.

Одним из применений деятельностного подхода к психосексуальному развитию является констатация его неравномерности из-за критических периодов, сменяемых периодами относительной стагнации¹⁴. В психологии сексуальности существуют свои возрастные этапы, обусловленные онтогенезом сексуального развития¹⁵, и свои

13 К таким системам верификации биологического возраста относится система его идентификации по закрытию зон костного роста или появлению телесных признаков полового созревания.

14 Понятие критических периодов было разработано Л.С.Выготским, который выделял периоды спокойного развития («лизисы») и периоды переломного, скачкообразного развития («кризисы»). Последние характеризуются рассогласованием в работе функциональных систем организма, перестройкой многих из них, наличием не только позитивных, но и разрушительных тенденций. Одновременно Л.С. Выготский подчеркивал, что позитивные тенденции развития в период возрастных перестроек составляют главный и основной смысл всякого критического периода. В зависимости от преобладания позитивной или негативной симптоматики различается также динамика переходного периода от турбулентной до ламинарной. В конце каждого переходного периода формируются новые свойства и качества, то есть психологические новообразования.

15 Возрастные этапы половой жизни человека: 1) пренатальный период, 2) парапубертатный период, 3) препубертатный период, 4) пубертатный период, 5) переходный период, 6) период зрелой сексуальности, 7) инволюционный период. (см.: Агарков С.Т., Кащенко Е.А. Сексуальность от зачатия до смерти: онтогенез сексуальности. Учебное пособие к курсу «Психологическое консультирование в сексологии» Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2011.- 251 с.)

возрастные кризисы. Например, пубертатный, кризис среднего возраста, кризис инволюционного периода являются реакциями организма на физиологическую перестройку, которая у женщин связана с динамикой репродуктивной, а у мужчин — сексуальной функции. Подобные физиологические сдвиги неизбежны в жизни каждого человека, и каждый из них инициирует начало новой фазы жизненного цикла.

В силу ряда объективных и субъективных факторов цикличность и фазность свойственны психосексуальному развитию, а потому они находят свое отражение у многих авторов. Например, фазы сексуального развития в психогенезе личности были сформулированы в концепции З. Фрейда, где учитывалась динамика формирования эрогенных зон в ходе психосексуальной активности:

- оральная фаза (1-й год жизни): эрогенные зоны — в области рта; формы поведения — захват, удержание, сосание, кусание;
- анальная фаза (2-3 годы жизни): эрогенные зоны — в области заднего прохода; формы поведения — интерес к функциям отправления;
- фаллическая фаза (с 3-х до 6-ти лет): эрогенные зоны — в области первичных половых органов; формы поведения — исследование своих гениталий;
- латентная фаза (с 5-6 лет до 11-12 лет, т.е. начала полового созревания): эрогенные зоны не выделяются, и специфические формы поведения отсутствуют;
- генитальная фаза (фаза половой зрелости): активизируются все эрогенные зоны и формы поведения.

Понятие этапности психосексуального развития, разработанная Г.С. Васильченко с соавторами, нашло отражение в психогенезе сексуального развития вследствие изменения характера и содержания психосексуальной активности на протяжении человеческой жизни. Эту последовательность стадий (периодизацию психосексуального развития) можно кратко описать по ключевым событиям психогенеза сексуальности.

Например, формирование полового самосознания происходит в парапубертатный период, формирование стереотипов полоролевого поведения в препубертате, а психосексуальных ориентаций в ходе полового созревания. Формирование сексуального сценария происходит в переходном периоде, а реализация возрастных, конституциональных, психологических потребностей и возможностей — в периоде зрелой сексуальности.

Таким образом, историческое движение научной мысли привело к появлению тривиумальной концепции сексуального развития. На настоящем этапе развития психологии сексуальности данный взгляд наиболее действенен в процессе оценки сексуального развития как личности, так и пары.



НОВИКОВ

Денис Викторович

гештальт-терапевт,
психолог-сексолог,
член ПСО

ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ. ПАРАГРАФЫ ИЗ УЧЕБНИКА

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ В РАБОТЕ С СЕКСУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Гештальт-терапия была создана в середине прошлого века немецким психоаналитиком Фредериком Соломоном Перлзом, во время его работы в Южной Африке, а затем в США, с группой коллег¹. Зародясь в недрах психоанализа и вобрав в себя лучшие идеи Фрейда, Хорни и Райха, гештальт-подход не вписывался в психоаналитическую парадигму, что и позволило говорить о самостоятельном направлении, названном гештальт-терапией.

Быть может, наиболее характерной особенностью гештальт-терапии, выделяющей ее среди других школ, является психотерапевтическая позиция гештальт-терапевта, т. е. совокупность стратегий, используемых психотерапевтом в терапевтических отношениях со своим клиентом.

В отличие от психоаналитической традиции, гештальт-терапевт не интерпретирует поведение, чувства и переживания клиента, становясь тем самым по отношению к нему в экспертную позицию. Гештальт-подход больше ориентирован на совместное исследование вместе с клиентом его внутреннего мира и способа взаимодействия с окружающей средой. Результатом такой работы является приобретение нового опыта и инсайты клиента, которые приводят его к творческому приспособлению и избавлению от неэффективных, невротических паттернов².

В отличие от многих психотерапевтических направлений, в том числе, поведенческих, гештальт-терапевт сознательно отказывается от роли творца изменений в жизни клиента, поддерживая процесс саморегуляции клиента через осознание проблемных зон и «слепых пятен» в контакте клиента с собой и окружающей средой³.

По образному выражению Ф. Перлза гештальт-терапевт оказывается «свидетелем терапии» — поддерживая процесс саморегуляции клиента через осознание клиентом себя и своего окружения.

В настоящее время гештальт-терапия является признанным широко распространенным психотерапевтическим подходом, который включает в себя

1 Ф. Перлз, «Теория гештальт-терапии», М. 2004

2 Ж.-М. Робин, «Гештальт-терапия», М. 1998

3 А. Бейссер, «Парадоксальная теория изменений» в сб. «Гештальт — 2001», М. 2001

собственную теорию личности, концепцию формирования симптома, систему диагностики и совокупность методов и стратегий изменения. Она используется в разных областях практической психологии и психотерапии от клинической практики до консультирования организаций. Одной из областей эффективного применения является работа с сексуальными нарушениями⁴.

Для того чтобы лучше познакомиться с гештальт-подходом, мы приведем пример работы с сексуальными дисфункциями⁵, на основании этого материала рассмотрим базовые принципы и методы работы с сексуальными нарушениями, которые характерны для гештальт-терапии. По мере обсуждения принципов и методов работы будут обозначены отдельные техники, подходы. На основании терапевтического опыта автора, рассматриваются возможные сферы их применения и исследуются механизмы решения сексуальных дисфункций с точки зрения гештальт-подхода.

Клиентка 43 года, замужем, имеет двоих детей, работает инженером. Обратилась к гештальт-терапевту по рекомендации психиатра после проведенного курса лечения антидепрессантами. На фоне субдепрессивного состояния у нее имелись трудности в семейных отношениях, в том числе и сексуального характера. Кроме того, она «не хотела всю жизнь сидеть на таблетках», что и послужило поводом к прохождению курса психотерапии.

Первая часть работы была направлена на преодоление субдепрессивного состояния и «восстановления жизненности» клиентки. В процессе этой фазы терапии было обнаружено слияние с матерью — т. е. слабое различие своих потребностей и материнских ожиданий от нее, усвоенных в процессе воспитания — как раз в той области, где материнские установки поддерживали субдепрессивное состояние клиентки.

Далее несколько сессий были посвящены интеграции контакта с телом, с одной стороны, и контакта с окружающим миром, с другой. Это позволило подойти к проблеме сексуального характера — частичной оргазмической дисфункции. Довольно быстро выяснилось, что эти проблемы были связаны с высокой степенью контроля, препятствующей освобождению сексуальности и отголосками фрагментарных дисморфофобических тенденций из подросткового возраста. «Я не отдаюсь мужчинам...» — суммировала осознанные сложности клиентка. В процессе взаимодействия с терапевтом выяснилось, что причиной этому является чувство стыда клиентки, точнее, поведение, направленное на избегание чувства стыда в сексуальных отношениях, что приводило к чрезмерному контролю.

Именно адаптации к чувству стыда, принятия своей неловкости и смущения в сексуальных отношениях были посвящены несколько сессий. Принятие этого чувства

4 Б. Мартель, «Сексуальность, любовь и гештальт», Спб. 2006

5 О. Немиринский, «Фасилитация контакта в гештальт-терапии (анализ случая)», <http://gestalt.ru/articles/?id=63505>

без самообвинения и подавления было важным результатом работы. Когда стало возможным проживание чувства стыда, женщина позволила в психотерапевтических условиях выразить уважение и даже восхищение мужчиной, что раньше было невозможным — от собственного чувства стыда клиентка защищалась обесцениванием мужчин.

Этой работы оказалось достаточно, чтобы клиента стала получать оргазм и сексуальная жизнь пары вышла на новый уровень. Дальнейшая работа уже не касалась напрямую сексуальных тем.

Давайте посмотрим, как в этой работе реализовывались основные принципы, составляющие гештальт-подход.

Одним из важнейших принципов гештальт-терапии является принцип холизма (от греческого *holos* — целый). Он подразумевает две вещи: психические феномены неотделимы от телесных, как и телесные — от психических и, второе, невозможно рассматривать человека вне его взаимодействия с окружающей средой.

Прямым следствием этого принципа в области сексуальных дисфункций является следующее утверждение: сексуальная жизнь является выражением взаимодействия партнеров в целом, и важно рассматривать сексуальную дисфункцию в контексте взаимоотношений. Очень часто сексуальные затруднения являются как бы символическим выражением затруднений пары в построении отношений. В приведенном выше примере долгосрочной работы с клиенткой по поводу ее аноргазмии выяснилось, что она избегает чувства стыда не только в сексуальных отношениях с мужем, но и в отношениях с мужем вообще. Не допускать растерянности и смущения, контролировать взаимодействие, не позволять себе «отдаваться мужчине» — были стратегиями клиентки и в интимной жизни и отношениях в целом, т. е. устойчивым паттерном поведения, требующим психологической коррекции.

Нарушения в отношениях могут выражаться также, например, в диспаурении психогенного характера. В ряде случаев, описывая состояние боли, дискомфорт и напряжение во время полового акта, клиентка может употреблять практически те же самые выражения, что и для описания дискомфорта в отношениях в целом. Одной из возможных причин может быть недостаточное внимание со стороны партнера и излишнее стремление «угодить» партнеру со стороны женщины. В таком случае психотерапевтическая поддержка женщины в праве «заботиться о себе» в отношениях, высказывать свою неудовлетворенность и дискомфорт, сохраняя открытые и доброжелательные отношения с партнером, является эффективной стратегией и для преодоления сексуальных сложностей, и улучшения качества взаимоотношений в целом.

Прямым следствием принципа холизма является многомерный подход к человеку, предложенный выдающимся французским гештальт-терапевтом С. Гингером⁶. Гингер выделяет пять измерений человеческой жизнедеятельности:

1. физическое измерение: тело, сенсорика, моторика.
2. аффективное измерение: «сердце», чувства, любовные отношения, другой человек.
3. рациональное измерение: «голова» (оба полушария головного мозга), мысли и творческое воображение.
4. социальное измерение: отношения с другими людьми, человеческое, культурное окружение.
5. духовное измерение: место и значение человека в окружающем космосе и глобальной экосистеме.

Сексуальность — одна из важнейших сфер человеческой жизни — проявляется на всех пяти уровнях⁷. Идея Гингера во многом перекликается с отечественной тривиумальной концепцией онтогенеза сексуальности⁸: в ней соматосексуальное развитие соответствует первому измерению по Гингеру, психосексуальное — второму, третьему и частично четвертому, социосексуальное — частично четвертому и пятому.

Гештальт-терапевту при работе с сексуальными проблемами важно прояснять все измерения сексуальности. В приведенном выше примере терапевтической работы большой акцент был сделан на аффективном измерении сексуальных проявлений клиентки: работа с чувствами и отношениями в паре привела к желаемому результату на физическом уровне (получение оргазма). Не менее важным может быть и рациональное измерение сексуальности, к которому принадлежит, по Гингеру, как получение необходимых знаний, так и творческое воображение и фантазия, играющие большую роль в сексуальной жизни людей.

Снижение сексуального влечения, особенно у мужчин, может быть вызвано неудачами в социальном измерении, например, проигрышем в профессиональной конкуренции на работе другим мужчинам. Разнообразные сексуальные нарушения могут быть вызваны религиозными сложностями индивида. Как известно, большинство религий регламентируют сексуальную жизнь верующих. Это естественно и происходит на протяжении всей истории человечества, но в процессе постижения верующими нравственных основ религии при недостаточной сексуальной информированности могут возникать значительные сложности сексуального характера. Таким образом, духовное измерение, призванное интегрировать сексуальность и духовность человека, — важный элемент сексуальной жизни.

6 С. Гингер, А. Гингер, «Гештальт — терапия контакта», СПб, 1999

7 Б. Мартель, «Сексуальность, любовь и гештальт», Спб. 2006

8 Е. Кащенко, «Основы социокультурной сексологии. Курс лекций», М. 2011

Холистический подход обосновывает и еще одну важную составляющую в гештальт-терапии. Согласно принципу холизма умственная деятельность и физическая деятельность оказываются явлениями одного порядка и отличаются только энергетическим уровнем — низким при умственной, и высоким при физической. Между умственной и физической деятельностью лежат промежуточные состояния в том числе игра и эксперимент. Именно эксперимент — специально организованное проигрывание реальных феноменов интраперсональной и интерперсональной жизни человека — и является «визитной карточкой» гештальт-терапии⁹. Самый известный психологической аудитории вид эксперимента — это диалог с пустым стулом, где две полярности внутреннего конфликта психодраматически расаживаются на разные стулья, и происходит взаимодействие между ними. Эксперимент направлен на то, чтобы клиент получил более глубокий опыт осознания внутреннего конфликта, прожил его и пришел к желанной интеграции. А в приведенном выше случае работы ключевым моментом терапии явился эксперимент, в котором участвовал терапевт, и в котором клиентка позволила выразить уважение, признательность и даже восхищение мужчинами в лице терапевта, чего она не позволяла в повседневной жизни, и с мужем, прежде всего.

Внимательное, осознанное проживание и принятие незнакомых клиентке чувств в экспериментальной ситуации было важным шагом в разблокировании сексуальности. При работе с телом одним из видов эксперимента является разыгрывание симптома, где метафорическое описание симптома превращается во внешнее взаимодействие клиента с каким-либо предметом или терапевтом. Например, затруднения дыхания клиент может описывать, как что-то давящее на грудь и давление клиент может, например, показать на подушке и отследить свои чувства и намерения. Это может привести к исследованию и принятию неосознаваемых раньше реакции и переживаний, изменению поведения и, как следствие, устранению симптома. То же самое разыгрывание может эффективно помочь в терапии сексуальных нарушений. Здесь требуется деликатность и творческая активность терапевта и клиента, поскольку символически разыгрываются сексуальные проявления, но результат может быть значительным. Практика показывает, что умелое разыгрывание сексуальных симптомов (эректильной дисфункции, диспаурении и др.) может привести к значительной положительной динамике в терапии.

Другим важнейшим, может быть даже переломным, моментом в приведенной выше терапевтической работе является работа с чувством стыда клиентки. С точки зрения гештальт-терапии стыд — это регулятор возбуждения (не обязательно сексуального, здесь речь идет об активации организма в широком смысле)¹⁰. Непосредственное предъявление своего возбуждения, быстрый рост энергии может привести к потере контакта с другим человеком и отвержению со стороны последнего. По образному выражению Олега Немирина в интимных отношениях стыд — это «сигнал о

9 Е. Петрова, «Эксперименты в гештальт-терапии», <http://www.gestalt.sp.ru/materials/id150/>

10 Ж.-М. Робин, «Стыд. Стенограмма лекции» в сб. «Гештальт — 2002», М. 2002

сближении, когда степень близости не соответствует степени любви», игнорирование чувства стыда приводит к тому, что близость носит механический характер¹¹.

Другой крайностью является избегание переживаний, связанных со стыдом. Появляется своеобразный «страх стыда», когда человек осознанно или неосознанно избегает определенных действий и ситуаций для того, чтобы ему не было стыдно. Происходит избегание не только интенсивного стыда, но и низкоинтенсивных переживаний этого круга — таких как смущение или неловкость. Это сильно блокирует сексуальные проявления.

Из всевозможных методов работы с чувством стыда, которые используются в гештальт-терапии, можно остановиться на двух. Первый из них — это идентификация стыдящей фигуры. Очень часто это значимые взрослые, которые навязывали чувство стыда ребенку: «тебе должно быть стыдно». Скорее всего, подобная фраза результат того, что стыдно самому взрослому, а стыд оказывается интроекцией, под которой в гештальт-терапии понимают ситуацию, когда феномен окружающей среды индивид принимает за собственное переживание. Таким образом, «вернуть» стыд тому человеку, который стыдил и стыдился сам — важное направление работы¹². Другой стратегией является искреннее и внимательное присутствие терапевта в контакте с клиентом, который стыдится. Это дает возможность проживать чувство стыда и принимать его самому клиенту. Теоретической основой этого подхода является взгляд на стыд как на недостаток поддержки в социальном окружении человека¹³ — тезис активно развиваемый в современной гештальт-терапией. Искренняя обратная связь терапевта о том, что стыдящаяся клиентка выглядит очень женственно и привлекательно была важной частью терапевтической работы в случае, описанном выше.

Не только при проработке чувства стыда гештальт-терапевт обращается к родительским фигурам. Многолетний опыт автора показывает, что ни разу серьезная работа с сексуальностью клиента не проходила без обращения к родительским фигурам. Следует сказать, что гештальт-терапия имеет свою специфику работы в этой области. Гештальт-терапевт, как известно, ориентирован на работу «здесь и сейчас», поэтому не предлагает клиенту обращаться к детству или подростковому возрасту с помощью интерпретации. Обычно возникает некоторое чувство клиента психологически необъяснимое исключительно в контексте настоящей ситуации. Тогда вопрос терапевта: «В каких совершенно других обстоятельствах ты испытывал точно такое же переживание?» может вернуть клиента в прошлое его детско-родительских отношений. Подобным образом, если клиент озвучивает какую-нибудь установку (например, «секс — это грязно») правомерно задаться вопросом, из собственного опыта это говорит клиент, или это установка значимой взрослой фигуры из прошлого.

11 О. Немиринский, «Фасилитация контакта в гештальт-терапии (анализ случая)», <http://gestalt.ru/articles/?id=63505>

12 Ж.-М. Робин, «Стыд. Стенограмма лекции» в сб. «Гештальт — 2002», М. 2002

13 Г. Уилер, «Гештальттерапия постмодерна. За пределами индивидуализма», М. 2011

Очень часто удается выявить такие навязанные, но не усвоенные клиентом установки (интроекты). Работа с родительскими фигурами в гештальт-терапии направлена на формирование собственных установок и опознания собственных желаний, отличных от установок и желаний родителей, т. е., по сути, на завершение процесса сепарации. В приведенном выше примере психотерапевтической работы работа с сексуальностью оказалась возможна только после завершения работы длительностью в несколько сессий с материнской фигурой.

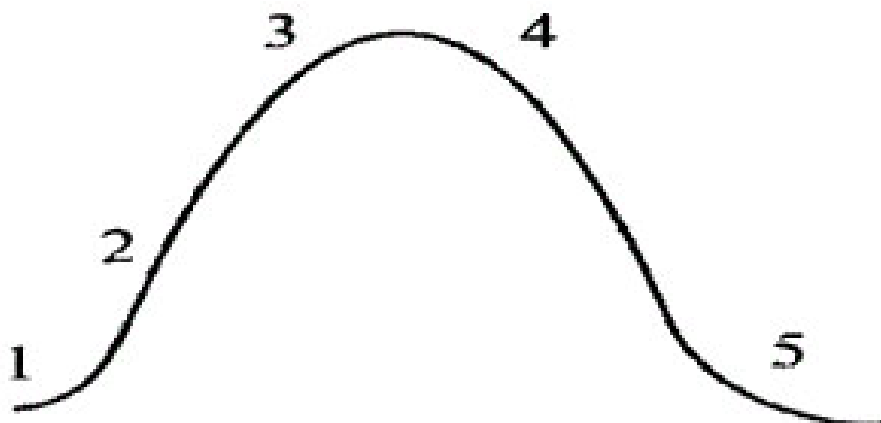
Мы привели пример работы с сексуальным расстройством, чтобы проиллюстрировать эффективность основных идей гештальт-терапии и осмыслить гештальт-подход на этом материале. Если говорить о гештальт-терапии как о системе диагностики и коррекции психологических нарушений, то здесь нужно обратиться к понятию цикла контакта, введенного Перлзом и Гудманом¹⁴. Гештальт-терапия, как терапия ориентированная на процесс, концентрируется на взаимодействии организма с окружающей средой. Это взаимодействие рассматривается как последовательность удовлетворения разнообразных потребностей. Организм находится в равновесном состоянии, но как только равновесие организма и окружающей среды нарушается, например, из-за голода, начинается процесс удовлетворения пищевой потребности, после чего организм возвращается в равновесное состояние и новая потребность — какая бы она ни была — начиная от физиологических и заканчивая духовными потребностями человека — вновь выводит организм из равновесия. И так всю жизнь. Соответственно, нормой является либо удовлетворение потребностей, либо осознанный отказ от удовлетворения потребности (например, когда по каким-либо соображениям я отказываюсь от еды, оставляя пищевую потребность на определенное время неудовлетворенной). Патологией является прерывание контакта — т. е. ситуация, когда попытка удовлетворения потребности либо не приводит к желаемому результату вообще, либо удовлетворяется некачественно.

Таким образом, в основе процессуального исследования симптома в гештальт-терапии лежит изучение процесса удовлетворения потребности, а в основе диагностики обнаружение прерываний контакта. Прерывания контакта имеют свою классификацию и существуют методы работы с прерываниями, восстанавливающие способность индивида удовлетворять потребность¹⁵.

В гештальт-терапии модель удовлетворения потребности любого рода называется циклом удовлетворения потребности или циклом контакта. Он состоит из нескольких фаз. Это можно проиллюстрировать графиком, где по оси абсцисс — время, а по оси ординат уровень активации организма:

14 Ф. Перлз, «Теория гештальт-терапии», М. 2004

15 Н. Лебедева, Е. Иванова, «Путешествие в гештальт», СПб 2004



Первая фаза (1–2) — это преконтакт. Он начинается с момента нарушения баланса в организме, а заканчивается в тот момент, когда индивид осознает свою потребность (при пищевой потребности, например, начало — изменение уровня питательных веществ в крови, а заканчивается преконтакт пониманием «я хочу есть»).

Следующая фаза (2–3) — контактирование. Оно начинается в момент осознания индивидом потребности, а заканчивается, когда индивид четко понимает объект и способ удовлетворения потребностей («я съем яблоко, которое лежит в моем холодильнике»).

Третья фаза (3–4) — финальный контакт, собственно удовлетворение потребности (яблоко съедается).

Наконец, постконтакт (4–5) — фаза, когда организм возвращается в равновесное состояние, полученный опыт присваивается (яблоко переваривается, возникает удовольствие).

Каждая фаза имеет свою специфику, специфические механизмы прерывания и техники работы с прерываниями. Цикл удовлетворения сексуальной потребности — не исключение. Цикл контакта в гештальте более полно описывает сексуальное взаимодействие, чем существующие в сексологии модели. В частности, знаменитый цикл сексуального взаимодействия Мастерса и Джонсон фактически описывает только финальный контакт (возбуждение-плато-оргазм) и постконтакт (разрешение). Наиболее близким к гештальт-подходу оказывается цикл сексуального взаимодействия Е. Кащенко¹⁶ где, помимо, фаз, описанных Мастерсом и Джонсон включается сексуальное желание и сексуальное влечение.

16 Е. Кащенко, «Стимулирование сексуального влечения», М. 2010

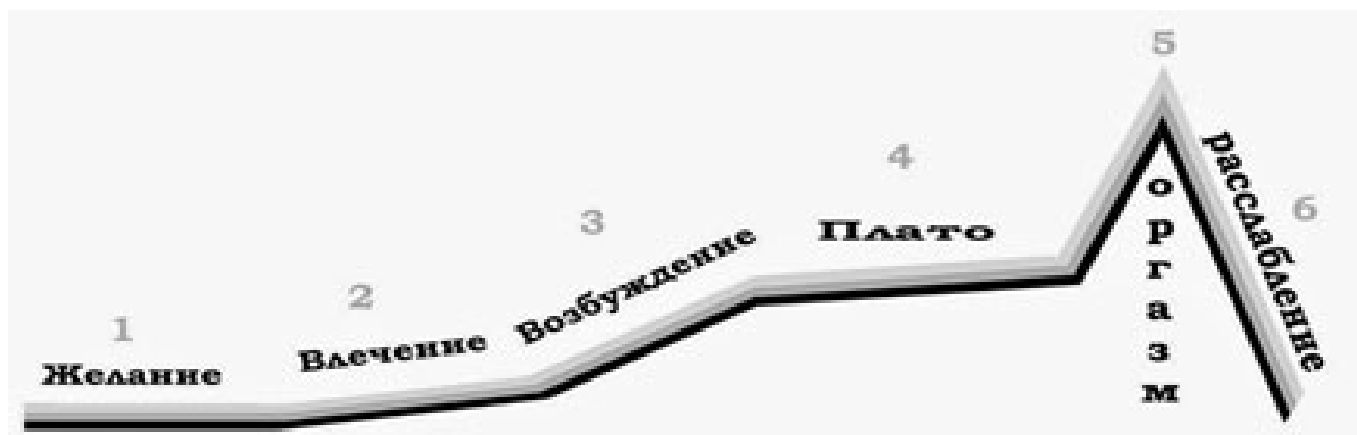


Рис. Фазы копулятивного цикла

Если провести параллели между циклом контакта Гудмана, описывающего удовлетворение любой потребности и циклом сексуального взаимодействия Кащенко, то получится следующее соответствие:

Фаза сексуального желания по Кащенко — это преконтакт по Гудману. Это фаза формирования и осознания потребности, еще слабо привязанной к объектам и проявляющейся в сексуальном интересе. Фаза влечения — это контактирование по Гудману. На этой фазе возникает нацеленность на конкретный сексуальный объект и находится способ удовлетворения потребности. «Влечение — это вектор желания», как это формулирует Евгений Кащенко. Фаза возбуждения, плато и оргазм — финальный контакт по Гудману. Наконец, расслабление (разрешение) — это гудмановский постконтакт. Возвращение в равновесное состояние, восстановление организма и присваивание опыта.

Если говорить про сексуальные дисфункции, то они соответствуют прерываниям контакта. Однако гештальт-терапия использует феноменологический подход, в отличие от медицинской нозологической модели. Следствием этого факта является то, что между описанием сексуальных дисфункций в МКБ-10 и гештальт-диагностикой, основанной на прерывании контакта, нету прямого соответствия: за определенной сексуальной дисфункцией по МКБ могут, в зависимости от конкретного взаимодействия, стоять разные прерывания и наоборот, одно и то же прерывание контакта может приводить к различным сексуальным дисфункциям. Все зависит от конкретного случая, конкретного индивида. Тем не менее, связи сексуальной дисфункции и нарушения контакта несложно установить в каждом конкретном случае. Это позволяет использовать богатый опыт гештальт-подхода для терапии сексуальных расстройств. Более того, сексуальные нарушения могут быть обнаружены только в ситуации сексуального контакта, поэтому основанный на контакте гештальт-подход является хорошей теоретической базой для этой области психотерапии.

Есть еще одно важное обстоятельство, которое следует иметь в виду, когда мы используем гештальт-подход в сексологии. Следует найти наиболее раннее по фазам цикла контакта нарушение, поскольку часто симптом обнаруживается в сексуальном взаимодействии позже того, как уже что-то пошло не так во взаимодействии¹⁷.

На стадии преконтакта мы имеем дело со снижением или отсутствием сексуального желания. Причинами такого явления могут быть: невозможность распознать сигналы организма, свидетельствующие о наличии потребности (механизм прерывания контакта, называемый конfluэнцией или слиянием). Это может быть по причине нечувствительности к своему организму и сниженной способности выделять фигуру потребности. Тогда фокусом терапии будет восстановление чувствительности организма, умение клиента ощущать и распознавать сигналы, свидетельствующие о проявлениях сексуальности. По мере восстановления чувствительности, в процессе терапии возможно будут обнаружены избегаемые (например, вследствие сексуальной травмы) переживания, свидетельствующие о внутреннем конфликте клиента. Дальше работа идет на исследование, проживание и принятие отвергаемых переживаний.

Другой возможный вариант слияния — это слияние с кем-то из родителей, которые либо сами обладали сниженным сексуальным желанием, либо не принимали сексуальные желания своего ребенка. В таком случае внутренний конфликт клиента оказывается конфликтом с родительской фигурой и далее идет разрешение этого конфликта (здесь может быть использована, например, техника пустого стула).

Еще одним нарушением на стадии преконтакта может быть неправильное распознавание своей потребности. Например, женщина может принять потребность в получении нежности и тепла за сексуальное влечение (прерывание контакта, когда человек принимает за свою потребность какие-то стереотипы и установки, пришедшие извне, называется интроекцией). Этому прерыванию контакта не соответствует напрямую диагноз МКБ, но оно может привести к нарушениям на более поздней стадии (например, аноргазмии).

Нарушения на стадии контактирования будут иметь место в случаях, когда сексуальное желание опознано и принимается индивидом, но он неверно определяет объект или способ удовлетворения потребности. Это может привести к различным сексуальным нарушениям (диспаурении, недостаточности сексуальной реакции, аноргазмии, сексуальной аверсии). В таком случае работа может вестись с интроекцией — т. е. ситуацией, когда навязанный извне способ взаимодействия клиент принимает за свой собственный. В частности подстраивается под сексуальный сценарий партнера, игнорируя свой. В таком случае вполне вероятны: диспареуния, вагинизм, недостаточность генитальной реакции. При попытке «заставить» себя вступать в сексуальные отношения (например, когда брак навязан родителями) может проявиться сексуальное отвращение. Здесь важно определить то место и ту ситуацию, в которой человек перестал слушать собственные потребности и стал выполнять чужие, навязанные стереотипы поведения.

17 Б. Мартель, «Сексуальность, любовь и гештальт», Спб. 2006

На стадии финального контакта проявляются такие сексуальные нарушения, как оргазмическая дисфункция, преждевременная эякуляция, вагинизм. Здесь основным способом прерывания контакта оказывается ретрофлексия — остановка взаимодействия индивида из-за внутреннего конфликта. Для работы с этими нарушениями важно определить две стороны внутреннего конфликта. Часто (но не обязательно) это — желание сохранить контроль над собой, с одной стороны, и желание контроль отпустить для получения сексуального удовольствия. Задачей терапевта является вскрыть потребности, стоящие за каждой из сторон внутреннего конфликта и помочь найти творческое приспособление, снимающее этот внутренний конфликт¹⁸. Это может делаться с помощью психодраматического разыгрывания симптома, метода пустого стула и т.д.

Выводы:

1. Гештальт-терапия — самостоятельная психотерапевтическая модальность, зародившаяся в середине прошлого века, со своей теоретико-методологической базой, теорией возникновения симптома, системой диагностики и совокупностью методов и стратегий изменения. Гештальт-терапия используется во многих областях психологической практики, в том числе и в работе с сексуальными расстройствами.

2. Гештальт-подход ориентирован в первую очередь на работу с взаимодействием индивида с окружающей средой. Исследование нарушений этого взаимодействия и поиск творческого приспособления составляют основу работы гештальт-терапевта. Такой — ориентированный на процесс взаимодействия — подход является эффективным в сексологии, поскольку в основе дисфункций лежит, по сути, нарушение взаимодействия сексуальных партнеров.

3. Гештальт-подход является холистическим подходом, и позволяет рассматривать физическое, эмоциональное, рациональное, социальное и духовное измерение сексуального взаимодействия.

4. В основе диагностики и терапии сексуальных расстройств лежит понятие цикла контакта. Отслеживание механизмов прерывания контакта на самой ранней фазе помогает эффективно работать с сексуальными дисфункциями.

18 Д. Новиков, «Невроз и сновидения» в сб. «Гештальт — 2015», М. 2015



ЕРШОВА

Елена Сергеевна,

клинический
психолог, член
Профессионального
сексологического
объединения

ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ. ПАРАГРАФЫ ИЗ УЧЕБНИКА

ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ КЛИНИЧЕСКИМ ПСИХОЛОГОМ

Парадигма клинической психологии имеет свои особенности, как в фундаментальных методологических позициях, так и в формах и способах решения на прикладном уровне. Клинический психолог в работе с сексуальными расстройствами в частном случае решает многочисленные задачи:

- оценивает актуальное состояние проблемы, определяя и идентифицируя феномены;
- выявляет условия возникновения проблем и прогнозирует дальнейшее развитие;
- классифицирует проблемы;
- предоставляет инструментарий для мониторинга динамики состояния¹.

В этом смысле клиническая психология дополняет возможности психологии сексуальности в области патологических состояний. В свою очередь психология сексуальности за счёт своего объектного поля расширяет сферы клинических исследований и клинико-психологической интервенции дополнительными динамическими составляющими картины нормальных и патологичных явлений.

Континуальность нормы и патологии. Важную роль в клинической психологии играет континуальное разграничение нормы и патологии или более предметно здоровья, болезни и расстройства². Несмотря на то, что общее представление расстройств, непосредственно проявленных через сексуальность, имеет законодательную обоснованность в мировом сообществе (посредством МКБ-10 — системы классификации ВОЗ), концепция расстройства и его причин тесно связана с теоретической приверженностью психолога. Для психолога, ставящего акцент на психоаналитических методах, болезнь является дефектом переживания, сексуальность может либо проявить этот дефект, либо быть областью происхождения дефекта. Гуманистическая психологическая концепция расстройства не подразумевает дефект, а, значит, претендует на инструментарий «нормальной» психологии, расстройство в этом ключе проявляется как изменений скорости в сравнении с нормальным

1 Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии: Учеб. пособие для вузов. — Ростов н/Д: Феникс, 2003. — 479 с.

2 Учеб. пособие для Перре М., Бауман У. Клиническая психология. — СПб: Питер, 2007. — 1312 с.

процессом. Социальные концепции проявляют расстройство через социальные условия. Таким образом, исследуя различные возможности возникновения и поддержания симптома сексуального нарушения можно сформировать системное представление о причинных уровнях и возможностях расстройства.

Каким образом эти категории находят своё отражение в психологии сексуальности? В первую очередь, они позволяют делать многомерной концепцию болезни в сфере сексуальности, что находит отражение в области психологического вмешательства в процесс. Во вторую очередь, сексуальность в контексте здоровья приобретает определённую структурную объективацию — экстраполируя идеи внутренней картины болезни, можно определить сферы исследования внутренней картины здоровой сексуальности конкретного человека.

Стратегия клинико-психологической интервенции. Помимо клинико-диагностических особенностей психология сексуальности в призме клинической психологии расширяется в область превенции за счёт возможностей психогигиены, психокоррекции, психопрофилактики, как специфических вариантов психологической интервенции. Не смотря на первоначальную кажущуюся отдалённость в превенции, масса вопросов, методов и мероприятий в психологии сексуальности сочетают в себе эти направления в качестве обязательных элементов психологического образования и просвещения. Так происходит потому, что в области информационно-психологической поддержки происходит определённое разграничение активности и директивности ролей в стратегии отношений между клиентом и консультантом³. Превентивные меры создают, помимо прочего, буферную зону по отношению к возникновению нарушений в сфере сексуальности, что способствует общему личностному развитию и усложнению адаптивных возможностей.

Помимо превенции специалист может проводить клинико-психологическое вмешательство с задачами терапии состояния или реабилитации нарушенной функции (или процесса).

Психологическая интервенция широкого профиля так же применима в клинической психологии сексуальности. В этом смысле необходим акцент на характеристики клинико-психологической интервенции в области сексуальных расстройств (схематично соотношение клинико-психологической интервенции и интервенции в узком смысле этого слова отражено в схеме 1).

3 Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию: для студентов вузов. — Томск: ТМЛ-Пресс, 2010. — 224 с.



Узловые моменты в стратегии интервенции следующие⁴:

- выбор методов (соответствует овладению методами в широком смысле со знанием ограничений их применения),
- определение функции или этапа интервенции (развитие, профилактика, лечение, реабилитация),
- целевая ориентация на достижение изменений (предопределяет стратегию воздействия и индивидуальные/ситуативные ограничения),
- теоретическая обоснованность (определяет непосредственные шаги и позволяет прогнозировать возможности изменения и целевые показатели, а конкретно психоаналитический, поведенческий, гуманистический рамочные подходы),
- эмпирическая проверка (осуществляет контроль эффективности мероприятий),
- профессиональные действия (задают определённые границы взаимодействия, формы и методы воздействия).

Клинический психолог в работе с сексуальными расстройствами самостоятельно выбирает методы психотерапии. Однако не имея квалификации в области конкретного направления, например, психоанализа, специалист не может выбрать психоаналитические методы в качестве воздействия. Это условие проявляется до встречи с клиентом.

⁴ Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология. – М.: МедПресс-информ, 2008. – 432 с.

Для осуществления интервенции до применения конкретных методов и теорий, необходимо методическое соотнесение возможных плоскостей вмешательства. Эта часть является логическим продолжением диагностического этапа актуального состояния человека и возможностей психологической работы. В качестве отдельных универсальных плоскостей вмешательства выступают сферы, в которых представлена сексуальность:

1. психические функции (восприятие, научение, переработка негативного опыта — различные элементы напрямую представляют индивидуальную топографию сексуальности),
2. стереотипы функционирования (фиксированные формы поведения, ригидные копинг-стратегии — позволяющие воспроизводить и поддерживать негативную динамику),
3. межличностные системы (представленность проблемы в пространстве коммуникации относительно сексуальности невозможно оспорить).

Говоря общими понятиями, целевая ориентация на достижение изменений в большей мере представлена в одной из этих плоскостей.

Например, к специалисту на приём приходит клиент Х. с жалобами на эректильную дисфункцию. Жалобы и прояснение проблемы позволяют определить этап работы — интервенция в этом случае может быть направлена на различные функции в зависимости от диагностики проблемы. На первый взгляд может показаться, что восстановление эрекции окажется целевым показателем достижения изменений. Поскольку в эректильной дисфункции существенную роль играют различные структурные элементы поведенческого, психологического, когнитивного, соматического генеза, то именно они и создадут сетку целевых показателей — снижение уровня тревожности, повышение коммуникативной компетентности, уменьшение количества навязчивых мыслей и ритуалов, упрочнение самооценки и пр.

Для решения такого рода задач необходимо использование теоретически обоснованных концепций в работе с каждым из целевых показателей, в том числе понимать структурные элементы внутренней картины болезни, составляющей эректильную дисфункцию.

В процессе интервенции регулярно проводится эмпирическая проверка, где проверяется возможная эффективность работы как с глобальным показателем эффективности — эрекцией, так и с более мелкими показателями достижения изменений, к примеру, снижение ситуативной тревожности.

Профессиональные действия специалиста проводятся в фиксированное время в рамках определённого учреждения и включают научно-обоснованные методы работы (когнитивно-бихевиоральную терапию, например) по работе с внутренней

картиной болезни, а также внутри- и межличностную компоненты интервенции, в которую вписана эректильная дисфункция конкретного клиента Х. Обязательно эти компоненты проработают психологический, телесно-биологический и социальный аспект жизни клиента с учётом эмпирической проверки целевых показателей достижения изменений.

В области интервенции следует особо отметить недостаточность категоризации сексуальности, что определённо задаёт «зону ближайшего развития» междисциплинарных связей этого уровня. Всё-таки на настоящий момент клиническую психологию больше занимают сексуальные расстройства, чем сексуальность во внутренней картине здоровья.

Диагностика в интервенции. Интервенция обязательно определена интервьюированием, как первым шагом во взаимодействии с клиентом напрямую. Структурированные и стандартизированные методы помогают в диагностике состояний, хотя они и подразумевают определённую критическую компоненту, связанную с субъективностью оценки, недостаточным учётом индивидуальных особенностей, стигматизацией, не высокую достоверность. Казалось бы, зачем использовать такого рода методы при обилии вариантов критических отзывов? Задача интервью в получении взгляда на определённый феномен в первом приближении. Эта задача не зависит от принадлежности специалиста к определённым парадигмальным основаниям (профессиональному самоопределению в рамках психоаналитического, когнитивного, гуманистического направлений) и помогает в понимании проблемы и возможных ресурсов для её разрешения. Интервьюирование позволяет осуществиться первому диагностическому этапу в исследовании состояния человека — это описание проблемы. Вне зависимости от того, проявляется ли сексуальность в качестве причины состояния, его симптома или ресурсных возможностей, необходимо иметь детализированное представление клиента о своём состоянии и учитывать это представление в интервенции.

Далее используется классификация полученных признаков в соотношении с областями «нормально психологических» и «клинических» признаков. Классификация — это второй диагностический этап. Когда описанные признаки определены в рамках какой-либо концепции, то они могут быть резюмированы в некоторый диагноз состояния. На этом этапе ярко обнаруживается отличие клинической психологии сексуальности от прочих междисциплинарных возможностей. В вопросах сексуальности есть однозначный нозологический аппарат в структуре классификаторов болезней. Не смотря на это, диагноз состояния лежит не только в поле патологии, но также может определять расстройства, кризисные состояния и нормативные варианты. От классификации зависит представление внутренней картины болезни клиента и возможностей психологической работы с её компонентами.

В качестве третьего диагностического этапа происходит объяснение состояния для подкрепления диагноза и исключения прочих возможных диагнозов. Объяснение состояния происходит на основании теоретических методологических позиций специалиста (приверженности бихевиорально-когнитивному, гуманистическому, аналитическому направлению) и формирует представление о ранжировании элементов, составляющих внутреннюю картину болезни и ресурсы внутренней картины здоровья.

Диагностика состояния на этом не заканчивается. Четвёртым диагностическим этапом работы служит прогнозирование состояния, как с учётом возможностей интервенции, так и в ситуации полного исключения клинико-психологического вмешательства. Основанием для прогноза являются теории возникновения и изменения текущего состояния, т.е. собственно стратегия работы конкретного специалиста.

Завершает диагностический этап оценкой, базирующейся на анализе процесса клинико-психологической интервенции, состояния клиента интервенции и измерении изменений⁵.

Таким образом, становится понятно, работа с феноменами сексуальности, будь то в ресурсном ключе или в направлении расстройств, требует обязательного научно обоснованного системного понимания причинно-следственных связей. Клинико-психологическое вмешательство, не учитывающее сексуальность, не может претендовать на целостный взгляд в направлении проблемы. В случае наличия сексуальных нарушений и расстройств феномены сексуальности так же продолжают своё существование и в поле адаптивных ресурсов, и в мотивационных возможностях внутренней картины здоровья.

И нормальные, и патологичные состояния предполагают исследование на разных уровнях. Самый простой для понимания уровень — это поведение. Поведенческий аспект позволяет увидеть проявление симптоматики расстройства. Более сложный уровень — это коммуникация, т.е. как состояние связано с общением, каким образом появление и поддержание симптомов может быть связано с окружающими. Помимо этого, существует уровень существования симптома в психической жизни человека — как симптоматика сексуальных нарушений может быть опосредована психическими процессами (вниманием, памятью, мышлением, восприятием). Так формируются различные плоскости во взаимодействии специалиста и клиента, а также плоскости жизни, в которых сексуальность (и её отдельные феномены) представлены⁶.

Максимальную возможность интеграции на уровне клинической психологии сексуальности позволяет достичь мультикаузальный подход в плане интервенции.

5 Клиническая психология под ред. Карвасарского Б.Д. – СПб: Питер, 2004. – 533 с.

6 Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.: ил. – (Серия «Учебное пособие»).

Относительно этого подхода специалист особым образом опирается на диалогическое взаимодействие, учитывая собственные представления о причинах процессов и убеждения клиента о своём состоянии, исследуя скрытый индивидуальный смысл состояния человека, находя эффективные варианты помощи⁷.

Выводы:

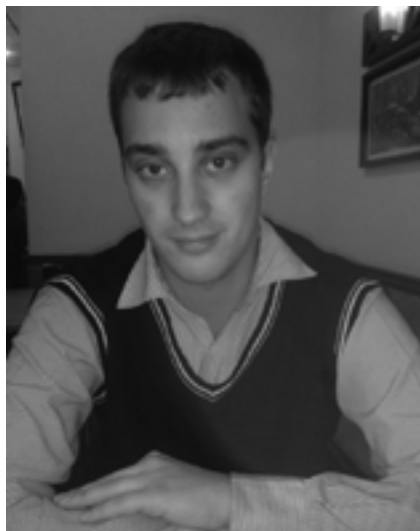
Клиническая психология и психология сексуальности сопряжены на уровне объектного и предметного полей научного знания. Эта междисциплинарная связь способствует детализации нормальных состояний и оценке представлений о внутренней картине здоровья. В сфере сексуальных расстройств и патологий системных взгляд клинической психологии сексуальности позволяет формировать многопричинную внутреннюю картину болезни.

Клинико-психологическое вмешательство в сфере сексуальности подразумевает формирование структурных оснований вмешательства. Основные моменты в стратегии интервенции: выбор методов, определение функции или этапа интервенции, целевая ориентация на достижение изменений, теоретическая обоснованность, эмпирическая проверка, профессиональные действия.

Тактически интервенция начинается с диагностики состояния клиента. Она состоит из описания, классификации, объяснения, прогнозирования и оценки. Диагностика при интервенции позволяет понимать сексуальность в мультикаузальном (многопричинном) ключе. На втором тактическом этапе происходит соотнесение стратегии и плоскостей возможного воздействия — психика, поведение, коммуникация. Следующий тактический этап соотносит плоскость воздействия с этапом психологического воздействия — профилактикой, терапией, реабилитацией, развитием.

Дальнейшие тактические приёмы зависят от специальных клинико-психологических аспектов работы с конкретной проблематикой.

7 Тхостов А.Ш. Психология телесности. –М: Смысл, 2002. – 287 с.



БЛИНОВ
Андрей Евгеньевич

сексолог-консультант,
магистрант кафедры
междисциплинарной
сексологии ГЭТИ

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

СЕКСУАЛЬНЫЙ СЦЕНАРИЙ. ОПРОСНИК.

Андрей Блинов — выпускник курсов переподготовки кафедры междисциплинарной сексологии готовит магистерскую диссертацию. Убедительная просьба: помогите ему со сбором материала! Ответьте сами или попросите знакомых ответить на вопросы опросника. Желательно привлечь еще несколько человек, чтобы увеличить выборку. Результаты присылайте на почту anketass16@mail.ru. В опроснике содержатся краткие пояснения по каждому вопросу. Внимательно читайте вопросы и текст, выделенный курсивом. Если у Вас все же возникнут вопросы касательно заполнения опросника, Вы можете их задать, написав на тот же адрес (anketass16@mail.ru). Имейте в виду, что время ответов на все вопросы занимает порядка двух часов.

Пол: _____.

Возраст _____ лет.

Семейное положение: _____

(Холост/не замужем; женат/замужем; разведен(а); вдовец/вдова; в гражданском браке)

I. Особенности сексуального развития

1. Какого стиля полового воспитания придерживались Ваши родители по отношению к Вам?

Поставьте знак «+» в каждой графе таблицы 1 напротив тех особенностей полового воспитания, которые имели место.

Таблица 1.

№	Особенности полового воспитания	Мать	Отец
1	Относились к сексуальности, как к положительному, здоровому явлению		
2	Относились к сексуальности, как к постыдному и/или опасному явлению		
3	При необходимости свободно обсуждали с Вами тему секса		
4	Старались избежать обсуждения с Вами темы секса		
5	Табуировали тему секса		
6	Открыто обсуждали с Вами одни вопросы, но избегали обсуждения других		
7	Смущались при обсуждении с Вами темы секса		
8	Контролировали или пытались контролировать проявления Вашей сексуальности		
9	Положительно относились к любым проявлениям Вашей сексуальности		

№	Особенности полового воспитания	Мать	Отец
10	Устанавливали определенные рамки для проявления Вашей сексуальности		
11	Отрицательно относились к любым проявлениям Вашей сексуальности		
12	Наказывали Вас за проявления сексуальности		
13	Допускали обнажение в домашней обстановке		
14	Обеспечивали доступ к литературе по вопросам сексуальности		
15	Ненавязчиво обеспечивали доступ к эротическим материалам и порнографии		
16	Демонстрировали эротические материалы и порнографию		
17	Допускали Ваше присутствие при занятиях сексом		
18	Иное (напишите) _____		

2. В каком возрасте Вы получили представление о различных сторонах сексуальной жизни?

Заполните графу «Возраст получения информации» в таблице. Дайте ответ для каждой строки.

3. Что послужило источником информации по вопросам сексуальной жизни?

Заполните графу «Источник информации» в таблице 2, выбрав один ответ из приведенного ниже списка, либо напишите свой. Дайте ответ для каждой строки.

- a. Родители
- b. Сверстники, друзья
- c. Сестры / Братья
- d. Учителя / Преподаватели / Врачи
- e. Другие взрослые
- f. СМИ, Интернет
- g. Литература
- h. Собственный опыт / сексуальный партнер

Таблица 2.

№	Информация	Вопрос 2 Возраст получения информации	Вопрос 3 Источник информации
1	Менструация		
2	Поллюции, семяизвержение		
3	Мастурбация		
4	Суть полового акта		
5	Оральный секс		
6	Беременность, роды		
7	Инфекции, передаваемые половым путём		
8	Контрацепция		
9	Порнография		
10	Гомосексуальность		
11	Сексуальное насилие		

№	Информация	Вопрос 2 Возраст получения информации	Вопрос 3 Источник информации
12	Сексуальные извращения		

4. В каком возрасте Вы впервые испытали ощущения, которые осознали как сексуальные?

Напишите ответ: _____ лет.

5. Что послужило стимулом для этих ощущений?

Напишите ответ _____

 _____.

6. Какие формы сексуальной активности Вы практиковали до начала полового созревания?

Заполните графу «Частота практики в детском возрасте» в таблице 3. Поставьте знак «+» в нужной графе. Дайте ответ для каждой строки.

7. В каком возрасте Вы практиковали данные формы сексуальной активности?

Заполните графу «Возраст начала» в таблице 3. Напишите возрастной интервал, соответствующий данной практике напротив тех форм сексуальной активности, которые имели место в детстве.

Таблица 3.

№	Форма сексуальной активности	Вопрос 6 Частота практики в детском возрасте				Вопрос 7 Возраст начала
		Часто	Иногда	1–2 раза	Никогда	
1	Мастурбация					
2	Детские сексуальные игры (в маму и папу, в доктора, и т.п.)					
3	Взаимное обнажение и исследование гениталий с представителем своего пола					
4	Взаимное обнажение и исследование гениталий с представителем противоположного пола					
5	Подглядывание за обнажением / уриной, дефекацией / интимной жизнью взрослых					
6	Имитация половых контактов					
7	Иная форма сексуальной активности (напишите) _____					
8	Иная форма сексуальной активности (напишите) _____					

№	Форма сексуальной активности	Вопрос 6				Вопрос 7 Возраст начала
		Частота практики в детском возрасте				
		Часто	Иногда	1–2 раза	Никогда	
9	Иная форма сексуальной активности (напишите) _____					

8. В каком возрасте у Вас прошла первая менструация (для женщин) / прошло первое семяизвержение (для мужчин)?

Напишите ответ: _____ лет.

9. Какой характер носило у Вас сексуальное влечение в подростковом возрасте?

Выберите один вариант ответа:

- Очень высокая возбудимость, частые и бурные эротические фантазии, порой мешающие сосредоточиться на учебе, работе, и т.п.
- Сексуальное возбуждение и эротические фантазии имели место часто, но только в благоприятной для этого обстановке
- Сексуальное возбуждение и эротические фантазии имели место редко
- Сексуальное влечение и эротические фантазии практически отсутствовали.

10. Половое созревание началось у Вас:

- Раньше, чем у большинства сверстников
- Примерно в том же возрасте, что и у большинства сверстников
- Позже, чем у большинства сверстников

11. С какими переживаниями были связаны у Вас в подростковом возрасте изменения во внешности, связанные с половым созреванием?

Выберите один или несколько вариантов ответа:

- Гордость
- Радость
- Чувство привлекательности
- Чувство неполноценности
- Смущение
- Стыд
- Иное _____

12. Как, будучи подростком, Вы оценивали собственную физическую привлекательность?

Выберите один вариант ответа.

- Чувствовал(а) себя более привлекательным(ой), чем большинство сверстников(иц)
- Чувствовал(а) себя менее привлекательным(ой), чем большинство сверстников(иц)

сверстников(иц)

- с. Оценивал(а) свою привлекательность, как среднюю
- d. Не задумывался(ась) об этом
- e. Иное _____

13. Если Вы испытали чувство влюбленности, то укажите, сколько оно длилось по времени и с какого возраста? Если Вы испытывали подобное чувство несколько раз, то напишите про наиболее яркое за период школы.

Напишите ответ: в течение _____, с _____ лет.

14. Кто был объектом этой влюбленности?

Выберите вариант ответа и запишите возраст на момент возникновения чувства.

- a. Парень _____ лет
- b. Девушка _____ лет

15. Как относились к Вашему чувству Ваши родители и сверстники?

Поставьте знак «+» напротив соответствующего варианта ответа для каждой графы в таблице 4.

Таблица 4.

№	Отношение	Мать	Отец	Близкие друзья	Сверстники своего пола	Сверстники противоположного пола
1	Эмоциональная поддержка					
2	Одобрение					
3	Осуждение					
4	Безразличие					
5	Насмешка					
6	Не знали об этом					
7	Иное _____					

16. Какие фантазии относительно объекта влюбленности были для Вас наиболее типичны?

Выберите один вариант ответа.

- a. Содержащие сцены близкого общения и ухаживания без сексуальных контактов; с акцентом на эмоциях, получаемых от общения
- b. Содержащие сцены близкого общения, включающего объятия, поцелуи и ласки; с акцентом на эмоциях, получаемых от взаимного прикосновения
- c. Содержащие откровенные сексуальные сцены; сексуальную близость, завершающуюся оргазмом.

17. Насколько близкими были ваши отношения с объектом влюбленности (только в период самой влюбленности)?

Поставьте знак «+» в соответствующей графе таблицы 5 напротив каждой строки.

Таблица 5.

№	Степень близости	Часто / в течение длительного времени	Редко / в течение непродолжительного времени	Один раз	Никогда
1	Формальное общение				
2	Приятельские отношения, легкое общение				
3	Дружеские отношения, близкое общение				
4	Взаимные объятия и поцелуи				
5	Петтинг				
6	Сексуальные отношения (половой акт, оральный секс, и т.п.)				
7	Иное				

18. Охарактеризуйте Ваш круг общения среди сверстников в подростковом возрасте?

Поставьте знак «+» в каждой графе таблицы 6 напротив тех вариантов ответа, которые характеризуют Ваш круг общения.

Таблица 6.

№	Особенность круга общения	Своего пола	Противоположного пола
1	У Вас был близкий друг (близкие друзья) среди сверстников		
2	У Вас было много приятелей среди сверстников		
3	Было общение только с одним (или с несколькими) людьми среди сверстников		
4	У вас возникали затруднения в общении со сверстниками		
5	Когда Вам было 15–16 лет, в Вашем кругу общения сексуальную жизнь вели большинство сверстников		
6	Когда Вам было 15–16 лет, в Вашем кругу общения сексуальную жизнь вели некоторые из сверстников		
7	Когда Вам было 15–16 лет, в Вашем кругу общения считалось престижным вести сексуальную жизнь для сверстников		
8	В Вашем кругу общения было принято обсуждать со сверстниками тему секса		
9	В Вашем кругу общения было принято обсуждать собственную сексуальную жизнь со сверстниками		

19. Какие формы сексуальной активности Вы практиковали, будучи подростком?

Заполните графу «Частота практики в возрасте 11-16 лет» в таблице 7. Поставьте знак «+» в соответствующей графе напротив каждой строки.

20. С какого возраста Вы практиковали данные формы сексуальной активности?

Заполните графу «Возраст начала» в таблице 7. Напишите возраст начала практики напротив тех форм сексуальной активности, опыт которых вы имеете.

21. Результатом чего явилась данная практика в первый раз?

Заполните графу «Активность в результате» в таблице 7, выбрав один ответ из нижеприведенного списка для тех форм сексуальной активности, опыт которых вы имеете.

- a. В ходе эротической игры
- b. В результате развития интимных отношений
- c. В результате соблазнения партнером
- d. В результате соблазнения партнера Вами
- e. В результате принуждения со стороны партнера
- f. В результате принуждения с Вашей стороны

Таблица 7.

№	Форма сексуальной активности	Вопрос 19 Частота практики в возрасте 11-16 лет				Вопрос 20 Возраст начала	Вопрос 21 Активность в результате
		Часто	Иногда	1–2 раза	Никогда		
1	Мастурбация						
2	Эротические игры (на раздевание, бутылочка, и т.п.)						
3	Взаимное обнажение без сексуального контакта						
4	Поверхностные поцелуи						
5	Глубокие поцелуи						
6	Ласки через одежду						
7	Ласки груди						
8	Петтинг						
9	Оральный секс						
10	Половой акт						
11	Иная форма сексуальной активности (напишите)						

22. Какие причины сдерживали Вас от вступления в первые сексуальные отношения? (Здесь и в вопросах 23–32 имеется в виду сексуальная близость, завершающаяся половым актом).

Выберите не более двух вариантов ответа.

- a. Отсутствие сексуальной потребности
- b. Моральные соображения
- c. Страх возможной беременности
- d. Боязнь заражения венерическими болезнями, СПИДом
- e. Страх возможного раскрытия
- f. Отсутствие подходящей возможности
- g. Физическая незрелость
- h. Иное (напишите) _____

23. В каком возрасте Вы ощутили внутреннюю готовность к вступлению в сексуальные отношения? (Имеется в виду не просто сексуальное влечение, а именно готовность его реализовать при наличии подходящего партнера и обстоятельств)

Напишите ответ: _____ лет.

24. В каком возрасте Вы впервые вступили в сексуальные отношения?

Напишите ответ: _____ лет.

25. Какая мотивация имела место у Вас при первом сексуальном контакте?

Выберите не более двух вариантов ответа.

- a. Сексуальное желание
- b. Любопытство
- c. Влюбленность, романтические чувства
- d. Стремление почувствовать себя взрослым
- e. Пример сверстников/желание быть «как все» /стремление повысить статус в группе сверстников
- f. Стремление избавиться от девственности
- g. Желание развлечься
- h. Выражение благодарности партнеру
- i. Желание удержать партнера
- j. Уступа партнеру
- k. Материальная выгода
- l. Протест против чего-либо
- m. Потеря самоконтроля под влиянием алкоголя или иных веществ
- n. Принуждение или насилие со стороны партнера
- o. Иная мотивация _____

26. Кто был Вашим партнером в первом сексуальном контакте?

Напишите его пол, возраст и выберите один вариант ответа из нижеприведенного списка.

_____ (мужчина, женщина) _____ лет,

- a. Супруг/супруга
- b. Жених / невеста
- c. Любимый / любимая
- d. Знакомый(ая), не состоящий(ая) в браке
- e. Знакомый(ая), состоящий(ая) в браке
- f. Одноклассник(ца), однокурсник(ца), коллега по работе
- g. Родственник
- h. Учитель, преподаватель, тренер, и т.п.
- i. Случайно встреченный незнакомый человек
- j. Проститутка
- k. Человек, имеющий иное социальное отношение (напишите) _____

27. Кто был инициатором первого сексуального контакта?

- a. Вы
- b. Ваш партнер

28. Сколько времени прошло у Вас и Вашего первого сексуального партнера от первого проявления знаков внимания (с чьей либо стороны) до вступления с ним в сексуальную связь?

Выберите один вариант ответа.

- a. Менее суток / был спонтанный секс
- b. Больше суток, но меньше недели
- c. От недели до месяца
- d. От месяца до года
- e. Больше года

29. Какие эмоциональные впечатления оставил у Вас первый сексуальный контакт?

Выберите один вариант ответа.

- a. Радость, эмоциональный подъем
- b. Чувство близости и удовлетворенности
- c. Эмоциональное безразличие
- d. Разочарование, эмоциональный дискомфорт
- e. Чувство вины
- f. Смешанные чувства (какие именно?) _____

30. Как относились Ваши родители и сверстники к тому, что Вы начали половую жизнь?

Поставьте знак «+» напротив соответствующего варианта ответа для каждой графы в таблице 8.

Таблица 8.

№	Отношение	Мать	Отец	Близкие друзья	Сверстники своего пола	Сверстники противоположного пола
1	Эмоциональная поддержка					
2	Одобрение					
3	Осуждение					
4	Безразличие					
5	Насмешка					
6	Не знали об этом					
7	Иное _____					

31. Можно ли Ваши отношения с первым сексуальным партнером на момент вступления в сексуальную связь охарактеризовать, как близкие и доверительные?

Выберите один вариант ответа.

- a. Да
- b. Нет
- c. Заблуждался/заблуждалась относительно доверительности этих отношений
- d. Иное _____

32. Какое продолжение имели Ваши отношения с первым сексуальным партнером?

Выберите один вариант ответа.

- a. Установились длительные сексуальные отношения
- b. В течение относительно короткого времени (до 1 месяца) имели место еще несколько сексуальных контактов, после чего отношения прекратились

Установились свободные/дружеские отношения с периодическими сексуальными контактами

- c. Установились/продолжились дружеские отношения без сексуальных контактов
- d. Прекратились любые отношения

II. Сексуальный сценарий

1. ФОРМА СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 9)

33. Насколько возбуждающей является данная форма поведения либо фантазия о ней (независимо от того, приемлема ли она лично для Вас, а так же возможности её реализовать)?

Заполните графу «Влечение» в таблице 9, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ для каждой формы поведения.

- a. Сильно возбуждает / часто присутствует в сексуальных фантазиях
- b. Незначительно возбуждает / иногда присутствует в сексуальных фантазиях
- c. Не возбуждает, но отторжения не вызывает (нейтральна)
- d. Снижает возбуждение
- e. Вызывает сильное отторжение, отвращение

34. Какой, согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям, является данная форма поведения?

Заполните графу «Убеждения» в таблице 9, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ для каждой формы поведения.

- a. Желательной, полезной
- b. Нормальной
- c. Допустимой, приемлемой для конкретных индивидов и в конкретных ситуациях
- d. Вредной, аморальной
- e. Недопустимой, патологичной, общественно опасной

35. Реализовали ли бы Вы данную форму поведения при условии полной доступности и гарантированной безопасности (с наиболее предпочтительным для этого объектом, в наиболее благоприятной обстановке)?

Заполните графу «Примлемость» в таблице 9, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ для каждой формы поведения.

- a. Да, с удовольствием
- b. Возможно, при наличии способствующих факторов (чувство влюбленности, алкоголь, и т.п.)
- c. Нет, никогда, ни при каких обстоятельствах

36. Имеется ли у Вас опыт данной формы поведения с постоянным партнером либо при постоянном партнере?

Заполните графу «Опыт в длительных отношениях» в таблице 9, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ для каждой формы поведения.

- a. Да, часто практикую (практиковал)

- b. Да, иногда практикую (практиковал)
- c. Есть единичный опыт
- d. Нет, никогда этим не занимался

37. Имеется ли у Вас опыт данной формы поведения в кратковременных (случайных, разовых) сексуальных отношениях (либо в отсутствии отношений)?

Заполните графу «Опыт в кратковременных отношениях» в таблице 9, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ для каждой формы поведения.

- a. Да, часто практикую (практиковал)
- b. Да, иногда практикую (практиковал)
- c. Есть единичный опыт
- d. Нет, никогда этим не занимался

Таблица 9.

№	Форма сексуального поведения	Вопрос 33 Влечение	Вопрос 34 Убеждения	Вопрос 35 Прием- лемость	Вопрос 36 Опыт в длит. отн.	Вопрос 37 Опыт в крат. отн.
1	Флирт					
2	Эротические игры (на раздевание, бутылочка, и т.п.)					
3	Стриптиз					
4	Поцелуи					
5	Мануальные ласки без контакта с половыми органами					
6	Мастурбация при помощи рук					
7	Мастурбация с использованием дополнительных средств (вibrator, прочие секс игрушки)					
8	Виртуальный секс (по телефону, по Скайпу, и т.д.)					
9	Петтинг (обоюдные мануальные ласки половых органов)					
10	Вестибулярный коитус (трение члена о наружные половые органы женщины)					
11	Межбедренный, межгрудной или подмышечный коитус					
12	Вагинальный коитус (Половой акт)					
13	Гетеросексуальные анальногенитальные контакты в качестве активных партнеров					

№	Форма сексуального поведения	Вопрос 33 Влечение	Вопрос 34 Убеждения	Вопрос 35 Прием- лемость	Вопрос 36 Опыт в длит. отн.	Вопрос 37 Опыт в крат. отн.
14	Гомосексуальные анальногенитальные контакты в качестве активных партнеров					
15	Анальногенитальные контакты в качестве пассивных партнеров					
16	Гетеросексуальная фелляция					
17	Гомосексуальная фелляция своим ртом (для мужчин)					
18	Гомосексуальная фелляция ртом партнера (для мужчин)					
19	Гетеросексуальный куннилингус					
20	Гомосексуальный куннилингус своим ртом (для женщин)					
21	Гомосексуальный куннилингус ртом партнерши					
22	Аннилингус своим ртом					
23	Аннилингус ртом партнера					
24	Фистинг активный (введение своего кулака в вагину или анус партнера)					
25	Фистинг пассивный (введение партнером кулака в вагину или анус)					
26	Мастурбация с использованием не предназначенных для этого средств					
27	Переодевание в одежду противоположного пола					
28	Садистские действия					
29	Мазохистские действия					
30	Демонстрация посторонним своих сексуальных действий					
31	Сексуальное подглядывание					
32	Урофильные действия					
33	Фроттаж (трение о посторонних в толпе и общественном транспорте)					
34	Секс с близким родственником (брат, сестра)					
35	Секс с близким родственником (отец, мать, сын, дочь)					
36	Групповой секс ЖМЖ					
37	Групповой секс МЖМ					
38	Оргия с участием более чем 3-х человек					
39	Сексуальные действия с неодушевленными предметами					

№	Форма сексуального поведения	Вопрос 33 Влечение	Вопрос 34 Убеждения	Вопрос 35 Прием- лемость	Вопрос 36 Опыт в длит. отн.	Вопрос 37 Опыт в крат. отн.
40	Сексуальные действия с животными					
41	Иные сексуальные действия (напишите) _____					

2. Пол партнера

38. Вы испытываете сексуальное влечение к представителям:

Выберите один вариант ответа.

- Только противоположного пола
- В основном противоположного пола
- Чуть больше — противоположного пола
- Обоих полов в равной степени
- Чуть больше — своего пола
- В основном своего пола
- Только своего пола

39. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям, гомосексуальность является:

Выберите один вариант ответа.

- Желательной, полезной
- Нормальной
- Допустимой, приемлемой в некоторых ситуациях
- Неприемлемой, аморальной
- Недопустимой, патологичной, общественно опасной

40. В условиях свободного выбора сексуального партнера, а также гарантированной безопасности и анонимности, Вашими партнерами будут представители:

Выберите один вариант ответа.

- Только противоположного пола
- В основном противоположного пола
- Чуть больше — противоположного пола
- Обоих полов в равной степени
- Чуть больше — своего пола
- В основном своего пола
- Только своего пола

41. У Вас имеется сексуальный опыт с представителями:*Выберите один вариант ответа.*

- a. Только противоположного пола
- b. В основном противоположного пола
- c. Чуть больше — противоположного пола
- d. Обоих полов в равной степени
- e. Чуть больше — своего пола
- f. В основном своего пола
- g. Только своего пола
- h. Не имеется опыта сексуальных отношений

42. У Вас имеется опыт длительных сексуальных отношений с представителями:*Выберите один вариант ответа.*

- a. Только противоположного пола
- b. В основном противоположного пола
- c. Чуть больше — противоположного пола
- d. Обоих полов в равной степени
- e. Чуть больше — своего пола
- f. В основном своего пола
- g. Только своего пола
- h. Не имеется опыта длительных сексуальных отношений

3. ВОЗРАСТ ПАРТНЕРА**43. Партнеры какого возраста для Вас наиболее привлекательны, чаще всего присутствует в сексуальных фантазиях?***Укажите возрастной интервал: _____ лет.***44. Партнеры какого возраста для Вас могут быть привлекательны?***Укажите возрастной интервал: _____ лет.***45. Партнеры какого возраста для Вас являются однозначно не привлекательными, никогда не присутствуют в сексуальных фантазиях?***Укажите возрастной(ые) интервал(ы): _____ лет.***46. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям, с какого / до какого возраста поцелуи и эротические игры являются:***Укажите возрастные интервалы в таблице 10 для каждой строки.*

Таблица 10.

Варианты	Для мужчин	Для женщин
Нормальной формой поведения		
Допустимой формой поведения		
Нежелательными, вредными		
Недопустимыми, опасными		

47. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям, с какого / до какого возраста петтинг является:

Укажите возрастные интервалы в таблице 11 для каждой строки.

Таблица 11.

Варианты	Для мужчин	Для женщин
Нормальной формой поведения		
Допустимой формой поведения		
Нежелательными, вредными		
Недопустимыми, опасными		

48. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям, с какого / до какого возраста половое сношение является:

Укажите возрастные интервалы в таблице 12 для каждой строки.

Таблица 12.

Варианты	Для мужчин	Для женщин
Нормальной формой поведения		
Допустимой формой поведения		
Нежелательными, вредными		
Недопустимыми, опасными		

49. С партнерами какого возраста Вы могли заняться сексом при условии полной доступности и гарантированной безопасности? Имеется ввиду половой акт, орально-генитальные контакты, анально-генитальные контакты, либо петтинг.

Укажите возрастной интервал: _____ лет.

50. С партнерами какого возраста у Вас имеется сексуальный опыт? Имеется ввиду половой акт, орально-генитальные контакты, анально-генитальные контакты, либо петтинг.

Укажите возрастной интервал: _____ лет.

51. С партнерами какого возраста Вы имели опыт длительных сексуальных отношений? Если Вы не имели такого опыта, ставьте прочерк

Укажите возрастной интервал: _____ лет.

4. ВНЕШНОСТЬ ПАРТНЕРА (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 13)

52. Какой внешностью должен обладать партнер, чтобы быть для Вас сексуально привлекательным?

Заполните графу «Предпочитаемая внешность» в таблице 13. Напишите пять наиболее значимых для Вас характеристик внешности, от которых зависит сексуальная привлекательность партнера.

53. Какой внешностью в действительности обладает/обладал Ваш постоянный сексуальный партнер?

Заполните графу «Опыт» в таблице 13. Поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа. Если нет опыта длительных отношений, то описывается последний на данный момент сексуальный партнер.

Таблица 13.

№	Вопрос 52 Предпочтение	Вопрос 53 Опыт
1		
2		
3		
4		
5		

5. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КАЧЕСТВА ПАРТНЕРА (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 14)

54. Какими психологическими качествами должен, либо не должен обладать партнер, чтобы быть для Вас сексуально привлекательным?

Заполните графу «Предпочитаемое качество» в таблице 14. Напишите пять наиболее значимых для Вас психологических качеств, от которых зависит сексуальная привлекательность партнера.

55. Какими психологическими качествами в действительности обладает/обладал Ваш постоянный сексуальный партнер?

Заполните графу «Качество партнера» в таблице 14. Поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа. Если нет опыта длительных отношений – то описывается последний на данный момент сексуальный партнер.

Таблица 14.

№	Вопрос 54 Предпочитаемое качество	Вопрос 55 Качество партнера
1		
2		
3		
4		
5		

6. СОЦИАЛЬНОЕ ОТНОШЕНИЕ ПАРТНЕРА (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 15)

56. Насколько возбуждающим и привлекательным является для Вас секс с человеком, имеющим к Вам данное социальное отношение, либо сексуальная фантазия о сексе с ним?

Заполните графу «Влечение» в таблице 15, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- Сильно возбуждает
- Незначительно возбуждает
- Не возбуждает, но отторжения не вызывает (нейтрально)
- Вызывает отторжение, снижает возбуждение

57. Каким, Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям является секс с партнером, имеющим к Вам данное социальное отношение?

Заполните графу «Убеждения» в таблице 15, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- Нормальным
- Допустимым, приемлемым в определенных ситуациях
- Нежелательным, аморальным

58. В условиях полной доступности и гарантированной безопасности занялись ли бы Вы сексом с партнером, имеющим к Вам данное социальное отношение?

Заполните графу «Приемлемость» в таблице 15, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- Да, конечно
- Возможно, при наличии способствующих факторов (чувство влюбленности, алкоголь, и т.п.)
- Нет, никогда, ни при каких обстоятельствах

59. Имеется ли у Вас сексуальный опыт с партнером, имеющим к Вам данное социальное отношение?

Заполните графу «Опыт» в таблице 15, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Да, имеется опыт и длительных, и кратковременных сексуальных отношений
- b. Да, имеется опыт длительных сексуальных отношений
- c. Да, имеется опыт кратковременных сексуальных отношений
- d. Нет, не имеется

Таблица 15.

№	Социальное отношение партнера	Вопрос 56 Влечение	Вопрос 57 Убеждения	Вопрос 58 Приемлемость	Вопрос 59 Опыт
1	Супруг/супруга				
2	«Официальный» половой партнер (парень/девушка)				
3	Друг («дружеский секс», секс по дружбе)				
4	Знакомый, состоящий в браке с другим лицом, при том, что Вы не состоите в браке				
5	Знакомый, не состоящий в браке, при том, что Вы женаты/замужем				
6	Знакомый, состоящий в браке с другим лицом, при том, что Вы женаты/замужем				
7	Родственник				
8	Начальник				
9	Подчиненный				
10	Учитель / преподаватель / тренер				
11	Ученик, воспитанник				
12	Проститутка				
13	Незнакомый человек				
14	Иное отношение _____				

7. Наличие сексуального опыта у партнера (заполните таблицу 16)

60. Насколько возбуждающим и привлекательным для Вас является секс с партнером, имеющим соответствующий сексуальный опыт, либо сексуальная фантазия о сексе с таким партнером?

Заполните графу «Влечение» в таблице 16, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Сильно возбуждает
- b. Незначительно возбуждает
- c. Не возбуждает, но отторжения не вызывает (нейтрально)
- d. Вызывает отторжение, снижает возбуждение

61. Опыт секса с какими партнерами у Вас имеется?

В графе «Реальный опыт» в таблице 16 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

62. Каким опытом обладал Ваш партнер на момент начала длительных отношений?

В графе «Опыт на начало длительных отношений» в таблице 16. Поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 16.

№	Сексуальный опыт партнера	Вопрос 60 Предпочи- таемый опыт	Вопрос 61 Реальный опыт	Вопрос 62 Опыт на начало длит. отн.
1	Полное отсутствие сексуального опыта (девственник/ девственница)			
2	Отсутствие сексуального опыта той конкретной формы (аспекта) сексуального взаимодействия, которую Вы готовитесь с ним осуществить (поцелуй, оральный секс, адюльтер, групповой секс, секс по пьяни, нарушение сексуальных табу, и т.п.) при наличии опыта половых сношений			
3	Отсутствие опыта половых сношений при имеющемся опыте других форм половой жизни (орально-генитальные контакты, анально- генитальные контакты, и пр.)			
4	Имеется опыт половых сношений, который существенно меньше Вашего			
5	Сексуальный опыт соразмерим с Вашим			
6	Сексуальный опыт существенно превосходит Ваш			
7	Иное _____ _____			

8. СПОСОБ СБЛИЖЕНИЯ С ПАРТНЕРОМ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 17)**63. Насколько возбуждающим и привлекательным является для Вас секс в результате данного способа сближения с партнером, либо соответствующая сексуальная фантазия?**

Заполните графу «Влечение» в таблице 17, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- Сильно возбуждает
- Незначительно возбуждает
- Не возбуждает, но отторжения не вызывает
- Вызывает отторжение, снижает возбуждение

64. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям данный способ сближения является:

Заполните графу «Убеждения» в таблице 17, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Желательным и полезным
- b. Нормальным
- c. Допустимым, приемлемым в конкретных ситуациях
- d. Нежелательным, вредным
- e. Недопустимым, опасным

65. В условиях полной доступности и гарантированной безопасности использовали ли бы Вы данный способ сближения?

Заполните графу «Приемлемость» в таблице 17, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Да, конечно
- b. Возможно, при наличии способствующих факторов (чувство влюбленности, алкоголь, и т.п.)
- c. Нет, никогда, ни при каких обстоятельствах

66. Опыт секса в результате каких способов сближения с партнером Вы имеете?

В графе «Опыт» в таблице 17 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

67. В результате каких способов сближения у Вас с партнером устанавливались длительных сексуальные отношения?

В графе «Опыт длительных отношений» в таблице 17 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 17.

№	Способ сближения с партнером	Вопрос 63 Влечение	Вопрос 64 Убеждения	Вопрос 65 Приемле- мость	Вопрос 66 Опыт	Вопрос 67 Опыт длит. отн.
1	Секс после регистрации брака					
2	Секс, связанный с романтическими отношениями					
3	Случайный, не запланированный секс (соблазнение партнером, под действием алкоголя, и т.п.)					
4	Пикап (знакомство с партнером с целью соблазнения)					
5	Запланированный секс по дружбе					
6	Секс по условию игры или сделки					

№	Способ сближения с партнером	Вопрос 63 Влечение	Вопрос 64 Убеждения	Вопрос 65 Приемле- мость	Вопрос 66 Опыт	Вопрос 67 Опыт длит. отн.
7	Свинг (обмен партнерами)					
8	Секс за деньги (услуги проститутки)					
9	Занятие проституцией					
10	Принуждение, сексуальное насилие над другим лицом					
11	Принуждение, сексуальное насилие со стороны другого лица					
12	Иной способ _____					

9. ВАША РОЛЬ В СЕКСЕ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 18)

68. Какова Ваша роль в сексе в Ваших сексуальных фантазиях?

В графе «Сексуальные фантазии» в таблице 18 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

69. Опыт исполнения каких ролей в сексе у Вас имеется в длительных сексуальных отношениях?

В графе «Опыт в длительных отношениях» в таблице 18 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

70. Опыт исполнения какой роли в сексе у Вас имеется в кратковременных (случайных, разовых) сексуальных отношениях?

В графе «Опыт в кратковременных отношениях» в таблице 18 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 18.

№	Ваша роль в сексе	Вопрос 68 Сексуальные фантазии	Вопрос 69 Опыт в длит. отн.	Вопрос 70 Опыт в крат. отн.
1	Доминирующий, ведущий			
2	Заботливый, опекающий			
3	Обучающий			
4	Равноправный			
5	Обучаемый			
6	Опекаемый			
7	Зависимый, ведомый			
8	Иная роль _____			

71. Кто обычно является инициатором половой близости, Вы или Ваш партнер?

Напишите ответ для каждого пункта

В сексуальных фантазиях _____

Согласно Вашим представлениям о норме _____

В действительности в длительных отношениях _____

В действительности в кратковременных отношениях _____

10. СЕКСУАЛЬНЫЙ СТИЛЬ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 19)

72. Какие стили сексуального взаимодействия обычно присутствуют в Ваших сексуальных фантазиях?

В графе «Сексуальные фантазии» в таблице 19 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

73. Какие из этих стилей Вы обычно стремитесь использовать в сексе?

В графе «Намерение» в таблице 19 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

74. В каком стиле у Вас обычно проходит (проходил) секс с постоянным партнером?

В графе «Опыт в длительных отношениях» в таблице 19 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

75. Опыт сексуального взаимодействия в каких стилях у Вас имеется в кратковременных (случайных, разовых) сексуальных отношениях?

В графе «Опыт в кратковременных отношениях» в таблице 19 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 19.

№	Сексуальный стиль	Вопрос 72 Сексуальные фантазии	Вопрос 73 Намерение	Вопрос 74 Опыт в длит. отн.	Вопрос 75 Опыт в крат. отн.
1	Страстный (похотливый, быстрый, спонтанный)				
2	Одухотворенный (с возвышенными чувствами к партнеру, благодарностью за его существование)				
3	Забавный (легкий, с элементами игры)				
4	Нежный (медленный и мягкий, с легкими прикосновениями, часто с романтической обстановкой)				
5	Агрессивный (с элементами агрессии)				

№	Сексуальный стиль	Вопрос 72 Сексуальные фантазии	Вопрос 73 Намерение	Вопрос 74 Опыт в длит. отн.	Вопрос 75 Опыт в крат. отн.
6	Фантазийный (воплощение в жизнь сексуальных фантазий, экспериментирование)				
7	Иной стиль				

11. МЕСТО ДЛЯ ЗАНЯТИЙ СЕКСОМ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 20)

76. Насколько возбуждающим и привлекательным является для Вас секс в данной обстановке, либо сексуальная фантазия о нем?

Заполните графу «Желаемое» в таблице 20, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- Возбуждает
- Не возбуждает, но отторжения не вызывает
- Снижает возбуждение

77. В каких местах Вы бы смогли заняться сексом?

В графе «Приемлемое» в таблице 20 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

78. Опыт секса в каких местах у Вас имеется в длительных сексуальных отношениях с партнером?

В графе «Опыт в длительных отношениях» в таблице 20 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

79. Опыт секса в каких местах у Вас имеется в кратковременных (случайных, разовых) сексуальных отношениях?

В графе «Опыт в кратковременных отношениях» в таблице 20 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 20.

№	Место	Вопрос 76 Желаемое	Вопрос 77 Приемлемое	Вопрос 78 Опыт в длит. отн.	Вопрос 79 Опыт в крат. отн.
1	В постели				
2	В жилом помещении, вне постели				
3	В ванной, туалете жилого помещения				
4	В личном транспорте				
5	На природе (лес, парк, и.т.п.)				
6	В воде (бассейн, озеро, море, и.т.п.)				
7	В городе в укромных местах (туалеты, примерочные, кабинки для переодевания, и т.п.)				

№	Место	Вопрос 76 Желаемое	Вопрос 77 Приемлемое	Вопрос 78 Опыт в длит. отн.	Вопрос 79 Опыт в крат. отн.
8	В бане, сауне				
9	На рабочем месте (офисы, производственные помещения)				
10	В подъезде, в лифте, в подвале, на чердаке				
11	На заброшенной территории, в заброшенном здании, на стройке				
12	В общественном месте				
13	В ином месте (напишите) _____				

12. МОТИВАЦИЯ (ЗАПОЛНИТЕ ТАБЛИЦУ 21)

80. Насколько возбуждающим является для Вас секс либо фантазия о сексе с партнером, имеющим данную мотивацию к сексу?

Заполните графу «Влечение» в таблице 21, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Возбуждает
- b. Не возбуждает, но отторжения не вызывает
- c. Снижает возбуждение

81. Согласно Вашим личным взглядам, ценностям и моральным убеждениям данная мотивация к сексу является:

Заполните графу «Убеждения» в таблице 21, выбрав один вариант ответа из приведенного ниже списка. Дайте ответ в каждой строке.

- a. Нормальной
- b. Допустимой, приемлемой в определенных ситуациях
- c. Нежелательной, аморальной

82. Какая мотивация имела место у Вас в сексуальных контактах с постоянным партнером?

В графе «Опыт в длительных отношениях» в таблице 21 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

83. Какая мотивация имела место у Вас в кратковременных (случайных, разовых) сексуальных отношениях?

В графе «Опыт в кратковременных отношениях» в таблице 21 поставьте знак «+» напротив нужных вариантов ответа.

Таблица 21.

№	Мотивация к сексуальному поведению	Вопрос 80 Влечение	Вопрос 81 Убеждения	Вопрос 82 Опыт в длит. отн.	Вопрос 83 Опыт в крат. отн.
1	Разрядка полового напряжения				
2	Деторождение, размножение				
3	Чувственное наслаждение, развлечение				
4	Удовлетворение любопытства				
5	Психологическая интимность, достижение единства между партнерами				
6	Выражение признательности, благодарности партнеру				
7	Сексуальное самоутверждение (проверка себя или доказательство другим собственной привлекательности)				
8	Ритуал, привычка (поддержание стабильности отношений, долг)				
9	Компенсация недостающих форм деятельности или способов эмоционального удовлетворения				
10	Повышение социального статуса, соответствие групповым стандартам				
11	Материальная выгода				
12	Средство удержания партнера				
13	Мечь, протест, и.т.п.				
14	Потеря самоконтроля под влиянием алкоголя или иных веществ				
15	Уступка партнеру				
16	Принуждение, насилие со стороны партнера				
17	Иная мотивация				

13. СМЫСЛ И ЗНАЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ, ОБЩЕНИЕ, УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ

84. Чем для Вас является секс?

Выберите не более пяти вариантов ответа.

- Источником чувственного наслаждения
- Источником положительных эмоций
- Средством продолжения рода
- Развлечением
- Высшим проявлением любви
- Интимным делом двоих
- Наслаждением для мужчин
- Основой семьи
- Основой всех мотивов и поступков человека, основой бытия

- ж. Средством самосовершенствования, путем к просветлению
- к. Второстепенным занятием по отношению к ведению хозяйства, воспитанию детей, работе
- л. Опасным занятием, источником ЗППП, психологических проблем, нежелательной беременности
- м. Постыдным, непотребным занятием
- н. Недостойным уважения занятием, излишеством. Сексуальная потребность — помеха в работе, деле
- о. Грехом
- р. Средством манипуляции, получения желаемого
- q. Средством установления иерархии
- г. Иное значение (напишите) _____

85. Можете ли Вы свободно общаться на тему секса?

Напишите ответ для каждого пункта

- a. С сексуальным партнером _____
- b. С близким другом/подругой _____
- c. В кругу друзей _____
- d. Один на один с малознакомым человеком _____
- e. В малознакомой компании _____

86. Удовлетворены ли вы направленностью и содержанием своего сексуального влечения, своими сексуальными фантазиями?

- a. Да, полностью удовлетворен(а)
- b. Да, за исключением некоторых фантазий
- c. Не удовлетворен(а), содержание влечения и сексуальных фантазий аморально

87. Удовлетворены ли вы своей половой жизнью?

- a. Да, полностью удовлетворен(а)
- b. Частично удовлетворен(а)
- c. Не удовлетворен(а)

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

ПСИХО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УЯЗВИМОСТЬ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МСМ



МАКАРОВА
Екатерина
Вячеславовна

врач
дерматовенеролог

Цель исследования: выделить формы сексуального поведения среди МСМ, оценить частоту использования презерватива при случайных связях среди МСМ.

Дизайн исследования включал использование анкет-опросников для выявления особенностей половой жизни.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 174 МСМ. Контрольную группу составили 174 человека — мужчины-гетеросексуалы, указавшие в анкетах только гетеросексуальные связи.

Результаты: оценка анкет позволила выделить следующие формы сексуальных практик у мужчин. Из 174 человек 43 (24.8%) МСМ используют анальный и оральный тип сношений; 35 (20.1%) — практикуют оральный и вагинальный коитус; являются универсальными (практикуют оральный, вагинальный и анальный секс) 80 (46%) МСМ, применяют взаимную мастурбацию (викарные, или заместительные формы половой активности) 16 (9.2%) МСМ.

Анализ частоты промискуитета показал, что 92% МСМ имеют случайные связи, при этом презерватив используют только 25.6%.

В результате проведенной работы выявлены особенности полового поведения у МСМ: распространенность случайных связей, высокий процент половых контактов без использования индивидуальных средств защиты, распространение ИППП за пределы гей-сообщества через лица, имеющие бисексуальный тип половой активности.

ВВЕДЕНИЕ

С древних времен общество было заинтересовано в продолжении рода и поддержании института брака, поэтому наибольшее внимание и покровительство



СОЛОВЬЕВ
Антон Михайлович

к.м.н., доцент,
кафедра кожных
и венерических
болезней МГМСУ и.
А.И.Евдокимова.

всегда и всюду оказывалось репродуктивному сексу¹. Однако в 20 веке происходит вычленение репродуктивной модели поведения из брачной, а затем и сексуальной модели из репродуктивной².

Мы предлагаем рассмотреть гомосексуальность как аспект общей тенденции современного социума к оргастическому поведению, и определить место этого поведения в структуре известных моделей полового поведения.

На сегодняшний момент не существует теории, объясняющей причину гомосексуальности^{3, 4}. Гомосексуальная направленность полового влечения идентифицируется личностью, а не выбирается как осознанный стиль сексуального поведения и образа жизни^{5, 6}.

С 1973 года американская психиатрическая ассоциация (АРА) исключила гомосексуальность из списка патологий, а в 2009 году опубликовала заявление, на основании которого стратегия коррекции сексуальной ориентации считается не только неэффективной, но и вредной для менталитета человека⁷.

Европейская конвенция о защите прав человека и основных свобод в ст.8 ч.2 указывает на уважение частной жизни человека⁸. Это означает, что конкретные сексуальные практики являются личным делом человека.

Однако интерес к изучению сексуальных практик гомосексуалов связан с распространением ВИЧ-инфекции и СПИДа. Именно поэтому ВОЗ относит мужчин, практикующих секс с мужчинами (МСМ), к уязвимым группам⁹. МСМ — это международный описательный социологический термин, которым описываются поведенческие особенности человека, а не его ориентация. Традиционно выявление форм сексуального поведения происходит с помощью анкетирования¹⁰.

1 Л.В.Анохин, О.Е.Коновалов. Бесплодие в браке. Рязань, 1995

2 У.Мастерс, В.Джонсон, Р.Колодни. Основы сексологии. Пер. с англ. М.: Мир; 2007.

3 Е.А.Кашенко, С.Т.Агарков. Сексуальность в цивилизации: социогенез сексуальности. М. 2015

4 Кон И.С. АСТ; Лики и маски однополой любви. М.: 2006.

5 Дерягин Г.Б. Криминальная сексология. М., 2011

6 Dannecker M., Reiche R. Der gewöhnliche Homosexuelle. Eine soziologische Untersuchung über männliche homosexuelle in der Bundesrepublik. Frankfurt: S. Fisher; 1974

7 M.Lufsky. Is it possible to systematically turn gay people straight? Discover. 09.09.2009 <http://discovermagazine.com/>

8 Европейский суд по правам человека, 2000, Избранные решения. Т.1. М., с. 368.

9 Декларация от 27.06.2001 «О приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом». Резолюция S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН. <http://www.lawmix.ru/abro/3692>

10 Carter M. Gay men should have rectal tests for chlamydia as part of routine sexual health care. 2009 (cited 2011 Jan 26). Available from: <http://www.aidsmap.com/page\1433343>

Цель исследования — изучение форм сексуального поведения MSM, оценка факторов риска, повышающих вероятность распространения ИППП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для работы с MSM были разработаны анкеты-опросники для выявления особенностей их половой жизни. При составлении анкеты учитывались возраст респондентов, пол сексуальных партнеров. В процессе проведения анкетирования выявлялись лица, практиковавшие моногамные связи, сочетание моногамных и случайных связей. Учитывалась частота сексуальных отношений, использование барьерных методов защиты в моногамной связи, со случайными партнерами. Также в анкете по форме сексуального сношения MSM выяснялось участие их в гетеросексуальных связях.

На основании анкет выделялись формы сексуального поведения. Была определена группа лиц, ведущих моногамную половую жизнь.

Исследование проводили на кафедре кожных и венерических болезней МГМСУ и медицинском центре «Здоровье». На основании анкетирования выявлено 174 MSM в возрасте от 16 до 58 лет (средний возраст 23.4 года). Контрольную группу сравнения составили 174 человека — мужчины-гетеросексуалы, указавшие в анкетах только гетеросексуальные связи.

Перед началом исследования все пациенты давали информированное согласие на участие в нем и использование результатов диагностики и лечения, при сохранении конфиденциальной информации о самом пациенте.

РЕЗУЛЬТАТЫ

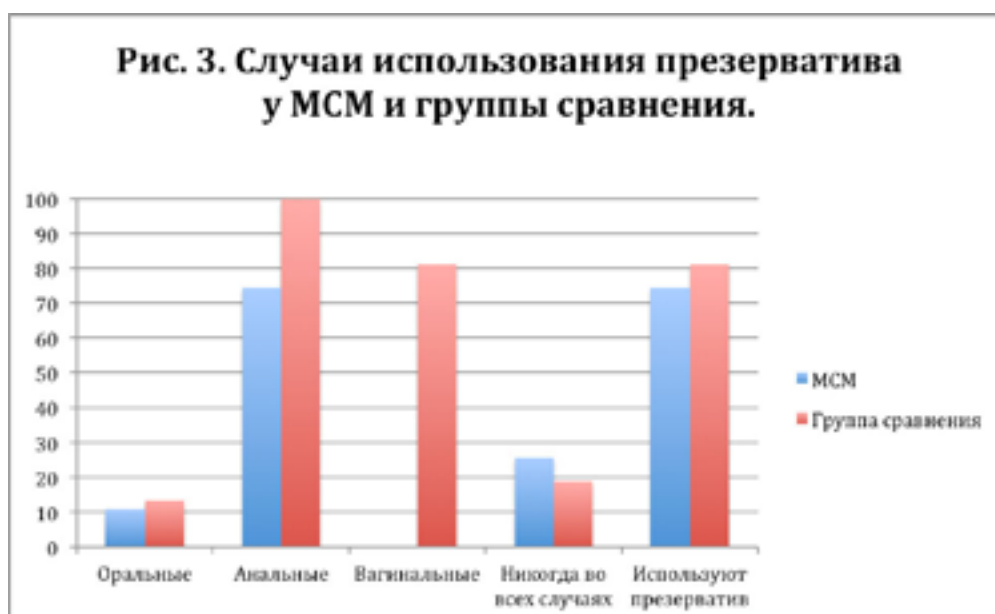
При анализе анкет MSM выявлено, что из 174 человек 43 (24.8%) MSM используют анальный и оральный тип сношений; 35 (20.1%) — практикуют оральный и вагинальный коитус; являются универсальными (практикуют оральный, вагинальный и анальный секс) 80 (46%) MSM, применяют взаимную мастурбацию (викарные, или заместительные формы половой активности) 16 (9.2%) MSM (рис. 1).



О постоянном половом партнере сообщили 90 (51,7%) из 174 МСМ и 124 (71,3%) из 174 гетеросексуала. Среди лиц, имеющих постоянного полового партнера, наличие случайных связей допускает 76 (84,4%) из 90 МСМ и 25 (20,2%) из 124 гетеросексуалов. (рис. 2).



Во время случайных связей при оральных контактах презерватив используют 19 (11,9%) из 160 МСМ, и 10 (13,3%) из 75 гетеросексуалов. При анальных контактах со случайным партнером в группе МСМ презерватив используют 119 (74,4%) из 160, а среди гетеросексуалов 12 (100%) из 12 практикующих этот способ полового акта. При любых способах сношений презерватив не используют 41 (25,6%) из 160 МСМ и 14 (18,7%) из 75 гетеросексуалов (рис. 3).



Обсуждение

Наше исследование выявило, что среди анкетированных МСМ 24,8% практикуют анальный и оральный тип сношений, 20,1% МСМ используют оральный и вагинальный тип сношений, 46% МСМ являются универсальными (практикуют

оральный, вагинальный и анальный тип сношений). Это показывает, что 66,1% МСМ участвует в гетеросексуальных связях, что способствует распространению ИППП за пределы гей-сообщества.

В результате анализа заполненных анкет МСМ были выделены следующие формы сексуального поведения: наличие постоянного полового партнера отмечено у 51,7% МСМ, что гораздо ниже, чем в среде гетеросексуалов (71,3%).

Мы получили данные о том, что 92% МСМ имеют случайные связи, из них только 74,4% МСМ используют презерватив.

Было установлено, что количество МСМ, которые используют барьерные средства защиты при оральных (11,9%) и анальных (74,4%) контактах несколько ниже, чем среди анкетированных гетеросексуалов по тем же позициям (13,3% и 100% соответственно).

При любых способах сношений презерватив не используют 25,6% МСМ, что определенно выше, чем среди гетеросексуалов (18,7%).

Таким образом, установлено, что:

– выделены следующие формы сексуального поведения МСМ: орально-анальные типы сношений, орально-вагинальные, универсальные и взаимная мастурбация. Анализ данных моделей показал, что высокий процент (66,1%) МСМ участвуют в гетеросексуальных связях;

– МСМ имеют высокий промискуитет. 92% МСМ имеют случайных половых партнеров;

– 25,6% МСМ не используют презерватив при любых способах сношений;

– данные, полученные в ходе анкетирования, и анализ полового поведения МСМ позволяют относить их к уязвимой группе и побуждают к составлению и применению программ сексуального просвещения, дополнительных профилактических мероприятий и диагностических алгоритмов.



БОСТАНДЖИЕВ
Румен

психотерапевт,
сексолог, доцент, доктор
медицины ЦХН в БСУ,
член Европейской
федерации по
сексологии и
Европейской
ассоциации по
сексуальной медицине

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАРАДИГМЫ В ОБЛАСТИ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

СЕКСУАЛЬНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ

Долгие годы сексуальная тематика была исключена из поля серьезной научной мысли в христианском мире. Первые более серьезные опыты вступить на эту опасную территорию со стороны отдельных представителей медицины относятся к концу XIX века. Первоначально исследовательский интерес фокусировался на сексуальное поведение и то на те его аспекты, которые дают основание заклеить его как абнормное.

В начале XX века интерес переносится на субъективные эротические переживания и на то, каким способом они влияют на поведение человека.

Труды Зигмунда Фрейда и созданное им психоаналитическое направление имеют огромное значение для сосредоточения научного интереса к сексуальным переживаниям и взаимоотношениям. Они были сопровождаемы могучими социальными движениями за равноправие женщин и мужчин в индустриальных странах. Многие из учеников Фрейда разбивают догматизм классической психоанализы и создают традиции для исследования сексуальности в более широком и разнообразном культурно- историческом и междуличностном контексте.

Развитие современной сексологии после Второй мировой войны пытается интегрировать успехи в области психотерапии с достижениями медицинской практики. До начала XXI века исследовательский и прагматический интерес к сексуальности сильно повлиян медицинской моделью, которая фокусирует внимание преимущественно на сексуальные дисфункции, нарушения, расстройства и затруднения. Разрабатываются разнообразные диагностические методы и терапевтические подходы, в которых утверждается «био-психо-социальный подход», который интегрирует достижения конвенциональной медицинской практики с возможностями индивидуальной, семейной психотерапии и в паре. Сексуальное образование как теория и как практика остаются на заднем плане.

Еще в восьмидесятые годы прошлого века и прежде всего в начале XXI века в современной психологии и психотерапии наступили замечательные перемены.

Медицинская модель, ориентированная на патологию и терапию, что свойственно доминирующей психоаналитической традиции того времени, уступает все больше места Гуманистической психологии, которая ставит акцент на человеческий потенциал и возможности развития.

При этой переориентации все больше специалистов сосредоточивают свои усилия не только лишь на диагностике и терапии уже возникших проблем, а пытаются раскрыть в проблемных ситуациях прежде всего возможности развития и усовершенствования на личностном и партнерском уровне.

Этот новый фокус позволяет профессиональному консультированию в области сексуального здоровья приобрести более широкую цель. Оно должно не только идентифицировать «патологию» в диагностическом процессе, чтоб восстановить «норму» терапевтическим воздействием. Консультирование, ориентированное на развитие, оценивает ресурсы и возможности усовершенствования, имеет за цель укрепить благополучие партнеров в интимной паре, развивая их компетентности. При том, эти оба процесса — терапия и развитие, не противопоставляются, а рассматриваются в взаимосвязи. Самая хорошая терапия это та терапия, которая открывает неиспользуемые до этого возможности и стимулирует развитие.

С другой точки зрения — успешное развитие является самой хорошей профилактикой огромных по числу проблем, возникшие в результате заблокирования потенциала личности и пары. Тем более — проблемные и кризисные ситуации рассматриваются как шанс для развития, это, при профессиональной поддержке, могло бы произойти и в самых неблагоприятных ситуациях.

Параллельно с развитием терапевтично-консультативных практик, в большинстве индустриальных стран в второй половине XX века, начинается разработка и применение разных программ **СЕКСУАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**.

В зависимости от доминирующих идеологических реальностей в отдельных странах, это педагогическое направление не только обеспечивает знания анатомии и физиологии половой системы и сексуального взаимодействия (Половое просвещение), но и ставит себе цель создать адекватные актуальной социально-политической ситуации моральные нормы сексуального поведения и семейной жизни (Половое воспитание). В странах Социалистического лагеря половое воспитание входит в рамку так названного «коммунистического воспитания» и оно направлено на создание «здоровой социалистической семьи», основанное на равноправии мужчин и женщин, на регламентирование сексуальных отношений исключительно в рамках брачных отношений и с особым акцентом на брачную верность.

РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННЫХ МОДЕЛЕЙ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В современной теории и практике сексологического консультирования как основополагающие приняты разработки выдающейся семейной пары Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон (Masters, W&V.Johnson, 1966, 1970). Разработанная ими, на основе многолетних лабораторных исследований, модель «копулятивного цикла» динамически описывает процесс сексуального общения, дает возможность обособить и специфические затруднения мужчин и женщин в отдельных фазах этого процесса. В 1959 году, в Медицинском университете в Вашингтоне, Мастерс и Джонсон основали Клинику лечения сексуальных дисфункций. Там они разработали и осуществили первую целостную терапевтическую программу в этой области. Она уникальна тем, что учитывает специфику сексуального общения как процесс партнерства и таким образом перешагает за пределы индивидуального физиологического канона, что свойственно конвенциональной медицине того времени. Применяя системный подход в понимании сексуального взаимодействия, они определяют сексуальную пару и взаимоотношения между партнерами как объект терапевтической практики (Masters, W., V.Johnson, 1970).

Мастерс и Джонсон, в разработанной модели психосексуальной терапии, знакомой еще как «sextherapy», ставят акцент на необходимость обследования отношений между партнерами и на поддержку изменений в коммуникации между партнерами. По их мнению, успешное преодоление сексуальных затруднений в паре, происходит за счет изменений в представлениях, в ценностях и в моделях поведения.

Не пренебрегая значением тщательного медицинского обследования и идентификации специфических болезненных процессов у каждого из партнеров, Мастерс и Джонсон пререкидают мост к зарождающейся в то время в США системной семейной психотерапии, интегрируя в нее и некоторые постановки когнитивно-поведенческого подхода. Ключевое значение в психосексуальной терапии имеет преодоление страха «неудачи», блокирующий сексуальное желание и сексуальные реакции. Основная терапевтическая техника для изменения в стиле эротического общения и переживания в психосексуальной терапии Мастерса и Джонсона эта т.н. «sensatefocus» — отмена императивного фокусирования на сношении и перенаправление внимания партнеров на возможность взаимного чувственного удовольствия и эмоциональной близости другими способами.

До конца XX века модель психосексуальной терапии, часто называемая только SexTherapy, приобретает исключительную популярность по всему миру. Одновременно с этим, модель обогащается и развивается благодаря многочисленным новым исследованиям в области сексологии.

СЕКСУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ПРЕДЛАГАЕМАЯ ЕЮ ТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ МОДЕЛЬ ПРИ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМАХ

За последние десятилетия консультативная и терапевтическая помощь, предлагаемая при сексуальных проблемах, обогащается и развивается в разных направлениях. Одно из них это сексуальная медицина, которая с 2008 года была зарегистрирована как самостоятельная клиническая специальность в странах Европейского союза. Эксперты в этой области раскрывают глубину специфики физиологических процессов, связанных с нервно-гормональной регуляцией сексуального поведения, с динамикой сексуального желания, эрекции, эякуляции и оргазма. В некоторых клинических дисциплинах как урология, эндокринология, кардиология, психиатрия, были установлены важные взаимодействия разных специфических заболеваний с сексуальной жизнью пациентов. Были разработаны новые диагностические методы, раскрывающие патологические отклонения разных органов и в разных системах организма, отвечающие за сексуальные реакции.

Развитие сексуальной медицины тесно связано с прогрессом фармакологической индустрии и с предложением терапевтических средств, которые помогают в случаях затрудненной эрекции. В 1998 году ввели в употребление первый ингибитор фосфодиэстеразы (ФДЭ-5), который вызвал большой интереса у миллионов мужчин, у которых были затруднения «получить и удержать» удовлетворительную эрекцию, каждый раз, когда они или их партнерши это хотели. С целью получить новые «секс-таблетки», заинтересованных мужчин направляли к врачам (преимущественно к урологам), а затрудненная эрекция интерпретировалась на основе медикаментозной парадигмы, как «эректильная дисфункция». Таким образом, в короткий срок после появления первого ингибитора ФДЭ-5, в научной литературе появились множество исследований, доказывающих развитие пандемии «эректильной дисфункции», охватывающей мужчин несмотря на их возраст. Господствует внушение, что основная причина «эректильной дисфункции» — это сосудистые и гормональные нарушения, а самые подходящие специалисты, которые могут поставить диагноз и вылечить мужчин от этой проблемы, — это урологи и эндокринологи, применяющие в основном медикаментозные препараты. В оперативной практике появились новые возможности для коррекции некоторых более редких нарушений сосудов, но в целом, в сексуальной медицине утвердились ведущие специалисты в области урологии и эндокринологии, которые несмотря на формально объявленное желание применять холистический подход, оставались в плену органо-локалистического мышления, типичного для конвенциональной современной медицинской практики.

Старт Первой международной академии по сексуальной медицине в 2007–2008 году предоставил возможность интегрировать медицинское познание и опыт в области сексуального здоровья и распространять новую медицинскую компетентность среди врачей в мире. К сожалению, однако, в программе этой Академии психотерапевтический подход был сильно редуцирован и квалификация в этой области была сведена к минимуму. Развитие этой инициативы в следующие

годы указывает на то, что сексуальная медицина трудно преодолевает недостатки конвенционального медицинского мышления и практики, которые часто являются заложниками противоречивых экономических интересов, бюрократических ограничений и сословной борьбы за превосходство между представителями различных профессиональных гильдий.

Сегодня интерес к интимной жизни пациентов является частью хорошей врачебной практики в большом числе клинических дисциплин, а возможности за эффективную помощь при заболеваниях, затрудняющих интимное общение, все больше увеличиваются. Сексологическая помощь, которая предлагается в мире в специализированных клиниках урологии, эндокринологии, кардиологии, отличается высоким уровнем, специализированной компетентностью в соответствующей медицинской области, но не всегда предлагает всеохватный био-психо-социальный подход в основе традиций Мастерса и Джонсон. Подобный холистический подход, сочетающий достижения сексуальной медицины с интегративным психотерапевтическим подходом, сегодня существует только в ограниченном числе специализированных сексологических звеньев мира. Фрагментарность консультативных услуг, предлагаемых в остальных урологических и эндокринологических клиниках, обычно компенсируется работой терапевтов или сетью специалистов с различным клиническим опытом, которые имеют базовую квалификацию по сексуальной медицине и психосексуальной терапии.

С аналогичной идеей в 2007 году в Софии была создана частная клиника «Камедика» при Болгарской ассоциации по сексуальной медицине .

СИСТЕМНО-ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ И ТЕРАПИИ

Одна из самых замечательных моделей целостной интердисциплинарной терапевтической помощи, которая предлагается лицам и парам с сексуальными проблемами, это мультимодальная терапия Арнольда Лазаруса (Lazarus, A., 1989, 1997). Его подход является не очередным из многих возникших психотерапевтических модальностей, что характерно к концу прошлого века, а открытой моделью для интеграции основных аспектов человеческого бытия, включающей поведение, эмоциональные переживания, ощущения, воображение и когнитивный процесс. К этим 5 психологическим аспектам, он добавляет междуличностные отношения и биологические факторы, включающие и воздействие медикаментов и других медицинских подходов.

Мультимодальный подход является не только самым прагматичным опытом для интеграции самого ценного из постоянно множасьихся психотерапевтических модальностей (свыше 400 четырехсот разных школ в наши дни). Идея постичь целостность и законченность на теоретическом и прикладном уровне интегрирует конвенциональную медицинскую практику с богатством психотерапевтического

понимания и воздействия. Лазарус исключительно успешно применяет мультимодальный подход в терапии сексуальных проблем, особенно при преодолении затруднений, связанных с сексуальным желанием и эротическим возбуждением. Можно сказать, что это самая популярная и эффективная модель сексологической помощи, предлагаемая в конце XX века.

СЕКСОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В НАШИ ДНИ

Развитие профессиональной помощи в области интимных отношений и сексуального здоровья в начале нового тысячелетия определяется не только бесспорным толчком в сексуальной медицине, но и замечательной революцией в области нейронаук, она позволила создать более целостную и всеохватную основу интегративной науки о человеке. Переломный момент в этом развитии это возможность осмыслить более глубоко и аргументировано вековую тему о связи между телесным и психическим, между материальным и идеальным. Придерживаясь развития современной физики, которая еще в начале XX века разрушила ограничения физики Ньютона и предложила более широкий и провокативный ракурс квантовой физики, современная нейронаука пытается понять взаимодействие между сознанием человека и процессами в теле на принципиально новом уровне. Это возможно тогда, когда взаимодействие рассматривается преимущественно как динамический обмен потока информации и энергии. Существенный элемент в этой новой модели для понимания здоровья и благополучия как информационно-энергетический процесс, — это включение, вместе с телом и сознанием, третьего неотъемлемого элемента — отношений между людьми. Один из самых выдающихся авторов современной нейронауки — это Дэниел Сигел, который разработал фундаментальную модель понимания человеческого благополучия, основанного на триединстве между биологическими факторами: тело, мозг с индивидуальным сознанием и человеческие отношения (Siegel, D. 2012). В «Треугольнике благополучия», который Сигел предлагает, сознание, тело и отношения рассматриваются не как три отдельные области реальности, а как три аспекта одной и той же реальности, неразрывно связанные и взаимообусловленные. Эти три аспекта связаны с тремя основными процессами в этой системе с регуляцией, с обменом и процессом возникновения (механизм).

Приоритетное место в современных нейро-психологических исследованиях уделено возможности человека активно менять физиологические процессы в своем теле, мобилизовывать свои не используемые психологические ресурсы и оптимизировать отношения с людьми (Ранкин, Л., 2014).

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К СЕКСУАЛЬНОМУ ОБРАЗОВАНИЮ

В последние две десятилетия замечаем перенаправление исследовательского и прикладного интереса с преимущественно клинической, фокусированной на патологию и терапию деятельности, к деятельности, ориентированной на активное

развитие компетентности, которая дает возможность людям успешно преодолевать препятствия в интимной жизни постоянным индивидуальным и совместным развитием.

В этом направлении существенно происходит эволюция в области сексуального образования. Если в прошлом веке понимали его в основном как «просвещение», которое дает знания, советы и рекомендации для безопасной и укрепляющей здоровья сексуальной жизни, сегодня образовательная деятельность, связанная с сексуальностью человека, все больше вписывается в рамки Образования для развития социальной и эмоциональной компетентности (Social and Emotional Learning — SEL).

Эта новая парадигма разработана в области образования еще в 90-е годы XX века и широко популяризирована в США Дэниелом Гоулман (Голман, Д., 2010, 2011).

Сегодня все больше становится неизбежной интеграция между традиционными терапевтическими подходами в медицине и психотерапии с образовательными подходами, ориентированные на усвоение новых компетентностей. В основе этой интеграции лежит понимание, что именно в моментах испытания и кризиса, человек максимально мотивирован и способен сделать решительные шаги в своем развитии как личность, раскрывая свой неиспользованный до того момента потенциал, овладеть новыми компетентностями. Эта постановка действует и в конвенциональной медицине, потому что подтверждено, что огромная часть симптомов тела и развития хронических заболеваний, являются ясным знаком нужды в изменении образа жизни, в выборе иных ценностей и моделей поведения, в установлении полнокровных и укрепляющих отношений с людьми.

Объединение этих трех традиций: медицинской, психотерапевтической и образовательной, развивающихся независимо, имеет мультиплицирующий эффект на профессиональную практику в области сексуального здоровья. Для достижения этой задачи будут нужны еще значительные усилия как в улучшении системы квалификации специалистов из этих трех областей, так и в облегчении интердисциплинарного сотрудничества в ежедневной клинической и образовательной практике.

Непосредственное направление на улучшение терапевтической практики с людьми и парами с сексуальными проблемами осуществляется фокусированием внимания на консультативный процесс создания необходимой партнерской компетентности (Бостанджиев, Р., 2015). Это дает возможность партнерам не только преодолеть существующие моментные затруднения и неблагополучия, но и достичь более удовлетворяющей и полноценной связи.



ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

ПСИХОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ.

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ К КУРСУ «ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В СЕКСОЛОГИИ»

ПОД РЕД. КАЩЕНКО Е.А.

Издательские решения. Ridero, 2015.- 540 с.

Данное учебное пособие написано в 2015 — 2016 годах коллективом преподавателей и выпускников кафедры междисциплинарной сексологии — членов Российского научного сексологического общества и Профессионального сексологического объединения. Книга является пособием при изучении курсов «Клиническая психология сексуальности», «Психотерапия сексуальных расстройств», «Психологическое консультирование в сексологии». Пособие также будет полезно психологам и врачам, работающим в области сексологии, клинической психологии и смежных дисциплин. Кроме того, пособие может быть использовано для самостоятельного изучения в рамках подготовки к получению специального образования в области сексологии. Многие разделы позволят неспециалистам получить ответы на важные вопросы, связанные с их интимной жизнью.

В РАБОТЕ НАД КНИГОЙ ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ:

Кащенко Евгений Августович — доктор социологических наук, профессор, ученый секретарь Российского научного сексологического общества (РНСО), заведующий кафедрой междисциплинарной сексологии ГЭТИ.

Дерягин Геннадий Борисович — доктор медицинских наук, доцент, главный редактор журнала «Мир сексологии», член Российского научного сексологического общества (РНСО).

Прокопенко Юрий Петрович — кандидат медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник, член Российского научного сексологического общества (РНСО).

Харитонов Александр Николаевич — кандидат психологических наук, президент Российского психоаналитического общества, член президиума Российского научного сексологического общества (РНСО).

Новиков Денис — гештальт-терапевт, психолог-сексолог, член ПСО.

Осипов Андрей Олегович — практикующий психолог-сексолог, член Профессионального сексологического объединения психологов-сексологов (ПСО), член Российского научного сексологического общества (РНСО).

Котенёва Анна Николаевна — руководитель Центра сексуального здоровья, заместитель заведующего кафедрой междисциплинарной сексологии ГЭТИ., член Российского научного сексологического общества (РНСО). президент Профессионального сексологического объединения.

Ершова Елена Сергеевна — клинический психолог, член Профессионального сексологического объединения.

Чалова Алена Владимировна — клинический психолог, сексолог, индивидуальный и семейный психотерапевт. Преподаватель кафедры «Педагогика и Медицинской психологии» Первого МГМУ им. И.М.Сеченова. Ведущий специалист Московского Центра Психологии и Тренинга. Член Российского Психологического Общества и Профессионального Сексологического Объединения (ПСО).

Семенова Жанна Викторовна — психолог, сексолог, индивидуальный и семейный психотерапевт, член Профессионального Сексологического Объединения.

Черепанова Елена Викторовна — психолог, позитивный психотерапевт, сертифицированный преподаватель Базового курса по позитивной психотерапии, член Российского научного сексологического общества (РНСО) и Профессионального сексологического объединения (ПСО).

Введенский Георгий Евгеньевич — доктор медицинских наук, член РНСО, руководитель лаборатории судебной сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им.В.П.Сербского любезно предоставил экспертный текст в это учебное пособие.



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

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