Федеральное агенство по образованию

Курсовая работа

По дисциплине

«Психологическое консультирование»

Консультирование при сексуальных проблемах мужчин

2008

Содержание

Введение

Глава 1 Психогенные сексуальные проблемы мужчин

* 1. Импотенция
	2. Отсутствие сексуального желания

Глава 2 Консультирование при сексуальных проблемах мужчин

2.1 Метод символдраммы в консультировании мужчин

2.1.1 Основные методы и стили ведения

2.1.2 Целеполагание

2.1.3 Фазы развития сексуального либидо

2.1.4 Мотив «Куст розы»

Заключение

Список использованных источников

**Введение**

Психологическим причинам возникновения сексуальных расстройств в настоящее время посвящено большое количество исследований. Связано это, по-видимому, с тем, что их изучение, с динамической точки зрения, дает ключ к пониманию генеза многих психических заболеваний. Кроме того, в настоящее время одним из наиболее актуальных компонентов при оценке функционирования личности является показатель качества жизни. Именно поэтому воздействия, оказываемые при проведении консультирования сексуальных проблем, более предпочтительны по сравнению с медикаментозной терапией, поскольку позволяют за счет нового, эмоционально значимого опыта изменить существующие стереотипы, раздвинуть границы восприятия, переоценить собственные возможности, более конструктивно реагировать на проблемы межличностных отношений.

В нашем обществе на сегодняшний день вследствие либерализации социальных норм по отношению к сексуальности, распространения книг и видеопродукции, пропагандирующих эротику и секс, сексуальное поведение становится все более свободным, тем не менее, проблемы остаются и даже возникают новые.

К сожалению, уровень психологической культуры населения в России настолько низок, что люди порой не только не знают, что им необходима психологическая помощь, но и не знают о наличии собственных проблем — их они приписывают внешнему окружению. «У меня нет никакого кризиса — это в стране кризис». На сегодняшний день существует огромная потребность в психологической поддержке психически здоровых людей разных возрастов.

Насколько правомерно использование для описания психологической поддержки терминов «консультирование» и «психотерапия»? Существует определенная путаница при их употреблении. В психотерапии сферой воздействия является психическое здоровье людей, в психологическом консультировании и коррекции — «психологическое здоровье», то есть психологические аспекты психического здоровья. В психотерапии идет работа с больными людьми, в психологическом консультировании — со здоровыми, испытывающими трудности разрешения той или иной критической ситуации. Исходя из этого, определим цель психологического консультирования - психологическая поддержка здоровых людей в критических ситуациях. При этом под критической ситуацией, согласно Ф. Е. Василюку, будем понимать ситуацию невозможности, т. е. «такую ситуацию, в которой субъект сталкивается с невозможностью реализации внутренних необходимостей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)». [2] Итак, объект исследования - сексуальные проблемы мужчин. Предмет исследования – методы психологического консультирования при сексуальных проблемах мужчин.

До последнего времени в отечественной сексопатологии аналитически ориентированные методы противопоставлялись академическому классическому клиническому подходу к пониманию динамики развития и становлению сексуального влечения (либидо). Однако, детальное изучение возможностей использования метода «символдрама» в клинической практике врача-сексопатолога позволило выявить безусловную связь основных понятий классической сексологии и закономерностей развития используемого в технике символдрамы образа соответствующего мотива. Это один из самых гуманных и красивых методов в психотерапии, который успешно используется во многих странах мира. В последние годы символдрама становится все более популярной в России.

Цель настоящей работы – ознакомиться с методом символдраммы в консультировании при сексуальных проблемах мужчин.

Задачи – рассмотреть основные психогенные сексуальные проблемы мужчин, а так же основные принципы метода символдраммы, динамика развития имагинативных процессов при представлении образов по технике символдраммы.

**1. Психогенные сексуальные проблемы мужчин**

Сексуальные расстройства в наши дни превращаются в массовое явление. Как показал опрос, проведенный в США в 1970 г., от 30 до 50 % мужчин испытывают проблемы с потенцией. Эти данные дают основания предполагать, что многие наши клиенты переживают подобные проблемы, независимо от того, по какой причине они приходят за помощью к психотерапевту. Так, например, некоторые люди переживают из-за несоответствия полового поведения тем стандартам, которые они видят на экране или о которых читают в книгах.

Также основная причина сексуальных проблем кроется в психическом напряжении, тревожности, внутренних конфликтах, поскольку сексуальная сфера человека особенно чувствительна к эмоциональным стрессам.

В психологическом консультировании приходится чаще сталкиваться с сексуальными проблемами, хотя иногда клиенты желают обсудить и технические аспекты сексуальной жизни. Исходя из этого, я хотела бы рассмотреть психогенные (не обусловленные органическими причинами) наиболее часто встречающиеся сексуальные дисфункции.

**1.1 Импотенция**

Психогенная импотенция в большинстве случаев не является сексуальным нарушением в собственном смысле слова: ведь не нарушена ни сексуальная сторона сама по себе, ни строение гениталий. Временную импотенцию даже скорее следует считать нормальной реакцией организма на переживание ситуаций, когда желаемые сексуальные действия были бы совсем не уместны. Большинство мужчин, которые обращаются по поводу импотенции к сексопатологу, на вопрос о том, как они себя чувствуют в постели перед половым актом, отвечают обычно, используя всевозможные позитивные атрибуты, как например, «супер», «эротично», «я завожусь» и т. п. Однако, когда пациента начинают расспрашивать специалисты, скоро выясняется, что эти высказывания далеко не верные. Они лишь только повторяют, что ожидает от себя сам мужчина и что общество считает нормой «мужской страсти и силы», но не то, что мужчина ощущает на самом деле. В действительности часто он чувствует все, что угодно, но не наслаждение и ничем не омраченное удовольствие. Он настолько далек от своих подлинных ощущений, что не замечает или не хочет замечать, что этих необходимых для эрекции эмоциональных базовых предпосылок у него вообще нет. Многие мужчины бывают поражены и глубоко «тронуты», когда в ходе беседы становится ясно, как сильно страх неудачи препятствует полноценному развитию наполовину уже присутствующего чувственного желания. Сдерживаемое подобным образом сексуальное возбуждение снижается еще больше, если на протяжении длительного времени и с возрастающей озабоченностью мужчина наблюдает прогрессирующее недостаточное отвердение полового члена, отчаянно сравнивая его с тем, что должно быть. Не нужно говорить, что такие «озабоченные» оценки и наблюдения не способствуют эротизации. Но страдающий импотенцией мужчина это мало осознает, особенно в критической ситуации. Он не считает свои проблемы естественным следствием своего нервного, неприятно вялого эмоционального состояния, а часто даже считает, что в его гениталиях есть какой-то дефект. Он стремится, во что бы то ни стало вызвать в своем теле не соответствующую его эмоциональному состоянию эрекцию. Он даже становится противником самого себя, когда отчитывает себя в монологе с самим собой. Более того, он часто оказывается неспособным к эрекции, потому что ошибочно исходит из того, что он способен к ней.

К такой позиции склонны, прежде всего те мужчины, кого с самого детства приучали, что самое важное – исполнять то, чего от тебя ждут другие, а не действовать в соответствии с собственными желаниями. Поэтому таким мужчинам сложно просто предаться удовольствию, позволить всему происходить так, как получается. Более того, им сложно позволить себе быть свободным и делать в гармонии с партнершей то, что им хочется, не думая при этом, что должно происходить что-то определенное. Они не могут предаться разумному эгоизму и видеть в женщине в постели также и «сексуальный объект». Это не получается, прежде всего, у таких мужчин, которые невротически закомплексованы, зажаты в своей агрессии и самосознание которых нарушено. Обобщая, можно сказать, что психогенные сексуальные проблемы в целом и импотенция в особенности связаны не с тем, что человек «не может», а с тем, что он себе «не разрешает». Исходя из этого, основополагающие задачи психотерапии сексуальных расстройств связаны с развитием самооценки, с изменением образа самого себя и с вопорсом: «Как относиться к телу, как изменить свои взгляды и установки, чтобы отвечать на сексуальное возбуждение желанной реакцией?»

**1.2 Отсутствие сексуального желания**

Отсутствие сексуального желания может быть бессознательным выражением проблем в отношениях или внутриличностных напряжений. «Нет» может означать отказ дать партнеру удовлетворение, отказ подтвердить его сексуальную привлекательность, «нет» может поколебать убежденность партнера, что его «хотят». Так как люди часто легко ранимы, особенно в том, что касается их сексуальности, то это оружие эффективно используется в борьбе полов. Есть много бессознательных причин, чтобы при помощи отказа в сексе заставить другого человека в чем-то раскаяться, о чем мы сами часто и не догадываемся. Например, такой причиной может быть разочарование в супруге, что он или она не тот «принц» или «принцесса», какими их считали. Также и партнеры, которые запутались в борьбе за власть, не «хотят» испытывать никакого вожделения к своему «контрагенту». Они не хотят только потому, что этого «хочет» партнер. Причины недостаточного сексуального желания не всегда связаны с такими агрессивными чувствами, как вражда или месть. Возможно, наиболее частый мотив – это конфликт близости и дистанции. Он существует там, где в отношениях четко не определено, насколько каждый из партнеров может считать допустимой ту степень психической близости и зависимости, не боясь при этом потерять свою автономию, и насколько самостоятельности каждый готов развить до той степени, чтобы у обоих не сложилось впечатление, что они уже больше не пара. Для всех этих амбивалентных стремлений сексуальность во многом служит регулятором для установления равновесия в отношениях. Потребность в близости или необходимость дистанции представляет собой консистентную характеристику личности. Наряду со страхом слишком большой физической близости далее следует привести другие частые причины психогенного сдерживания сексуального желания. Это воспитание, враждебно настроенное к проблеме сексуальности, словно промывание мозгов вдалбливает, что сексуальное удовольствие – это что-то греховное. Еще одна частая причина отсутствия сексуального желания – это депрессия, а также тяжелые стрессовые состояния. Ментальный механизм отсутствия сексуального желания функционирует обычно так, что человек концентрируется на негативных вещах, словно перед его внутренним взором прокручивается анти-эротическое видео. Возможно, поэтому он и делает прямо противоположное тому, что обычно делает человек, который настраивается на сексуальное состояние. Человек, для которого несложно захотеть и получить удовольствие, возбуждается именно благодаря тому, что у него появляются приятно возникающие представления.

**2 Консультирование при сексуальных проблемах мужчин**

**2.1 Метод символдраммы**

Ханскарл Лейнер (21.01.1919-22.06.1996) основоположник Кататимно-имагинативной психотерапии (символдрамы), Международного общества Кататимного переживания образов и имагинативных методов в психологии и психотерапии (МОКПО), а также Европейского медицинского общества психолитической терапии. Долгие годы он руководил отделением психотерапии и психосоматики в психиатрической клинике Гёттингенского университета в Германии. Главный итог его жизни и творчества - это создание и развитие им метода аналитически ориентированной психотерапии - Кататимного переживания образов (техники “сновидений наяву” или “символдрамы”), уникального по своей эффективности, четкости изложения, глубокой научной обоснованности, системной проработанности, и, одновременно, простоте освоения. После окончания медицинского института Ханскарл Лёйнер работал врачом-невропатологом в клинике нервных болезней Марбургского университета. Молодого врача интересовала работа с символами, образами, бессознательным, он сам проходил юнгианский анализ. Но отношение к К.Г. Юнгу в академических кругах было в то время, мягко говоря, критически-скептическим. Многое, о чём говорил или писал К.Г. Юнг, было плодом его фантазий и интуиции, не выдерживая проверки в ходе строгого научного эксперимента. Это и побудило Ханскарла Лёйнера провести серию экспериментов, позволяющих, оставаясь на позициях экспериментальной науки, тем не менее, шагнуть в столь интересовавшую его область образов, символов, бессознательного. Ханскарл Лёйнер хотел лишь улучшить психоанализ, но, как это часто бывает, создал что-то совершенно новое. Экспериментальные исследования были начаты в 1948 г. и продолжались долгих шесть лет, прежде чем в 1954 г. вышла первая статья о Кататимном переживании образов. Было создано новое направление психотерапии – Кататимное переживание образов или символдрама.

Сам Х. Лёйнер изначально не собирался создавать новый метод психотерапии. Он лишь хотел усовершенствовать и развить психоанализ. Но как это часто бывает с людьми творческими, активными, смелыми, у которых всегда много идей, рано или поздно они становятся диссидентами в своей профессиональной среде. Х. Лёйнер действительно слишком далеко отошел от того, что тогда было принято в психоаналитическом сообществе.

Свободные ассоциации использовали в своей работе и З. Фрейд, и К.Г. Юнг, и А. Адлер. В соответствии с принципом свободных ассоциаций, З. Фрейд считал, что мысли пациента - даже самой незначительной, самой сотой, самой тысячной - необходимо дать возможность свободного развития. Таким образом, в психоанализе мы имеем дело, прежде всего, с мыслями, которые приходят в голову пациенту. В то же время в воображении пациента возникают также и образы, которые тоже развиваются в свободных ассоциациях. Так же, как и символдрама, психоанализ тоже работает с образами.

**2.1.1 Основные принципы и стили ведения**

Чем же метод символдрамы отличается от психоанализа и других методов психотерапии, которые тоже опираются на использование представления образов? Что же особенного в символдраме, в чем ее суть? Создатель Кататимно-имагинативной терапии выделил тогда три главных основополагающих принципа, которые отличают символдраму от других направлений психотерапии. Это те «три кита», на которых стоит символдрама:

1 принцип управляемой регрессии;

2 эмоционально-корректирующее воздействие;

3 пациент представляет образы непосредственно в присутствии психотерапевта.

*Принцип управляемой регрессии.* Без регрессии невозможно проведение психотерапии по методу символдрамы. Именно погружение пациента в состояние регрессии отличает символдраму от поведенческой психотерапии, созданной на основе учения И.П. Павлова. Процесс научения может проходить без регрессии. Символдрама, в отличие от научения, – это процесс развития. Благодаря регрессии в состояние, которое человек переживал в прошлом, происходит своеобразная рефлексия прошлого. Человек вспоминает, анализирует, а если надо, то и исправляет в своем воображении то, что было в его жизни. По сути символдрама – это регрессия обратно в прошлое. Причем регрессия в символдраме управляемая. Это означает, что регрессивный процесс контролируется и направляется через постоянный диалог клиента и терапевта.

*Эмоционально-корректирующее воздействие*. Регрессия позволяет скорректировать травматические переживания прошлого. Пациент приобретает эмоционально-корректирующий новый опыт. Впервые этот феномен описал Франц Александер, немецкий психоаналитик, эмигрировавший подобно многим другим известным психоаналитикам из гитлеровской Германии в США.

*Пациент представляет образы непосредственно в присутствии* *психотерапевта*. Представление образов происходит при эмоциональном участии сидящего рядом психотерапевта, то есть образ возникает непосредственно в присутствии психотерапевта. И этим психотерапия по методу символдрамы отличается от других имагинативных техник, где тоже используется представление образов. Для сравнения: в методе активного воображения по К.Г. Юнгу, который он использовал как инструмент «продвинутого» этапа анализа, пациент представляет свой образ один без присутствия аналитика и лишь затем рассказывает ему о своем имагинативном переживании. На высшей ступени аутотренинга по Й. Шульцу, где тоже используются имагинации, пациент также сначала представляет образы молча и лишь затем рассказывает о них психотерапевту. Представление образов используется и в поведенческой психотерапии, где служит эффективным психотерапевтическим фактором. В символдраме создание образа происходит не только при непосредственном присутствии психотерапевта, но и в диалоге с ним.

Итак, далее, мы будем говорить о возможных стилях ведения в психотерапии. Поскольку есть определенный набор техник, "инструментов", вы можете выбирать, какие из них применять в терапии, и, таким образом, формировать разные стили ведения.

В символдраме существует много вариантов стиля ведения, которые зависят от индивидуальных особенностей терапевта, и очень важно, чтобы мы использовали себя позитивно и конструктивно. Прежде всего, мы должны быть честны, иначе мы слишком влияем на процесс символдрамы. Стиль, также, зависит от личности пациента и того, какие проблемы он предъявляет. Также, на разных этапах терапии мы выбираем разные техники. Даже в рамках одного сеанса терапевт может переключаться, важно чтобы он осознавал, когда, и какие именно техники он использует. Чтобы он пользовался всем этим намеренно и сознательно. Терапевту важно увидеть, например, что он слишком захвачен или удивлен. Арсенал методов должен быть как можно более широким и гибким.

*Активный стиль ведения.*

Этот стиль может ощущаться как поддержка пациента. Вы поощряете, помогаете, пациент чувствует, что терапевт вместе с ним, терапевт охраняет пациента, дает энергию и силу и уменьшает тревожность. Но, с другой стороны, активность терапевта может усилить сопротивление и тогда оно будет сфокусировано на терапевте, и пациент будет "сбегать" из образа. При этом, пациент может становиться пассивным и отказываться нести ответственность за то, что происходит в образе. Эта ошибка часто проявляется у начинающих терапевтов.

*Свободный стиль.*

Это значит, что вы предоставляете много свободы пациенту, и при этом центром терапии является пациент. Образы, которые возникают у пациента, будут, скорее, не структурированными и могут стимулировать творческие способности пациента. И этот метод ведения может усиливать тревожность. Отрицательным может быть то, что он может восприниматься как отсутствие интереса к пациенту. Это может быть и защитная реакция самого терапевта, если он боится и не уверен в себе. Также, таким образом, могут проявляться бессознательные садистические черты терапевта, что, обычно, усиливает тревожность. Такой стиль может маскировать бессознательное отвержение пациента самим терапевтом. Но также можно этот стиль рассматривать как применение ассоциативного метода.

*Отзеркаливающий или отражающий стиль.*

Пациент чувствует принятие со стороны терапевта. Терапевт, как бы, следует за тем, что происходит с пациентом в образе, он сопровождает пациента и позволяет происходящему случаться. Недостатки этого стиля заключаются в отсутствии вовлеченности терапевта в происходящее и недостаточной поддержке. Появляется риск остановки процесса. По сути, это замаскированная пассивность. Этот стиль может восприниматься как монотонный, а порой провоцирующий.

*Эмоционально поддерживающий стиль.*

Терапевт "принимает" пациента и как бы благодарит его за тот материал, который предоставляет пациент, старается придать уверенность и храбрость. Недостатки этого стиля в том, что результатом может быть подавление инициативы пациента и его ответственности за то, что происходит. В этом может проявляться тревожность самого терапевта. В переносе может присутствовать чрезмерная идеализация и зависимость. Тут должен быть баланс между поддержкой и степенью фрустрации, которую вызывает терапевт.

*Конфронтационный стиль.*

Этот стиль может обеспечить хорошее продвижение процесса, может приводить к прорыву, изменению. Он усиливает самооценку пациента и повышает вероятность переживания инсайта. Но при этом также усиливается тревожность. Недостаток такого стиля ведения в том, что он ставит под угрозу устоявшуюся структуру защит и усиливает сопротивление. Он может вести к отрицательному переносу и конкурентной борьбе за власть и контроль.

*Стиль дзюдо.*

Мы, как бы, присоединяемся к сопротивлению. Тут нет борьбы за власть и престиж, и появляется возможность избежать интенсивного переноса. Недостатки этого стиля в том, что он оказывается очень провоцирующим и пассивным. Например, если возникает какая то проблема в образе, как следствие сопротивления, то вы, активно принимаете это, и осознанно уходите от её преодоления. Если пациент, не хочет предпринимать какие либо целенаправленные действия в образе, вы, осознанно, позволяете это сделать. Вы замечаете это, запоминаете и откладываете на "полочку", в банк данных. Преимущество этого стиля в том, что иногда, когда вы действуете заодно с сопротивлением, то тогда может произойти что-то позитивное, всплыть ценный материал.

*Стиль, ориентированный на действие.*

Это что-то очень близкое к активному стилю, но это стиль узко ориентирован на стимулирование пациента, все время, что-то делать в образе. Это может привести к определенному прорыву, стиль поощряет к действиям. Но отрицательные черты в том, что он может быть поверхностным, так как вы можете утратить связь с эмоциями, чувствами. Такой метод может приводить к тревожности самого терапевта. Также, он может привести к пассивности пациента и усиливать сопротивление.

*Стиль ведения, при котором используется техника "остановки картинки".*

В ситуации, когда пациент сталкивается с каким-то пугающим образом, вы говорите: "Остановитесь и стойте там, где вы находитесь". Предлагаете пациенту ничего не делать. Поддерживаете пациента в том, чтобы он просто наблюдал, просто стоял и наблюдал то, что происходит. Возникает феномен "замораживания образа". В течение нескольких интервенций, задача просто помочь пациенту стоять, и вынести это чувство тревожности. Это такой способ конфронтации. Такая техника не уменьшает конфронтацию, тревожность при этом не снижается, пациент её всё равно испытывает. Но вместе с тем, пациент вам верит, что ничего не случится, и этим вы помогаете ему. Смысл этого метода состоит в том, что вы помогаете пациенту выносить тревожность. Даете пациенту время, рассмотреть, что представляет собой этот образ. Это также может привести к смене настроения, к определенному прорыву, связанному с объектной репрезентацией. Такая техника, также, усиливает "Я". Недостаток стиля связан с определенным риском появления слишком сильного тревожного чувства.

В символдраме нам нужно проявлять терапевтическую активность определенным образом, и эти действия отличаются от тех, которые применяют при обычной психодинамической психотерапии. Мы даем инструкции, обычные при этой технике, например, закрыть глаза, расслабиться. Также мы пользуемся инструментом, которым являются мотивы. Затем мы применяем технику основной ступени, а это означает, что мы проявляем свою активность, задавая определенные вопросы, мы структурируем пространство терапии определенным образом. Мы также выполняем функцию поддержки пациента, мы контейнируем производимое содержание, и мы, своим присутствием, подтверждаем то, что делает пациент. Мы действуем на символическом уровне, и терапевт является, одновременно, и наблюдателем и участником событий внутреннего мира другого человека. Терапевт должен работать на уровне вторичных процессов, присутствуя в обычной реальности, в то же время, быть с пациентом на уровне первичных процессов, находясь в образе. Сложность работы терапевта состоит в том, что он должен быть расщеплен между двумя мирами, он должен сидеть с открытыми глазами и, одновременно, быть в образе, понимать и руководить процессом, который происходит на первичном уровне. Поскольку пациент испытывает перенос, то терапевту следует работать также над осознанием своих контрпереносных чувств. Это означает, что мы должны очень четко осознавать наше собственное любопытство, наши импульсы и побуждения. Нужно учиться осознавать, каким образом, наши собственные побуждения, управляют процессом символдрамы. Нужно все время помнить, что символдрама, это очень глубокий и мощный процесс, который происходит с внутренним миром человека.

**2.1.2 Целеполагание**

Главным вопросом, по мнению А.Блазера и соавторов, является вопрос о том, как пациент до настоящего времени пытался решить данную проблему? Изменилась ли его жизнь? Стало лучше или хуже после попытки решения? и т.д.

Условия, связанные с историей жизни пациента. Особого анализа заслуживают обстоятельства жизни, соответствующие первому проявлению проблемы, изменения жизни в тот период, обстоятельства жизни в то время, а также, следует проследить динамику проблемы и выявить факторы, способствующие закреплению проблемы.

Функциональное значение. В ходе анализа жизни пациента вопрос формулируется как: «Для чего?». Это обусловлено рассмотрением проблемы и пациента в рамках подсистемы в контексте более общей системы (партнёрские отношения, семья, общество). В этой связи задаются вопросы: а) Какой смысл или какое конечное значение имеет проблема? б) Какую цель она преследует, какую задачу решает? в) Для чего нужна пациенту эта проблема или для чего он её культивирует? Чего он пытается тем самым добиться? г) Какую роль он тем самым приписывает себе или какая роль отводится ему другими? д) Какую функцию выполняет проблема в теперешней жизненной ситуации пациента, в его отношениях? и др.

По мнению А. Блазера и соавторов, определение проблемы содержит гипотетическое объяснение и предполагает постановку цели, которая определяет конкретную стратегию психотерапии. В этом смысле, чем более многосторонний анализ проблемы был произведён, чем более детально удалось выявить все составляющие конкретных сложностей пациента, тем более реалистичной окажется совместная с пациентом постановка цели терапии и выбор правильной терапевтической стратегии.

Поэтому выдвигаются следующие требования к формулированию проблемы самим пациентом совместно с терапевтом, следующие параметры: прежде всего, понятность такой формулировки самому пациенту, в которой присутствует конкретное содержание, исключающее абстрактные определения и рассмотрение в ней различных сторон проблемы. А Блазер и соавторы выделяют три черты определения проблемы:

- формулировка должна включать личное местоимение «Я» и конкретное содержание, чтобы пациент мог отождествиться со своей проблемой;

- при объяснении проблемы следует учитывать её различные аспекты, что сделает понятным вытекающие из этого психотерапевтические стратегии; тот или иной аспект проблемы представляется в её определении более полно в зависимости от степени понимания пациентом этого аспекта и его готовности к этому;

- конкретные указания по поводу действий, направленных на решение проблемы, в которых даются позитивные формулировки.

Исходя из такого определения проблемы выводится цель, которая обладает такими основными качествами, как конкретность, оперативность, указание на необходимые действия и реалистичность. В ней отсутствуют абстрактные определения, типа «найти смысл жизни», «стать счастливым» и т.д.

Расспрос пациента не должен иметь авторитарный характер, а вплетаться в изложение пациентом своих трудностей. Вопросы обо всех трёх аспектах проблемы рассматриваются на уровне конкретных межличностных отношений и позволяют понять, как пациент оценивает собственную роль в возникновении проблемы. У пациентов, как правило, нет ответов на все эти вопросы, но их постановка уже даёт возможность сформулировать проблему более определённо. Здесь когнитивные процессы осмысливания ситуации выступают как приём целеобразования, обуславливая формирование ведущего, центрального процесса смысловой регуляции деятельности – процесса целеполагания.

Нам представляется возможным, для определения того, что пациента беспокоит, но что он ещё не готов сознательно предъявить как проблему психотерапии, сразу после обсуждения вышеописанных трёх аспектов проблемы, до её определения и постановки цели, предложить пациенту начальный тест "Цветок", выявляющий эмоционально-образные ассоциации к малоосознаваемым аспектам вопросов, затронутых при обсуждении проблемы. Образные ассоциации, течение и содержание которых может в значительной мере определяться затронутыми так или иначе в ходе предыдущего обсуждения аффективными комплексами, проявляя эмоциональную окраску, личностный смысл различных аспектов проблемы для пациента, позволяют, на мало осознаваемом уровне, решать задачи целеобразования.

Вопрос о необходимости чёткого определения целей краткосрочной терапии совместно с пациентом очень целесообразен. Такая необходимость диктуется тем, что пациенты, часто затрудняются поставить конкретную цель для краткосрочной терапии, или же ставят нереалистические цели. Было подчёркнуто, что попытка чёткого определения цели, начиная с первой встречи, интенсифицирует процесс решения проблемы.

**2.1.4 Фазы развития сексуального либидо**

С точки зрения Общей психологии Васильченко определяет «либидо» (лат. «влечение», «желание», «похоть») более узко, чем это принято в психоанализе. Как известно, в психоанализе либидо – это энергия, подоснова всех преобразований сексуального влечения. В аналитической психологии К.Г. Юнга понятие «либидо» используется в расширенном смысле и означает «психическую энергию» как таковую По Васильченко, сексуальное либидо для мужчины - это интерес к женщине как к половому партнеру и желание провести с ней половой акт. Васильченко выделяет следующие фазы развития либидо:

понятийное либидо – для него характерно абстрактное (понятийное) отношение к женщине и отсутствие чувственного опыта; мальчик, юноша, мужчина только думают о женщине в соответствии со своими абстрактными представлениями;

платоническое либидо – эта стадия предпочтения, восхищения, идеализации женщины; для нее характерна способность юноши или мужчины выбрать одну женщину, которой посвящаются все мысли, желания, чувства - словно «…рыцарем на картине, что на звезды смотрит и ждет» (Н. Гумилев); негативной стороной платонической стадии развития либидо является то, что чувственный компонент сексуальных отношений рассматривается как грязный и греховный;

эротическое либидо – для него характерны тактильные прикосновения, поверхностный (без прикосновения к гениталиям) и глубокий (с прикосновениями к гениталиям) петтинг;

сексуальное либидо, при котором происходит половой акт;

зрелая сексуальность – это способность создать устойчивые взаимоотношения с постоянной партнершей, что делает возможным не только удовлетворение сексуальных потребностей, но и позволяет реализовать потребность в создании семьи; зрелая сексуальность предполагает способность к самоограничению и сдерживанию.

Указанные фазы развития сексуального либидо характеризуют прежде всего процесс онтогенеза, когда ребенок, подросток, а затем взрослый человек последовательно проходят интерес к противоположному полу сначала на понятийном, затем на романтическом, потом на эротическом и, в конце концов, на сексуальном уровне. В то же время описанная Васильченко последовательность фаз сексуального либидо характерна также для развития чувств по отношению к конкретному объекту любви. Сначала чувства испытываются на платоническом уровне, затем на романтическом, потом происходит эротическое сближение, и лишь потом отношения достигают сексуального уровня. Достижение более зрелой фазы сексуального либидо не перечеркивает предыдущие фазы. Они продолжают играть важную роль в сложном комплексе сексуальных отношений, образуя основу для более зрелых отношений. Всегда возможны сочетания различных фаз сексуального либидо. Формально перейдя к последующей фазе развития сексуального либидо, человек по существу может внутренне остаться на предыдущих стадиях.

Выделение фаз развития сексуального либидо имеет важное значение для проведения психотерапии нарушений сексуального поведения, которые могут быть вызваны фиксацией, застреванием на промежуточной стадии развития либидо или ситуацией, когда в ходе развития отношений с женщиной какая-то фаза пропущена или прожита в недостаточной мере. В таких случаях, как показывает клинический опыт, переживание последующих фаз не будет стабильным.

**2.1.5 Мотив «Куст розы»**

В применении метода символдрамы для диагностики динамики полового самосознания у мужчин, нами использовался предложенный Х. Лёйнером мотив «куст розы», когда пациента просят представить куст розы на краю луга, а затем сорвать с него один цветок. Символ куста розы или шиповника на краю луга глубоко связан с немецкой архетипической культурой, на которую опирался Х. Лёйнер.

Важным является, как выглядят цветы, нерешительность пациента сорвать цветок («Розе будет больно…»), его страх уколоться и т. п. Этот мотив имеет центральное значение для лечения сексуальных расстройств.

Исследования показали, что в славянской культуре мотив «куст розы» также оказался диагностически и психотерапевтически высокоэффективным. При этом нами выделены следующие этапы развития процесса имагинации, которые являются существенными для развития процесса диагностики.

После проведения предварительной беседы с сидящим в удобном кресле или лежащим на кушетке пациентом проводится упражнение на релаксацию по методике, близкой к аутогенному тренингу по Й. Шульцу. После чего пациенту предлагается представить «луг».

После возникновения образа пациент дает его общую характеристику, включая как подробные детали, так и чувства и субъективные оценки образа в целом. Следует расспросить пациента о погоде, времени года, времени суток; о размерах луга, о том, что находится по его краям, о растительности на лугу. Образ луга - это матерински-оральный символ, отражающий как связь с матерью и динамику переживаний первого года жизни, так и актуальное состояние, общий фон настроения. Фактор настроения может быть представлен в характере погоды, времени суток и времени года. В норме это летнее время года или поздняя весна, день или утро, погода хорошая, на небе солнце; вокруг богатая, сочная растительность, представленная обилием трав и цветов; луг приветливый, даже ласковый, залитый ярким солнечным светом. Спустя 3-5 минут работы по технике мотива «луг» пациенту предлагают оглядеться вокруг и посмотреть, есть ли где-то куст розы. Как правило, куст розы представляется где-то на краю луга. Пациента просят его подробно описать. Указанное описание дает возможность исследовать понятийную фазу развития сексуального либидо по классификации Васильченко.

На этом этапе пациент получает инструкцию выбрать один из цветов розы, который нравится ему больше всего. Пациент дает развернутое описание выбранного цветка и указывает основания своего предпочтения. Особенно важным является субъективный эмоциональный чувственный тон, связанный с объектом выбора. По классификации Васильченко этот этап соответствует платонической фаза развития либидо.

Трудности в выборе конкретного цветка на кусте розы могут быть вызваны фиксацией на сочетании понятийной, эротической и сексуальных фаз развития либидо при недоразвитии платонической фазы. Символдрама открывает возможность для проведения соответствующей диагностики и психокоррекции.

Цветок следует обрисовать во всех подробностях, описать его цвет, размер, форму, описать, что видно, если заглянуть в чашечку цветка и т. п. Цвет розы может отражать степень сексуальной зрелости. Считается, что самые сильные эмоции вызывает у человека красный цвет. Сочетание красного, желтого и оранжевого цветов считается самым сексуальным. Розовые цветы могут символизировать инфантильность, «розовые мечты», желание, чтобы окружающие относились к тебе как к ребенку; желтые розы могут быть связаны с ревностью; белые розы – целомудренность, платонические, духовные отношения, идеализация; оранжевые розы – символ силы личности и возможного подавления окружающих. Листья на стебле символизируют витальную силу или ее отсутствие. Сам стебель символизирует фаллическое начало, опору, стержень личности. Шипы на стебле розы символизируют опасности, сопровождающие страсть. Если в воображении пациента их слишком много, то такой человек находится во власти страха и утрирует опасности. Если шипов нет или их очень мало, то такой человек пренебрегает опасностями, связанными с сексуальными отношениями, не замечает их, излишне легкомыслен.

Пациент 35 лет, женат, двое детей, находящийся в командировке вдали от дома, представил далеко на краю луга куст розы с нежными маленькими розовыми цветами, которые он связал с отношением к жене и к которым ему хотелось подойти. Но, сделав несколько шагов, он почувствовал слева сильный аромат роз. Повернувшись, он увидел куст роскошных красных и алых роз. Пациент решил «пойти налево» к красному кусту, в чем проявилась проблема выбора, связанная с недоразвитием платонической фазы сексуального либидо.

На следующем этапе пациенту предлагается попытаться дотронуться в своем воображении кончиком пальца к стеблю, провести по нему, коснуться шипов, листьев, лепестков цветка и, наконец, вдохнуть аромат розы. Пациента расспрашивают о его чувствах и ощущениях. Важно описать также эмоциональный тон, непосредственно идущий от цветка. Соответственно, исследуется эротическая фаза развития либидо по Васильченко.

Далее пациенту предлагается сорвать или срезать розу, что символически характеризует формирование сексуальной фазы развития либидо. Некоторым пациентам (не достигшим, по классификации Васильченко, сексуальной фазы развития либидо) это сделать особенно трудно. Иногда пациенту жалко, что розе будет больно (фиксация на платонической стадии развития либидо, когда физическая близость, половой акт рассматриваются как что-то грязное). Другие боятся уколоться шипами (у них гипертрофированно чувство опасности перед возможными неприятными последствиями сексуальной близости). Один наш пациент представил на стебле розы много мелких иголочек, как на кактусе. Он знал, что, с одной стороны, это не так больно, и можно потерпеть. Но если он сорвет розу, ему потом долго придется вынимать из пальцев неприятные иголки. Тем не менее, это не остановило его сорвать цветок. В жизни пациент также был склонен к риску и был готов терпеть возможные неприятности, связанные с сексуальными отношениями.

По тому, как пациент относится к предложению сорвать розу, можно судить о степени его сексуальной зрелости, как это демонстрируют два следующих примера из практики Х. Лёйнера. Х. Лёйнер работал с юношей 18 лет, не достигшим еще полной мужской зрелости, что отразилось при представлении «куста розы», как видно из следующего протокола: «Я вижу красивый широкий куст розы. Цветы все белые. Они мне очень нравятся, в них что-то приятное, нежное, закрытое.» (Психотерапевт: «Они еще закрыты, или некоторые уже открылись?») «Нет, все еще закрыты, многие только в бутонах.» (Психотерапевт: «Они все белые, или среди них есть также некоторые розовые или, может быть, красные цветы?») «Нет, все совершенно белые и нежные. Я гораздо больше люблю белые розы, чем розовые или красные» (Психотерапевт: «Могли бы Вы сорвать одну из роз, чтобы поставить дома у себя на столе в вазе?») «Нет, мне бы этого не хотелось, они слишком нежные, еще такие целомудренные. Мне кажется, было бы нехорошо их здесь рвать. Может быть, они вообще не будут цвести в моей вазе. К ним просто не прикоснуться».

Х. Лёйнер отмечает, что не требуется никакого особого искусства интерпретации, все уже содержится в выражениях нашей речи. Бутоны символизируют неготовность к сексуальным отношениям, незрелость. Белый цвет символизирует целомудрие, платонические отношения.

И другой пример: Х. Лёйнер предложил тот же тест мужчине, который очень много ездил в различные поездки. Когда Х. Лёйнер попросил его представить «куст розы», ему сразу же представилась вместо куста хрустальная ваза, стоящая в его комнате. Ваза была полна уже срезанными крупными, душистыми розами. Они уже полностью раскрылись, на некоторых уже опадали отдельные лепестки, что свидетельствовало, с одной стороны, что «сорвать розу» не представляет для него никакой проблемы, розы сами уже готовы, а с другой стороны, наблюдалось уже некоторое пресыщение сексуальными отношениями.

Одной из причин невозможности сорвать розу (например, роза, к которой протягивает руку пациент, загорается пламенем и сгорает на глазах у пациента) может быть непреодаленная эдипальная зависимость от матери. Мужчина на бессознательном уровне продолжает относиться к матери как к объекту инфантильной сексуальной привязанности. Ей принадлежит вся его любовь. Автоматически включается табу на инцест – бессознательный запрет на сексуальные отношения с матерью. Поэтому связанная с любовью к матери роза часто представляется целомудренного белого цвета. Таким мужчинам обычно нравятся женщины, в которых они бессознательно «видят» мать, но по отношению к которым они внутренне не могут позволить себе осуществлять сексуальные действия. Непреодаленная эдипальная зависимость от матери, переживаемая на бессознательном уровне, может быть причиной нарушения эрекции. Проведение психотерапии по методу символдрамы позволяет эмоционально проработать эдипальный конфликт и преодолеть эректильную дисфункцию.

Пациент представил поле белых роз. Луг, поле – это символ матери, роза – символ любви. В бессознательном пациента вся любовь принадлежит матери. Но отношение к матери в силу табу на инцест не может быть эротичным или сексуальным. Поэтому либидо пациента фиксировано на платоническом уровне, что символизирует белый цвет роз на поле. На предложение психотерапевта, поискать, есть ли где-нибудь розовые или красные розы, пациент сказал, что за пределами луга (т. е. вне отношений с матерью) он «видит» красные розы. Но и там у него возникли трудности, когда ему нужно было сорвать цветок. Стебель розы превратился в длинный канат с якорем на конце, который словно пуповина, связывал его с землей. Глубинно-психологический подход в понимании символики, принятый в символдраме, считает, что земля, «мать сыра земля» – это важнейшие орально-материнские символы. Пациент бессознательно связан символической пуповиной с телом матери.

При диагностическом использовании режиссерские принципы ведения имагинации должны содержать в себе минимум императивности, что позволяет оценить дифференцированность фаз развития либидо, их гармоничность и центрированность. При пассивном, креативном раскрытии образа есть возможность исследовать механизмы регрессии и фиксации либидо в системном его понимании. Классическим примером подобной фиксации является невозможность выбора конкретного цветка (вариант полевого поведения, нарушение еще на стадии понятийно-эротической фазы), либо – невозможность сорвать понравившийся цветок из-за боли, причиняемой ему (фиксация на платонически-эротической фазе, боязнь сексуальных отношений, идеализация партнерши).

На последнем этапе пациенту предлагается отнести розу в дом и разместить ее там, что также иногда вызывает трудности у пациента. В доме пациент ставит розу в воду и любуется ею (с символической точки зрения, важно, захочет ли пациент подрезать стебель розы, добавить что-нибудь в воду, чтобы роза лучше стояла, и т. п.). Это символически характеризует развитие зрелой сексуальности, т. е. способности создать устойчивые взаимоотношения с постоянной партнершей, что необходимо для реализации потребности в создании семьи. Например, некоторые мужчины берут розу с корнями, что символизирует установку на то, чтобы «взять» женщину со всеми ее корнями, родственниками, близкими. Другие считают, что партнершу нужно сначала воспитать, исправив то, что не сделали ее родители. Они постоянно одергивают и поправляют партнершу («не болтай так много по телефону»), принимают за нее решения, навязывают ей свое представление о счастье и подталкивают к соответствующим действиям, демонстрируют, что не уважают ее интеллектуальные способности («ты это не поймешь»), неуважительно относятся к ее вкусам («как ты можешь слушать такую музыку»). В образе это может проявляться в том, что стебель розы нужно сначала подрезать, обжечь на огне, разбить молотком и т. п.

Один пациент, женат, двое детей, глубоко и искренне любящий жену, сорвал розу на клумбе, принес домой и поставил в вазу в спальне. Все оставшееся время он любовался ее. Только здесь роза расцвела во всей своей красе. Для пациента характерна зрелая сексуальность с устоявшимся выбором и стабильной системой ценностей.

Указанная выше методика может быть проведена в различных модификациях, в зависимости от задач психотерапевта. Использование мотива «куст розы» оказалось высокоэффективным при лечении психогенных эректильных дисфункций, как показывает следующий пример.

Пациент, по профессии техник-механик, 51 год, 30 лет в браке, двое детей 27 и 18лет. Живет с женой в отдельной квартире и жилищными условиями доволен. Небольшого роста (170 см), полный, с лысиной. Причина обращения – притупление оргазма и снижение эрекции, что не позволяло проводить введение полового члена без дополнительных манипуляций руками. Наблюдались застойные явления в предстательной железе. Одна из предположительных причин снижения эрекции – травма в пояснице.

Вспоминает, что интерес к женщине как к половому партнеру и желание провести с ней половой акт (либидо) проявилось примерно в 12 лет. Первое семяизвержение произошло при полюции в 14 лет. Мастурбировал с 15 до 21 года примерно два раза в неделю. Мастурбация была заместительного типа, т. к. не было женщины. С 17 до 21 года практиковал поверхностный и глубокий петтинг. Информацию о половой жизни получал от друзей. Первый половой акт был в 20 лет, расценил его как слишком быстрый. Частота половых сношений до брака составляла примерно два раза в неделю. В брак вступил в 21 год. Свою жену он выбрал по внешней и духовной привлекательности. У супруги сексуальность была пробуждена сразу. После брака в медовый месяц частота половых сношений составляла 3-4 раза в неделю. В условно-физиологический ритм (УФР), т. е. 2-3 половых сношения в неделю, вошел практически сразу, что является одним из признаков слабой половой конституции (в медовый месяц частота половых актов достигает иногда семи сношений в день). Максимальный эксцесс (количество заканчивающихся семяизвержением половых актов в сутки) не превышал двух. Последний раз-два заканчивающихся семяизвержением половых сношения за сутки было у него в 45 лет. Легко переносит абстиненцию 14 дней. Абстиненция проявляется болью в яичках, на фоне абстиненции появляются полюции. Настроение перед половым актом обычно плохое, испытывает тревогу. Длительность полового акта 5-7 минут. На момент обращения сохранялись утренние спонтанные эрекции.

Пациент предпочитает широкий диапазон приемлемости (разные позы, нетрадиционные формы удовлетворения сексуальной потребности, орально-генитальные и орально-анальные ласки), однако в супружеской паре из-за позиции жены диапазон приемлемости узок, что является одним из факторов дисгармонии супружеских отношений. Предпочтительное время проведения полового сношения у пациента – в 4 часа утра. Позы проведения полового акта его устраивают. От нежелательной беременности пара предохраняется при помощи календарного метода по фазам менструального цикла.

Поведение жены перед половым актом пациента не устраивает, так как жена своими действиями и ласками не усиливает его сексуального возбуждения. Однако сам половой акт и половые отношения в целом его устраивают. В то же время, на бессознательном уровне отношения с супругой в целом не соответствуют желаниям и ожиданиям пациента.

У пациента существует феномен «потери полового члена во влагалище», так как жена после родов не тренировала мышцы влагалища на сокращение по технике W.H. Masters и V.E. Johnson. Установка в сексе характеризуется социокультурным мифом «Мадонны и Блудницы»: он хотел бы иметь чистую, как мадонна, жену, женственную и верную, а половую жизнь вести с развратной блудницей, чувственной, доступной, кокетливой. У пациента игровой тип сексуальной мотивации: он любит в сексуальных отношениях игру, фантазию, творчество, любит экспериментировать. Психосоциальный тип – «мужчина-ребенок». В общении с супругом жена занимает позицию «обвинителя». Пациент демонстрирует инфантильный тип привязанности.

Любит свою жену, мировоззрение и убеждения супругов соответствуют друг другу, моральные установки тоже взаимно соответствуют. Это во многом и удерживает их вместе. Ролевой позицией жены в семье в целом тоже удовлетворен. Внебрачные связи отсутствуют. Свою верность жене объясняет тем, что не было желания изменять, не было нужды в других женщинах. Иногда возникающие конфликты с женой связаны с семейным бюджетом.

Считает свою внешность затрудняющей контакты с женщинами, в том числе с целью сближения (низкий, толстый, лысый). Было проведено пять сеансов психотерапии, включавшей три сеанса рациональной психотерапии, одно занятие по методу символдрамы (мотив «куст розы») и одно занятие с использованием гипноза.

На четвертом сеансе пациенту было предложено представить «куст розы» по методу символдрамы. Пациент представил красно-желтые цветы, росшие прямо из паркета. Образ был неустойчивый, пациент тщетно пытался его удержать. Начался приступ нервной дрожи. Сидящего в кресле пациента колотило так, что ему пришлось судорожно вцепиться в подлокотники. Происшедшее произвело на пациента сильнейше эмоциональное впечатление. После этого состоялось аналитическое обсуждение, позволившее ему осознать свои проблемы, а также эмоционально их отреагировать. В результате у пациента восстановилась эрекция. На следующем, последнем пятом сеансе, он с радостью сообщил о своем выздоровлении. Для закрепления полученного эффекта и диагностики актуального состояния был проведен сеанс легкого гипноза, во время которого спонтанно возник образ куста розы. На этот раз образ был устойчивый. На кусте было много разнообразных цветов. Пациент испытывал радость и гордость, что он может легко представлять и удерживать образ любых роз.

Психотерапевтическое воздействие метода символдрамы опирается на глубокое эмоциональное прорабатывание внутренних бессознательных конфликтов и проблем. Наши проблемы имеют прежде всего эмоциональную природу. Символдрама позволяет работать с ними именно эмоциональными средствами. Само название метода – символдрама или Кататимное переживание образов - указывает на связь с эмоциями и происходит от греческих слов «ката» («соответствующий», «зависящий») и «тимос» (одно из обозначений «души», «эмоциональности»). Кататимное переживание образов на русский язык можно было бы перевести как «эмоционально обусловленное переживание образов» или «переживание образов, идущих из души». Мы работаем с наиболее глубокими и подлинными переживаниями. Благодаря этому даже негативные переживания в образе, как в представленном примере лечения эрекильной дисфункции, могут иметь мощный психотерапевтический эффект. Символдрама дает нам возможность глубоко пережить, проработать и принять то, что при использовании вербально-когнитивных техник психотерапии оставалось бы на поверхностно-понятийном уровне.

Проведенные нами исследования позволяют рекомендовать использование метода символдрамы как адекватного средства диагностики динамики полового сознания и высокоэффективной коррекции сексуальных нарушений.

Ошибочно мнение, будто психоаналитики все проявления человеческой жизни сводят исключительно к проявлению сексуального инстинкта. Зрелая сексуальность, с точки зрения современного психоанализа, предполагает не только биологическую потенцию и способность переживать оргазм, но и целый ряд психологических особенностей, которые необходимы человеку чтобы любить и быть любимым. К таким психологическим свойствам можно отнести:

1. Способность учитывать и уважительно относиться к личности другого человека;

2. Достаточно высокая самооценка;

3. Относительная независимость и самостоятельность;

4. Способность к эмпатии, т. е. к сочувствию и вчувствованию в состояние другого человека;

5. Способность к частичной идентификации с другим человеком;

6. Способность устанавливать, поддерживать и сохранять отношения с другими людьми;

7. Для этого необходимо благополучно пройти фазы сепарации и индивидуации по М. Малер;

8. Умение воспринимать чувства, "задействованные" в любви, а также способность к их развитию;

9. Должна быть благополучно достигнута и пройдена "депрессивная позиция" по М. Кляйн, т. е. способность воспринимать себя и других как потенциально "хороших" и "плохих;

10. Описанная Д.В. Винникоттом способность быть одному;

11. Должны быть в основном преодолены эдипальные конфликты;

12. Отношения с любимым человеком не должны быть чрезмерно отягощены переносом и проекциями из раннего детства, а также должны быть относительно свободны от объектной зависимости;

13. Должно быть положительным отношение к собственному телу;

14. Необходимо уметь переживать такие чувства, как радость, боль и печаль;

15. Необходимо освободиться от патологических фиксаций на непреодаленных стадиях развития в детстве;

16. Соответствующим образом должны быть скомпенсированы и выровнены дефициты в предшествующем развитии.

Основные преимущество психотерапии по методу символдрамы при лечении сексуальных нарушений у мужчин, как показали исследования, в следующем:

- Психотерапию по методу символдрамы можно проводить только с одним из партнеров без соответствующего лечения другого партнера;

- Символдрама может применяться в качестве краткосрочной психотерапии с хорошим клиническим результатом;

- Символдрама может применяться в любом психотерапевтическом учреждении или в рамках частной практики (в случае владения психотерапевтом соответствующим методом). В этом случае не требуется особых приспособлений или наличия специализированной «секс-клиники», как это, например, принято в США;

- Одновременно можно проводить лечение широкого спектра функциональных сексуальных нарушений у мужчин. Психотерапия не сводится только к какой-либо определенной психодинамике и не ограничивается какими-либо избранными симптомами.

**Заключение**

Клиническая практика неоспоримо доказывает надуманность противопоставления классических, академических методов отечественной сексопатологии и современных психоаналитически ориентированных методов психотерапии и дает основания использовать символдраму как метод лечения и диагностики. Особенно эффективным метод символдрамы оказался у лиц с выраженным образным мышлением. Он позволяет также вести лечебно-диагностическую работу с пациентами, испытывающими трудности в выражении своих эмоций и переживаний на вербальном уровне, которым очень сложно выразить свое внутреннее отношение к женщинам, особенно в тех случаях, когда необходимо выявить тонкие нюансы внутреннего восприятия, оценки, отношения к женщине, как к партнеру в интимной близости. Сказанное относится также к невозможности получить от пациента какие-либо обобщения относительно своего внутреннего отношения к женщине, как к противоположному полу.

Психогенные сексуальные нарушения не причиняют болезненных страданий в собственном смысле слова. Этот симптом в большинстве случаев служит нормальным выражением охватившего в данный момент человека состояния. Таким образом, в симптоме заключено какое-то «послание», которое нужно уметь понять. Психотерапия сексуальных расстройств помогает клиенту таким образом изменить окружающие его условия, чтобы желаемая сексуальная физиологическая реакция могла стать возможной и адекватно сочеталась с чувствами.

Процесс консультирования не ставит своей целью создание совершенно нового человека, он лишь открывает перед ним возможность стать самим собой, т.е. дает стартовый толчок для самостоятельной работы клиента над собой. Следует помнить самое главное: решение должно приниматься самим клиентом без принуждения, без оправданий и без необходимости перекладывать ответственность за это на кого-то еще. Консультирование как особый вид отношений помощи, характеризующихся «стержневыми условиями», или как репертуар воздействий, которые описываются в различных теориях. В различной степени все консультационные подходы фокусируются на изменении чувств, мыслей и действий людей таким образом, чтобы люди могли жить более эффективно.

Следует помнить самое главное: решение должно приниматься самим клиентом без принуждения, без оправданий и без необходимости перекладывать ответственность за это на кого-то еще.

Консультанты, независимо от избранного ими теоретического направления, придают особенно большое значение повышению личной ответственности клиентов за ход их собственной жизни. Клиентам необходимо делать выбор, который даст им возможность чувствовать, думать и действовать эффективно. Клиенты должны быть способны испытывать и выражать чувства, думать рационально и предпринимать эффективные действия, только тогда они смогут добиваться своих целей. Клиенты постоянно делают выбор. Как отмечает Маслоу; «Выбирать развитие и рост вместо страха по дюжине раз на дню значит дюжину раз в день делать шаги по направлению к самоактуализации».

Консультанты работают наиболее эффективно тогда, когда им удается научить своих клиентов помогать самим себе после окончания консультирования. Итак, конечная цель консультирования — научить клиентов оказывать помощь самим себе и таким образом научить их быть своими собственными консультантами.

В ходе настоящей работы мы ознакомились с методом символдраммы в консультировании при сексуальных проблемах мужчин.

А так же решили ряд задач – рассмотрели основные психогенные сексуальные проблемы мужчин, а так же основные принципы метода символдраммы и динамика развития имагинативных процессов при представлении образов по технике символдрамы.

**Список использованных источников**

1. Пахальян В.Э. Психологическое консультирование: Учебное пособие. – СПб: Лидер, 2006. – 256 с

2. Мэй Ролло. Искусство психологического консультирования. Как давать и обретать душевное здоровье. М.: Аперель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс 2002. -256 с.

3. Кочюнас Р; Психологическое консультирование. Групповая психотерапия. - М.: Академический проект; ОППл, 2002. – 464с., стр 219-226

4. Алёшина Ю.А. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М., 2000.

5. Роджерс К. Клиент-центрированная психотерапия. Пер с англ. (Рожковой Т., Овчинниковой Ю., Примочкиной Г.) – М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО – Пресс, 2002. – 512с. С 37-49.

6. Колесников Г.И., Стародубцев С.В. Основы психологического консультирования: Учебное пособие. – М.: ИКЦ «МарТ»; Ростов н/Д: Издательский Центр «МарТ», 2006. – 192с.

7. Нельсон-Джоунс Р; Теория и практика консультирования – СПб: Изд-во «Питер». 2000. – 464 с. Илл стр 12-26.

8. Болотова А.К., Макарова И.В., Прикладная психология, Учебник для ВУЗов – М.: Аспект Пресс, 2001 -383с. стр 306-315

9. Коттлер Дж; Психотерапевтическое консультирование, - СПб.: Питер, 2001.-464 с.: илл, стр. 282-284 c.

10. Колесник О.Б. Диагностические и терапевтические возможности символдрамы при нарушениях смыслообразования // Символ и Драма: сцена психотерапевтического пространства. Харьков, Регион-Информ, № 2, 2000, с. 49-52.

11. Лёйнер Х. Кататимное переживание образов. Пер. с нем. – М.: Эйдос, 1996. – 253 с.

12. Лёйнер Х. Основы глубинно-психологической символики // Символдрама. Сборник научных трудов под редакцией Я.Л. Обухова и В.А. Поликарпова. - Мн.: Европейский гуманитарный университет, 2001. – 416 с.

13. Макаров В.В. Избранные лекции по психотерапии. – М.: «Академический проект», Екатеринбург: «Деловая книга», 1999. – 416 с.

14. Обухов Я. Л. Символдрама и современный психоанализ. - Харьков: «Регион-информ», 1999, 251 с.