

ХЕЛЕН СИНГЕР КАПЛАН

СЕКСУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ РУКОВОДСТВО

HELEN SINGER KAPLAN

THE ILLUSTRATED MANUAL OF SEX THERAPY
SECOND EDITION

Москва
НЕЗАВИСИМАЯ ФИРМА
«КЛАСС»
1994

УДК 615.8
ББК 53.57
К20

Каплан Х.С.

Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство /

Пер.с англ. ВЛ.Краева.— М.: Независимая фирма «Класс», 1994.— 160 с., илл.

На книжном рынке полно литературы «про это», а такой еще не было. Во-первых, книга написана профессионалом, в чьей практике сотни случаев успешной помощи страдающим от сексуальных расстройств. Можно сказать по-другому: написана умной и тактичной женщиной-врачом, серьезно и с пониманием относящейся к людям, у которых не получается заниматься любовью так, каким хотелось бы. Это вполне научная, медицинская литература, но — «с человеческим лицом», что тоже ново и радует. Во-вторых, это книга для профессионалов (врачей и психологов), но не только: она может быть полезна всем, у кого есть сексуальные проблемы, и даже тем, у кого их нет — здоровым и взрослым отношением к предмету, как минимум. Но даже в профессиональном пользовании — это, скорее, руководство типа «помоги себе сам». Автор полагает, что лучшее место для лечения сексуальных расстройств — не кабинет врача, а постель. А лучший лекарь — толковый партнер, получивший инструкции от секс-терапевта, или, в крайнем случае, изучивший «Руководство». Иллюстрации весьма откровенны, но при этом полны изящества и симпатии к человеческому телу — как мужскому, так и женскому.

- © Хелен Сингер Каплан, 1975, 1987
- © Давид Пассалаквa, 1975, иллюстрации
- © Браннер/Мэзел Паблицерс, 1987
- © Независимая фирма «Класс», 1994
- © ВЛ.Краев, перевод на русский язык
- © А.А.Кулаков, оформление, 1994

ISBN 0 — 87630 — 484 — 6 (USA)

ISBN 0 — 87630 — 518 — 4 (USA)

ISBN 5 — 86375 — 004 — 9 (РФ)

Введение ко второму американскому изданию

Терапевтические методы, которые были описаны в первом издании этого руководства, вышедшего 12 лет назад, воспринимались тогда как совершенно новые идеи. Сейчас эти методы широко используются, а основные положения интегральной секс-терапии признаны эффективными большинством клиницистов и исследователей, занятых в данной области. Основные положения концепции, предложенной в 1979 году, сохранились в неизменном виде, однако с того времени было проведено множество научных исследований и накоплен широкий клинический опыт, что в целом значительно дополнило первоначальную концепцию. Изменения связаны с важными преобразованиями, которые произошли за последнее время в культурной жизни человеческого сообщества. Речь, в частности, идет о том, что мы стали меньше стыдиться собственных проявлений эротики, уделяем внимание сексуальным удовольствиям в большей степени, чем до «сексуальной революции», больше людей обращается за помощью при наличии у них сексуальных проблем. Но секс стал гораздо более опасным по причине чудовищного за последнее время распространения СПИДа.

Факт передачи СПИДа половым путем обусловил важность разработки терапевтических методов безопасного секса для таких пациентов с сексуальными расстройствами, у которых нет постоянных партнеров. Все большее распространение получает моногамия и все большее число супружеских пар среднего возраста хотят улучшить свою неудовлетворительную половую жизнь вместо того, чтобы рисковать занятием сексом «на стороне».

Изменяется и состав пациентов, что связано с общим увеличением продолжительности жизни и, в результате, все большее число раскрепощенных в вопросах секса пожилых людей нуждаются в услугах сексуального здоровья, к тому же многие из них страдают органически обусловленными сексуальными нарушениями.

Отмеченные социальные факторы, а также ряд важных новых представлений в понимании сексуальной психопатологии, наряду с внушительными достижениями в области сексуальной медицины, — все это оказало значительное влияние на теорию и практику сексуальной терапии со времени выхода в свет первого издания данного руководства. Ниже предлагается краткий обзор исследований, проведенных за указанное время. Целью этого обзора является рассмотрение методов лечения с точки зрения их перспективы на ближайшее будущее.

Трехфазная модель сексуальных расстройств

В основу первого «Иллюстрированного руководства по сексуальной терапии» была положена двухфазная модель сексуальных реакций человека при анализе и лечении сексологических расстройств. В то время данная модель позволила отойти от бытовавших монистских представлений о сексуальности и разделить сексуальные расстройства на два класса: расстройства, связанные с нарушением фазы возбуждения, такие как импотенция и подавленное женское возбуждение, а также нарушения, связанные с фазой оргазма, такие как преждевременная эякуляция, замедленная эякуляция у мужчин и подавленный женский оргазм. Такое разделение оказалось крайне полезным и позволило разработать специфические методы лечения каждого из отмеченных синдромов (см.: главы 5 — 10 настоящего руководства).

С тех пор результаты применения сексуальной терапии стали настолько обнадеживающими, что это позволило перейти к тщательному анализу тех случаев, в которых ранее не удавалось добиться успеха. Когда мы стали проводить такой анализ, то пришли к выводу о том, что причиной наших неудач стала ошибочная диагностика и,

соответственно, неадекватное лечение ряда случаев импотенции, преждевременной эякуляции и/или аноргазмии. Тогда мы еще не осознавали, что расстройства генитальной фазы в отмеченных случаях были явными вторичными проявлениями, симптомами основной проблемы, связанной с отсутствием сексуального влечения, проблемы, которая к тому времени еще не была признана как объективно существующая клиническая реальность. Эти наблюдения привели к формированию концепции трехфазной сексуальной реакции человека и к разработке специальных, более эффективных терапевтических подходов к фазе расстройств, связанных с нарушением полового влечения (Kaplan, 1979).

Таким образом, стало очевидным, что цикл сексуальных реакций человека состоит из трех фаз: оргазм, возбуждение и влечение. Сексуальное влечение функционально связано с возбуждением и оргазмом, но оно имеет свои нейрофизиологические и анатомические особенности. Следовательно, либидо может быть нарушено само по себе, тогда как генитальные фазы могут сохраняться в норме. Нейрофизиологи обнаружили, что ощущение сексуального влечения у мужчин и женщин связано с активизацией специфических нейроцентров и связей мозга. Для нормального функционирования этого регулирующего механизма сексуальной стимуляции в ЦНС, среди прочих факторов, требуется согласованная работа нейротрансмиттеров и адекватный уровень тестостерона.

Известно также, что интерес человека к сексу может быть ослаблен при определенных болезненных состояниях и в случае фармакологических интоксикаций. В этиологии сексуальных расстройств роль психогенных факторов не менее значима, чем воздействие факторов биологического субстрата. Нельзя также занижать роль супружеских взаимоотношений, которые могут усиливать или, наоборот, ослаблять эротические чувства мужа или жены.

Идея подавленных сексуальных влечений как клиническая реальность, получила широкую поддержку, что выразилось в признании трехфазной концепции в качестве теоретической базы для новой классификации сексуальных расстройств в DSM — III («Диагностический и статистический реестр психических расстройств» Американской психиатрической ассоциации, 1980 г. См. список литературы в конце раздела).

Несколько позднее, в 1986 году, расстройства сексуального влечения были разделены на две отдельные группы в реестре DSM — III — R: гипоактивные сексуальные влечения (02.71) и расстройства по типу сексуального избегания (02.79). Гипоактивные сексуальные влечения характеризуются «спокойным» сексуальным воздержанием (у человека просто отсутствует интерес к половой активности), тогда как характерным клиническим проявлением расстройств по типу сексуального избегания является паническое бегство от секса или активное к нему отвращение (American Psychiatric Association, 1980, 1987). Мы пришли к выводу, что в клинической картине пациентов с синдромом сексуального избегания очень часто присутствуют невроты тревоги и в настоящее время при лечении пациентов этой группы мы применяем медикаментозное лечение (показаны антидепрессанты) в сочетании с секс-терапией (Kaplan, 1987).

Интегральный подход

За последние 10 лет теоретические основы интегральной секс-терапии получили твердое обоснование и разностороннее практическое подтверждение: за это время было обследовано и излечено большое количество супружеских пар с различными формами сексуальных расстройств. В основу этого обследования и лечения была положена трехфазная модель секс-терапии (Kaplan, 1979). Основопологающим принципом подхода является положение о том, что симптомы психосексуальных нарушений есть неизменный результат непосредственно действующих деструктивных ментальных и эмоциональных процессов и проявлений психологической защиты. Эти «непосредственные» причины

«находят выход» в многочисленных и комплексных факторах стресса, как органического, так и психогенного характера, что отрицательно сказывается на половых рефлексах и/или эротических переживаниях. В соответствии с этой многофакторной моделью, неосознанные сексуальные конфликты, негативные «сообщения» о сексе, неврозы, корни которых находятся еще в раннем психосексуальном развитии пациента, образуют глубинную этиологическую структуру в сексологической симптоматике супружеской пары. Наш опыт говорит о том, что сексуальное состояние пациента может улучшиться только при коррекции так называемых «непосредственных», поверхностных причин расстройства. Таким образом, мы исходим из того, что до тех пор, пока нам не удастся изменить постоянно действующие стрессогенные факторы, пациенты сохраняют ущербность, даже если они получают четкое представление о своих глубинных конфликтах и ощущении вины, связанном с сексуальным удовольствием.

Нами выдвинуто предположение, основанное на детальном наблюдении за более чем 2000 пациентов. Оно заключается в том, что различные «поверхностные» причины особым образом связаны с разного рода сексуальными синдромами. Так, к примеру, беспокойство по поводу «изъянов» своих сексуальных действий (особенно часто усиливающееся под давлением партнера) нередко становится непосредственной причиной импотенции. Это происходит хотя бы уже оттого, что мужчина физиологически не в состоянии поддержать эрекцию в то время, когда страх «заполняет» его тело норадреналином.

С другой стороны, механизм, позволяющий добиться произвольного контроля за преждевременным семяизвержением, является иным по природе и связан с неадекватной оценкой переживаемых половых ощущений.

В случаях подавленного женского оргазма или замедленной эякуляции у мужчин специфичной «непосредственной» причиной может стать навязчивое самонаблюдение, которое мешает человеку переживать удовольствие и нарушает его (ее) рефлекторный отклик на половое возбуждение. В результате на реакцию оргазма «налагается запрет».

Привычка пациента создавать негативные внутренние образы в преддверии возможного сексуального контакта приводит к торможению супратенторных нейроструктур. Эта привычка и подавление вспомогательных сексуальных фантазий составляют текущие патогенные механизмы, которые часто ассоциируются с подавленным сексуальным влечением. Обусловленные теми же факторами произвольные спазматические, рефлекторные сокращения мускулатуры влагалища являются непосредственной и специфичной причиной вагинизма.

Цель секс-терапии в ее поведенческом аспекте (а именно в форме сексуальных упражнений, описанных в данной книге) как раз и заключается в изменении «непосредственных» причин, вызывающих соответствующие симптомы у сексуальных партнеров. Каждый синдром требует подбора определенной поведенческой программы, а следовательно, и определенных эротических «домашних заданий», которые предписываются для лечения различных расстройств (см. главы 5 — 10).

Во многих случаях эти указанные поверхностные (не посредственно действующие) факторы связаны с более глубокими проблемами человеческих взаимоотношений, сексуальными неврозами детства и культурно обусловленным чувством вины, связанным с сексуальным удовольствием. Существует специфическая связь между этиологией («непосредственные» причины) и симптоматикой сексуальных расстройств, однако мы не обнаруживаем специфических связей между различными симптомами сексуального расстройства и его психодинамикой в каждом конкретном случае.

Если у супружеской пары имеются скрытые конфликты и проблемы во взаимоотношениях, то нередко можно наблюдать сопротивление сексотерапевтическому вмешательству со стороны этих супругов. Они могут противодействовать улучшению

своего сексуального поведения, особенно если в процессе лечения обнаруживаются преграды в форме сексуальных конфликтов. Нередко сам пациент саботирует лечение, так как он или она предвидит нормализацию сексуальной сферы своего партнера и рассматривают такую нормализацию как личную угрозу.

Успех секс-терапии зависит от деонтологических факторов: от умения и гибкости терапевта, которые так необходимы ему, чтобы справиться с тревогой пациентов и их сопротивлением. Нами используются сеансы активной динамической терапии, направленные на то, чтобы ослабить сопротивление пациентов в процессе улучшения их сексуального состояния (Kaplan, 1979; 1987).

По мере возрастания потребности в службе сексуального здоровья секс-терапевтам приходится сталкиваться со все более сложными и, казалось бы, не поддающимися лечению случаями. Вот почему особую значимость приобретают вопросы динамики сексотерапевтического процесса.

Новая медицина секса

Сексуальная медицина за последние 10 лет добилась внушительного прогресса в своем развитии. Сейчас мы имеем более совершенные представления о физиологических аспектах сексуальных проблем. Были разработаны новые эффективные способы медикаментозного и хирургического лечения ряда органических сексуальных расстройств.

Новые, более качественные способы диагностики позволяют обнаруживать тончайшие и ранее нераспознаваемые медициной сексуальные нарушения. В результате был получен вывод о том, что органически обусловленные (частично или полностью) сексуальные расстройства являются гораздо более распространенными, чем было принято считать раньше. Это особо касается пожилых людей.

В настоящее время эти новые диагностические методы стали обыденными и традиционными в клинической практике. Они используются для обследования пациентов с симптомами сексуальных расстройств при скрытых формах заболеваний, при оценке побочных воздействий традиционно рекомендуемых лекарственных средств, то есть тех воздействий, которые, как правило, не поддаются выявлению при обычном медицинском, неврологическом и гинекологическом обследовании, проводимом до начала сексуальной терапии (Kaplan, 1983).

Контроль нормального давления и температуры (НДТ) с помощью портативного «домашнего» устройства используется в тех случаях, когда предварительный анамнез не позволяет, к примеру, установить, носит ли импотенция ситуативный, психогенный характер или нет. НДТ-монитор также используется нами для получения объективных показаний о воздействии принимаемых пациентом лекарственных препаратов на его эрекционный рефлекс. С этой целью проводится сравнение эрекционных состояний полового члена во время сна (регистрируется при приеме препаратов) с картиной эрекционной динамики, полученной без приема пациентом определенного лекарства. Допплерограммы, тест на папаверин и кавернозограммы используются для устранения скрытых проблем, связан

ных с особенностями кровообращения в генитальной области у мужчин. (Проблемы, связанные с патогенными факторами такого рода, являются, пожалуй, наиболее распространенными у мужчин пожилого возраста.)

Нами также проводятся обследования пациентов, страдающих импотенцией, как мужчин пожилого возраста, так и постклимактерических женщин, утративших сексуальное влечение. Такие обследования, проводимые с помощью обычного набора тестов крови, осуществляются с целью выявления и лечения дремлющих питуитарных

опухолей, недостаточности тестостерона, предклинических состояний диабета, определенных нарушений в деятельности печени и, конечно, с целью выявления ряда скрытых и менее распространенных форм заболеваний, которые, как стало известно за последнее время, имеют косвенное воздействие на ряд сексуальных расстройств (Kaplan, 1983).

За последнее время было получено большое количество информации о процессах старения мужчин и женщин. Эти данные используются для удовлетворения запросов тех пациентов, которые могли бы сохранить свою сексуальную активность, но у которых появляются проблемы, связанные со старением и другими физическими и соматогенными факторами. Методы сексуальной реабилитации, разработанные для этой категории пациентов, включают некоторые из современных способов медикаментозного лечения в сочетании с рекомендациями и приемами психодинамической секс-терапии. К современным методам, облегчающим, насколько это возможно, физическое состояние пациентов, можно также отнести замену гормонов, хирургическую коррекцию импотенции, диету, жесткий контроль диабета, методы ослабления побочных воздействий лекарственных средств, что достигается посредством использования новых психотропных и сердечно-сосудистых препаратов, применяемых под строгим наблюдением врача. Все перечисленные, а также другие, находящиеся в арсенале современной медицины средства, способны, насколько это возможно, улучшить физическое состояние пациентов. В дополнение к указанным методам супружеские пары могут воспользоваться преимуществами современной секс-терапии, которая способна разрешать специфические проблемы половой активности, а также трудности, возникающие при эмоциональной ущербности пожилых людей с физическими недостатками (Kaplan, 1984). Реабилитационный подход, предлагаемый секс-терапией, особенно эффективен для тех супружеских пар, эмоциональное напряжение во взаимоотношениях которых привело к обострению специфических факторов органического воздействия, что, в свою очередь, может привести к нарушению потенции. Роль секс-терапии в данном случае заключается в восстановлении полноценной, доставляющей удовлетворение половой активности.

Гибкий подход к поведенческой (бихевиоральной) стороне сексуальной терапии

Процедуры сексуальных упражнений, описанные в данном руководстве, признаны высокоэффективными многими клиницистами и получают все большее применение в наши дни. Нередко, однако, мы вносим коррективы в поведенческие программы с учетом специфической психодинамики в каждом конкретном случае. Таким образом, нами предлагается гибкий подход, уплывающий индивидуальные особенности пациента и специфику клинической картины и патогенеза. С одной стороны, мы придерживаемся первоначально выдвинутой гипотезы о том, что каждое сексуальное расстройство является результатом специфической «непосредственной» причины, которая обуславливает выбор определенной поведенческой стратегии лечения, и это было подтверждено огромным клиническим опытом. Однако, с другой стороны, мы убедились, что каждый случай содержит уникальные (для этого случая) психодинамические вариации, которые должны приниматься в расчет терапевтом при определении стратегии лечения супружеской пары.

В качестве характерного в лечебной практике примера можно привести случай с верующими мужчинами, католиками и иудеями, которым не рекомендуется предписывать упражнения с мастурбацией, так как в отмеченных религиозных конфессиях существует грех Онана (грех «обронившего семя»). Мастурбация, таким образом, может привести к излишнему сопротивлению пациентов во время лечения. Вот почему при лечении преждевременной эякуляции у наблюдаемых католиков и иудеев мы следующим образом применяем стандартную процедуру «стоп-старт» (глава 10). Жена получает инструкцию стимулировать пенис мужа в обычной прерывистой манере, муж при этом лежит на спине,

а она сидит на нем с расставленными коленями таким образом, чтобы ее половые органы были расположены рядом с его пенисом. Мы также просим ее ввести его пенис во влагалище с тем, чтобы «уловить» его семя, как только он начнет эякуляцию после третьей «паузы». Такая модификация находится в полном соответствии с целью лечения, заключающейся в усилении недостаточной сенсорной саморегуляции пациента. При этом учитываются особенности религиозных верований супружеской пары.

Новый подход к лечению одиноких пациентов Пациенты с сексуальными расстройствами, не имеющие партнеров, исторически представляли терапевтическую дилемму, к тому же секс-терапия изначально определялась У.Мастерсом и В. Джонсон как интегральный метод лечения неадекватных сексуальных взаимодействий, возникающих именно у супружеской пары, выразившей согласие улучшить свои сексуальные отношения. Использование суррогатных сексуальных партнеров стало одной из ранних попыток разрешения данной проблемы, при этом многие клиницисты сообщали о превосходных результатах данного подхода. Однако те ужасающие последствия, ответственность за которые может лечь на терапевта, подвергающего пациента и/или суррогатного партнера возможности заболеть СПИДом, резко ограничили применение суррогатной терапии. В дополнение к этическим запретам этого рода, метод вообще связан с моральными и юридическими противопоказаниями. К сожалению, в настоящее время не существует абсолютно безопасного секса. В том случае, если один из партнеров является носителем вируса HTVL-III, даже использование презервативов обеспечивает лишь ограниченную защиту (Fischl et.al.,1986). С учетом сказанного, мы считаем, что суррогатная терапия в настоящее время является медицински противопоказанной, особенно в тех случаях, когда в ходе лечения возможен обмен телесными выделениями партнеров. Вагинальный, оральный или анальный секс, даже при использовании презервативов, не является безопасным. Однако в секс-терапии имеется ряд приемов, не представляющих опасности и в том случае, когда один из партнеров оказывается носителем вируса HTVL-III. Так, например, упражнения чувственного фокусирования могут использоваться для возвращения к норме тех мужчин и женщин, которые панически избегают секса и интимности. Суррогатные партнеры могут выступать здесь в роли ассистентов и помогать неопытным людям в приобретении нужных навыков социального и сексуального общения, оказывать помощь (in vivo) в ослаблении чрезмерной восприимчивости пациентов к ощущениям тревоги и вины. Это достигается в процессе «обмена» эротическими фантазиями и в результате стимуляции в паре с партнером.

Несмотря на проблему СПИДа, некоторые врачи неосознанно (что следует признать преступной небрежностью, возможно, уголовно наказуемой) поощряют пациентов к ограниченному использованию презервативов или отказу от их использования. При этом предварительно не устанавливается, является ли один из пациентов носителем СПИДа или нет.

С учетом подобной ситуации мы стали направлять все больше усилий на разработку альтернативных стратегий в лечении одиноких пациентов с сексуальными расстройствами. В настоящее время наша работа с такими пациентами сосредоточена на проведении непродолжительных сеансов «предсексуальной» психотерапии. Такие сеансы помогают пациентам преодолеть те психологические барьеры, которые мешают им установить и поддерживать постоянные интимные и романтические взаимоотношения. Мы также однозначно даем понять одиноким пациентам, особенно относящимся к группам риска (гомосексуалисты и гетеросексуальные женщины), что они сами должны нести личную ответственность за свою безопасность и их моральным долгом является обеспечение безопасности своих сексуальных партнеров. Мы помогаем одиноким пациентам в выработке у них стратегии твердого «нет» в отношении занятий сексом до тех пор, пока у них нет четкой уверенности в инфекционной безопасности партнера. В такой стратегии отсутствуют проявления деструктивных факторов, нарушающих ценность человеческих взаимоотношений. Мы используем «короткие» психодинамические техники,

дающие пациентам возможность осознать свой страх быть отвергнутыми и в то же время развиваем их навыки общения и повышаем уверенность в себе, что помогает им следовать установленным целям.

Мы также проводим научную разработку сексуальных упражнений, которые могут использоваться пациентом при отсутствии у него партнера. Так, например, одиноким мужчинам с преждевременной эякуляцией мы рекомендуем упражнение по самостимуляции, названное «стоп-старт». Мы просим пациента сосредоточить свое внимание на приятных сексуальных ощущениях в то время, когда он занимается мастурбацией. Упражнение проводится с целью усиления и осознания пациентом обратной сенсорной связи. Мы просим пациента распределить интенсивность своих субъективных ощущений на десятибальной шкале, где «ноль» соответствует отсутствию возбуждения, а отметка «десять» обозначает оргазм. Мы просим пациента возбуждать себя медленно до тех пор, пока он не достигнет отметки «девять», затем прождать несколько секунд до тех пор, пока его ощущения (не эрекция) ослабнут до уровня «четырёх-пяти» баллов. Затем пациент начинает самостимуляцию снова. Пациенту дается установка «заканчивать», то есть проводить эякуляцию, после третьего прерывания. После того, как пациент освоил процедуру «стоп-старт», он может переходить к еще более замедленной самостимуляции, повышая уровень сенсорного осознания в пределах отметки «пять-семь» баллов, при этом время, предшествующее оргазму, все время увеличивается.

Данный подход, связанный с приемом «стоп-старт», оказался настолько эффективным в развитии самостоятельного контроля за эякуляцией у одиноких мужчин, что мы стали рекомендовать эту процедуру женатым пациентам, страдающим преждевременной эякуляцией. Эту же процедуру, но чуть позднее, женатый мужчина выполняет уже с участием супруги. Такая последовательность, то есть вначале в одиночку, а затем в паре с супругой, помогает снизить сопротивление пациентов, которым не по душе излишне «механический» характер упражнений «стоп-старт».

Таким образом, «сольные» бихевиоральные задания для одиноких людей оказались настолько эффективными, что на начальных этапах эти упражнения рекомендуются для самостоятельного выполнения отдельными членами супружеской пары. Эффективность этих процедур проявилась при лечении подавленного сексуального влечения, импотенции, подавленного женского оргазма и вагинизма.

Расстройства, связанные с фазой сексуального влечения

В первом издании «Иллюстрированного руководства по сексуальной терапии» не содержалось материалов, связанных с расстройствами сексуального влечения: дело в том, что тогда, в 1975 году, эти синдромы еще не получили должного описания.

После признания этих расстройств в качестве объективно существующей клинической реальности стало очевидно, что трудности, связанные с потерей интереса к сексу, могут оказаться едва ли не самыми частыми проблемами, встречающимися в клинической практике (Lief, 1977; Crenshaw, 1985). Ниже приводится краткий обзор современных воззрений на этнологию и лечение расстройств сексуального влечения, ведь сегодня ни одно руководство по секс-терапии не может быть признано более или менее полным, если оно не содержит информации по данному вопросу.

Подавленное (гипоактивное) сексуальное влечение (ПСВ)

Утрата некоторыми супружескими парами сексуального влечения не приводит к значительным нарушениям личности или сексуальным конфликтам, и супруги ведут нормальную брачную жизнь. Однако, исходя из нашего опыта, пациенты с ПСВ, как правило, обладают целым «букетом» сложнейших внутренних психологических и/или брачных конфликтов.

У многих подобных пар взаимоотношения либо напряжены до предела, либо супруги амбивалентны в отношениях друг с другом. Характерными источниками раздражения (в случае ПСВ у одного из членов супружеской пары) могут стать борьба за власть, часто возникающая на почве изменяющейся роли женщины; переносы на супруга (супругу) неразрешенного в детстве гнева на родителей, а также проблемы эмоциональной близости и ответственности. Характерными этиологическими проявлениями в клинической картине таких пациентов (одного из них или обоих) могут стать неадекватные реакции на критику или расставание с супругом (супругой). Подобные реакции, как правило, наблюдаются у пациентов с атипичными формами депрессии и неврозами тревоги.

Сексуальная анорексия

Полная потеря сексуального влечения (сексуальная анорексия) может быть вызвана психогенными факторами, но в равной мере может стать биологическим проявлением депрессии, алкоголизма, интоксикаций разного рода, недостаточности тестостерона, последствием пролактинпитуитарных опухолей и результатом блокировки бета — адреналина в процессе лечения. К ряду патогенных факторов можно также отнести многочисленные менее типичные воздействия различных заболеваний и лекарственных средств (Kaplan, 1983).

К непосредственным проявлениям ПСВ относятся: 1) скрытые формы сексуального избегания;

2) вызывание «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания (имеет место «копание» в отрицательных качествах партнера; вызывающие тревогу переживания (воспоминания) проявляются как до, так и во время сексуальных действий);

3) тревога, связанная с ощущением неполноценности собственных сексуальных действий;

4) отказ от адекватной физической и/или психологической стимуляции во время сексуальных действий;

5) подавление вспомогательных эротических фантазий.

Бихевиоральная коррекция таких проявлений гипоактивного сексуального влечения включает следующие приемы:

1) модификация самого «поведения избегания»;

2) чувственное фокусирование I;

3) чувственное фокусирование II;

4) «выдача разрешения» на осознание и на получение удовольствия от эротических фантазий, на которые ранее был наложен «запрет»;

5) предписание эротических фантазий и/или эротических средств до начала сексуальных действий;

6) отвлечение пациента от тревожных состояний и перенастройка на эротические фантазии, а также обмен своими эротическими переживаниями с партнером во время совместной сексуальной стимуляции.

Пациенты со скрытыми конфликтами в интимной сфере особенно чувствительны и резистентны в отношении быстрых изменений, связанных с коррекцией ПСВ. Наш опыт свидетельствует о том, что проблемы эмоциональной близости типичны для случаев ПСВ. Мы пришли к выводу о том, что предписания, изложенные выше, малорезультативны, если не дополнить их активным психодинамическим вмешательством, ослабляющим сопротивление пациентов (Kaplan, 1979; 1987).

Расстройства по типу сексуального избегания и сексуальные фобии

Непосредственными проявлениями расстройств по типу сексуального избегания являются иррациональный страх пациента или его полное отвращение к сексу. Навязчивый страх пациента усиливается непреодолимым желанием избегать ситуаций,

которые вызывают у него тревожные состояния и неприятные сексуальные переживания. Таким образом пациент пытается избежать и активного терапевтического вмешательства, направленного на коррекцию его негативного опыта.

Нередко избегание или отвращение к сексу, связанные с фобиями, составляют изолированный симптом нормального во всех иных отношениях пациента. В остальных случаях сексофобия представляет собой симптоматическое проявление невротизации или проявление специфических для конкретного пациента беспокойств, возникающих на почве личных супружеских взаимоотношений. Нами установлено, что в клинической картине значительной части пациентов¹, страдающих сексофобиями, имеют место невроты тревоги, которые проявляются в невыраженной форме (Kaplan, 1987).

Выбор бихевиоральной стратегии в лечении сексуального избегания может заключаться в постепенной и систематической конфронтации пациента с сексуальными ситуациями, в которых он ранее испытывал страх. Данная стратегия может иметь успех только в том случае, если пациент фокусирует свое внимание на каком-либо одиночном аспекте сексуального опыта, вызывающем у него реакцию навязчивого страха. Метод чувственного фокусирования был разработан

У.Мастерсом и В.Джонсон для десенсибилизации супругов и ослабления их страхов по поводу «изъянов» своих сексуальных действий. Возможно, это самый эффективный метод *in vivo*, используемый в практике лечения больных с синдромом сексуального избегания. Однако упражнения чувственного фокусирования малоэффективны в случаях проявления отвращения к определенным формам сексуальной активности. Так, к примеру, женщины со специфическими фобиями интроитуса (проникновения полового члена во влагалище) способны получать наслаждение, от других форм половой активности, однако указанный симптом не поддается устранению путем систематического воздействия посредством телесных ласк. В этом случае хороший прогноз имеет метод прогрессивного вагинального расширения.

Для успешного применения метода чувственного фокусирования важно помнить, что необходимо поддерживать оптимальный уровень тревоги, на фоне которого постепенно угасает ассоциация секса с отвращением к нему. Для того, чтобы такое угашение произошло, пациент должен остаться «один на один» с угрожающей для него ситуацией и выдерживать ее до тех пор, пока его страхи не пойдут на убыль. Таким образом, возникает возможность привыкания к переживанию ранее неприятной, вызывающей страх и отвращение к сексу ситуации. Такое переживание проходит в специально подготовленном состоянии релаксации пациента и, в конечном итоге, может принести пациенту удовольствие. Следовательно, если пациентка сообщает о том, что она не испытала тревоги, выполняя задание, терапевт может сделать вывод о том, что ее сексуальные страхи полностью не угасли. Однако в равной мере малопродуктивна и такая поведенческая установка, которая вызывает у пациентки настолько интенсивное чувство тревоги, что она вовсе отказывается от выполнения задания или не способна оставаться в состоянии спровоцированной тревожности. В подобных случаях необходимо так скорректировать установочное задание, чтобы оно не казалось для пациента слишком устрашающим.

Судя по нашему клиническому опыту, пациенты с сексуальным отвращением на фоне невротизации проявляют беспокойство в процессе секс-терапии, и сексотерапевтический прогноз для таких пациентов можно оценить как неблагоприятный. Некоторые из таких пациентов испытывают приступы панического страха в ходе сеансов секс-терапии, и их состояние может даже ухудшиться. Однако нам пришлось иметь дело с большим числом

¹ У 25% наших пациентов с расстройствами по типу сексуального избегания проявляются симптомы, нозологически соответствующие невротам тревоги; у 39% таких побочных симптомов не наблюдается и 38% проявляют признаки атипичических панических состояний (Kaplan, 1987).

случаев сексуальных неврозов, которые поддаются успешному сексотерапевтическому лечению в сочетании с медикаментозной защитой, блокирующей панические проявления².

Подробнее с достижениями и состоянием современной секс-терапии можно ознакомиться в приведенных ниже публикациях.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (DSM — III — R). Washington, D.C.: AP.A Press, 1987.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM — III). Washington, D.C., AP.A Press, 1980.

American Psychiatric Association Work Group to Revise DSM — III. DSM — III — R in Development. Washington, D.C.: APA Press, 1986.

Crenshaw, T. The sexual aversion syndrome. *Journal of Sex and Marital Therapy* II (4), 1985.

Fishl, M.A., Dickinson, A.M., Scott, G.W., Klimas, M., Fletcher, M.A., Parks, W. Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts with AIDS. *J.A.M.A.*, Vol.257, No.5, Feb., 1987.

Kaplan H.S. *The New Sex Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1974.

Kaplan H.S. *Disorders of Sexual Desire*. New York: Brunner/Mazel, 1979.

Kaplan H.S. *The Evaluation of Sexual Disorders: Psychological and Medical Aspects*. New York: Brunner/Mazel, 1983.

Kaplan H.S. Sexual relationships in middle age. *Physician and Patient*, Oct. 1984. Kaplan H.S. *Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder*. New York: Brunner/Mazel, 1987.

Klein D.F. Delineation of two drugresponsive anxiety syndromes. *Psychopharmacology*, 5, 39748, 1964.

Lief, H. What's new in sex reseach? Inhibited sexual desire. *Medical Aspects of Human Sexuality*, II(7), July 1977.

² Для лечения пациентов с сексуальными неврозами нами применяются антидепрессанты, ингибиторы MAO и апрезалин (Kaplan, 1987).

Афродите
ИЛЛЮСТРИРОВАННОЕ
РУКОВОДСТВО
ПО СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

КОНЦЕПЦИЯ
СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Предписание пациентам переживания определенного эротического опыта составляет отличительную черту современной сексуальной терапии. Различные другие формы психотерапии, а именно психоанализ, брачная терапия и поведенческая (бихевиоральная) терапия в равной мере используются для лечения сексуальных расстройств. Все вышеперечисленные формы опираются исключительно на терапевтические беседы, проходящие в кабинете врача.

Процесс психоанализа приводит к интенсивному эмоциональному взаимодействию между аналитиком и анализируемым пациентом. Анализ нюансов взаимодействия способствует глубинному проникновению в подсознательные конфликты, страхи и влечения, которые могут являться источником сексуальных проблем пациента.

Терапевт, занимающийся вопросами брака, использует свои наблюдения за взаимоотношениями супружеской пары, на основе которых он делает выводы об источниках сексуальных расстройств. Брачный терапевт воссоздает перед супругами картину разрушительного воздействия их поведения друг на друга. Терапевт пытается воссоздать, сделать более зримыми те бессознательные конфликты раннего детства, которые были перенесены в брак и стали возможной причиной конфликтов и сексуальных проблем в жизни супружеской пары.

Бихевиорист в своей лечебной практике не имеет дела с неосознанными мотивами. Он, напротив, пытается понять те поведенческие условия, которые привели к образованию и фиксации мужской импотенции или неспособности женщины достигать оргазма. Он пытается усовершенствовать сексуальную активность путем изменения порой плохо поддающихся

коррекции обстоятельств, которые привели к сексуально деструктивным тревогам и «антиэротическим» моделям в поведении пациентов. Для достижения цели лечения применяются разнообразные приемы, такие как систематическая десенсибилизация, позволяющая ослабить чувство тревоги и усилить желаемое проявление эротических реакций. Одним из приемов может стать полная смена того окружения и тех условий жизни человека, которые мешают ему активно и полноценно заниматься сексом.

Секс-терапия совмещает в себе и использует все три отмеченные формы психотерапевтического вмешательства. В секс-терапии эти три подхода используются в сочетании с предписанными сексуальными заданиями, которые супружеская пара выполняет в интимной обстановке своей спальни. Комплексное применение систематического структурно смоделированного эротического тренинга в сочетании с психотерапевтическим анализом неосознанных внутренних конфликтов каждого пациента — все это в комплексе составляет отличительную характеристику современной секс-терапии. Совершенно очевидно, что ключом к эффективному применению секс-терапии является именно сочетание двух ее направлений — динамического и основанного на получении пациентами непосредственного опыта.

Концепции и приемы психоанализа, брачной терапии и бихевиорального подхода, которым отведены почетные места в современной секс-терапии, хорошо подтверждены на практике и описаны в научной литературе. Поэтому в данной работе вопросы, прямо связанные с отмеченными направлениями, остаются за пределами рассмотрения.

Фактически практикующие врачи до того, как они приступили к лечению сексуальных нарушений, должны быть хорошо ознакомлены с тематикой отмеченных направлений.

Целью данной книги является описание эротических техник, традиционно применяемых в секс-терапии, а также изложение ряда гипотез и пояснений, касающихся механизмов воздействия этих техник на пациентов. Дополнительно анализируются эмоциональные реакции пациентов на эротические «упражнения» и поясняется терапевтический смысл этих ре

Те задания, которые предписаны супружеским парам с сексуальными проблемами, ни в коем случае нельзя рассматривать как запрограммированные механические приемы. Напротив, комплекс эротических приемов организован и подобран с учетом индивидуальных особенностей супружеских пар. Выполнение заданий очень часто вызывает глубокий и благодарный эмоциональный отклик у каждого из пациентов. Как положительные, так и негативные эмоциональные реакции пациентов имеют неопределимую значимость для психотерапевтического процесса, так как они выражают динамику изменения клинической картины, что позволяет анализировать и прорабатывать то или иное сексуальное нарушение в ходе психотерапевтических сеансов. Так, к примеру, мужчина, страдающий импотенцией, не может выполнить инструкцию лечь на спину и получать наслаждение от нежных ласк своей жены, потому что его негативный опыт вызывает чувство тревоги и связанные с ним навязчивые идеи, отсюда и нежелание выполнять предписания терапевта. («Ей это не нравится [...]. Ей это надоест [...]. Она подумает, что я слабак [...]. Я должен вызвать у нее оргазм».) Его тревожное реагирование на удовольствия, получаемые от жены, и его защитная реакция на эту тревогу становятся очевидными как для терапевта, так и для самой супружеской пары. Очень часто негативный прошлый опыт мужчины вызывают у него скрытые сомнения, и его тревожная реакция ослабевает в тот самый момент, когда он, казалось бы, уже готов активно действовать.

В этой книге мной будут описаны некоторые типичные реакции пациентов и их партнеров на каждое из предписанных эротических заданий. В некоторых случаях я проанализирую эмоциональные реакции супругов и постараюсь показать, как эти реакции связаны с их сексуальными проблемами.

Эмоциональные реакции пары на предписанные сексуальные упражнения могут, с одной стороны, быть выражением сопротивления пациентов и служить своего рода преградой на пути эффективной терапии, но одновременно эти реакции открывают уникальную возможность для активного терапевтического вмешательства. Поэтому нам также предстоит обсудить выбор терапевтических стратегий, определяемых в результате анализа этих эмоциональных откликов пациентов.

И наконец, моя книга содержит иллюстрации ряда приемов. Раньше в клинической практике мне приходилось полагаться на вербальные описания. Нередко эти описания не передают с достаточной ясностью различные позы и тонкости выполнения приемов, поэтому мне приходилось делать наброски рисунков, поясняющих то, что требуется от пациентов. В ряде случаев сотрудникам клиники фактически приходилось самим демонстрировать некоторые позы во время учебных семинаров. Иллюстрации, содержащиеся в книге, дают более четкую картину рекомендуемых поз и техник: они, таким образом, используются с дидактической целью. Но эти рисунки являются не просто «техническими» иллюстрациями, как я надеюсь, помогут передать красоту и человечность секса, без чего, как мне кажется, вообще невозможен успех сексотерапевтического лечения.

Эта книга, таким образом, является иллюстрированным руководством по «домашним заданиям» в секс-терапии. Для более цельного восприятия

изложенного здесь материала представляется, однако, необходимым несколько более детально ознакомиться с рядом положений о природе сексуальных реакций мужчин и женщин, о динамике сексуальных расстройств, а также с основными положениями, касающимися механизмов этих расстройств. С более развернутым анализом этих основных положений можно ознакомиться в моей книге «Новая сексуальная терапия» (1974). В данном руководстве приводится лишь краткий обзор отмеченных ключевых положений с тем, чтобы в дальнейшем, при описании конкретных приемов и заданий, более не возвращаться к этому материалу. В это руководство я также включила главу, посвященную анализу симптоматики и обследованию пациентов. С пациентами проводятся особым образом структурированные интервью, позволяющие получить необходимую информацию для постановки проблемы и выработки стратегии лечения. Для определения диагноза каждый случай рассматривается многоаспектно и получает рациональное толкование, позволяющее определить тактику лечения. Таким образом, для каждого случая предлагается гибкий индивидуальный подход, позволяющий учитывать всевозможные нюансы. В психотерапии вообще не существует стандартных, рутинных приемов лечения, механически приспособленных для лечения того или иного сексуального расстройства. Каждая процедура, задание или терапевтическое вмешательство получают четкое рациональное толкование. Такой индивидуальный подход требует совершенной специальной техники анализа, в первую очередь сконцентрированной на оценке непосредственного сексуального опыта обследуемой пары. Такой подход представляется более перспективным, чем полагание исключительно на описательную информацию.

Секс-терапия является крайне эффективным средством, однако она не может применяться в лечении всех случаев сексуальных нарушений. Проблемы некоторых пациентов уходят глубокими корнями в определенное рода взаимоотношения и не поддаются излечению за кратковременные сеансы секс-терапии. Поэтому терапевту полезно знать как сильные стороны, так и ограничения данного метода. Вот почему в книге также рассмотрены некоторые прогнозируемые факторы, влияющие на исход лечения.

Одно из серьезных ограничений метода секс-терапии заключается в обязательном участии (за некоторыми исключениями, например, в случае полной аноргазмии) двух партнеров и их сотрудничестве. Как уже было отмечено, сексуальные упражнения являются центральным звеном секс-терапии. Эти упражнения имеют особую последовательность выполнения и хорошо разработанную структуру. Их просто нельзя выполнять в одиночку. В некоторых клиниках предпринимались попытки разрешить эту дилемму с помощью суррогатных партнеров, то есть с помощью незнакомых для пациентов лиц, которые за определенную плату соглашались принять участие в сексуальных упражнениях с пациентом. Такой подход имеет свои плюсы и минусы. Основное преимущество заключается в открываемой для пациентов возможности обрести уверенность и устойчивость в своем сексуальном поведении, что позволило бы ему (ей) установить впоследствии настоящее человеческое партнерство. Однако одной из первоочередных задач секс-терапии является гуманизация сексуальных отношений. Секс с незнакомым человеком, получающим плату за свои услуги, не сможет привести к этой цели. Более предпочтительным, по всей видимости, является психотерапевтический подход, дающий мужчине тот уровень самооценки, при котором он может вступить во взаимоотношения с женщиной, даже если у него сохраняются определенные трудности с сексуальными действиями.

Когда в моей клинической практике ко мне обращается одинокий пациент с сексуальным расстройством, я провожу анализ и делюсь с ним своими выводами. Я также объясняю ему те способы лечения, которые могли бы помочь в его (ее) случае. Иногда психотерапия составляет разумную альтернативу секс-терапии в лечении одиноких пациентов, но нередко она не может быть признана эффективной, когда дело касается

сексуальных симптомов. Пациент, несомненно, не получает симптоматического лечения в ходе психотерапевтических сеансов, состоящих из консультаций и обсуждений, но он получает понимание своей проблемы. Осознание проблемы усиливает надежду и решимость пациента, а сочетание знания и воли поможет ему самому при определенных, известных ему обстоятельствах установить нормальные взаимоотношения с партнером.

Секс-терапия ставит перед собой в качестве непосредственной цели улучшение общего самочувствия пациента, что является важным условием благополучия человека в целом. Таким образом, секс-терапия выходит за пределы своих ближайших непосредственных задач и соотносится с более широкими проявлениями человеческой деятельности. Фокусируя свое внимание на сексе, мы всегда помним о целостной картине психической деятельности человека, в которой сексуальность занимает прекрасное и значимое место.