

Николай Кибрик  
Юрий Прокопенко  
*Супружеская секс-терапия*



Юрий Прокопенко

**Супружеская секс-терапия**

«Издательские решения»

2015

## **Прокопенко Ю. П.**

Супружеская секс-терапия / Ю. П. Прокопенко — «Издательские решения», 2015

Книга известных ученых-сексологов посвящена восстановлению сексуального здоровья и интимных взаимоотношений в паре, в которой существуют проблемы, не позволяющие супругам полностью реализовать себя в отношениях с любимым человеком. Ситуация решается путем налаживания отношений и восстановления влечения в процессе проводимой секс-терапии. Книга предназначена специалистам в области интимных отношений — врачам, психологам, а также супругам, желающим улучшить свои интимные отношения.

© Прокопенко Ю. П., 2015

© Издательские решения, 2015

# Содержание

Введение	6
История сексологии и современное состояние науки и практики	8
Конец ознакомительного фрагмента.	19

# **Супружеская секс-терапия**

## **Николай Давидович Кибрик**

## **Юрий Петрович Прокопенко**

© Николай Давидович Кибрик, 2015

© Юрий Петрович Прокопенко, 2015

© Юлия Морозова, иллюстрации, 2015

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero.ru

## Введение

Секс-терапия в современном понимании этого способа лечения является частью молодой медицинской науки – сексологии. Зародившаяся в семидесятых годах XX столетия, секс-терапия воспринималась тогда как совершенно новая идея, встречавшая множество возражений со стороны как врачей, так и сторонников «морального» образца отношений врача и пациента. А о какой морали могла идти речь, если врачи обсуждали интимные вопросы в тесном кругу с пациентами, и при этом предлагали им различные образцы поведения в постели.

Однако постепенно около-медицинские споры утихли, и секс-терапия заняла своё место среди других методов нормализации сексуальной функции в рамках супружеской пары и у одиноких людей.

В настоящее время методы супружеской секс-терапии используются достаточно широко, их эффективность высоко оценивается большинством врачей и психологов, занимающихся как сексологией, так и семейными проблемами в целом.

Несмотря на то, что основные положения секс-терапии, предложенные У. Мастерсом и В. Джонсон 35 лет назад, остаются неизменными, появилось множество вариантов подхода и проведения процесса терапии, основанных на клиническом опыте и научных исследованиях. Первоначальные теоретические воззрения на сексологию и секс-терапию претерпели определённые изменения, связанные, в первую очередь, с социальными процессами, происходящими в самых разных слоях общества, и в культуре, как таковой.

Изменилось отношение к самим сексуальным проблемам, сократилось число людей, относящих интимные проблемы к «стыдным», возникли новые способы интимного общения и достижения сексуального наслаждения. Наконец, в СССР появилась и была официально оформлена врачебная специальность «сексолог» [23].

В России глобальные социальные преобразования конца XX века совпали по времени с не менее стремительными изменениями психологии людей, в частности, в области интимных отношений. Люди стали меньше стыдиться собственных проявлений сексуальности, стали более требовательными к своей сексуальности и к сексуальности партнёра, расширился диапазон приемлемости в отношении собственных запросов и в отношении общества в целом. Это привело к тому, что люди могут позволить себе и партнёру гораздо больше, чем предыдущее поколение – и в то же время, оказываются в положении, когда и от них требуют много больше, чем это может казаться разумным или обоснованным. Влияние макросоциума, постоянный поток разнообразной информации в СМИ и в Интернете не только просвещают пользователей, но и создаёт базу для невротизации тех, кто к этому предрасположен своими характерологическими особенностями и особенностями микросоциума.

В связи с этими процессами, всё больше людей обращаются за помощью к сексологам, с жалобами, которые частично оказываются классическими, а частично – совершенно новыми, возможными только в рамках нового отношения к сексу.

На обращаемость за сексологической помощью не оказали влияния ни широкое распространение СПИДа, ни доступность «волшебной таблетки» Виагры. Риск инфицирования стал стимулом для более широкого распространения моногамии, что, в свою очередь, вызывает проблемы с привыканием к партнёру, заставляющих людей среднего и старшего возраста обращаться к специалистам с запросом по поводу обновления и отношений, и интимного поведения в супружеской паре вместо внебрачных связей, которые могут оказаться высокозначимыми по риску заражения ВИЧ.

Бесконтрольное использование препаратов типа Виагры, а также неоправданно широкое назначение подобных средств врачами не-сексологического профиля не привело к снижению частоты обращаемости к сексологам, поскольку, вопреки ожиданиям и мужчин, и женщин,

сама по себе стойкая эрекция в адекватной ситуации далеко не всегда приводит к решению основной проблемы, частичным проявлением которой стала жалоба, приводящая к приёму препарата.

Состав пациентов (и пациенток) также изменился в связи с тем, что вошло в более старший возраст поколение людей, которые были непосредственными участниками российской «сексуальной революции». Они не готовы к снижению сексуальных возможностей в связи с возрастными заболеваниями, и потому готовы к всё более широкому экспериментированию в рамках, установленных специалистом-сексологом.

Наконец, изменились взгляды врачей на сексуальную патологию, на взаимосвязь соматического здоровья и сексуальности, психического здоровья и сексуальности, микросоциальных факторов и сексуальности. Ряд важных новых представлений о сексуальной психопатологии придаёт новый вид испытанным методам и подходам к терапии большинства сексуальных расстройств, которые не могли существовать на заре научного этапа развития сексологии.

Основным достижением современной сексологии стало чёткое понимание системности сексуальных расстройств – понимание того, что это заболевание не гениталий, а совсем других органов или систем управления органами. Остался далеко позади этап наивно-материалистического подхода, когда врачи только начинали понимать, что практически все сексуальные проблемы лишь проявляются в области «ниже пояса», а на практике являются проявлением сочетания физических, психических и психологических факторов, и терапия также должна быть комплексной, принимающей во внимание медицинский, психологический, соматический, межличностный компоненты.

Все эти особенности могут воплощаться в различные подходы к лечению сексуальных расстройств, но практически в каждом случае может быть задействована супружеская секс-терапия, как выражение парности сексуальной функции, необходимости поддержки со стороны партнёра, обоюдности нарушений при поражении одного из супругов.

Роль секс-терапии возрастает также с учётом того, что подавляющее большинство людей знакомы с порнографическими визуальными объектами, которые, создавая иллюзию просвещения в области техники полового акта, одновременно отрывают физическую сторону интимных отношений от психологических, межличностных отношений, сводят любовь к позам сношения или длительности периода фрикций. Между тем, без позитивных межличностных отношений в паре интимные отношения быстро вырождаются в чисто физиологический процесс, не вызывающий особых эмоций, что делает половую жизнь уязвимой, а брачные отношения неустойчивыми.

Секс-терапия способна восстановить межличностный компонент сексуальных отношений, что положительно сказывается как на интимном контакте, так и на брачном статусе, как таковом.

В процессе секс-терапии происходит повышение самооценки, улучшение качества жизни, изменение понимания собственного места в супружестве и в жизни вообще. Личность обогащается новыми эмоционально значимыми переживаниями, и приобретает новые черты как во внутреннем самоощущении, так и в общении с представителями противоположного и собственного пола. Более полное раскрытие внутренних ресурсов повышает творческий потенциал человека в различных областях деятельности.

## **История сексологии и современное состояние науки и практики**

Сексология выделяется из ряда других медицинских наук тремя особенностями:

1. В результате вмешательства врача пациенты ожидают не просто избавления от заболевания, негативных переживаний и эмоций, но и повышения качества жизни, приобретение позитивных эмоций в своей интимной жизни.

2. Пациент предъявляет жалобы на явления, которые могут быть совершенно нормальными для другого человека или для множества людей.

3. Пациент сам определяет, насколько его состояние является для него комфортным или дискомфортным, и нуждается ли он в помощи со стороны специалиста.

Медицина стала уделять внимание вопросам интимной жизни сравнительно недавно, научный этап сексологии, как медицинской дисциплины насчитывает менее 200 лет. Традиционно отсчёт становления сексологии, как медицинской науки, связывают с опубликованием в Париже в 1836 г. книги Клода Лаллемана (Lallemand C. F.) «О непроизвольных потерях семени» [40].

Она стало поворотным пунктом в истории медицины, поскольку до этого момента врачи даже из наиболее близких дисциплин – акушерства, гинекологии, урологии, – расстройства полового поведения всегда считали побочным проявлением определенных, чисто материальных расстройств. При этом изменения в сексуальной сфере для врачей всех иных специальностей представляли лишь как частные, к тому же не очень существенные по сравнению с объективными данными, симптомы.

Поскольку интимное поведение человека, в принципе, является основой для воспроизведения рода, то, казалось бы, акушерство с одной стороны, и андрология – с другой, вполне могли бы взять на себя заботу о тех процессах, в результате которых зарождается новая жизнь.

Но социализировавшись, инстинкт размножения перестал сводиться только к акту продолжения рода, интимная жизнь стала показателем и проводником многих процессов, присущих только человеку. И одним из главных изменений стало желание получать удовольствие от физиологических процессов, а не просто подчиняться законам природы.

Такое поведение, т. н. рекреационное (приносящее отдых) в корне отличается от совершенно материальных забот и акушера, и андролога. Вероятно, акушер не слишком поймёт пациентку с привычным невынашиванием беременности, которая жалуется на аноргазмию, в связи с которой муж перестаёт испытывать к ней влечение. Точно так же уролог, наблюдающий мужчину после удаления злокачественной опухоли простаты, воспримет как малозначимую жалобу пациента на снижение оргастических ощущений в связи с отсутствием эякуляции.

Между тем, каждый сексолог знает, что поводом для разрушения партнёрских отношений могут быть и ещё более «ничтожные» якобы отклонения от субъективных представлений о «правильном» интимном поведении. При этом чёткое понимание именно индивидуальности представлений и восприятия происходящего является показателем того, что они затрагивают, главным образом, структуру личности и носят поведенческий, микросоциальный характер.

В то же время, необходимо подчеркнуть, что наличие или отсутствие соматических проблем далеко не всегда отражается на интимной жизни определенной пары. Супруги могут быть настолько приспособлены друг к другу, настолько глубоко погружены в интимный мир партнёра, что даже тяжёлые заболевания, инвалидизирующие травмы или социальные потрясения не будут иметь долговременного негативного влияния на их отношения и степень удовлетворения друг другом и собой.



Наконец, особое место в оценке сексуальных способностей и сексуального удовлетворения принадлежит психической сфере человека. Точно так же, как соматические, психические расстройства могут отражаться на интимных переживаниях, а могут существовать обособленно, никак не пересекаясь с этой отдельной формой существования человека. В то же время, сами по себе сексуальные расстройства часто приводят к развитию ситуативных психических расстройств невротического или депрессивного плана – которые возникают точно так же, как в ответ на любое другое стрессовое воздействие.

Таким образом, можно сказать, что ни соматическое, ни психическое здоровье не являются однозначным показателем здоровья сексуального. Необходимо чётко понимать, что физиологическое состояние мужчины, взятое в отрыве от контекста его интимной жизни и отношений с партнершей, еще не является объективным показателем его сексуального поведения, удовлетворенности половой жизнью, а также не может характеризовать степень удовлетворенности со стороны партнерши. Точно так же, и физическое и психическое состояние женщины само по себе вовсе не свидетельствует о наполненности и позитивности её интимной жизни, а тем более – об удовлетворённости её партнёра.

Такое смешение физического и психологического является ярким выражением двоякой – био-социальной природы человека, который принадлежит к животному миру Земли, но выделяется из него, как единственный, имеющий разум – и всё, что этим разумом порождено.

Между тем, развитие сексологии, как науки медицинской, вкладывало в неё совершенно однозначное содержание: есть жалоба – есть болезнь – есть определенная причина – есть терапия. Можно говорить о том, что эти взгляды были наивными и механистическими, но они всегда касались именно БОЛЬНЫХ людей.

В этом плане показательно описание клинического случая из руководства Р. Orłowsky, 1909 [49]):

*«Дело касалось одного австрийского ротмистра, который счастливо женился, но оказался импотентным по отношению к своей жене. По отношению к проститутке он был вполне potentен и регулярно и нормально два раза в неделю совершал половой акт. В качестве адекватного раздражения для этого необходимо было одно за другим: перетягивание шнурком члена и мошонки с одновременной флагелляцией и cunnilingus.*

*Тут не было ни импотенции, ни извращения...»*

Ну, а раз нет болезни (по мнению автора) – то нет и диагноза, а поведение ротмистра оказывается совершенно обыденным. Поэтому сам случай заслуживает только упоминания, но не клинического разбора.

Не менее показательным было влияние известнейшего германского врача профессора барона **Рихарда фон Крафт-Эбинга**, (Krafft-Ebing R.) [39], который долгие годы посвятил тщательнейшему рассмотрению тонкостей интимной жизни, и во множестве работ трактовал её индивидуальные особенности как собрание нелепых, постыдных, трагических или комических сцен, словно нарочито не разбирая понятия нормы.

Отстаивая некий идеал того времени – викторианскую мораль, – Крафт-Эбинг любые отклонения от него трактовал как следствие морального вырождения, в онанизме видел основную причину сексуальных (и не только сексуальных) преступлений. При этом викторианство рассматривало интимную жизнь в любых проявлениях лишь как часть прокреационного процесса, направленно только на обеспечение размножения и полностью исключало знаки внимания, ласки, поцелуи, кокетство; провозглашая, как образец добродетели лозунг «Леди не шевелятся» (имея в виду половой акт).

И лишь в течение XIX – XX веков гораздо большее внимания медицина стала уделять интимной жизни здоровых пар и отдельных людей, признавая, что интимные отношения не сводятся только к продолжению рода, а включают в себя множественные межличностные,

микро- и макро-социальные явления, имеющие собственную ценность не только в рамках понятий о здоровье и патологии.

В XIX веке основные исследования в сексологии были направлены на изучение интимных расстройств в рамках явной психической патологии. В XX веке акценты делались на физиологической стороне обеспечения сексуальных процессов, причём это касалось как нарушений, так и здоровых проявлений сексуальности. За последние 50 лет интерес к сексуальной медицине вообще и к сексуальной терапии, в частности, постоянно возрастал. В настоящее время сексуальные проблемы разделяются на две большие категории: связанные с соматическими или психическими заболеваниями, а также проявляющиеся у практически здоровых людей – причём, в огромном количестве случаев, как проблема пары, а не отдельного человека.

В последние десятилетия основное внимание уделяют рекреативной стороне сексуальности – изучению особенностей нормальной половой жизни здоровых людей в целях улучшения их взаимоотношений, повышения качества жизни, как личной, так и партнёрской. Это связано как с общими тенденциями гуманизации медицины, так и с улучшением качества жизни и увеличением продолжительности жизни в большинстве развитых стран.

Интересы сексологии, в том числе, и медицинской сексологии всё больше касаются изучения физических и психологических факторов, способствующих изменениям в сексуальном интересе и сексуальных реакциях в разных жизненных ситуациях и при разных партнёрских отношениях; на фоне или в рамках соматических заболеваний; разработки препаратов и аппаратов для создания возможности интимных отношений, независимо от уровня полового влечения; и, как общая философская проблема – поддержание полового влечения и достаточно позитивной интимной жизни на протяжении более долгой жизни и более длительных отношений, чем у предыдущих поколений.

Процессы старения населения, увеличение продолжительности жизни приводит к тому, что всё больше становится пациентов обоих полов, желающих продлить активную сексуальную деятельность, которая, с одной стороны, даёт наслаждение и физическое, и психологическое, а с другой, многими людьми расценивается как способствующая укреплению здоровья и продолжительности жизни.

Кроме того, ныне, как никогда, возрос интерес к проявлениям здоровой сексуальности практически во всех слоях любого общества и в любом возрасте. Спекулятивные действия на рынке сексуальной медицины приводят к чрезмерному интересу к этой области знаний, но, в то же время, сами служат показателем этого повышенного интереса.

Постоянно появляются новые препараты сексологической направленности, разрабатываются новые подходы к лечению сексуальных расстройств и к улучшению качества интимной жизни здоровых людей, звучат новые имена – как учёных и изобретателей, так и шарлатанов и мошенников, избравших область интимных отношений для обогащения за счёт наивных и непросвещённых масс.

В резкое изменение ситуации вокруг и внутри отношений сексологов и пациентов вносит огромный вклад развитие Интернета – источника просветительской и недостоверной информации, распространения профилактических и шарлатанских знаний, возможности самостоятельного изучения личных проблем в собственной интерпретации и с собственными взглядами на необходимую терапию.

К сожалению, нередко наблюдается упрощение рассматриваемых явлений интимной жизни – как в общем плане, так и в отношении отдельных пациентов, сведение их проблем к жалобам, возврат к наивной симптоматической сексологии XIX века. Это объясняется разными факторами: отсутствием достаточного числа специалистов-сексологов; обращением пациентов к непрофильным врачам, которые, сами являясь членами общества, несут в себе те же взгляды и ожидания, что и их пациенты, а потому, не имея знаний о внутренней подоплеке

комплекса жалоб, пытаются решать невыявленную проблему методами той специальности, в которой являются профессионалами.

С другой стороны, не менее часты попытки решить интимные проблемы фармакологическим путём, без учёта той огромной роли, которую играют личные установки человека, а также межличностные отношения партнёров в создании комфортной среды, в которой протекает сексуальная жизнь.

Несмотря на то, что интимные отношения подчиняются тем же психологическим законам, что и любая другая область взаимоотношений, врачи достаточно редко обращают внимание на отработку самого процесса общения партнёров на всех уровнях. Эти процессы исследуются, как правило, с участием психолога, ограничиваясь налаживанием общих человеческих взаимоотношений, на фоне которых ожидается улучшение и интимного взаимопонимания. К сожалению, останавливаясь, по выражению Х. С. Каплан [10], «на пороге спальни», врач выпускает из рук контроль за течением процесса, что в огромном количестве случаев приводит к недостаточной адаптации в паре.

Общая ситуация в сексологии осложняется ещё и отсутствием чётко разработанных понятий, касающихся самого сексуального поведения на уровне личности, микросоциума и макросоциума.

Неясными остаются основные вопросы, кажушиеся естественными для определения понятия любой болезни: каковы показатели здоровья и что является присущим расстройству?

Во множестве случаев это определяется субъективно. Не всегда ясно, какие жалобы требуют вмешательства врача, а какие возможно решать психологу. Где грань между реальным и мнимым сексуальным расстройством – от гиперсексуальности до сниженного сексуального влечения или поведения?

В каком соотношении должны быть медикаментозное лечение, психотерапия, супружеская терапия, секс-терапия в каждом конкретном случае? Насколько данное расстройство является следствием собственных проблем или зависящим от партнёра или партнёрских отношений? Каким образом выбрать объективные показатели эффективности терапии: по участию половой жизни, по усилению степени наслаждения пациента или его партнёра (партнёрши), по увеличению ощущения близости с партнёром, по изменению его поведения внутри и вне пары и т. д.?

Кто должен оценивать эффективность – врач или пациент? Необходимо ли использовать стандартные опросники, тесты, дневники самонаблюдения или наблюдения со стороны партнёра для оценки течения терапевтического процесса и насколько все эти способы будут объективны? Вопросы многочисленны, на многие из них врачи отвечают субъективно, что далеко не всегда отражается на эффективности лечения.

Согласно определению ВОЗ [2], сексуальное здоровье это комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих его личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Понятие сексуального здоровья включает в себя три основных элемента:

- способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики;
- свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения;
- отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

Говоря более сжато, сексуальное здоровье – это состояние физического, психического и социального благополучия, связанного с сексуальностью.

Как мы видим, речь идет, скорее, об исключении, чем о правиле, поскольку не существует определения, что подразумевается под благополучием, а тем более, связанным с неопределенными личными нормами.

Тем не менее, существуют состояния, которые расцениваются *человеком* или врачом как «расстройства» – и существует определенное лечение этих расстройств.

Возникает вопрос: какие цели преследует пациент, обращаясь за помощью, и какие цели преследует врач, начиная терапию сексуального расстройства?

Для пациента конечный результат, как правило, достаточно неопределен: чтобы все было хорошо... То есть, на самом деле, пациент желает быть здоровым именно в том смысле, который выражен в определении ВОЗ. При этом он не задумывается о том, что его жалобы могут вовсе не отражать его реального соматического и/или психического здоровья, и что достижение состояния здоровья может быть невозможным в принципе.

Какие цели ставит врач и достижение каких целей ему доступно?

Физическое благополучие может быть достигнуто, в первую очередь, путем лекарственной терапии, а также другими физическими методами воздействия.

Психическое благополучие достигается путем назначения психофармакотерапии, а также психотерапии.

Социальное благополучие достигается путем психотерапии, супружеской терапии, секс-терапии и других видов воздействия на самооценку и партнерские отношения.

И, конечно, состояние каждого из этих видов благополучия влияет и на остальные два показателя.

При этом, в зависимости от сути сексуального расстройства, от вовлечения в процесс тех или иных составляющих, в процессе терапии происходит и воздействие на каждую из составляющих сексуального здоровья. Причем, в определенной последовательности.

Например, при курабельном расстройстве нейрогуморальной составляющей, терапия основного заболевания приводит к улучшению эндокринного статуса, то есть, физического благополучия сексуального здоровья, затем, возможно, к улучшению психического благополучия, и далее – социального благополучия. Хотя, конечно, речь не идет об автоматическом изменении двух последних.

При расстройстве психической составляющей вначале намечается улучшение психического благополучия, затем физического и социального, причем, последовательность или одновременность этих изменений может значительно варьировать.

Поскольку социальная адаптация человека, как таковая, не является областью интересов медицины, подобные состояния обычно рассматриваются с точки зрения наличия психических расстройств, приводящих к социальной дезадаптации. Однако, межличностные отношения в постоянной паре принимаются во внимание в рамках партнёрской сути интимного поведения, что проявляется в привлечении партнёра пациента (пациентки) как для верификации анамнестических данных, так и для проведения психотерапевтического воздействия и супружеской секс-терапии.

Партнерский характер сексуальной функции оказывает на образование, манифестацию, течение и терапию сексуального расстройства весьма неоднозначное влияние. Во многих случаях сексуальное расстройство оказывается частью семейно-сексуальной дисгармонии, которая с какого-то момента может стать самоподдерживающей системой, не дающей человеку повлиять на свое сексуальное здоровье, и даже оказывающей сопротивление попыткам такого влияния со стороны врача.

Принципиально можно говорить, что основной целью терапии сексуального расстройства является восстановление гедонистического компонента близости, возвращение радости от интимного общения, наслаждения процессом или хотя бы удовлетворения от осуществления близости.

Таким образом, в каждом конкретном случае сексуального расстройства сексолог индивидуально оценивает нарушения каждой из составляющих сексуального здоровья, а также партнерских отношений, если пациент состоит в долгосрочных интимных отношениях.

Стоит напомнить, что в сексопатологии отсутствуют стандарты лечения, что связано с ее междисциплинарным характером, с отсутствием фиксированного понятия норм, парным характером большинства расстройств, отсутствием единого языка жалоб и диагнозов на фоне нередкого искаженного описания имеющихся проблем.

Общим для практики работы сексолога является ситуация, когда сам пациент, как правило, не связывает наличие у себя различных жалоб или особенностей в единый симптомокомплекс, и врачу необходимо убедить его в наличии этих внутренних связей.

Возможное сочетание у одного больного разноплановых предрасполагающих факторов (нарушений нейро-гуморальной, психической, эректионной, эякуляторной либо гинекологической составляющих) проявляется в описательном характере сексологического диагноза, отражающего заинтересованность и взаимоотношения различных патогенетических факторов.

Поэтому терапия сексуального расстройства, как правило, многопланова и включает в себя компенсацию как самого декларируемого симптома, так и межличностных, социальных и других последствий его наличия. Кроме того, в большинстве случаев за маской декларируемого нарушения кроются и другие, как правило, достаточно серьезные нарушения различных составляющих.

При этом практически каждое сексуальное расстройство приводит к нарушениям всех трех видов благополучия – физического, психического и социального – хотя бы на уровне микросоциума, супружеской пары.

Поскольку, по Гиппократу, правильный диагноз – половина лечения, диагностика в сексопатологии направлена, в первую очередь, на выявление преимущественно психогенного и/или нозогенного характера заболевания, соотношение обеих частей расстройства, их влияния друг на друга. При этом нарушения социальной адаптации подразумеваются в любом случае.

В то же время, по замечанию Казимежа Обуховского [21] *«...сексуальные особенности индивидов, как, например, половая сила, импотенция, считаются окружающими общественными достоинствами или недостатками, как, скажем, храбрость или трусость, правдивость или лживость, а не просто определенными физическими чертами, подобными остроте зрения или болезням типа туберкулеза или астмы. Этим объясняется стремление человека к приобретению сексуальных достоинств...»*.

Отсюда вытекает необходимость в рамках терапии любого сексуального расстройства проводить как психотерапию, относящуюся к болезненным проявлениям самого заболевания (особенно, при психогенных видах), так и сопутствующих невротических или депрессивных образований.

Обоснованный подход к лечению позволяет проводить терапию эффективно, с минимальными, но достаточными затратами препаратов, времени, средств пациента.

З. Лев-Старович [26] упоминает следующие виды терапии сексуальных расстройств:

- фармакотерапия (в основном, психотропные препараты, адаптогены, местноанестезирующие средства, гормональные препараты, сексуалтоники типа Йохимбина, Виагры и др.);
- физиотерапия (в основном, электрофорез, импульсная электротерапия, гидротерапия, термотерапия, грязелечение, магнитотерапия, индуктотермия, акупунктура, электроакупунктура, ауриколоакупунктура, вибротерапия, массаж, механотерапия, квантовая гамма-терапия);
- тренинговые методы (программа Мастерса и Джонсона; релаксационный тренинг; систематическая десенсибилизация; аверсионное лечение; подражание; самоконтроль; техника терапевтической мастурбации; тактильный коммуникативный тренинг; эмоциональный тренинг);
- гипнотерапия;

- психотерапия
- партнёрская психотерапия;
- групповая психотерапия;

Для сексологии в целом, и для секс-терапии, в частности, важным этапом в развитии стало изменение общих взглядов на мужскую и женскую сексуальность. Половое влечение, как таковое, у представителей разных полов контролируется разными биологическими факторами... а на социальном уровне оценивается с разных точек зрения в соответствии с культурой и моралью данного общества. Как указывают Hill & Preston [34], последнее обстоятельство, несмотря на то, что медицина должна избегать политических влияний, создаёт определённый запрос со стороны пациентов, что необходимо принимать во внимание хотя бы в плане нормализации взаимоотношений между супругами, как представителями социума.

Женщины более длительно проходят стадию развития эротического либидо в рамках психо-сексуального развития, начинают мастурбировать позже и практику мастурбации реже, чем мужчины; склонны к более консервативному и неизменному интимному поведению; на приёме предъявляют сравнительно больше сексуальных жалоб, которые чаще касаются психологические аспекты контактов с мужчинами, чем вопросов физиологического и технического плана (Schmitt, D. [47]).

Мужчины чаще обращаются за помощью с жалобами на неспособность достичь или удерживать эрекцию, на ускоренное семяизвержение – но гораздо реже на нарушение взаимоотношений в паре. Женщины чаще предъявляют жалобы, связанные с отсутствием сексуального интереса или сексуального удовольствия. При этом развитие сексологической лекарственной терапии, в основном, направлено на удовлетворение запросов мужчин, но до сих пор не разработаны препараты, такой подход также является следствием первоначальных взглядов на мужскую и женскую сексуальность.

Основополагающий труд Masters W., Johnson V. [43] был построен на проведении простых аналогий. Предполагалось, что физиологические изменения в организме мужчины и женщины практически идентичны в каждой фазе копулятивного цикла. Воллусту и эрекции соответствуют воллуст и увлажнение влагалища; мужской оргазм с эякуляцией соответствует женскому оргазму и выталкиванию шеечной пробки; все сексуальные проблемы и у мужчин, и у женщин являются проявлением либо соматических заболеваний, либо определенных видов тревожности, страха, беспокойства – и исключение этих негативных моментов автоматически приводит к «естественному» восстановлению удовлетворительного сексуального поведения.

Однако, практика сексологической консультации и лечения демонстрируют различия в мужской и женской сексуальности как на физиологическом, так и на социальном уровнях. Женское влечение больше, чем мужское, строится на стремлении к постоянной эмоциональной связи, но гораздо меньше контролируется уровнем половых гормонов. Тем более это относится к женщинам старше 35 лет и состоящим в постоянных интимных отношениях с одним партнёром (Basson, R. [34]).

Мужчины чаще, чем женщины, связывают сексуальное желание с физиологическими проявлениями – наличием или отсутствием эрекции. У женщин возбуждение, как психическая функция, чаще не ассоциируется и не проявляется в виде увлажнения гениталий (Chivers, M. L., Bailey, J. M [35]).

Для многих женщин сексуальное возбуждение предшествует осознанию сексуального желания, в то время как у большинства мужчин вначале формируется сексуальное желание, а затем возбуждение – со всеми его физическими проявлениями. Как правило, без сексуального желания мужчина не в состоянии достичь эрекции и, тем более, эякуляции.

Это положение вступает в явное (как правило, неосознанное) противоречие с заявлениями множества пациентов о том, что они совершают сношение с партнёршей к которой испы-

тывают только негативные чувства: число склонных к мазохистическим реакциям среди них ничтожно.

Таким образом, современная сексология постепенно формирует отдельный подход к сексуальным проблемам мужчины и женщины – и общий подход к сексуальным проблемам пары.

Отечественная сексология с самого своего становления отличалась двумя особенностями: рассмотрением сексуальных проблем в рамках сексуальной пары и междисциплинарным подходом к диагностике и лечению сексуальных расстройств. Современное состояние отечественной медицинской сексологии характеризуется последовательным развитием идей и осмыслением практических материалов, накопленных за несколько десятилетий.

К особенностям становления сексологии, как науки является ее богатый, накопленный тысячелетиями практический опыт в котором участвовали многие поколения людей, живущих на разных континентах, с разнообразными культуральными особенностями и религиозными представлениями, накладывающие определенные условия по формированию стереотипов сексуального поведения.

Многие нравственные и моральные принципы базируются на определенном учете сексуальности человека, которая до настоящего времени остается окруженной многочисленными мифами, запретами и ограничениями, субъективными установками, передающимися из поколения к поколению и распространяющимися среди населения. Этим можно объяснить и столь позднее развитие научных исследований, и внедрение их в практику. Потребовалось развитие смежных дисциплин и интегрирование их достижений для развития сексологии.

Поскольку история движется по спирали, на современном этапе развития сексологии вновь формируются и пропагандируются упрощенно механистические подходы, объясняющие сложные механизмы возникновения эрекции, акцент делается лишь на сосудистом феномене, упускаются механизмы эротической стимуляции исходящей от партнера, оргастичность женщины оценивается по реакции на так называемую точку G и т. д. Это вульгаризирует медицинский подход к теме, происходит игнорирование представлений о сексологии, как о самостоятельной междисциплинарной клинической дисциплине.

К особенностям современного состояния сексологии следует отметить определённый дисбаланс между наукой и практикой.

Концепция системного структурного анализа сексологических расстройств разработанная Васильченко Г. С. [5], несмотря на большое количество замечаний, имеющих принципиальное значение, сыграла большую историческую роль в становлении сексологии, как самостоятельной дисциплины, так как она способствовала формированию научного подхода, стимулируя развитие принципа системности в сексологии специфичности сексологии, в ориентации ее именно на специалиста-сексолога, а не на врачей смежных специальностей, занимающихся вопросами сексологии.

Предложенная Васильченко Г. С. [5] методика специфического сексологического обследования, охватывающая все функциональные системы организма, участвующие в обеспечении сексуального поведения, до сих пор на протяжении 40 лет является единственной, не ограничивающейся переложением модифицированных диагностических приемов некоторых смежных специальностей, а предлагающей свое собственное содержание,

**Практическим воплощением междисциплинарного подхода явился метод структурного анализа сексуальных расстройств, предусматривающий комплексную разработку проблем сексологии. Этот метод делает возможным постановку развернутого клинического диагноза сексуального расстройства с учетом различных факторов: гормонального обеспечения, состояния урогенитальной сферы, элементарных нервных механизмов и индивидуальных особенностей психики пациента не в их**

**противопоставлении, а с учетом их интегрального взаимодействия, разнонаправленных как патогенных, так и компенсаторных влияний.**

Такой подход открывает широкий простор для построения индивидуализированной, комплексной, поэтапной тактики лечения, имеющей высокую терапевтическую эффективность.

Однако междисциплинарная (системная) модель при всех своих бесспорных достоинствах обладает одной особенностью оцениваемой в современных экономических условиях как недостаток; она требует от врача на начальном этапе обучения овладения обширнейшими знаниями и навыками, а затем трудоемкого обследования каждого пациента.

Так в современной сексологии сложилась парадоксальная ситуация: накоплен большой объем фактического материала, разработаны методы обследования, диагностики, терапии и профилактики, которые не востребованы практикой и не применяются в современных социально экономических условиях по ряду причин в первую очередь, по экономическим. Сексологическая помощь предполагает значительный объем клинических и параклинических исследований с привлечением специалистов разного профиля; часто обследование и лечение требует длительного времени и значительных материальных затрат, что противоречит установкам большинства пациентов, ориентированных на быстрое и незатратное выздоровление.

Такая установка является следствием распространенного мифа о «чудо-докторе» и «волшебной таблетке», действующей мгновенно, надежно и почти бесплатно, активно поддерживаемого средствами массовой информации, рекламирующими средства для чудесного мгновенного исцеления от сексуальных проблем. В мужской сексологии отмечается устойчивая тенденция в сторону фармако-инструментальных методов лечения с поиском быстрого одномоментного решения вопроса (фаллофармакопротезирование, назначение гормональных препаратов и ингибиторов фосфодиэстеразы-5).

Показания к применению этих, практичных, а вовсе не чудодейственных методов четко очерчены на основании клинической картины заболевания. Однако на практике мы встречаемся с тем, что они назначаются без должной оценки сексуальной функции пациента, тем более что в 80 % препарат Виагра и его аналоги реализуется в аптечной сети без рецепта врача. В связи с этим складывается опасная ситуация, так как за 10 лет существования данных препаратов в России, не было предпринято не одного научного исследования по выработке клинических показаний применения этой группы препаратов, по разработке программ по эротической стимуляции, без которой данные препараты неэффективны. И это новое направление работы сексологов, к сожалению, остается без должного внимания заинтересованных в этом фирм, активно рекламирующих лишь эффективность этих препаратов на феноменологическом уровне.

Наихудшая ситуация создается, когда врачи, исходя из представления, что сексуальные проблемы у мужчин определяются низкой концентрацией мужских половых гормонов, назначают гормональные препараты в виде гелей, пластырей, инъекций и т. д. При этом не редкость, когда врач или сам больной произвольно и бесконтрольно увеличивают дозы и сокращают интервалы между инъекциями, превышая тем самым критический уровень андрогенов и нарушая нейроэндокринный баланс, лишая пациентов возможности частичной гормональной компенсации за счет В-фракции андрогенов. Предельным проявлением такой необоснованной гормональной агрессии является фармакологическая кастрация.

Сексологический диагноз должен содержать помимо синдромальной оценки половой функции, психического состояния, учитывающих междисциплинарный и патогенетический подход, также упоминание о патофизиологических механизмах процесса, основанные на современных достижениях смежных дисциплин.



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

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

Особо актуальным при этом является вопрос об эффективности помощи. Наиболее значимой причиной низкой эффективности лечения сексологических расстройств у мужчин является недостаточно полная диагностика, несовершенство методологии постановки и структуры сексологического диагноза, что приводит к разработке недостаточно полной, фрагментарной программы лечения, к необоснованной редукции лечебных мероприятий.

**Сексуальная дисфункция, как состояние, при котором мужчина не может провести в адекватных условиях нормальный половой акт, не существует в качестве самостоятельной нозологической формы.**

*Она возникает и существует как различный по своим феноменологическим проявлениям, сложный по патогенетической структуре и преимущественно затяжной по течению СИНДРОМ многих, самых разнообразных по этиологии и патогенезу органических и функциональных, острых и хронических ЗАБОЛЕВАНИЙ (психозы, аффективные расстройства, органические заболевания ЦНС, эндокринные нарушения, заболевания урогенитальной сферы и т. д.), что и обосновывает необходимость междисциплинарного подхода в оказании сексологической помощи.*

Даже в тех, относительно редких наблюдениях, где сексуальная дисфункция выступает в качестве изолированного моносимптома, например ослабление эрекции, нарушающего микро-социальную адаптацию личности лишь в сексуальной сфере, тщательное целенаправленное сексологическое исследование позволяет выявить скрытые, клинически стертые патологические процессы самой различной локализации и характера.

Перенесенные травмы, инфекции и другие патогенные факторы в так называемые критические периоды индивидуального развития в детском и подростковом возрастах, приводят к формированию стойких резидуальных синдромов нейро-эндокринной дефицитности, что в свою очередь проявляется в виде сексуальной дисфункции, как моносиндрома.

В то же самое время мы наблюдаем, что жалобы на сексуальные дисфункции порой являются первыми проявлениями тяжелых психических и неврологических заболеваний.

Наконец, само по себе сексуальное расстройство, вне зависимости от его генеза и нозологической принадлежности, выступает как мощная психотравма, вызывающая тяжелые и затяжные психогенные реакции и развития личности, усложняющие клиническую картину, затрудняющие диагностику и лечение.

В числе многих коренных отличий и особенностей сексуальной функции, представляющих наибольшее значение для принципиальных методологических основ диагностики и терапии, особое положение занимает ее парность. Поэтому сексуальное расстройство необходимо рассматривать, как парное заболевание, а, следовательно, и в лечебном аспекте подходить к

нему с точки зрения терапевтического воздействия на обоих партнеров, исходя из необходимости восстановления нарушенной адаптации не только физиологической функции, но, в первую очередь, в области нормализации и гармонизации интерперсональных взаимоотношений.

Таковы принципиальные установки отечественной сексологии, всегда отличавшейся своей социальной направленностью.

Учитывая все эти особенности, уже в самом начале процесса терапии, то есть, на наиболее трудном и ответственном этапе – в процессе постановки диагноза, врач-сексолог поставлен в заведомо неблагоприятные условия, затрудняющие и усложняющие его задачу. Он обязан поставить правильный, развернутый нозологический и этиопатогенетический диагноз, часто состоящий из нескольких заболеваний, вскрыть в динамике всю сложную цепь причинно-следственных отношений, основываясь лишь на декларируемых жалобах пациента и на неспецифическом синдроме полового расстройства. Такая задача выполнима лишь для врача, располагающего обширной эрудицией и глубокими профессиональными знаниями по крайней мере в четырех смежных дисциплинах: психиатрии, невропатологии, эндокринологии, урологии (гинекологии). Не дилетантизм, не поверхностное знакомство с вышеуказанными дисциплинами, а глубокий профессионализм и, по существу, энциклопедические знания являются залогом успеха в диагностической и лечебной работе врача-сексолога.

И в этом немаловажная роль отводится умению врача правильно включить в терапевтический процесс партнера данного пациента (пациентки), то есть учитывать парность сексуальной функции, когда попытка помочь лишь одному из партнеров обречена на неудачу.

В женской сексологии на данный момент адекватная модель патогенетической терапии практически отсутствует.

С одной стороны растёт объём открытой информации сексуального содержания, ориентированной на женщин, повышается активность и инициативность женщин в интимных отношениях; с другой стороны – по данным социологического опроса, 52 % женщин репродуктивного возраста вступают в интимные отношения реже 1 раза в месяц. Основной проблемой женской сексологии является в настоящее время изменение мировоззрения общества в целом и женщин, в частности, на гедонистическое, терпимое отношение к сексуальной активности и раскрепощенности.

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.