

Николай Кибрик
Юрий Прокопенко
Супружеская секс-терапия



**Николай Давидович Кибрик
Юрий Петрович Прокопенко
Супружеская секс-терапия**

*http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=11844251
ISBN 978-5-4474-2360-5*

Аннотация

Книга известных ученых-сексологов посвящена восстановлению сексуального здоровья и интимных взаимоотношений в паре, в которой существуют проблемы, не позволяющие супругам полностью реализовать себя в отношениях с любимым человеком.

Ситуация решается путем налаживания отношений и восстановления влечения в процессе проводимой секс-терапии.

Книга предназначена специалистам в области интимных отношений – врачам, психологам, а также супругам, желающим улучшить свои интимные отношения.

Содержание

Введение	5
История сексологии и современное состояние науки и практики	7
Понятие нормы в сексологии	19
Функциональные и органические сексуальные расстройства	28
Семейно-сексуальная дисгармония как показание и противопоказание для секс-терапии	34
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Супружеская секс-терапия

Николай Давидович Кибрик

Юрий Петрович Прокопенко

© Николай Давидович Кибрик, 2015

© Юрий Петрович Прокопенко, 2015

© Юлия Морозова, иллюстрации, 2015

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero.ru

Введение

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

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

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

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

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

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

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

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

Бесконтрольное использование препаратов типа Виагры, а также неоправданно широкое назначение подобных средств врачами не-сексологического профиля не привело к сни-

жению частоты обращаемости к сексологам, поскольку, вопреки ожиданиям и мужчин, и женщин, сама по себе стойкая эрекция в адекватной ситуации далеко не всегда приводит к решению основной проблемы, частичным проявлением которой стала жалоба, приводящая к приёму препарата.

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

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

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

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

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

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

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

История сексологии и современное состояние науки и практики

Сексология выделяется из ряда других медицинских наук тремя особенностями:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

В то же время, необходимо подчеркнуть, что наличие или отсутствие соматических проблем далеко не всегда отражается на интимной жизни определенной пары. Супруги могут быть настолько приспособлены друг к другу, настолько глубоко погружены в интимный мир партнёра, что даже тяжёлые заболевания, инвалидизирующие травмы или социаль-

ные потрясения не будут иметь долговременного негативного влияния на их отношения и степень удовлетворения друг другом и собой.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

И лишь в течение XIX – XX веков гораздо большее внимания медицина стала уделять интимной жизни здоровых пар и отдельных людей, признавая, что интимные отношения не сводятся только к продолжению рода, а включают в себя множественные межличностные, микро- и макро-социальные явления, имеющие собственную ценность не только в рамках понятий о здоровье и патологии.

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

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

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

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

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

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

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

К сожалению, нередко наблюдается упрощение рассматриваемых явлений интимной жизни – как в общем плане, так и в отношении отдельных пациентов, сведение их проблем к жалобам, возврат к наивной симптоматической сексологии XIX века. Это объясняется раз-

ными факторами: отсутствием достаточного числа специалистов-сексологов; обращением пациентов к непрофильным врачам, которые, сами являясь членами общества, несут в себе те же взгляды и ожидания, что и их пациенты, а потому, не имея знаний о внутренней подоплеке комплекса жалоб, пытаются решать невыявленную проблему методами той специальности, в которой являются профессионалами.

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

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

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

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

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

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

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

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

Понятие сексуального здоровья включает в себя три основных элемента:

- способность к наслаждению и контролю сексуального и детородного поведения в соответствии с нормами социальной и личной этики;

- свободу от страха, чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения;

– отсутствие органических расстройств, заболеваний и недостаточностей, мешающих осуществлению сексуальных и детородных функций.

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

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

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

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

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

Какие цели ставит врач и достижение каких целей ему доступно?

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

Психическое благополучие достигается путем назначения психофармакотерапии, а также психотерапии.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– фармакотерапия (в основном, психотропные препараты, адаптогены, местноанестезирующие средства, гормональные препараты, сексуалтоники типа Йохимбина, Виагры и др.);

– физиотерапия (в основном, электрофорез, импульсная электротерапия, гидротерапия, термотерапия, грязелечение, магнитотерапия, индуктотермия, акупунктура, электроакупунктура, ауриколоакупунктура, вибротерапия, массаж, механотерапия, квантовая гамма-терапия);

– тренинговые методы (программа Мастерса и Джонсона; релаксационный тренинг; систематическая десенсибилизация; аверсионное лечение; подражание; самоконтроль; техника терапевтической мастурбации; тактильный коммуникативный тренинг; эмоциональный тренинг);

– гипнотерапия;

– психотерапия

– партнёрская психотерапия;

– групповая психотерапия;

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

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

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

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

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

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

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

Это положение вступает в явное (как правило, неосознанное) противоречие с заявлениями множества пациентов о том, что они совершают сношение с партнёршей к которой испытывают только негативные чувства: число склонных к мазохистическим реакциям среди них ничтожно.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Перенесенные травмы, инфекции и другие патогенные факторы в так называемые критические периоды индивидуального развития в детском и подростковом возрастах, приво-

дят к формированию стойких резидуальных синдромов нейро-эндокринной дефицитарности, что в свою очередь проявляется в виде сексуальной дисфункции, как моносиндрома.

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

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

В числе многих коренных отличий и особенностей сексуальной функции, представляющих наибольшее значение для принципиальных методологических основ диагностики и терапии, особое положение занимает ее парность. Поэтому сексуальное расстройство необходимо рассматривать, как парное заболевание, а, следовательно, и в лечебном аспекте подходить к нему с точки зрения терапевтического воздействия на обоих партнеров, исходя из необходимости восстановления нарушенной адаптации не только физиологической функции, но, в первую очередь, в области нормализации и гармонизации интерперсональных взаимоотношений.

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

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

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

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

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

Воспитание эпикурейского отношения к жизни, ее удовольствиям, поощрение разумного эгоизма и альтруизма в вопросах отношения полов, сексуальности, а не только жертвенности, будет способствовать улучшению сексуального здоровья общества и опосредованно укреплять институт брака, переживающий определенные трудности.

Привлечение в сексологическую практику термина «эректильная дисфункция» окончательно выхолащивает значение парности интимных отношений, низводит сексуальность

мужчины к чисто физиологическому проявлению сосудистой реакции при парном сексуальном контакте. Это отражается на первом и основном значении сексуальной функции, как единственного парного физиологического акта. Этот момент играет большую роль в усугублении семейно-сексуальной дисгармонии, окончательно разрывая пару на две противоборствующие личности. Поэтому необходимость восстановления гармоничных межличностных отношений становится еще более важной, учитывая для многих пар значимость сексуальной жизни. Поэтому, в конечном счете, секс-терапия направлена на восстановление **ГЕДОНИСТИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА** секса, научение человека вчувствоваться в то, «что делаю Я», и «что делают **ДЛЯ МЕНЯ**».

Эти **эмоциональные** дефиниции многими людьми не воспринимаются – гораздо более привлекательным выглядит псевдо-**рациональный** вариант «волшебной пилюли». Именно поэтому столь распространена тенденция использования ингибиторов ФДЭ-5 для решения любых сексологических проблем, невзирая на их этиологию и патогенез. И именно поэтому лечение лишь нарушений эрекции, как правило, оказывается нерезультативным без нормализации эмоциональной стороны сексуальных отношений.

Для многих пациентов решение эмоциональных проблем, связанных с сексом, является непривычным, даже экзотическим, не уместяющимся в рамки привычной медицины. С другой стороны, множество и женщин, и мужчин обращаются к сексологу по поводу бытовых вопросов, связанных с семейной ситуацией. Они ставят вопросы, являющиеся чисто социальными, и не имеющими решения вне данной личности: завести ли любовника (любовницу) при недостаточной удовлетворённости интимными отношениями в паре; переступить ли через границы диапазона приемлемости для удержания супруга, настаивающего, например, на групповом сексе или свингерских отношениях и т. д. Врач может и должен оказать помощь в рамках своей профессии (например, помочь вскрыть причины сложившейся ситуации), но, поскольку он не вправе давать житейские рекомендации, пациенты нередко бывают разочарованы отсутствием реальных, нередко «волшебных» советов.

Супружество и партнерские отношения за последние годы претерпели значительные перемены. Изменились представления о роли в семье мужчин и женщин, многие мотивы создания семьи стали неактуальными.

Вследствие этого методики системной семейной и супружеской терапии, созданные на основании многолетних исследований и клинических наблюдений, ориентированных на традиционный брак малоэффективны и нуждаются в модификации и адаптации социальной реальности.

Введение в перечень сексологических методик супружеской секс-терапии – еще одно проявление современного состояния отечественной сексологии. Правильное назначение, проведение, направление, контроль терапевтического процесса требует, вдобавок к обычным (весьма высоким) требованиям к профессионализму врача-сексолога, также и хорошего знания психологии – как личной, так и малой группы, партнёрства, супружества.

Таким образом, сексология переживает в настоящее время период теоретического наполнения новых направлений наряду с возникновением новых практических методик, возможности которых раскрываются все шире. В то же время, полноценное развитие сексологии требует участия в ней специалистов широкого профиля, энциклопедических знаний и умения междисциплинарно рассматривать, на первый взгляд, стандартные случаи.

Понятие нормы в сексологии

Состояние современной сексологии в очередной раз демонстрирует парадоксальность этой дисциплины, как проявления социальных взглядов на биологическую ипостась человека. До сих пор так и неясно, о каких расстройствах идёт речь при обращении очередного пациента за специализированной помощью.

Оказалось, что в сексологии либо нет неких единых показателей нормы, либо их границы настолько размыты, что само понятие нормы теряет смысл.

Так, в известнейшем фундаментальном «Отчете» Kinsey A. C., & al. [37] имеется следующее указание: *«...у некоторых мужчин не было эякуляций в течение длительных периодов, измеряемых годами, так, у одного по всем данным здорового мужчины эякуляция происходила один раз в 30 лет. У других происходило в среднем 10, 20 или больше эякуляций в неделю на протяжении длительных периодов времени; так, один мужчина (ученый и в то же время высококвалифицированный юрист-практик) имел в среднем более 30 эякуляций в неделю на протяжении 30 лет... Математический расчет показывает, что разница между одной эякуляцией в 30 лет и средней частотой эякуляций порядка 30 в неделю на протяжении 30 лет составляет 45 000 раз. Таков порядок размаха вариативности, и он может проявиться у двух индивидуумов, которые живут в одном городе и являются соседями. Близкие друзья, не располагающие, однако, их сексологическими характеристиками, могут рассматривать их как людей очень сходных».*

Таким образом, различие даже в физиологическом обеспечении сексуальной функции составляет 45 тысяч! При этом речь идёт о совершенно здоровых людях, не предъявляющих жалоб на свои возможности и свою удовлетворённость. Что же говорить о психологической стороне интимных отношений, когда индивидуальные различия необходимо умножить на два!

При этом не стоит забывать о том, что в любой области жизни существует множество «норм», главными из которых являются диалектически связанные норма физиологическая и социальная; макросоциума и микросоциума; общества и личности. То же относится и к области интимных отношений: физическая, врождённая закладка и социальное зерно в виде воспитания в семье и в обществе вместе дают такое же множество вариантов сексуальных взглядов и сексуального поведения, сколько людей на Земле. Поэтому о самом понятии нормы и о содержании этого понятия до сих пор не утихают споры на всех уровнях общества.

И. С. Кон [14] – известный теоретик и философ-сексолог, выделяет три основных аспекта в определении нормы сексологических проявлений:

– Во-первых, понятие нормы употребляется в моральном смысле, обозначая такое поведение, которое считается правильным в свете существующей системы нравственности.

– Во-вторых, мы говорим о норме в статистическом смысле: как в среднем ведут себя люди в данном обществе, когда в среднем начинается половая жизнь, с какой интенсивностью она развивается и т. п.

– В-третьих, мы говорим о норме в физиологическом смысле, имея в виду оптимальный режим для данного организма. Очевидно, что все эти три значения не совпадают друг с другом».

Васильченко Г. С. [5] к выделяемым И. С. Коном трем аспектам определения нормы сексологических проявлений, добавляет еще два:

– возрастной и конституциональный.

Ткаченко А. А. [28] – медик и практический специалист в области сексopatологии дает следующее определение сексуальной норме:

– Поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера».

Г. Б. Дерягин [6] – медик и юрист, также делает определённый акцент на практическом использовании понятия нормы:

– Условная сексуальная норма – среднестатистическая величина наиболее приемлемых и употребляемых форм полового поведения представителями конкретного общества, существующего в определенных этнокультуральных и исторических рамках.

С. Шнабль [27] вводит в понятие сексуальной нормы три вектора:

– норма как мера ценности, моральный постулат, этическое требование, то есть своего рода идеальный образец сексуального поведения, предписанный обществом. Эти понятия меняются с изменением морали общества, то есть, в процессе общественного развития, а потому на протяжении истории менялись неоднократно, порой явно противореча предыдущему понятию. Тем не менее, такие нормы не требовали доказательства – наподобие викторианского подхода с выразительным лозунгом «Леди не шевелятся».

– норма, как средняя величина, вычисленная согласно законам статистических исследований в отношении того или иного показателя сексуальности. Отсюда следует закономерный вывод о том, что самым нормальным является то, что встречается чаще других. В тоже время, редко встречающиеся случаи расцениваются как отклонение от нормы – а в ряде случаев, как патология. Однако статистический подход не всегда оправдан в медицине: проявления насморка не расцениваются как норма, несмотря на то, что он отмечается у большинства людей в холодное время года. Кроме того, несоответствие усреднённым нормам может быть лишь проявлением индивидуальности человека, но вовсе не патологией.

– норма, как всё, что не вредит, а возможно и способствует здоровью, хорошему физическому и психическому самочувствию, хорошей социальной адаптации, независимо от того, как часто или редко оно встречается и в какой степени приближается к идеальному.

Таким образом, само понятие нормы весьма неоднородно и зависит и от физиологических показателей, и от той морально-этической системы, которая главенствует в конкретно взятом обществе. Таким образом, можно (и нужно!) одновременно выделять нормы морально-этические (то, что соответствует морали данного общества), статистические (средние показатели, вычисленные на основании аналогичных показателей многих людей), конституциональные, половые, возрастные (учитывающие естественные различия возраста), индивидуальные (связаны с диапазоном приемлемости), партнёрские и др.

Для отделения нормы от не-нормы польским сексологом К. Имелинским [8] предложено 6 критериев:

– Различие пола; рассматривается в биологическом плане, не касаясь морально-этических и психологических проблем, возникающих при рассмотрении партнёрства гомосексуалистов.

– Зрелость; подразумевается наличие достаточной зрелости личности, чтобы союз был основан на партнёрской основе, а не оказался следствием зависимости одного партнёра от другого.

– Взаимное согласие; исключает использование физического или психического насилия при сексуальных контактах.

– Стремление к достижению обоюдного наслаждения; поскольку речь идёт именно о сексуальных, а не репродуктивных контактах, обоюдное, равноправное наслаждение является проявлением самой сущности сексуального общения. При этом понятие наслаждения и условия его достижения – вероятно, наиболее индивидуальное и неповторимое среди всех критериев.

– Отсутствие ущерба здоровью; поскольку никакие контакты одного человека с другим не должны быть источником травм или заболеваний для любого из них – как показатель общественной безопасности.

– Отсутствие ущерба другим людям, т. е. обществу; что является показателем социальной зрелости человека, как части макросоциума.

Однако только статистические показатели могут быть обоснованы объективно, все остальные показатели глубоко субъективны, даже если они существуют на уровне определённого общества, а не личности. В то же время, для конкретного человека основой нормой его интимной жизни будет такая, которая позволит ему ощущать себя счастливым. Любая другая норма окажется воплощением принуждения со стороны общества или партнёра.

Исходя из этого, наиболее важная для личности норма интимных отношений – это индивидуальная, а, учитывая парность сексуальной функции – партнёрская норма, включающая в себя как собственный диапазон приемлемости, так и здоровые партнёрские отношения, в результате которых оба диапазона приемлемости взаимно ассимилируют.

Индивидуальная и партнёрская нормы взаимодействуют и влияют друг на друга. Различия в индивидуальных нормах обоих партнёров может затруднять образование партнёрской нормы, препятствуя полноценному удовлетворению одного или обоих партнёров. Тем более усложняется ситуация при наличии сексуальной дисфункции у одного из партнёров. С другой стороны, при наличии нарушений в партнёрских отношениях невозможна реализация нормальных сексуальных потребностей одного или обоих партнёров.

Однако, диапазон приемлемости в интимных отношениях зависит и от физиологических, и от психологических особенностей человека – включая и неосознанное им влияние микро- и макро-социума. Воспитание в тех или иных условиях государства и семьи, влияние традиций, религии, примера родителей, родственников, знакомых, соседей формирует определённое отношение к сексуальным проблемам задолго до того, как пробуждается собственное половое влечение. Становление эротического и сексуального влечения, первые опыты ухаживания, начало половой жизни, личный интимный опыт с единственным/единственной партнёршей/партнёром или со многими партнёрами постоянно изменяет взгляды человека на «правильное» и «неправильное» интимное поведение, нередко весьма отличаясь от его личных взглядов и стремлений.

Усиленная социализация интимных отношений и половой жизни, как таковой – в виде эксплуатации женского (реже – мужского) тела в рекламе, декларировании особенностей отношений известных людей в СМИ, спекуляции на «горячей» теме в книгах, статьях, псевдо-исследованиях создаёт начальные условия для межполовой социализации подростков. При этом такая социализация изначально носит характер двойного стандарта: с одной стороны превозносится романтическая, постоянная любовь, как эротическое чувство, а с другой – пропагандируется культ безответственного и безэмоционального секса с преувеличенным акцентом как на запросах, так и на возможностях обоих партнёров.

Эти двойные стандарты и завышенные требования приводят к невротизации и юношей, и девушек заранее – ещё до начала интимных отношений в любом смысле этого понятия.

При этом, идеал интимного поведения рисуется как постоянное сильное половое влечение (в том числе, и у девушек), которое легко (!) сдерживают до встречи с любимым человеком, в объятиях которого (которой) внезапно, без обучения и познания себя и партнёра проявляются неистощимые физиологические ресурсы, воплощающиеся в бесконечные и непрерывные интимные контакты, обязательно заканчивающиеся сильнейшими оргазмами с обеих сторон, начиная с акта дефлорации – и точное совпадение диапазона приемлемости обоих партнёров, что даёт возможность наслаждаться не только физиологической

стороной секса, но и глубочайшей любовью, которая является источником секса и, одновременно, проявлением сексуального влечения именно к данному партнёру/партнёрше.

Нелогичность и противоречивость подобного «идеала» понятна любому врачу, психологу, биологу – но, к сожалению, не большинству людей любого возраста (особенно, подросткам), которые являются целевой аудиторией для внедрения подобных взглядов на интимные отношения.

В такой неопределённой ситуации поиска оптимального поведения для достижения предсказанного и обещанного наслаждения в интимной жизни, человек начинает половую жизнь, сразу встречаясь с такими же ожиданиями партнёра. Степень удовлетворённости самым интимным актом, собой, партнёром непредсказуема, однако в большинстве случаев оба партнёра проявляют достаточную приспособляемость, и относятся к произошедшему позитивно. Расценили как положительное явление свой первый половой контакт около 65 % мужчин и около 75 % женщин.

Но даже отсутствие удовлетворённости первым сношением не приводит к прекращению сексуальной активности: подавляющее большинство и мужчин, и женщин совершают всё новые и новые попытки иметь интимную близость.

В первые годы интимной жизни, то есть в последнем периоде становления сексуальности – переходе к зрелой сексуальности, – половая жизнь неритмична, предполагает смену партнёров, поиск новых форм общения и отработку привычных способов и вариантов поведения, отношений, а также техники полового акта. Коррелируется диапазон приемлемости, причём, как в сторону расширения границ, так, в ряде случаев, и в сторону ограничения – в зависимости от личного опыта, а также от особенностей характера, накладывающего отпечаток на оценку происходящего.

Говоря о некой норме интимного общения, о том, что они хотели бы получить в результате лечения у сексолога, большинство пациентов обоих полов рассуждают о явлении, которое созвучно понятию гедонизма. Это необходимо разобрать более подробно, поскольку именно такое субъективное понятие может стать объективным показателем целей сексуальной терапии.

Врачам более знаком термин «ангедония», который трактуется как отсутствие переживаний удовольствия в ситуациях, которые обычно его вызывают. Также – как неспособность переживать счастье, радость – в том числе от секса, доставлять себе удовольствие простыми развлечениями (прогулки, чтение, музыка и т. д.). И, наконец, как вытекающее из сказанного – безразличие к неудовольствиям. Таким образом, удовольствие органически связано со своим антиподом – страданием. Ангедония, собственно говоря, не является клиническим термином, и рассматривается лишь как признак, свойственный многим психическим заболеваниям – от невроза до шизофрении.

Существование термина ангедония подразумевает наличие гедонистического компонента как естественного эмоционального отношения к предмету или процессу. В то же время, гедонистический аспект эмоций рассматривается как вторичный, и лишь отчасти связанный с переживанием аффекта. Вопросы, связанные с наличием удовольствия, разрабатываются, в основном, психоаналитиками.

Об отсутствии ЧЕГО свидетельствует ангедония? Что такое удовольствие, чем его измерять, кроме субъективных описаний?

Во-первых, понятие удовольствия следует отличать от понятия удовлетворения. Удовольствие – феномен, скорее, физиологический, а удовлетворение – социальный. Хотя и то, и другое могут быть проявлениями как сознательными, так и бессознательными. Кроме того, можно говорить о том, что удовольствие – это процесс, а удовлетворение – конечная оценка этого процесса.

Считается, что способность переживать удовольствие представляет собой врожденное свойство, а потому может изначально быть выраженным по-разному у разных людей. Однако способность к переживанию удовольствия может уменьшаться в процессе жизни, под влиянием психических травм – как в детском, так и в более зрелом возрасте.

Наличие ангедонии, как симптома различных психических заболеваний, входит в сферу деятельности психиатра. В то же время, снижение переживания удовольствия, вплоть до полного отсутствия его парциальных проявлений, может иметь место и у психически здоровых людей. Более того, ангедония может быть врожденной или настолько давней, что человек даже не догадывается о наличии у него какого-то нарушения, поскольку речь идет не о депрессии, как всеобъемлющем процессе, а об отсутствии наслаждения в строго очерченных областях.

В противоположность ангедонии употребляют понятие ГЕДОНИЗМ. При этом подразумевается поведение, делающее наслаждение обязательной целью – даже вопреки собственному здоровью, здравому смыслу, социальным требованиям. Такое состояние, как вторая (по сравнению с ангедонией) крайность, также нередко становится предметом профессионального интереса психиатров. Более того, гедонизм, сам по себе, является своеобразным вариантом ангедонии, поскольку стремление ко все новым и новым удовольствиям основывается на потере удовольствия от предыдущего ощущения. Примером такого патологического гедонизма является наркомания, при которой раз достигнутое наслаждение тут же отбрасывается во имя нового, для достижения которого необходимо еще большее напряжение – в данном случае за счет увеличения дозы наркотика.

С этой точки зрения, ангедония, как ни парадоксально, может быть расценена как вариант гедонизма. Каждый специалист знает, что самоописания пациентов, страдающих ангедонией в рамках различных психических заболеваний, нередко бывают очень выпуклыми, творческими, составленными чуть ли ни с любовью к своим страданиям от утраты удовольствия.

Вероятно, в середине этой шкалы «гедонизм-ангедония» располагается гедония – как стремление к наслаждению, удовольствию и избеганию отрицательных ощущений. Гедония, в противоположность гедонизму, – это простое умение наслаждаться тем, что дает сама жизнь, а не гнаться за наслаждением, как за недостижимой целью.

Наслаждение может быть естественным, спонтанным – например, в результате утоления сильного голода. В этом случае наслаждение наступает на физиологическом уровне, за счет удовлетворения жизненной потребности. Но с таким же успехом можно говорить и о построении наслаждения, о создании определенных условий для его проявления. Например, в случае удовлетворения не очень сильного голода за счет кулинарных изысков с учетом индивидуальных особенностей едока. Таким образом, можно говорить о чувственном наслаждении (от удовлетворения жизненных потребностей – в еде, питье, сексе) и об интеллектуальном наслаждении (которое, впрочем, гораздо сложнее определить – слишком все индивидуально).

Поэтому, вероятно, гораздо легче говорить о чувственной ангедонии, чем об интеллектуальной. В конце концов, оценка последней в огромной мере зависит от системы ценностей и приоритетов. И оценка ее извне, со стороны врача или психолога, может оказаться весьма пристрастной.

Сексуальное наслаждение на уровне индивидуального опыта включает несколько компонентов. «Телесное» наслаждение классифицируется как чувственная гедония. «Моральное» – как интеллектуальная гедония. А вот «эротическое» занимает некое промежуточное место, и определить его возможно исключительно индивидуально – для данного конкретного пациента или пары.

Большинство пациентов (а особенно – пациенток) четко отличают эротическое наслаждение от сексуального. В их понимании эротическое наслаждение возникает в периоде предварительных ласк и заканчивается, самое позднее, в момент начала фрикций. Оно описывается в терминах «желание», «возбуждение», «эротические ощущения», «сексуальные ощущения». Кроме того, для многих людей очень важным оказывается некое «моральное» наслаждение, возникающее вследствие переживания важнейших чувств, эмоций, общения на до-сексуальном и собственно сексуальном уровне (Kinsey A. C. & al. [38]).

Причины сексуальной ангедонии, в общем, сводятся к двум основным категориям.

Первое – репрессивная сексуальная мораль родительской семьи. В результате пуританского, ограничивающего, подавляющего воспитания образуются две особенности, делающие сексуальность *locus minores*: 1. Отсутствие знаний (при возможном возникновении мифов). 2. Наличие строгих запретов. При этом у ребенка – подростка будут полностью отсутствовать понятия интимности секса (как в плане уединения, так и в особенностях поведения наедине), а также и безопасности (контрацепция, выбор партнера).

Вторая возможная причина сексуальной ангедонии – поведение партнера. Он может быть неграмотен в интимном смысле, а может быть незаинтересован в сохранении данной пары. При этом в более уязвимом положении оказываются женщины. Традиционная гендерная роль женщины – пассивная, не владеющая сексуальной техникой, не знающая собственные потребности и особенности, не умеющая взаимодействовать с партнером, не владеющая языком и стесняющаяся предлагать и требовать.

При этом женщина воспринимает себя как жертву условий и партнерского пренебрежения. Она пытается поддерживать традиционную роль, которая и приводит к постепенному угасанию влечения и сексуальной ангедонии. В огромном числе случаев женщина не связывает секс с потребностями собственного тела, рассматривая тело лишь с репродуктивной стороны.

Даже эмоциональное опосредование секса не приводит к изменению ситуации. С огромным эмоциональным подъемом женщина описывает свою влюбленность, любовь, сильное чувство, ревность, восторг от встреч и т. д. Но при этом женщина продолжает быть пассивной стороной. Хотя теперь она рассматривает свою пассивность как продолжение эмоциональной активности – «я отдаюсь»...

Выход женщина видит (и нередко так и случается) во встрече заинтересованного и опытного партнера, который обучает, снимает комплексы, позволяет «раскрыться». Конечно, удачным такой опыт бывает лишь в тех случаях, когда сама женщина созрела для изменения своих стереотипов.

В противном случае личный опыт со временем оценивается все более и более отрицательно – пока не приводит к сексуальной ангедонии.

Соответствующим образом воспитанные мужчины становятся зависимыми от партнерши (отношения мужчины-сына и женщины-матери). При этом многие такие мужчины описывают свой секс по-женски – через призму эмоций и любви. Но и в этом случае мужчина придерживается своей гендерной мужской роли – активная сторона, заботящаяся о партнерше.

Выше упомянутое «моральное» наслаждение, в принципе, означает сексуальную востребованность. Хотя, в основном, об этом компоненте рассуждают, говоря о дон-жуанизме – как потребности иметь подтверждение своей сексуальной ценности. Но и в норме эта потребность должна быть удовлетворена. Секс – признание **лично**мой ценности в глазах партнера. Брак – проявление **лично**мой исключительности для супруга.

В то же время, основой для развития сексуальных расстройств являются весьма живучие мифы у обоих полов: «любовь обеспечивает возбуждение и оргазм», «здоровая женщина, так же, как и здоровый мужчина, не нуждается в построении стратегии близости,

обучении, обсуждении и т. д.», и многие другие. Поэтому, во избежание обвинений в «ненормальности», а также для сохранения чувства собственной ценности, женщина симулирует оргазм. Что со временем, по совершенно понятным механизмам приводит к окончательному угасанию ее влечения и наступлению ангедонии. Хотя, как утверждал Ницше, «притворство является единственным сексуальным удовольствием женщин».

В такой ситуации женщина может удовлетворяться (или хотя бы избегать неудовлетворения) путем мастурбации. Но во многих случаях фрустрация от заместительной сексуальной активности не позволяет решить проблему парного секса.

В подобной ситуации может оказаться мужчина, переживающий синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. Для него оказывается невозможным осуществление гендерно-нормативного акта в виде бурного возбуждения, стопроцентной эрекции, длительного периода фрикций и полного удовлетворения партнерши. И все это независимо от ситуации, партнерши, собственного физического и психического состояния.

Не решаясь обсудить ситуацию, построить сценарий близости, мужчина постепенно теряет не только уверенность в себе, но и ощущение наслаждения от происходящего. На место чувственной гедонии приходят рациональные построения и страх, которые обесценивают эмоциональные переживания – а с ними исчезает и гедонистический компонент...

Сексуальная активность становится все более интеллектуализированной – причем, без малейших признаков удовольствия от происходящего. Наоборот, один или оба партнера расценивают свою интимную жизнь как отработку супружеского долга, пытку, неизбежное страдание. Понятно, что без подкрепления удовольствием человек стремится прекратить любую деятельность – в том числе, и ту, которая поначалу вызывала особое наслаждение.

Казалось бы, ситуация ясна, и ее решение – в изменении гендерной роли. Однако, сексуально раскрепощенная женщина, имеющая и опыт, и желание, и даже понимающего партнера, все равно остается в состоянии неустойчивого равновесия. Большинство партнеров-мужчин не соглашаются на истинную перемену роли. Они продолжают рассматривать данную женщину лишь с точки зрения её пассивности, обеспечивающей каким-то образом мужскую активность.

В то же время, мужчина, который становится истинно зависимым от партнерши (то есть, меняет свою гендерную роль), постепенно теряет привлекательность в глазах партнерши – даже в упомянутых парах «мужчина-сын – женщина-мать». Возможно, это связано с непреходящим влиянием гендерных различий, впитанных на протяжении всей жизни.

Кроме того, значительную роль в изначальном снижении уровня сексуальной гедонии играет доступность информации об интимных проблемах. Для получения этой информации в настоящее время нет необходимости преодолевать какие-то трудности – что приводит к обесцениванию сути проблемы. Избыточная информация приводит к образованию личных мифов, число которых подсчитать невозможно.

В этой информации сексуальное наслаждение оказалось ожидаемым, желаемым и даже принудительным. Именно достижение сексуального наслаждения определяет удачность или неудачность сексуальной жизни. При этом секс, а еще точнее – собственный оргазм и удовлетворение партнера выступают как вершина любви и эмоциональной близости. Таким образом обесценивается личный уникальный опыт, создается ситуация принуждения к переживанию наслаждения.

Таким образом, удовольствие от секса можно условно разделить на чувственное и интеллектуальное, а также телесное, моральное и эротическое. Удовольствие может быть индивидуальным, но подлинное наполнение получает лишь на уровне общения пары.

На зарождение и сохранение гедонистического компонента сексуального общения влияют, в первую очередь, гендерные условия, личный опыт, взаимоотношения партнеров, степень их изначального уровня знаний, а также обучаемость обоих партнеров.

Сексуальная ангедония (или гипогедония) может быть как признаком определенных психических или невротических расстройств, так и свойством здоровой личности.

Для восстановления гедонистического компонента сексуального общения необходимо проведение комплексной парной психотерапии, направленной на изменение стереотипов гендерного и личностного поведения, а также сексуальный тренинг в виде супружеской секс-терапии.

Для мужчин терапевтические изменения, как правило, заключаются в расширении границ эмоционального отношения к партнерше, как таковой, а также и к интимной жизни. Осознание огромного эмоционального значения для женщины того, что происходит до, во время и после близости нередко становится для мужчины тем прорывом, в котором решаются и его собственные проблемы. Например, мужчины с избирательной импотенцией: удовлетворительный секс с супругой – и отсутствие эрекции со случайными партнершами.

Для женщин основой восстановления (или даже построения) гедонистического компонента является раскрытие возможностей тела, снятие «абстрактности» секса, пробуждение дремлющих эрогенных зон через осознание потребностей собственной личности и потребностей партнера.

Для пациентов любого пола крайне важно обосновать и внедрить в сознание постулаты о био-социальной природе секса, оргазма и удовольствия. Понимание рефлексивности и инстинктивности самого акта, наряду с интеллектуальной подготовкой близости позволяет восстановить эффективное эротическое взаимодействие. В этом плане своевременным оказывается некоторое размывание гендерных ролей, позволяющее еще больше сблизить партнеров – теперь на уровне большего понимания особенностей друг друга.

Обучение технике эротического и сексуального общения, привитие понятий об интимности секса бывает необходимо в достаточном проценте случаев. Как правило, ограниченное использование этой самой техники зависит от разобщенности партнеров, от отсутствия вербального общения, зажатости представлениями о гендерной роли – собственной и роли партнера. Поэтому секс-терапия, постепенное сближение супругов, отработка вербального и невербального общения, а также открытие глубин личностной сексуальности – как своей, так и супруга, – является оптимальным вариантом решения проблем сексуальной ангедонии.

Восстановление гедонистического компонента секса, как правило, происходит постепенно. Причем, достижение удовольствия может происходить совершенно другими путями, нежели до появления расстройства.

Парность терапии сексуальной ангедонии абсолютно необходима. Приятие партнера, не умеющего наслаждаться сексом – или не позволяющего наслаждаться сексом второй половине пары, – непростой процесс. Само по себе участие в нем является свидетельством наличия некой интимности данной пары – как личного, неповторимого и эмоционально значимого опыта.

В процессе психотерапевтического воздействия, для вербализации косвенного внушения постоянно используются эмоциональные конструкты. «Приятно, возбуждение, нежность, ласка, единение, удовольствие, наслаждение, эротика, близость» и так далее.

Во многих случаях приходится развенчивать понятие успешности сношения в виде достижения оргазма. Критерием удовлетворения от близости должно стать удовольствие, получаемое во время самой близости, а не достижение некоего, якобы неизбежного, финала. Таким образом восстанавливается телесное и моральное удовольствие, хотя эротическое удовольствие нередко отстает от них.

Изменение приоритетов – с достижения оргазма на получение удовольствия приводит к выработке нового критерия удовлетворения. Его достижение становится неизбежным, поскольку само понятие удовольствия от ласк (то есть, эротического) неопределенно. При правильном психотерапевтическом опосредовании уверенность в достижении удовле-

ния становится основой для снятия внутреннего напряжения и появления перспектив восстановления наслаждения близостью.

Соответственно понятию нормы, меняется и понятие диагноза сексуального расстройства. Причём, как в понятийном, так и в клиническом смысле. Медико-политические тенденции привели к обновлению терминологии в угоду толерантности, что не прибавило клинической ценности, а в ряде случаев стало поводом для заблуждений в сознании пациентов.

В настоящее время МКБ-10 [1] и DSM-IV-TR содержат диагностические единицы в области сексологии, но их ценность подвергается сомнению профессионалами, начиная с выхода руководств в свет.

Несмотря на это, основные положения понятий диагностических единиц, терапии и профилактики сексуальных расстройств остаются неизменными со времен Мастерса и Джонсон.

В то же время, для постановки достаточно объективного диагноза, необходимо понимать, что люди считают для себя нормой – то есть, мы вновь возвращаемся к начальной точке рассуждений. Например, каковы реальные критерии для оценки преждевременной эякуляции? Необходимо подсчитывать число фрикций – которые могут занимать разное время до эякуляции? Или подсчитывать время от имиссии до эякуляции – которое может вмещать разное число фрикций? Ответ на эти вопросы могут для самого пациента зависеть от того, кто именно считает ситуацию расстройством – он сам или его партнёрша. Одновременно встаёт вопрос о том, насколько технические подробности близости могут служить объективным показателем гармоничности и удачности интимного контакта.

Поскольку время от имиссии до эякуляции не влияет ни на здоровье, ни на продолжительность жизни обоих партнёров, в оценке фактора, как и во многих других случаях оценки сексуальной функции, приходится прислушиваться к мнению самих мужчин, то есть прибегать к статистическим опросам.

Между тем, сопоставление данных таких исследований в разных странах даёт значительный разброс ожиданий: Германия – 7 минут, США – 13 минут, Великобритания – 9 минут, Франция – 8 минут, Италия – 7 минут. (Montorsi F. [44]). Таким образом, критерий МКБ-10 – не менее 1.5 минут, – оказывается заниженным.

С другой стороны, появление новых диагнозов, как отражение новой «нормы» может оказаться фальсифицированным. Например, многие сексологи и психиатры считают, что не существует «гипоактивного» сексуального поведения у мужчин, а все рассуждения на эту тему спровоцированы фармацевтическими фирмами, стремящимися наполнить рынок соответствующими препаратами (Moynihan, R. & al. [45]).

В любом случае, какими бы субъективными ни были жалобы, какие бы причины ни стояли за нарушениями интимных отношений, какие бы реальные, или неоправданные, или даже фантастические цели ни ставили перед собой пациенты, их страдания являются объективной реальностью, нарушающей их качество жизни ничуть не меньше, чем соматические или психические заболевания.

Поэтому необходима оценка сочетания технических и психологических показателей интимного общения отдельного человека или постоянной пары, чтобы суждение о нормальном отпращивании сексуальной функции было объективным.

Функциональные и органические сексуальные расстройства

Сексуальные расстройства, вероятно, наиболее социализированные, поскольку сексуальность – понятие, присущее только человеку. Поэтому психогенные, функциональные расстройства в этой области встречаются очень часто. В практике сексолога на долю пациентов с функциональными расстройствами приходится до 40–45 %, а элементы психогенных функциональных расстройств есть практически у всех пациентов.

В недавнем прошлом взгляды на сексуальные расстройства находились на симптоматическом уровне, что проявлялось в стремлении врача вылечить именно жалобу пациента, не разбираясь, какая нозология стоит за этими внешними проявлениями. Такая практика порой приводила к самым нелепым рекомендациям – от совета завести любовника (что явно не входит в компетенцию врача) до хирургического или местного лечения вагинизма, то есть, ярко выраженного и исключительно функционального расстройства, а вовсе не состояния влаги. До сих пор не являются исключением рекомендации по протезированию полового члена мужчинам, страдающим функциональными сексуальными расстройствами в виде, например, синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Несмотря на кажущееся однообразие жалоб, подлинные причины и патогенетические механизмы сексуальных расстройств могут значительно различаться, что требует индивидуального обследования и подхода к лечению.

Согласно МКБ-10 [1], сексуальные расстройства подразделяются на три категории:

- F-52 «не обусловленные органическим расстройством или заболеванием», то есть, психогенные, они же функциональные,
- обусловленные органическими расстройствами или заболеванием, то есть, нозогенные, которые шифруются соответственно этому основному заболеванию,
- смешанного характера.

Психогенные сексуальные дисфункции – это проявление нарушений в сексуальной структуре личности, при которых изначально страдает психологическое управление сексуальной функцией, на фоне сохранных анатомических и физиологических сторон половой системы.

Диагностика этих дисфункций основана на исключении соматических и психических заболеваний – от сахарного диабета до шизофрении, как именно причины заболевания.

Патогенез функциональных сексуальных дисфункций может быть двояким:

- невротические механизмы (неосознанная тревога, ожидание сексуальной неудачи, попытки контроля и самоконтроля, умственные усилия по формированию некоего стандарта близости и т. д.),
- состояния, связанные с нарушением онтогенеза психосексуального развития (несовпадение реальных отношений с фантастическими представлениями, несовпадение тактильных ощущений в связи с дезадаптивной мастурбацией), когда происходящее в интимной жизни или исключительно в сексе не возбуждает человека

Среди мужчин детородного возраста (18–50 лет) преобладают функциональные расстройства, а с возрастом растет процент нозогенных, связанных с нарушениями в сердечно-сосудистой системе, эндокринной системе, общими изменениями обмена веществ. Поскольку сексуальные проблемы волнуют, в основном, людей именно детородного возраста, функциональные сексуальные расстройства преобладают в практике сексолога.

Полноценное обследование сексологического пациента включает в себя диагностику с точки зрения психиатрии, неврологии, эндокринологии, урологии, гинекологии и дру-

гих медицинских специальностей, поскольку сексуальное расстройство может зависеть от состояния различных органов и систем.

Если для полноценной диагностики, например, острого аппендицита, требуется не более 5–8 диагностических критериев, то полноценный и всесторонний сексологический диагноз может потребовать анализа ста и более диагностических признаков. Это обусловлено тем, что сексуальной системы, как таковой, не существует, и интимное общение, включающее в себя и половой акт, осуществляется при объединении различных органов и систем: нервной, половой или мочеполовой, эндокринной, мышечной, дыхательной и т. д. . . И, наконец, объединяющей их всех – высшей нервной деятельности, психики, социального обучения.

Кроме того, всегда нужно иметь в виду парность сексуальной функции, и для эффективной помощи пациентам, корректировать партнерские отношения и личные взгляды пациента на иерархию семейных или партнерских ценностей.

Наконец, практически в каждом случае имеет место нарушение социального компонента интимного общения – вплоть до социальной самоизоляции или полного прекращения интимных отношений.

Все эти особенности затрудняют полноценную оценку состояния и терапию заболевания.

Выявление нозологической или психогенной природы заболевания не всегда очевидно. Например, слабая эрекция может быть (и чаще бывает) функциональной, что не исключает также наличие сосудистых или эндокринных расстройств.

То же касается и гипополибидемии: в рамках эндокринного расстройства, астено-депрессивного синдрома, сексуальной дисгармонии в паре. Но, если, например, на фоне пониженного тестостерона и отсутствия половой жизни в супружестве, мужчина регулярно мастурбирует, это является признаком сохранности его влечения и указывает на функциональный характер его состояния. В то же время, следует помнить, что более 95 % сексуальных расстройств протекают с вовлечением в процесс психической составляющей в виде астении, невроза, депрессии и др.

Таким образом, алгоритм обследования сексологического пациента в любом случае включает в себя:

1. Соматическое обследование (состояние сосудов, гормонов, неврологической сферы, мочеполовой системы, а также индивидуальное обследование при наличии заболеваний любых других органов и систем); психиатрическое обследование; выявление профессиональных вредностей, вредных привычек, регулярного приема медикаментов.

2. Выявление индивидуальной личностной реакции на свое состояние; выяснение истоков этой реакции, поддерживающих ее механизмов, возможных источников разрешения внутреннего конфликта.

3. Выяснение содержания партнерских отношений, взаимоотношений с супругом вне интимной области, расстановки в супружеской паре, стремлений и возможностей супруга (супруги).

Практическая работа с сексологическими пациентами привела к выработке общих положений, касающихся функциональных расстройств:

- Ни одно соматическое заболевание не дает полную картину сексуального расстройства; в ней всегда присутствуют вторичные психологические или психические изменения, связанные со структурой личности пациента.

- Даже в случаях некурабельного соматического заболевания (например, поражение сосудов при сахарном диабете) улучшение сексуальных отношений и самооценки пациента возможно в рамках психотерапии, супружеской секс-терапии, изменения мировоззрения партнеров.

– В каждом случае обязательно воздействие на саму ситуацию заболевания. Особенно это важно при семейно-сексуальной дисгармонии, когда вся симптоматика основывается на конфликте в паре.

– Необходимо выяснить подлинные ожидания пациента, которые могут вовсе не декларироваться, но подразумеваться человеком. И достижение которых, зачастую, возможно не только тем прямолинейным путем, который он, возможно, имеет в виду. Возможность альтернативного решения проблемы, как правило, снижает тревожность больного за счет появления свободы выбора. Например, желание женатого мужчины иметь длительную полноценную эрекцию может быть лишь символом его желания изменить свою интимную жизнь, завести любовницу, на что он не решается из-за неуверенности в себе.

– Снижение силы влечения чаще связано с психологическими или межличностными факторами, чем с соматическими (уровень половых гормонов, состояние сосудистой системы гениталий и др.). В такой ситуации неоправданно назначение тестостерона на фоне его нормального уровня, что может приводить к фармакологической кастрации за счет подавления выработки собственных гормонов организмом.

– Назначение биостимуляторов при жалобах на ускоренное семяизвержение и слабую эрекцию парадоксально: происходит стимуляция еще большего ускорения эякуляции без стабилизации эрекции, поскольку ни при функциональном расстройстве, ни при соматогенном (например, атеросклерозе сосудов пениса) стимуляторы не играют никакой роли.

Ярко выраженным примером функционального сексуального расстройства является синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН). В основе его лежит личностная реакция человека на ситуацию полового акта. Тревожность сопровождает подготовку к близости и проявляется при возникновении ОБЯЗАТЕЛЬНОСТИ иметь полноценную длительную эрекцию. В этот момент его возбуждение снижается, исчезает эрекция, сношение, как таковое, становится невозможным. Подобная ситуация у женщин проявляется предвкусываемой аноргазмией. При этом перед близостью или в процессе ласк могут развиваться вегетативные проявления в виде головокружения, тошноты, гипергидроза, позывов на мочеиспускание.

При каждой последующей попытке близости всплывают воспоминания о прошлой неудаче – и ситуация повторяется, усиливая невротическое состояние. При этом речь не идет о коитофобии, поскольку вне ситуации, угрожающей осуществлением полового акта, мыслей о неудачах нет.

В описанной ситуации мужчина очень быстро изменяют ЦЕЛЬ близости: вместо наслаждения **процессом** на первый план выступает достижение конечного **результата** – например, полноценной эрекции, или удовлетворения женщины. В результате биологические механизмы эрекции и эякуляции подавляются, а чисто интеллектуальные усилия в принципе не могут обеспечить выполнение физиологического процесса коитуса.

Таким образом развивается негативная психологическая ситуация: мужчина не чувствует себя комфортно и безопасно в постели с данной женщиной, и потому не может переключиться на биологическое поведение, которое пытается восполнить привычным, интеллектуальным путем.

Та же картина складывается и у женщин: **привычное** и **прогнозируемое** отсутствие оргазма постепенно приводит к выхолащиванию внутреннего смысла интимной близости и подавлению физиологического процесса нарастания возбуждения с последующим переходом в оргазм. В конце концов, даже при изменении ситуации, как таковой (приобретении положительного личного опыта, смене партнера, пробуждении новых чувств к партнеру и т. д.) – по механизмам СТОСН аноргазмия сохраняется по чисто рефлекторным механизмам.

И точно так же, как мужчина, страдающий СТОСН, женщина пренебрегает ласками, торопит партнера, чтобы поскорее избавиться от досадной ОБЯЗАННОСТИ, которая когда-то была наслаждением...

Расстройство, не имеющее материального субстрата, как и все другие функциональные расстройства, решительно изменяет судьбу человека.

Поэтому терапия таких пациентов складывается из трех частей:

- психотерапия пациента
- супружеская сексуальная терапия
- психофармакотерапия

Психотерапия направлена на изменение отношения к сексу, к партнерским отношениям, к своему состоянию, к прогнозу лечения и интимной жизни, как таковой.

К сожалению, психотерапию многие врачи практикуют в виде шаманских заклинаний типа «Вы не думайте об этом – и все пройдет». Пациент в курсе, что его тревожность опирается только на саму тревожность, и чем больше он «не думает», тем больше сосредотачивается на том, что у него не получится...

Поэтому его внимание следует отвлекать и рассеивать. Например, при ухудшении эрекции во время надевания презерватива, рекомендуется либо не использовать его, либо надевать заранее, затем продолжая ласки.

Мнимый запрет сношения на определенное время, замена фрикций петтингом – ласками вплоть до оргазма, – снимает невротическую ОБЯЗАННОСТЬ иметь некую «полноценную» эрекцию, что также приводит к улучшению состояния пациента и ситуации в паре, как таковой. При этом, за счет того, что ласки относятся к эротической части половой жизни, происходит восстановление или первичное образование партнерских отношений, романтизации секса, пробуждение воспоминаний о том времени, когда все получалось.

Однако, поскольку сексуальная функция – парная, к лечебному процессу необходимо привлекать и партнершу пациента для создания комфортной ситуации близости.

Это достигается во время супружеской секс-терапии. Желаемое пациенту перераспределение ролей при близости приводит к нормализации его состояния и сексуальности. В этой ситуации необходимо активное и добровольное сотрудничество со стороны партнера (партнерши), умение договариваться – и контроль происходящего со стороны врача.

Психофармакотерапия проводится с учётом психического состояния пациента и выставленного ему сексологического диагноза.

Некоторые авторы (Кратохвил С. [15]) определяют функциональные сексуальные нарушения, как расстройства, при которых отсутствует способность ощущать сексуальное удовлетворение или невозможно осуществление полового акта, приводящего к сексуальному удовлетворению, несмотря на наличие всех анатомо-физиологических предпосылок и отсутствие направленности на необычные сексуальные цели.

Однако, в данном определении отсутствуют дифференциальные критерии, позволяющие отграничить состояние от органических расстройств и сексуальных девиаций.

Для диагностики именно функциональных расстройств оценивается сохранность или поражение сексуальных проявлений, присущих нормальной сексуальности в рамках представлений о четырехфазном цикле полового акта (Masters, W., & Johnson, V. [44]) – фазы возбуждения, плато, оргазма и разрядки.

Эти проявления заключены в трёх составляющих: половое влечение, осуществление полового акта и достижение оргазма.

1. Половое влечение.

Половое влечение, или либидо – стремление к половому акту, связанное с эротически-сексуальной активностью. Снижение полового влечения обозначают как гиполибиде-

мия, алибидемиа, у женщин – фригидность. В МКБ-10 этим дефинициям соответствует **F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения.**

Каплан Х. С. [10] предложила два термина – тотальная женская половая дисфункция и парциальная женская половая дисфункция, но в настоящее время они практически не используются.

2. Осуществление полового акта.

Для осуществления полового акта у мужчины на фоне полового возбуждения должна возникнуть полноценная длительная эрекция (обычно непроизвольно, реже в результате манипуляция партнёрши или самовозбуждения физическим или психическим путём).

При эрекции, недостаточной для имиссии или при её кратковременности проведение нормативного полового акта невозможно. Такие состояния свидетельствуют о расстройствах эрекционной составляющей копулятивного цикла. Это наиболее частые нарушения, встречающиеся в клинической практике сексолога.

Преимущественно функциональный характер нарушений эрекции может быть диагностирован при наличии эрекции в ситуациях, исключающих половой акт или вообще не относящихся к коитусу: ночная и утренняя эрекция; при мастурбации; при ласках в предварительной фазе коитуса или в ситуациях, когда исключена возможность сношения; при активной позиции партнёрши (то есть, переносе ответственности за эрекцию на неё); при контактах с определённой партнёршей, и отсутствии с другой (другими).

Согласно классическому подходу, в этой фазе – фазе возбуждения у женщин происходит lubricация, а также набухание клитора и малых половых губ, расслабление входа во влагалище, возможно – реакции груди и сосков. Повышается тактильная чувствительность наружных половых органов женщины, что проявляется специфическим психическим ощущением полового возбуждения – нередко даже без тактильного контакта между партнёрами.

Нарушения в фазе возбуждения могут проявляться отсутствием увлажнения, а также других генитальных и экстрагенитальных реакций, снижение вплоть до отсутствия специфической чувствительности гениталий к эротической и сексуальной стимуляции. В МКБ-10 [1] это соответствует: – **F52.2 Недостаточность генитальной реакции** и крайне редко встречаются изолированно, без сопутствующих фригидности или аноргазмии (**F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения** и **F52.3 Оргазмическая дисфункция**).

Кроме того, к нарушениям данной фазы относится вагинизм – спазм окружающих влагалище мышц, вызывающий окклюзию его открытия. В МКБ-10: – **F52.5 Вагинизм неорганического происхождения.**

3. Оргазм.

Время достижения оргазма при половом акте – одно из самых субъективных понятий в сексологии.

– **F52.4 Преждевременная эякуляция** раскрывает это понятие как «Невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта.» Между тем, никак не коррелирует скорость и возможность достижения оргазма женщиной при половом акте в случае гипооргазмии или аноргазмии – коитальной или даже тотальной.

Здесь есть разительная разница в подходе для мужчин и женщин. Чем быстрее женщина достигает оргазма при сношении, тем более позитивно оценивается её сексуальность в отношении как физиологических процессов, так и эротической и психологической отзывчивости по отношению к партнёру. Напротив, ускоренное достижение оргазма мужчиной трактуется в МКБ-10 как: – **F52.41 Преждевременная эякуляция абсолютная** (Продолжительность полового акта менее одной минуты (менее 20 фрикций) на фоне регулярной половой жизни); либо:– **F52.42 Преждевременная эякуляция относительная** (Продолжи-

тельность полового акта в пределах физиологической нормы (от 1 до 3 минут), но этого недостаточно для получения оргастической разрядки партнершей), либо: – **F52.49 Преждевременная эякуляция неуточненная.**

Другая крайность – необходимость длительного периода фрикций для достижения женщиной оргазма, – не рассматривается в качестве отдельного симптома (шифруется только, когда оргазм не возникает или заметно (??) задерживается: – **F52.3 Оргазмическая дисфункция.**

А у мужчины такое состояние называют *ejaculatio tarda* – задержанное семяизвержение, анэякуляторный синдром, эякуляции ретардация.

Функциональные сексуальные нарушения связаны с психогенными влияниями, к которым традиционно относят недостаточно эффективную стимуляцию со стороны партнёра; ситуативные негативные аффективные переживания; личные негативные воспоминания, касающиеся партнёрских отношений или сексуальной жизни; негативное влияние воспитания в родительской семье; нарушения коммуникации с партнёром; особенности характера, невротические или психопатические расстройства. Эти факторы влияния могут значительно усиливаться на фоне предрасполагающих конституциональных и возрастных факторов.

Однако не следует забывать, что психогенный вектор – неотъемлемая часть любого сексуального расстройства, в рамках какой нозологии оно не развивалось бы. Психогении имеют место и на фоне диабетического поражения сосудов, и при кастрации, и при травмах гениталий – то есть, при наличии физиологических или анатомических причин для расстройства. Поэтому решать проблемы, связанные с психогенными, функциональными сексуальными нарушениями необходимо в курсе лечения любого пациента/пациентки – наряду с терапией основного заболевания, которое, чаще всего, проводит врач-специалист.

Ещё большее значение решение психологических, межличностных и интимных проблем приобретает у людей (чаще у мужчин), которые в результате травмы или заболевания потеряли возможность совершения нормативного полового акта. В этом случае возникает необходимость обучения пары заместительным вариантам интимных отношений, проведение курса супружеской секс-терапии, направленной на переориентацию взглядов и умений, касающихся всех сторон половой жизни. Эффективность такой переориентации во многом зависит от исходных отношений между супругами, но не меньшее значение имеет и искусство врача правильно объяснить цели и приоритеты будущей интимной жизни.

Семейно-сексуальная дисгармония как показание и противопоказание для секс-терапии

Секс-терапия используется, преимущественно, для решения проблем семейной и сексуальной дисгармонии. Однако, что же такое сексуальная гармония? Вероятно, наиболее полным окажется определение сексуальной гармонии, как взаимного и полного физического и психического удовлетворения интимными отношениями.

Поскольку сексуальная удовлетворённость является частью психологической оценки интимных отношений, а эта оценка зависит от разнообразных факторов (уровня психо-сексуальной зрелости, возраста, сексуального опыта, установок личности и др.), можно предполагать, что достичь сексуальной гармонии может любая пара, независимо от наличия/отсутствия оргазма, частоты половой жизни, диапазона приемлемости и др. Таким образом, понятие сексуальной гармонии – субъективно, и может меняться в короткие сроки, независимо от самого сексуального поведения. Даже незначительные изменения в отношениях или в оценке происходящего могут привести к дисгармонии. В то же время, несмотря на регулярные и выраженные стрессовые ситуации с участием партнёра могут не оказывать влияния на оценку гармоничности отношений и секса.

Гармония отношений, являясь субъективным личным ощущением, зависит от тех целей, идеалов, установок, которые человек выбирает в качестве оценочных факторов. Неудовлетворенность интимными отношениями на фоне женской аноргазмии – один из самых частых вариантов сексуальной дисгармонии; причём ощущение дисгармонии может быть как у женщины, так и у мужчины. Однако, множество женщин, не испытывающих оргазм, считают свои интимные отношения гармоничными, поскольку и партнёр, и взаимоотношения, и ощущение ситуации расцениваются как позволяющие полностью раскрыться в отношениях и самопроявлении.

Вероятно, следует говорить о гармоничности как отдельной интимной встречи, так и о гармоничности достаточно длительной партнёрской связи, причём эти два показателя могут мало влиять друг на друга. Тем не менее, для большинства постоянных пар сексуальная гармония является следствием определенного количества субъективно удачных интимных встреч, взаимного проникновения в чувства и потребности друг друга, подстройки диапазонов приемлемости, развития альтруизма.

Поскольку сексуальная гармония – часть общей гармонии супругов, необходимо понимать, насколько большое значение придается именно этой стороне отношений. Для некоторых пар, в которых слабая половая конституция мужчины совпадает с низкими запросами жены, а интимная жизнь происходит крайне редко и со многими затруднениями, эти особенности могут никак не влиять на оценку общего показателя семейной гармонии. И наоборот, если сексуальные вопросы являются основными в оценке гармоничности отношений, то малейшие нестыковки в этом плане могут оказаться чрезвычайно значимыми для взаимоотношений и дальнейшей судьбы данной пары.

В становлении семейно-сексуальной гармонии можно выделить три этапа:

1. Начальная адаптация супругов друг к другу и изменившейся ситуации. Переход от редких встреч к постоянному сожительству, раскрытие тонких особенностей личности, бытового поведения, индивидуальных привычек, а также новые права и обязанности – все это дает возможность принять себя и супруга на достаточно поверхностном, поведенческом уровне. В сексуальных отношениях этот этап характеризуется отработкой ритма близости, форм подготовки, ласк, особенностей удовлетворения (например, заместительные формы

коитуса), то есть также, в основном, поведенческого компонента, без раскрытия глубинных побудительных мотивов секса.

Длительность первого периода может занимать до полугода супружеской жизни.

2. Углубленная адаптация может продлиться до 2–4 лет и заключается в дальнейшем сближении супругов на основе общности интересов, единого хозяйства, репродуктивного и сексуального поведения. Каждый из супругов, на основании длительного общения и наблюдения за партнером в бытовой обстановке осознанно или неосознанно начинает предвосхищать желания и поступки второй половины, строить свою жизнь с учетом особенностей оценки и поступков мужа (жены). Осознаются глубинные мотивы тех или иных поступков и реакций, изменяется их (поступков) оценка, меняются тактические и стратегические задачи супружеского и родительского партнерства. Сексуальные отношения интенсивные, с высокой частотой, с поиском новых вариантов поведения как на стадии ласк, так и во время непосредственного контакта. Появляется адекватное представление о личности и сексуальной мотивировке супруга, возможности и способах его удовлетворения, заместительных формах близости, краевых вариантах. Оргастичность женщины на протяжении этого периода прогрессивно возрастает, а процент фрустраций резко снижается.

3. Стабильная адаптация наступает спустя 4–5 лет после начала брака. В это время все стороны семейной жизни приобретают некий стереотипный вид, выработавшийся в процессе поисков наиболее эффективного и наименее трудоемкого поведения. Как минимум поначалу эти находки являются прогрессивными, становятся якорями, которые удерживают на плаву лодку семейного быта. То же относится и к интимной стороне: выявлены наиболее приятные виды воздействия, отработан ритм интимной жизни, каждый из партнеров знает, чего ждать от супруга и в какой помощи он нуждается.

Как видно из этого описания, нарушение гармонии может происходить на любом этапе адаптации, относиться к любой стороне отношений, касаться первично только одного из супругов или возникнуть сразу у обоих (по одному брачному фактору или по разным).

В стратегии достижения семейно-сексуальной гармонии могут быть использованы два варианта поведения:

1. Активная адаптация – вариативная подборка индивидуального поведения обоих супругов в общих, эротико-сексуальных отношениях, в тактике и технике интимной близости.

2. Пассивная адаптация – избегание описанной активности, делегирование этих функций партнеру. При отсутствии выбора варианта адаптации наступает психическая дезадаптация – нарастают тревожность, страх, растерянность, утрата жизненных ориентиров, отстраненность и партнера и мира.

Говоря о брачном потенциале супружеской пары, мы имеем в виду совпадение или несовпадение индивидуальных ценностей каждого из супругов.

В противоположность сексуальной гармонии, сексуальная дисгармония – это нарушение согласованности интимных отношений в постоянной паре, приводящее к снижению влечения к сношению с данным партнером/партнершей, снижению сексуальных показателей при сношении, неудовлетворенности интимными отношениями и взаимоотношениям с партнером.

Дисгармония может брать начало с личностного несоответствия, то есть несовпадении индивидуальных личностных особенностей партнеров – как в культурных или образовательных вопросах, так и в любых других факторах общего взаимодействия. Такое состояние приводит к невозможности/неумению разделять чувства и переживания другого. Ситуация усугубляется при развитии негативных эмоций по отношению к партнеру, поскольку они не позволяют полностью расслабиться в интимные моменты и полностью отдаться своим

переживаниям. Таким образом постепенно нарастает и сексуальная дисгармония, поддерживающая и усиливающая общую дисгармонию пары.

Можно говорить о несовпадении физических, материальных, культурных, сексуальных и психологических особенностей супругов. Детализация каждого из факторов позволяет выделять такие моменты, как непросвещенность в сексуальной области, сексуальный примитивизм, чрезмерная романтизация секса, несовпадение ценностных приоритетов (даже при совпадении по первым четырем брачным факторам), незнание или пренебрежение выполнением супружеских обязанностей в плане материального обеспечения, воспитания детей и т. д. Нередки также случаи, в которых дисгармония строилась на отсутствии взаимных чувств у супругов, наличии истерических или психастенических черт характера хотя бы одного из партнеров, несовпадении взглядов или жизненных установок, а также ролевых отношений.

Другой отправной точкой зарождения семейно-сексуальной дисгармонии могут быть несовпадения сексуально-конституциональных особенностей, запросов и ожиданий – например, разница в желательной частоте и формах проведения сексуальных контактов. Ситуация усугубляется, если у одного или обоих супругов имеются сексуальные нарушения – например, гениталгии, синдром ожидания сексуальной неудачи, гипо- и алибидемия у женщины и др.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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