## Лечение половых расстройств

До 1970 г. лечение половых расстройств и разного рода половые проблемы находились в ведении психиатрии (Levine, 1976). Лечение обычно бывало длительным, а результаты сомнительными. Традиционной моделью было индивидуальное лечение (каждым пациентом занимался один врач).

Сегодня сексотерапией занимаются люди самых разных профессий: психологи, врачи (как психиатры, так и специалисты в других областях медицины), работники социальной службы, медицинские сестры, разного рода консультанты, теологи и многие другие. В сексотерапии существует много различных подходов и некоторые из них описаны ниже.

### Метод Мастерса и Джонсон

Мастере и Джонсон начали проводить свою новаторскую программу лечения половых расстройств в 1959 г. Она значительно отличается от прежних методов лечения. Главное ее отличие в том, что Мастере и Джонсон работают только с парами (а не с отдельными пациентами), будучи убеждены, что любая сексуальная проблема, возникшая между людьми, преданными друг другу, не может не касаться их обоих. При такой постановке вопроса центр тяжести переносится с индивидуума на взаимоотношения. Кроме того, это дает возможность определить более точно масштабы проблемы. Мастере и Джонсон установили, что опрос обоих партнеров обычно оказывается более полезным, чем односторонние сведения, сообщаемые одним из них. И, наконец, такая стратегия дает возможность достигнуть сотрудничества и понимания со стороны обоих партнеров, что способствует устранению проблемы.

Логическим продолжением такого подхода представляется совместная работа двух терапевтов - мужчины и женщины. Такой тандем усиливает объективность процесса лечения и благодаря сочетанию мужской и женской точек зрения делает его более сбалансированным; кроме того, при этом каждый из половых партнеров оказывается пациентом врача того же пола, что и он сам, что облегчает общение. Тандем терапевтов может также выступить в роли модели, например продемонстрировать пациентам искусство эффективной коммуникации.

Другой важный элемент метода Мастерса и Джонсон - интеграция физиологических и психологических данных для постановки диагноза и лечения. В прошлом многие психиатры никогда не обследовали своих пациентов, опасаясь, что это может вызвать нежелательные сексуальные ощущения и осложнить отношения с ними. Мастере и Джонсон признали необходимость выявить соматические нарушения, которые могут потребовать терапевтического или хирургического вмешательства, а не сексотерапии. Они обнаружили также, что во многих случаях можно оказать на пациентов благотворное влияние, объяснив им анатомию и физиологию сексуальной реакции.

Наконец, для метода Мастерса и Джонсон характерна быстрота и интенсивность лечебного процесса. Общение с супружескими парами происходит ежедневно на протяжении 10-14 дней (в среднем лечение обычно продолжается 12 дней). Такая непрерывность благоприятствует некоторым аспектам сексотерапии, уменьшая беспокойство пациентов или помогая им избегать ошибок. Партнерам рекомендуется также по возможности освободиться на эти две недели от своей обычной работы, семейных и общественных обязанностей, с тем чтобы сосредоточить внимание и чувства на своих взаимоотношениях, не отвлекаясь ни на что другое.

При клинической проверке этой схемы стало ясно, что лечение гораздо более эффективно, если партнеры посещают клинику ежедневно, а не раз или два в неделю на 50 мин.

Охарактеризовав в общих чертах метод Мастерса и Джонсон, следует изложить ряд выработанных ими дополнительных концепций.

1. *Лечение следует подбирать таким образом, чтобы оно соответствовало конкретным потребностям каждой данной пары.* При этом необходимо ориентироваться прежде всего на ценности и устремления этой пары. Врачи не должны навязывать пациентам собственные взгляды.
2. *Сексуальная активность рассматривается как одна из естественных функций, регулируемая в значительной мере рефлекторными реакциями.* На половую функцию оказывают воздействие многие факторы, разрушающие эти естественные рефлексы, однако "обучение" желательным сексуальным реакциям обычно не входит в задачи сексотерапии. Мастере и Джонсон уделяют главное внимание выявлению препятствий, блокирующих эффективное функционирование половой сферы, и оказанию помощи людям в устранении или преодолении этих препятствий. Иногда для восстановления нормальных функции недостаточно устранить препятствия, особенно если половая функция была нарушенной в течение всей жизни. Таким людям необходимо специальное лечение, облегчающее возникновение возбуждения или совершенствующее половую технику.
3. *Нередко главная причина половых расстройств заключается в страхе перед неудачей и "самонаблюдении", поэтому лечение проводится на нескольких уровнях.* Давление, создаваемое сознанием необходимости совершить половой акт, вначале устраняется в результате прямого запрета прямого полового контакта. Затем партнерам помогают вновь испытать чувственную радость, которую дают прикосновение и ощущение прикосновения, не имеющие целью вызвать сексуальную реакцию (упражнения в пределах "чувственного очага"). Сексопатологи помогают также партнерам изменить словесные оценки своих ожиданий, с тем чтобы не оценивать все, что они делают, как "успех" или "провал". Они дают также своим пациентам "разрешение" волноваться, что помогает последним более свободно говорить о том, что их беспокоит. Такое открытое обсуждение часто снижает интенсивность страхов.
4. *Не следует пытаться выяснить, кто "повинен" в возникновении сексуальной проблемы, так как это только мешает делу.* Вместо этого надо помочь партнерам установить, что помогает им почувствовать себя спокойно и приятно, а что вызывает напряженность и раздражение. Такой подход побуждает каждого из партнеров взять ответственность на себя, а не ждать, пока другой партнер начнет стараться создать "нужное" настроение, придать "нужный тон" или "нужный стиль" интимным отношениям.
5. *Особенно важно помочь партнерам понять, что секс - всего лишь один из компонентов их отношений.* Нередко, когда в жизни людей возникает какая-либо сексуальная проблема, это вызывает у них такое беспокойство, что они уделяют непропорционально много времени размышлениям и разговорам на эту тему. Секс, конечно, не должен целиком поглощать их мысли, но им не следует и пренебрегать. Один из трюизмов сексотерапии состоит в том, что улучшение взаимоотношений между партнерами вне спальни скорее всего приведет к их улучшению и за ее дверями.

#### СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ПО МАСТЕРСУ И ДЖОНСОН

Первый день лечения начинается со знакомства пациентов и их врачей, которые, представившись, объясняют, что будет происходить в течение нескольких последующих дней. После этой первой встречи партнеров разделяют, и врачи проводят с каждым из них (врач-мужчина - с мужчиной, а врач-женщина - с женщиной) беседу, выясняя во всех подробностях историю их жизни. После перерыва на обед, во время которого врачи обсуждают полученные ими сведения, начинается вторичный опрос партнеров, но на этот раз врач-мужчина разговаривает с партнершей, а врач-женщина - с партнером. В завершение этого перегруженного дня оба пациента проходят полное физикальное обследование. На следующее утро у них берут кровь для проведения общего анализа.

Второй день посвящен "круглому столу" с участием врачей и обоих пациентов. Врачи излагают свое мнение относительно половых и неполовых проблем, выявленных у обследуемой пары, и откровенно высказывают свое мнение о шансах на успешность лечения. Пациентов просят высказать свои замечания по поводу выводов врачей и исправить возможные фактические ошибки. Врачи стараются объяснить наиболее вероятные причины полового нарушения (и) или проблемы (м) и начинают описывать в общих чертах план лечения. Обычно при этом идет разговор о сексе как естественной функции организма, о том, как возникает страх неудачи, об эффекте самонаблюдения и о важной роли способности к коммуникации. В заключение круглого стола пациентам обычно советуют заняться упражнениями по фокусированию чувственных ощущений (они описаны в следующем разделе) в уединении собственного дома или номера в отеле.

Самый первый опрос продолжается обычно от получаса до двух часов, второй, т.е. после обмена мнениями между врачами, примерно 45 мин для каждого партнера. Круглый стол занимает обычно до полутора часов. Все эти сроки варьируют и частично зависят от разговорчивости пациентов. Последующие ежедневные встречи продолжаются в среднем по часу.

Начиная с третьего дня оба пациента встречаются с обоими врачами на четырехсторонних интервью, хотя иногда врачи беседуют с каждым из партнеров по отдельности, чтобы выяснить, нет ли у них каких-нибудь проблем, которые не хотелось бы обсуждать в присутствии другого партнера. Ежедневно каждого партнера просят рассказать о событиях предшествующих суток, уделяя особое внимание характеру общения во время упражнений по фокусированию ощущений.

Интересно отметить, что большая часть времени на этих лечебных сеансах обычно бывает посвящена темам, не имеющим непосредственного отношения к сексу (как справляться с гневом; самоуважение; борьба за лидерство), хотя врачи стараются, занимаясь другими проблемами своих пациентов, сообщать им сведения об анатомии и физиологии половых органов.

#### ФОКУСИРОВАНИЕ ОЩУЩЕНИЙ

В начале лечения каждой паре предлагают воздержаться от прямых половых сношений, связанных с контактом гениталий. Такой подход помогает устранить давление, возникающее из-за страха неудачи при половом акте, и создает условия для разрушения порочного круга "страх-самонаблюдение-неудача-страх", который во многих случаях глубоко укоренился. Обучение более эффективным способам половых взаимодействий основано на идее фокусирования ощущений.

На первой стадии обучения фокусированию ощущений паре предлагают провести два сеанса, во время которых каждый из них прикасается к телу другого, причем грудь и гениталии объявляются "запретными зонами". Цель прикосновений состоит не в том, чтобы вызвать сексуальное возбуждение, а в том, чтобы открыть для себя ощущения, вызываемые прикосновениями партнера. Партнеров предупреждают, что каждый из них должен действовать в соответствии с собственными желаниями, а не стараться угадать, что нравится или не нравится другому. Подчеркивается, что прикосновение не должно превращаться а массаж или в попытку вызвать половое возбуждение.

В начальный период упражнения по фокусированию чувственности должны проходить по возможности в молчании, так как слова могут отвлечь от физических ощущений. Однако тот из партнеров, к которому прикасаются, должен дать понять другому либо без слов (языком тела), либо словами, если то или иное прикосновение ему неприятно.

Хотя многие люди говорят: "О, мы уже раньше прикасались друг к другу множество раз: нельзя ли обойтись без этого и перейти на более высокий уровень?", эта первая стадия имеет важное значение во многих отношениях. Она позволяет врачу получить дополнительное представление о взаимодействиях между партнерами. Кроме того, эта стадия имеет чисто лечебное воздействие: об этом свидетельствует тот факт, что многие мужчины, которые на протяжении долгих лет при попытке совершить половой акт не могли достигнуть эрекции, вдруг обнаруживали у себя необычайно сильную эрекцию; возможно, это было связано с устранением давления, создаваемого ощущением необходимости совершить половой акт. Ведь им было сказано, что от них не ожидают возникновения полового возбуждения, а если даже оно и возникнет, то его не следует реализовывать. И, наконец, такие прикосновения - прекрасное средство для снижения чувства тревоги и обучения общению без слов.

На следующей стадии упражнений по фокусированию ощущений область прикосновений расширяется и в нее включают грудь и гениталии. Положения, указанные на рисунке, рекомендуются, но они необязательны. Партнеру, совершающему прикосновения, объясняют, что начинать следует не с гениталий, а с каких-нибудь других участков тела. И снова главная цель должна заключаться в физическом ощущении прикосновений, а не в ожидании какой-то особенной сексуальной реакции.

На этой стадии партнерам обычно предлагают испробовать метод "рука на руку" как более непосредственный способ коммуникации без слов. Партнеры проделывают это упражнение по очереди. Положив руку на руку своего партнера в то время, когда другой рукой он прикасается к ее телу, женщина может дать ему почувствовать, хочется ли ей, чтобы он надавливал сильнее или слабее, гладил быстрее или медленнее или же перешел бы на другой участок тела. Затем все это повторяется с мужчиной, который в свою очередь сигнализирует о своих предпочтениях. Смысл всей этой процедуры состоит в интеграции молчаливых посланий таким образом, чтобы партнер, к которому прикасается другой партнер, не превращался в "регулировщика уличного движения", а просто вносил некоторый дополнительный вклад в процесс прикосновений, производимый в первую очередь исходя из интересов "прикасающегося" партнера.

На следующей стадии обучения фокусирова-нию ощущений мужчине и женщине предлагают прикасаться друг к другу не по очереди, а одновременно. Это имеет две цели: во-первых, создается естественная форма физического взаимодействия ("в жизни" люди обычно не прикасаются друг к другу по очереди); во-вторых, это удваивает потенциальные источники чувственного вклада. Эта стадия имеет очень важное значение для преодоления стремления к самонаблюдению, поскольку единственное, что может сделать наблюдатель, это переключить внимание на какую-то часть тела своего партнера (погрузиться в прикосновение) и совершенно отвлечься от наблюдения за собственной реакцией. Партнерам напоминают, что какого бы сильного возбуждения они не достигли, половой акт все еще остается под запретом.

При последующих упражнениях по фокусирова-нию ощущений продолжаются те же действия, но в какой-то момент партнеры переходят в положение "женщина сверху" без попыток введения полового члена во влагалище. В этом положении женщина может играть с половым членом, потереть его о клитор, вульву или отверствие влагалища, независимо от того, находится ли он в эрегированном состоянии или нет. Если возникнет эрекция и если ей захочется, она может ввести кончик члена во влагалище, но при этом все ее мысли должны быть сосредоточены на физических ощущениях, с тем чтобы сразу прекратить свои действия или вернуться к простым прикосновениям или объятиям, не затрагивающим гениталии, если у нее или у ее партнера проявится стремление к половому акту или какое-то беспокойство. После того как партнеры начинают чувствовать себя достаточно уверенно на этом уровне, настоящее половое сношение обычно не вызывает трудностей.

Все подобные приемы могут показаться очень простыми, однако важно понять, что все это лишь составные элементы тщательно разработанной программы психотерапии, а не просто набор каких-то трюков или фокусов. Самое главное их достоинство состоит в быстром и эффективном действии даже в тяжелых и запущенных случаях.

#### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ СТРАТЕГИИ

Описанная выше в общих чертах схема лечения, применяемая Мастерсом и Джонсон, дополняется некоторыми другими методами, используемыми при лечении различных половых расстройств.

При *нарушениях эрекции* важно помочь человеку понять, что он не может вызывать эрекцию по собственному желанию, точно так же как не может произвольно понизить свое артериальное давление или повысить частоту сердечных сокращении. Он *может* создать благоприятные условия для того, чтобы взяли верх его собственные естественные рефлексы, если не будет пытаться достигнуть эрекции и постарается преодолеть страх перед неудачей. Неудивительно, что у мужчины с нарушениями эрекции часто возникают сильные эрекции на первых же занятиях по фокусированию чувственных ощущении. Это может ободрить его, но, кроме того, важно, чтобы мужчина (и его партнерша) поняли, что утрата эрекции *не есть* признак неудачи; это просто показывает, что эрекции возникают и исчезают естественным образом. Поэтому следует объяснить женщине, что при возникновении эрекции она должна прекратить поглаживание полового члена и другие ласки, с тем чтобы у мужчины была возможность убедиться, что эрекция вернется при возобновлении прикосновений. С этим связана и другая проблема: многие мужчины с расстройствами эрекции стремятся совершить половой акт как только у них возникает эрекция, так как опасаются, что она быстро пройдет. Эта "спешка" создает еще одно отрицательное давление и обычно приводит к быстрой потере эрекции.

Когда делается попытка совершить половой акт (только после того, как мужчина прибрел достаточную уверенность в своей способности к эрекции и оказался в состоянии ослабить самонаблюдение), женщине предлагают ввести себе половой член. Это избавляет мужчину от необходимости решать, когда его следует ввести; кроме того, он не "отвлекается" на поиски входа во влагалище.



При лечении *преждевременной эякуляции* наш метод общения с обоими партнерами особенно важен, поскольку это расстройство может оказаться на самом деле более неприятным для женщины, чем для мужчины. В этих случаях, помимо обсуждения физиологии эякуляции, врачи вводят специальный метод, называемый "методом сжатия", который помогает восстановить эякуляционный рефлекс. Когда начинаются прикосновения к гениталиям, женщина периодически сжимает половой член. При этом, как показано на рисунке, женщина кладет большой палец на уздечку полового члена, а указательный и средний пальцы - на венечную борозду и под нее, на противоположный стороне члена. В течение примерно 4 с она сильно сжимает член, а затем резко отпускает его. Сжатие всегда следует производить спереди назад, а не от одной стороны к другой. Женщина должна делать это подушечками пальцев, чтобы не ущипнуть или не поцарапать половой член ногтями. По непонятным причинам метод сжатия снижает настоятельность эякуляции (кроме того, это воздействие может привести к временному частичному ослаблению эрекции). Его не следует использовать, однако, в момент, когда эякуляция становится неизбежной, а надо начинать на ранних стадиях игры с гениталиями и продолжать с перерывами в несколько минут. Сжатие можно производить независимо от того, находится ли половой член в эре-гированном или вялом состоянии, но сила давления должна соответствовать уровню эрекции.

В начале полового акта женщину просят 3-6 раз применить метод сжатия, прежде чем попытаться ввести половой член. После того как половой член полностью находится во влагалище, она должна просто бездействовать в течение 15-30 с, причем ни один из партнеров не должен в это время производить фрикции; затем женщина должна удалить половой член из влагалища, вновь произвести сжатие и снова ввести его; после этого пара может начать производить медленные фрикции. Когда мужчина научится лучше контролировать эякуляцию, обоих партнеров обучают другому варианту метода сжатия , при котором половой член сжимают у основания, так что не приходится прерывать половой акт для повторных сжатий.



Сжатие полового члена у основания следует применять только во время полового акта. Начинать его должен мужчина, так как после полного введения полового члена ему по чисто анатомическим причинам легче добраться до основания члена и ему же, несомненно, гораздо легче судить об уровне своего полового возбуждения, чем женщине. На первые шесть месяцев после начала применения метода сжатия мужчине рекомендуют отказаться от всяких рискованных экспериментов, т.е. попыток выяснить, насколько он может приблизиться к состоянию неизбежности эякуляции до начала сжатия. Метод сжатия гораздо более эффективен, если начать применять его до того, как цикл половой реакции достигнет стадии плато.

Лечение *несостоятельности эякуляции* основано на глубоком анализе лежащих в ее основе психологических факторов в сочетании с упражнениями по фокусированию ощущении. Оно состоит из нескольких последовательных этапов:

1. эякуляция, вызываемая мастурбацией в одиночестве;
2. эякуляция, вызываемая мастурбацией в присутствии партнерши;
3. эякуляция, вызываемая мануальной стимуляцией со стороны партнерши;
4. энергичная стимуляция полового члена партнершей, проводимая до состояния неизбежности эякуляции, а затем быстрое введение члена во влагалище.

В большинстве случаев после того, как мужчина эякулировал во влагалище один или два раза, подавление этого акта или связанный с ним страх совершенно исчезают. В некоторых случаях, если эти процедуры не дали результатов, может помочь эякуляция (вызванная мануальной стимуляцией) на вульву женщины. После того как мужчина привыкнет к виду своей спермы на вульве партнерши, он гораздо легче может совершить интровагинальную эякуляцию.

*Вагинизм* лечат, объясняя партнерам природу непроизвольного сокращения мышц влагалища и демонстрируя рефлекс в процессе осмотра гениталий женщины в присутствии ее партнера, причем осмотр подготовлен таким образом, что женщина сама может наблюдать за происходящим с помощью зеркала. Затем врач обучает женщину некоторым приемам, позволяющим расслабить мышцы, окружающие влагалище. Самый эффективный способ состоит, по-видимому, в том, чтобы намеренно напрячь эти мышцы, а затем просто расслабить их. После этого женщине дают набор расширителей разного размера. Самый маленький из них - чуть тоньше пальца - врач осторожно вводит во влагалище, нередко к изумлению женщины, которой никогда не удавалось ввести в свое влагалище хоть что-нибудь. Далее ей показывают, как самой вводить расширитель, обильно смазывая его стерильным желеобразным кремом, и просят проделывать это дома по нескольку раз в день, всякий раз оставляя расширитель во влагалище на 10-15 мин. Большинство женщин, страдающих вагинизмом, спустя 5-6 дней способны использовать самый толстый расширитель из набора, соответствующий по размерам половому члену в состоянии эрекции. Если проблемы взаимоотношений удалось разрешить (часто это ключевой момент терапии), то после этого переход к успешному половому акту не составляет труда. В это время особенно важно, чтобы половой член вводила себе сама женщина; это даст ей почувствовать, что именно она владеет ситуацией.

Стратегии, используемые в лечении *аноргазмии,* сильно зависят от характера этого расстройства. К женщине, никогда прежде не испытывавшей оргазма, нужен совсем иной подход, чем к той, которая легко достигает оргазма при мастурбации, мануальной стимуляции или орально-ге-нитальном сексе. Стратегии варьируют также в зависимости от причины (или причин) аноргаз-мии. Например, если женщина считает свое тело непривлекательным, можно найти разные способы заставить ее относиться к себе более положительно. Женщину, которой мешают достигнуть сильного возбуждения какие-либо тревожные фантазии, можно научить методам блокирования таких мыслей, тогда как другой, неспособной перейти за стадию плато, - посоветовать прибегнуть к фантазиям, которые могут подтолкнуть ее к оргазму.

При лечении аноргазмии женщине обычно рекомендуют:

1. изучать собственное тело, особенно гениталии, и производить легкую ненастойчивую стимуляцию;
2. стараться подавлять страх перед неудачей и стремление к самонаблюдению, уделяя особое внимание снижению психологического давления со стороны своего партнера;
3. развивать сексуальную коммуникацию, с тем чтобы научиться сигнализировать партнеру какого рода прикосновения или стимуляция предпочтительны в данный момент;
4. ослаблять тормозящие факторы, ограничивающие способность женщины к возбуждению или блокирующие оргазм.

Женщинам, которым помог этот последний метод, часто дают "разрешение" испытывать сексуальные ощущения, и они научаются преодолевать опасения, что при оргазме может произойти потеря сознания или непроизвольное мочеиспускание. В большинстве случаев эти приемы сильно облегчают женщине достижение оргазма при мастурбации или стимуляции со стороны партнера. Для перехода к оргазму при половом акте необходим связующий этап, состоящий в мануальной стимуляции клитора во время активных фрикций.

Эти методы используются уже в течение более 30 лет для лечения половых расстройств, причем успех достигается примерно в 4 из 5 случаев. Между 1959 и 1973 гг. каждую пару после проведенного лечения наблюдали в течение 5 лет, чтобы оценить устойчивость достигнутых результатов. В последнее время период наблюдения сокращен до 2 лет. Примерно одна пара из 20 возвращается в какой-то момент в Институт Мастерса и Джонсон для дополнительной терапии после первого двухнедельного курса лечения. Результаты, полученные в Институте при лечении различных половых расстройств, приведены в табл. 21.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Таблица 21* | | | | |
| Результаты сексотерапии по методике Мастерса и Джонсон | | | | |
| *Расстройство* | *Число пациентов1* | *Неудачи* | *Успехи2* | *Доля успехов, %* |
| Первичная импотенция | 65 | 21 | 44 | 67,79 |
| Вторичная импотенция | 674 | 134 | 540 | 80,1 |
| Преждевременная эякуляция | 543 | 35 | 508 | 93,6 |
| Несостоятельность эякуляции | 113 | 27 | 86 | 76,1 |
| Всего мужчин | 1395 | 217 | 1178 | 84,4 |
| Аноргазмия | 811 | 207 | 604 | 74,5 |
| Вагинизм | 130 | 2 | 128 | 98,5 |
| Всего женщин | 941 | 209 | 752 | 77,8 |
| Общее число пациентов | 2336 | 426 | 1910 | 81,8 |
| 1 Пациенты, лечившиеся между 1959 и 1985 гг.  2 Лечение считалось успешным лишь в том случае, если улучшение половой функции было однозначным и сохранялось в течение длительного времени. Для всех пациентов, обращавшихся в Институт до 1973 г., период последующего наблюдения продолжался 5 лет. С 1973 г. этот период сократился до 2 лет. Если двухнедельный курс лечения продвигался успешно, но затем половое расстройство возникло вновь, то такой случай относили в разряд неудач | | | | |

**Список использованной литературы:**

1. Основы сексологии (HUMAN SEXUALITY). **Уильям Г. Мастерc**, **Вирджиния Э. Джонсон, Роберт К. Колодни.**  Пер. с англ. — М.: Мир, 1998. — х + 692 с., ил. ISBN 5-03-003223-1