## Сексотерапия

Важный вклад в сексотерапию внесен рядом других специалистов, использующих методы, отличные от программ Мастерса и Джонсон. Например, большинство врачей встречаются со своими пациентами не ежедневно, в раз в неделю (Schmidt, Lucas, 1976; Caird, Wineze, 1977; Schiller, 1981). Многие из них полагают, что в одиночку они могут работать так же эффективно, как в паре с другим врачом (Н. Kaplan, 1974, 1979; Annon, 1976; Ellis, 1980; Schiller, 1981; Azentewicz, Schmidt, 1983; Lo Piccolo et al., 1985), что уменьшает расходы на сексотерапию. Другие успешно применяют групповую терапию или индивидуальную терапию (Kaplan, 1974; Barbach, 1980; Zilbergeld, 1980; Cotten-Huston Wheeler, 1983). В ряде работ сообщается о применении гипноза при лечении половых расстройств (Alexander, 1974; Fuchsetal., 1975; Fabbri, 1976; Brown, Chaves, 1980). Ниже мы рассмотрим некоторые методы, наиболее часто используемые другими врачами.

### ЭЛЕН КАПЛАН: НОВАЯ СЕКСОТЕРАПИЯ

Психиатр Э.Каплан (Kaplan, 1974, 1979, 1989) много писала о лечении половых расстройств с использованием ряда приемов Мастерса и Джонсон в сочетании с методами психоанализа. По ее мнению, сексуальную реакцию человека следует рассматривать как состоящую из трех отдельных, но переплетающихся стадий: влечения, возбуждения и оргазма. Каплан полагает, что труднее всего поддаются лечению расстройства стадии влечения, потому что они обычно бывают связаны с глубокими психологическими проблемами (Kaplan, 1979). Она утверждает также, что стандартные методы сексотерапии, по-видимому, эффективны главным образом в тех случаях, когда сексуальные проблемы возникают на почве слабо выраженных и легко устраняемых конфликтов (Kaplan, 1979). В более сложных случаях она использует длительную сексотерапию, направленную на выявление глубинных причин болезни и неосознанных конфликтов. Одна из ее теорий состоит в том, что половое расстройство обычно имеет много причин; некоторые из них лежат на поверхности и легко устранимы, тогда как другие гораздо глубже и выявить их значительно труднее.

Методы лечения, применяемые Каплан, в ряде аспектов значительно отличаются от методов Мастерса и Джонсон. Например, при лечении преждевременной эякуляции она использует метод "стоп-старт", а не сжатие. Этот метод, введенный Джемсом Сименсом в 1956 г., состоит в том, что партнерша производит мануальную стимуляцию полового члена до тех пор, пока ее партнер не почувствует быстрое приближение эякуляции. Тогда она сразу прекращает стимуляцию, пока ощущение неотвратимости эякуляции не исчезнет. Затем стимуляция возобновляется, и такой цикл "стоп-старт" повторяется несколько раз, прежде чем мужчине дается возможность эякулировать (Kaplan, 1974, 1989).

### КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ

Современные методы лечения сексуальных проблем, основанные на изучении поведения, были заложены Джозефом Уолпом (Wolpe, 1958) и в настоящее время получили широкое признание (Baneroft, 1977; LoPiccolo, 1977; Leiblum, Pervin, 1980; Leiblum, Rosen, 1989). Хотя многие методы, используемые Мастерсом и Джонсон, очень сходны с этими, так называемыми бихевиористскими методами, между двумя подходами имеются некоторые теоретические и практические различия.

Приступая к лечению бихевиористскими методами, следует прежде всего внимательно изучить поведение, связанное с возникновением отклонений (например, конкретное половое расстройство) и использовать положительные и отрицательные подкрепления, наиболее подходящие для данного случая. Можно начать с постепенного приобщения к воображаемым сценам сексуальной активности и лишь после этого переходить к реальным сексуальным ситуациям с упражнениями по фокусированию ощущений. Оба эти метода позволяют добиться *десенсибилизации* путем контролируемого воздействия ограниченными дозами тревоги, помогающего устранить тревогу. В этих целях применяют также обучение методам *релаксации* (обучение особому дыханию и мышечным упражнениям, снижающим напряженность) и методам *повышения уверенности* в себе (обучение умению рассказать о своих ощущениях и о своих потребностях). *Управляемая мастурбация* (LoPiccolo, Lobitz, 1972), используемая при лечении аноргазмии и разделенная на 9 этапов, помогает женщине научиться мастурбировать, достигая оргазма, а затем вводит в ее оргазмическую реакцию партнера, вначале осуществляющего мануальную стимуляцию, и лишь затем переходящего непосредственно к половому акту.

Интересный и логичный подход к сексуальным проблемам предложил психолог-бихевиорист Джек Эннон (Annon, 1976). Он использует метод, состоящий из четырех этапов - от самых простых до более сложных - и названный РОИКСИТ по четырем стадиям: Р - разрешение, ОИ - ограниченная информация, КС - конкретные советы и ИТ - интенсивная терапия. В основе этого метода лежит убеждение, что в простых случаях для устранения половых расстройств бывает достаточно сочувствия и некоторых разъяснений. В несколько более серьезных случаях могут потребоваться конкретные действия, например обучение методу сжатия или упражнениям по фокусированию ощущений, без упоминания о важных психосоциальных моментах. Наконец, в наиболее серьезных случаях, связанных с конфликтными взаимоотношениями, психологическими проблемами и другими сложными ситуациями, применяется интенсивная терапия.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

В настоящее время существует так много различных подходов к сексотерапии, что описать их все практически невозможно. Мы коротко упомянем лишь о нескольких из наиболее интересных. Лон-ни Барбеч (Lonnie Barbach 1975, 1980) первой стала применять групповую терапию при аноргазмии. Несмотря на относительно невысокую стоимость такого лечения, групповая терапия оказалась весьма эффективной. Полезный подход к сексуальным проблемам, названный *рационлгьно-эмоциональной терапией* (РЭТ), разработал Альберт Эллис. Объединяя бихевиористские методы с единственными в своем роде стратегиями для лечения эмоционального дискомфорта (такими, как упражнения, помогающие преодолеть стыд, или упражнения, связанные с риском), принцип РЭТ можно использовать при индивидуальной, партнерской или групповой терапии (Ellis, Grieger, 1977).

Некоторые сексопатологи применяют метод, при котором они сами участвуют в половой активности своего пациента (Apfelbaum, 1980a). Этот метод вызывает большие разногласия; в частности, против него выдвигается много возражений этического характера (Marmor, 1980a).

Другой подход, также достаточно сомнительный, но применяемый более широко, состоит в использовании "суррогатной партнерши". Это обычно специально обученная женщина, которая за плату участвует в терапии и сексуальной активности одинокого мужчины, чтобы повысить его шансы на успех; бывают также "суррогатные партнеры", работающие с пациентками. Эти люди проводят свою сексотерапию самостоятельно, а не в присутствии врача, но периодически сообщают ему об успехах пациента и строго выполняют его инструкции (Masters, Johnson, 1970). Хотя некоторые  люди критикуют эту практику, расценивая ее как слабо завуалированную форму проституции, другие считают ее важным способом помочь людям, которые не могут найти себе партнера для прохождения курса сексотерапии.

### БИОМЕДИЦИНСКИЕ МЕТОДЫ

За последние десять лет достигнуты значительные успехи в лечении половых расстройств органического происхождения у мужчин с помощью иных, не психотерапевтических, методов. Самым ярким примером служит имплантация в половой член приспособления, делающего возможным половое сношение в тех случаях, когда мужчина вследствие болезни или травмы физически неспособен достигнуть эрекции.

Еще один подход, изучаемый в настоящее время во многих центрах, состоит в инъекции в тело полового члена папаверингидрохлорида. Этот лекарственный препарат вызывает наполнение полового члена кровью, удерживающегося в течение нескольких часов и делающего возможным половой акт. Мужчин можно обучить введению себе этого препарата самостоятельно, и пока что сообщения об успешном применении этого метода внушают оптимизм (Zorgniotti et al., 1985; Sidi et al., 1986). Это лечение, однако, сопровождается одним нежелательным эффектом: у 5-10% использующих его мужчин возникает приступ приапизма (длительная болезненная эрекция), требующий немедленного медицинского вмешательства.

Подавление полового влечения у мужчин, вызванное чрезмерным содержанием в крови прола-ктина, часто успешно вылечивается бромокрипти-ном. Кроме того, мужчинам с нарушениями эрекции и/или пониженным половым влечением, связанным с недостаточностью тестостерона, обычно помогают инъекции тестостерона в течение 1-2 мес.

К сожалению, применение биомедицинских методов для лечения половых расстройств у женщин не увенчалось такими же успехами.

## Эффективность сексотерапии

Оценить эффективность методов сексотерапии трудно, поскольку направление это еще слишком молодое, а предлагаемые подходы достаточно разнообразны. Большая часть проводившихся до сих пор исследований не сопровождалась контролями, а многие публикации основаны на небольшом числе случаев. Мешает этому также:

1. отсутствие единой классификации половых расстройств;
2. различия в выборе пациентов для проведения исследований;
3. различия в критериях при оценке лечения как успешного или неудачного;
4. отсутствие адекватных длительных наблюдений (периодическая проверка результатов после окончания лечения).

Кроме того, в ряде подробных обзоров выдвигаются и другие методологические проблемы (Schumacher, 1977; Hogan, 1978; Kilmann, 1978; Kilmann, Auerbach, 1979).

Психологи Берни Зильбергельд и Майкл Эванс (Zilbergeld, Evans, 1980) подвергли критике данные Мастерса и Джонсон об эффективности сексотерапии с методологических позиций. В частности они считают сомнительными критерии, по которым Мастере и Джонсон оценивают результаты лечения, считая, что эти результаты отражают излишнюю снисходительность при классификации случаев. Данные авторы высказывают предположение, что успехи Мастерса и Джонсон были обусловлены отбором наилучших кандидатов для лечения (и отказа от довольно большого числа случаев, казавшихся "трудными"). На самом деле, однако, лишь одна из 50 пар, обращающихся в Институт Мастерса и Джонсон, не получает помощи, а критерии, используемые для оценки результатов сексотерапии, относительно жесткие (Kolodny, 1981a; Masters et al., 1983). Кроме того, наши критики, по-видимому, упускают из виду, что результаты, полученные Мастерсом и Джонсон, сходны с данными авторов, работающих по другим программам сексотерапии (Rachman, Wilson, 1980; Schover, LoPiccolo, 1982; Apfelbaum, 1983; Arentewicz, Schmidt, 1983).

Многие противники сексотерапии считают, что это дегуманизирующий механический процесс. Психиатр Натали Шейнес (Shaines, 1973) заявляет, например, что сексотерапия "принижает" секс и что Мастере и Джонсон "пытаются отделить половой акт от душевного настроя, чувств и эмоций, порождаемых влечением и любовью". По ее мнению, сексотерапия - это своего рода "натаскивание, низводящее одного из партнеров до роли оператора, нажимающего на кнопки" (Cadden, 1978). Другой психиатр (Szasz, 1980) считает, что сексопатологи "подменяют проблемы морали и нравственности чисто медицинскими проблемами".

Судить об успехе или неуспехе лечения - дело чрезвычайно трудное. В некоторых случаях результаты, оцениваемые врачами как "неудачи", сами пациенты могут считать очень благотворными. Другие пациенты, половые функции которых достаточно изменились, чтобы, по мнению их врачей, можно было говорить об "успехе" лечения, продолжают чувствовать себя несчастными. Бывает и так, что взгляды партнеров на результаты лечения расходятся. Во всех этих ситуациях невозможно говорить о правильности или ошибочности той или другой точки зрения.

Несмотря на то, что сексотерапия не приносит немедленного волшебства исцеления, многим людям она может оказать значительную помощь. Кроме того, улучшения, которых удалось добиться в ходе лечения, обычно сохраняются в течение длительного времени (Leiblum, Pervin, 1980). Таким образом, хотя сексотерапию нельзя считать панацеей от всех бед, она позволяет улучшить жизнь тысячам людей, страдающих половыми расстройствами.

## Как выбрать специалиста по сексотерапии

К сожалению, в настоящее время сексотерапия представляет собой профессию, над которой нет никакого контроля. Люди называют себя специалистами, даже если все их "образование" сводится к присутствию на нескольких семинарах или прочтению какой-нибудь книжки. Судя по письмам, приходящим в Институт Мастерса и Джонсон, и по тем ситуациям, с которыми мы сталкиваемся, общаясь со своими пациентами, существует множество мошенников, выдающих себя за специалистов в области сексотерапии и преднамеренно обманывающих людей; есть и сотни вполне порядочных людей, желающих заниматься сексотерапией, но не имеющих соответствующей подготовки. И что совсем плохо, неправильное лечение может создавать эмоциональные проблемы, углубляющие половое расстройство, а отсутствие улучшения приведет к тому, что человек потеряет надежду на успех и перестанет искать помощь.

Следующие советы помогут свести до минимума возможность оказаться жертвой невежественных людей.

1. Обращайтесь прежде всего в медицинские центры при университетах, медицинских школах или больницах. Квалифицированных врачей могут также порекомендовать местное медицинское общество, ассоциация психологов или ваш домашний врач. Две профессио нальные организации: Общество сексотерапии и сексологических исследований (SSTAR, Нью-Йорк) и Американская ассоциация педагогов, консультантов и врачей-сексопатологов (AASECT, Вашингтон), публикуют справочники, содержащие сведения по всем штатам. AASECT проводит программу по аттестации специалистов, занимающихся сексотерапией. SSTAR предъявляет к своим членам более жесткие требования, считая их равноценными сертификации.
2. Спросите у врача, где он учился и где стажировался. Если он (или она) отказываются говорить на эти темы, не прибегайте к их услугам. Убедитесь, что, помимо подлинного диплома одного из хороших университетов, они проходили стажировку по сексотерапии под непосредственным наблюдением специалистов. Посещение семинара раз в неделю - совсем не то, что настоящая стажировка.
3. Избегайте терапевтов, дающих нереальные обещания или гарантии излечения, или предлагающих в качестве метода лечения - половые контакты с ними.
4. Убедитесь, что врач готов четко и ясно обсудить с вами стоимость лечения, его программу и планы. (Во многих сексологических клиниках существует гибкая шкала гонораров, зависящая от материального положения клиента.)

**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