УКРАЇНСЬКИЙ
ІНСТИТУТ
КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВОЇ
ТЕРАПІЇ

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

КПТ ЖЕНСКОЙ АНОРГАЗМИИ
И КАК ГОВОРИТЬ С ПАЦИЕНТОМ «ОБ ЭТОМ»

Живаго Кристина Сергеевна

Львов 2020

СОДЕРЖАНИЕ

1. Введение 3

1.1 Актульность 3

1.2 Основные определения 3

1.3 Понятие сексуальной «нормы» 8

1.4 Проблема аноргазмии у женщин, современный взгляд 11

1.5 Возможности КПТ в вопросе лечения женской сексуальной дисфункции 14

2. Диагностика 16

2.1. Критерии и дифференциальная диагностика 16

2.2. Диагностические шкалы 18

3. Как говорить с пациентом «об этом» 19

4. КПТ-подход к проблеме и ее решению 30

5. Заключение 41

6. Выводы 42

7. Литература 43

8. Рекомендуемая литература для специалистов 44

Приложение 1 48

1. ВВЕДЕНИЕ

1.1. Актуальность

Изучение вопроса сексуальности уходит своими корнями в XVI век, в культуры Возрождения и Просвещения. С тех пор наука и общество сделали множество открытий в этой сфере, к которым относится и открытие психоанализа. Только в последние годы исследования сексуальности стали интересны широкому кругу в обществе и достигли высокого качества. Внимание людей направлено не только на сексуальное равенство и удовлетворение, но и на здоровье. Общество все больше стремится к повышению качества жизни. Существенную часть всех сексуальных расстройств составляют психогенные расстройства. В связи с этим необходимо не только улучшать методы лечения этой патологии, но также повышать уровень полового воспитания в обществе, общую осведомленность о сексуальных расстройствах, причинах их возникновения и методах борьбы с ними.

Потому, целью этой работы стало изучение возможностей КПТ в профилактике и лечении сексуальных проблем, а именно – психогенной аноргазмии у женщин.

1.2. Основные определения

В этом разделе представлены наиболее важные определения и значения, необходимые для понимания темы сексуальности, проблем сексуальности и, в частности, психогенной аноргазмии.

Сексуальность человека — совокупность биологических, психофизиологических, душевных и эмоциональных реакций,

переживаний и поступков, связанных с проявлением и удовлетворением полового влечения [1]. Сексуальность является врожденной потребностью и функцией человеческого организма, подобно процессам дыхания, пищеварения и прочим. Человек рождается с определенным физиологическим сексуальным потенциалом, далее сексуальность формируется уже в рамках индивидуального жизненного опыта [2, 3].

Определение понятия **нормы в сексологии** имеет специфические трудности, обусловленные тесным переплетением биологических, личностных и социальных факторов, а также чрезвычайной вариативностью индивидуальных отклонений.

Культуральная норма. Культуральная норма определяется стандартами, принятыми для данной культуры.

Социокультурные стандарты сексуального поведения

Существует ряд сексуальных стандартов, соответствующих ценностям современной европейской культуры.

Коитальный стандарт. Предполагается, что собственно половым актом является соитие мужчины и женщины, или коитус.

Оргазмический стандарт. Оргазм считается обязательным кульминационным моментом сексуальных отношений.

Парный стандарт. Считается, что секс представляет собой акт, в котором принимают участие два человека. Хотя отношение к мастурбации стало более лояльным, мастурбацию принято рассматривать как эрзац парной сексуальной активности, в частности полового акта. Согласно этому стандартному представлению, заниматься сексом предпочтительнее вдвоем.

Романтический стандарт. Предполагается, что сексуальность неразрывно связана с любовью. Действительно, вследствие интимной

близости чувства к партнеру могут стать более глубокими. Однако нельзя забывать, что любовь и секс можно толковать и оценивать по-разному.

Стандарт безопасного секса. Несмотря на то что этот стандарт только начинает проникать в нашу культуру, уже достаточно укоренилось мнение о том, что человек, решивший заняться с кем-нибудь сексом, должен принять определенные меры предосторожности, чтобы предотвратить такие последствия, как нежелательная беременность или заражение болезнью, передающейся половым путем.

Таким образом, **норма сексуальная** – оптимум индивидуальных половых проявлений в жизнедеятельности человека, позволяющий ему испытывать сексуальное наслаждение и обеспечивать гармонию интимных отношений с партнёром за счёт умения понимать чувства и желания сексуального партнёра и адекватно выражать собственные психосексуальные потребности в общении с ним.

Многие специалисты выделяют **партнерскую и индивидуальную** сексуальную норму. К. Имелинский приводит 5 критериев партнерской нормы: 1) зрелость; 2) взаимное согласие; 3) стремление к достижению обоюдного наслаждения; 4) отсутствие ущерба здоровью; 5) отсутствие ущерба другим людям, то есть обществу. В соответствии с этими критериями к партнерской норме могут быть отнесены все формы сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, которые имеют место между двумя зрелыми лицами разного пола, принимаются ими обоими и направлены на обоюдное наслаждение, которое не вредит их здоровью и не нарушает норм общежития. Характер конкретных форм сексуального поведения и действий партнёров не имеет при этом решающего значения, поскольку за человеком признаётся право поиска собственных, индивидуальных путей для достижения полового удовлетворения. Попытки ограничить человека в выборе сексуальных действий жёсткими рамками предписаний и догм, игнорируя его

внутренние потребности, нередко приводят к неудачам в интимной близости, конфликтам, провоцируют развитие сексуальных неврозов.

Перечисленные критерии партнерской нормы достаточно условны (например, абсолютное требование разнополости партнёров). Вместе с тем, они позволяют вполне адекватно оценить отношения между сексуальными партнёрами с точки зрения оптимальности их соответствия друг другу в интимной сфере.

Клиническое понимание сексуальной нормы охватывает широкий круг сексуальных действий и форм поведения, которые условно можно подразделить на три категории нормы: оптимальную, принятую и терпимую.

К оптимальной норме следует отнести сексуальные действия и формы поведения, которые благодаря своим особенностям наиболее желательны с индивидуальной и социальной точек зрения. Именно по этой причине их можно пропагандировать в виде модели для полового воспитания.

К принятой (признаваемой, приемлемой) норме относятся такие сексуальные действия и формы поведения, которые, хотя и не являются оптимальными, но не ограничивают индивидуального развития человека и не мешают ему налаживать тесные человеческие контакты, то есть действия и формы поведения, не вызывающие принципиальных возражений.

К терпимой (толерантной) норме следует отнести такие сексуальные действия и такое поведение, оценка которых может быть различной с точки зрения нормы или патологии и зависит от личностного, ситуационного и партнерского контекста.

Сюда относятся такие формы поведения, которые ограничивают возможности гармоничного подбора сексуального партнёра и установления с ним тесных связей. Однако эти ограничения не имеют абсолютного

патологического характера, поскольку соответствующий (хотя и значительно более трудный, чем при оптимальной и принятой нормах) сексуальный выбор может обеспечить гармоничную половую жизнь у партнерской пары. Все указанные выше категории нормы причисляются в равной мере к сексуальной норме в клиническом понимании, то есть не требующей никакого терапевтического вмешательства. Иначе обстоит дело с точки зрения педагогики, в которой нормой считается только оптимальный вариант, в крайнем случае — приемлемый, в то время как сексуальные действия и формы поведения в рамках терпимой нормы могут рассматриваться как нежелательные и даже выходящие за рамки.

Половая конституция - совокупность физиологических показателей организма, определяющих его сексуальное функционирование, детерминированных внутренними процессами, непосредственно связанными с генетическими факторами и особенностями раннего, по большей части - внутриутробного, развития. В широком смысле под половой конституцией человека подразумевается количественная характеристика его устойчивой способности к половой жизни, а именно – к совершению определённого числа завершённых половых актов за заданный промежуток времени.

Сексуальная функция – это способность испытывать:

«желание» - позитивное предвкушение и ощущение желания сексуального удовольствия;

«возбуждение» - чувствительность и способность ответить на эротические прикосновения, что приводит к субъективному ощущению возбуждения и выделению смазки у женщин и эрекции у мужчин;

«оргазм» - произвольный ответ, что является природной кульминацией сильного возбуждения;

«удовлетворение» - ощущение эмоциональной и сексуальной преисполненности.

1.3. Понятие сексуальной нормы

Часто пациенты не знают, имеют ли они обычную сексуальную активность и жизнь, или они отличаются от других. Например, часто можно прочесть, что статистически, семейные пары занимаются сексом в среднем 3 раза в неделю. Однако, это только цифры. Это средний показатель в очень широком диапазоне. Среднее количество сексуальных контактов в неделю в таком случае может варьироваться между 0 для некоторых пар, и до 15-20 для других. Таким образом, даже если частота выше в 3 раза, их поведение принадлежит более широким рамкам нормальной сексуальной активности человека. Таким образом, что действительно важно, базируется не на количестве и способе сексуального контакта и их отклонениях от среднего, а на сколько каждый индивид ощущает себя комфортно и удовлетворенно со своими сексуальными взаимоотношениями. Очень сложно прийти к единому мнению, какую сексуальную активность считать нормальной, а какую нет. Наша культура, религиозные убеждения и социальные алгоритмы влияют на то, что мы определяем как «норму». Опираясь на этот религиозный и социальный контекст, понятие что партнеры определяют как «норму», а что как «не норму» существенно разнится. Например, сексуальная практика у мусульман и христиан существенно разнится, но какую из них мы можем считать нормой? Сексуальная жизнь пары, которая имеет трое маленьких детей и живет со своими родителями существенно отличается от пары без детей и имеющей меньше обязанностей. Сексуальная жизнь индивида, имеющего существенные проблемы со здоровьем, и здорового индивида также отличается, но возможно ли охарактеризовать это как «норма», или «не норма». Люди могут реагировать на большое количество разнообразных стимулов. Пока сексуальное поведение или фантазия не ведут к эмоциональному или физическому дискомфорту, напряжению во

взаимоотношениях или проблемам в других сферах жизни, нет никаких причин переживать.

Конечно, исследования в этой теме очень сложно организовать, учитывая различные факторы, которые влияют на восприятие «нормы» и «не нормы». Однако, некоторые цифры все же получены:

- Обычно, есть снижение уровня частоты и удовлетворенности чем дольше пара пребывает в отношениях [18];

- Частота сексуальных контактов уменьшается, если мы учитываем другие факторы, такие как работа, бытовые обязанности, дети, физические и физиологические факторы, другие аспекты взаимоотношений и тд. [18].

- Частота сексуальных контактов и сексуального удовлетворения обратно пропорциональны частоте разводов. То есть, если уровень одного фактора растет, другой, соответственно, снижается [19].

- Исследование 2015 года, проведенное на 2400 супружеских парах, показало, что чем больше секса в паре, тем они счастливее. Уровень счастья сохраняется при частоте сексуальных контактов минимум 1 раз в неделю [20].

Однако дело не в количестве, а в удовлетворении этими контактами.

Сексуальная дисфункция – обычно характеризуется как неспособность в полной мере ощутить удовольствие от сексуального общения. Это ряд расстройств, которые охватывают весь цикл сексуального ответа. Эти трудности приводят к неспособности человеку получать удовольствие или иметь сексуальное взаимодействие.

Аноргазмия - снижение или отсутствие сексуальной кульминации (оргазма) несмотря на достаточную сексуальную стимуляцию и сексуальное возбуждение женщины. Мужчины чаще расстроены из-за этого, чем женщины. «Он хочет чтобы она функционировала так же как и он» (иметь оргазм во время полового акта без дополнительной стимуляции). Есть различные варианты способности женщины к получению оргазма во

время полового акта (отсутствие оргазма, одноразовый или мультиорзам), однако неспособность достичь какого-либо из видов оргазма не есть патологией, а только природным разнообразием.

Женская аноргазмия – повторяющееся или постоянное подавление женского оргазма. Начинается с повторяющихся ситуаций оборвавшегося или несостоявшегося оргазма, или отсутствие оргазма после после фазы нормального сексуального возбуждения, которая оценивается как достаточная по качеству, длительности и интенсивности, а также неспособностью женщины испытать оргазм путем мастурбации или секса.

Если женщина испытывает оргазм хотя бы одним из вышеперечисленных способов, то диагноз аноргазмии неуместен, однако другое сексуальное снижение не исключается. Женщины, как правило, обращаются с данной проблемой самостоятельно. Однако, есть категория женщин, кто не испытывает дистресса от недостаточности возбуждения и удовольствия. Однако со временем они обращаются в связи с дистрессом из-за этого у их партнеров.

Истинная аноргазмия – когда женщина в течение жизни никогда не испытывала оргазма любым способом стимуляции. Приобретенная – ранее был опыт хотя бы одного эпизода оргазма после любого из видов стимуляции. Исследования показывают, что женщины чаще достигают оргазма путем мастурбации. Истинная аноргазмия чаще встречается у незамужних женщин. Аноргазмия первичная встречается в 5% популяции женщин старше 35 лет. И в 10% - среди всех женщин. Рост возможности испытывать оргазм с возрастом связывают с уменьшением психологического подавления, приобретаемым сексуальным опытом или объединением обеих причин.

Приобретенная аноргазмия встречается в 4 раза чаще истинной. Может развиваться в любом возрасте, чаще встречается у женщин после 45

лет. Может быть: приобретенная (в прошлом был опыт оргазма), ситуативная, генерализованная.

1.4. Проблема аноргазмии у женщин, современный взгляд

К психологическим причинам аноргазмии относят:

- Страхи забеременеть, быть брошенной сексуальным партнером и повредить вагину;
- Враждебность мужчины, недостаточная картина тела и его принятие, и ощущение вины за сексуальные импульсы.
- Некоторые женщины отождествляют оргазм с потерей контроля, или с агрессивными, деструктивными и постыдными импульсами. Их страх этих импульсов может проявляться подавлением возбуждения и оргазма.
- Некоторые женщины могут быть воспитаны в социуме, где сексуальное удовольствие не считается физиологическим. Такие женщины могут не признавать симптомы или быть фрустрированы ими. Такие женщины могут испытывать тазовые симптомы такие как ноющие боли в животе, зуд, и вагинальные выделения, а также повышенное напряжение, усталость и раздражительность [4].
- Психические расстройства, такие как тревога и депрессия.
- Стресс и финансовые проблемы.
- Опыт сексуального и эмоционального насилия в прошлом.

Есть исследования, которые доказывают генетическую склонность к отсутствию способности испытывать возбуждение и оргазм, что требует дополнительных исследований и здесь психологические интервенции будут неэффективны.

Ряд соматических заболеваний может приводить к трудностям половой жизни у женщин и мужчин, в том числе провоцировать аноргазмию. Список

заболеваний, на которые необходимо обратить внимание, будет приведет ниже. Необходимо учитывать и побочные действия препаратов, которые принимает женщина для лечения соматических болезней. Известно так же, что после рождения ребенка только 50% женщин возобновляют половую жизнь на протяжении 6 месяцев после родов. Некоторый процент женщин испытывают болевые ощущения и невозможность получить удовлетворение во время половых отношений в короткий период после родов и спустя много лет. Процент женщин, объективно пострадавших при рождении ребенка и имеющих органическую причину подобных страданий не превышает 2% во всем мире.

Неосведомленность, необразованность общества в вопросах сексуальности приводит к извращенным пониманиям того, что происходит во взаимоотношениях, в некоторых семьях нормализуется практика насилия, потому необходимо уделять особое внимание диагностике и диф.диагностике для исключения сопутствующих расстройств, в том числе психического характера.

Проблемы взаимоотношений супругов вне постели могут играть роль на сексуальные отношения:

- недостаточность контакта с партнером;
- нерешенные конфликты;
- недостаточная коммуникация о сексуальных потребностях и предпочтениях;
- неверность или злоупотребление доверием;
- насилие со стороны партнера.

Биологические исследования показывают, что женские половые гормоны играют интегральную роль в физиологии сексуального желания и поведения. Значение наиболее важных из них, эстрогенов, в сексуальном поведении женщин заключается в предотвращении атрофических

процессов во влагалище, усилении вагинального и вульварного кровообращения, а также в поддержании периферического сенсорного восприятия и благотворного их влияния на центральную нервную систему. При этом не было достигнуто положительных результатов гормональной терапии у 100% исследованых. При этом эффективность плацебо терапии достигает 68% [5].

Схематически причины сексуальных дисфункций и, в частности, женской аноргазмии можно представить схематически (рис.1).

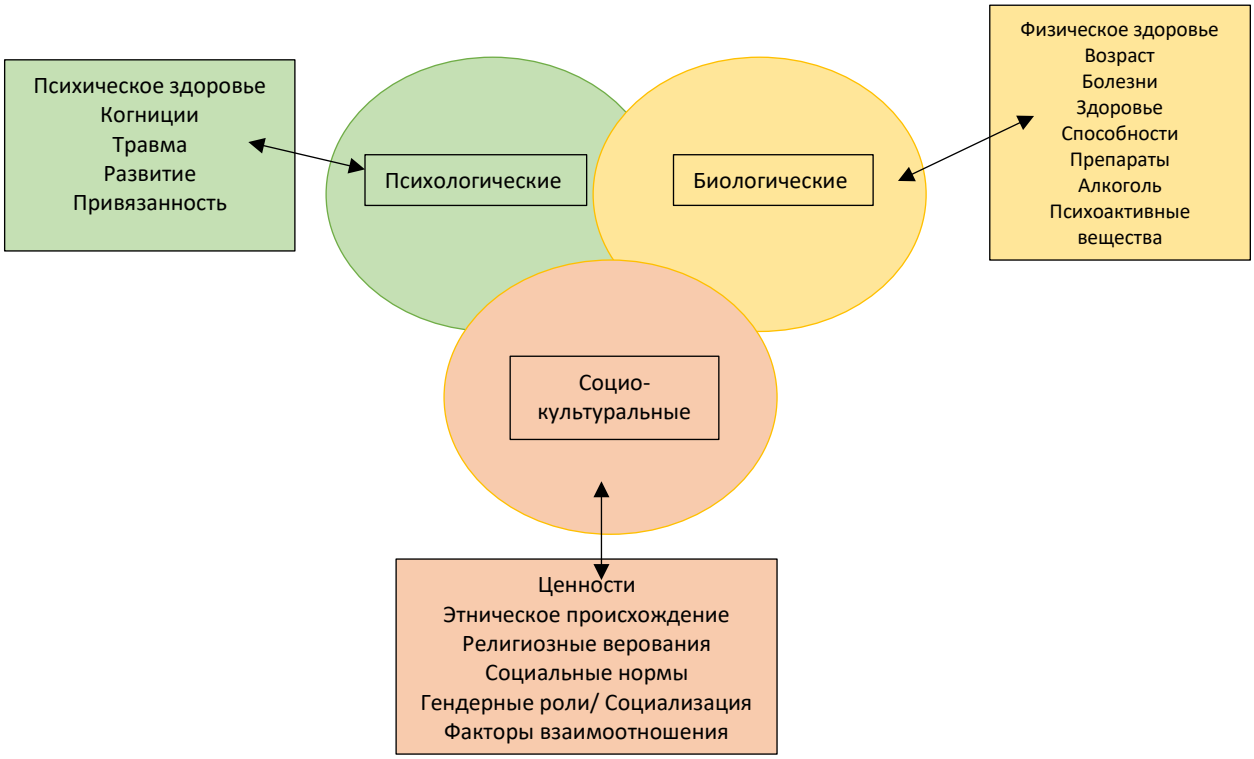


Рис.1. Схематическое изображение этиологии сексуальной дисфункции, в частности, женской аноргазмии (Автор https://doctorsharmila.in/female-sexual-dysfunction-understanding/).

1.5. Возможности КПТ в вопросе лечения женской сексуальной дисфункции

Терапия 1-й и 2-й линии, согласно рекомендациям Международного общества по изучению проблем сексуального здоровья женщин [6], включает:

1) обучение пациентов:

1 — предоставление информации о «нормальной» сексуальной жизни;

2. — предоставление информации о факторах, влияющих на сексуальную жизнь;

3. — оценка лечащим врачом наличия мотивации и желания «выздоровления»;

2) компенсация сопутствующей патологии (например, при наличии у женщины избыточной массы тела, сахарного диабета 2-го типа, синдрома гиперпролактинемии, синдрома поликистозных яичников и пр.).

Терапия 3-й линии может включать следующее:

1. психологическая коррекция («сексуальная терапия»):

1 — поведенческая терапия;

2 — когнитивно-поведенческая терапия;

3 — терапия осознанности;

2. Терапия антидепрессантами, преимущественно из группы СИОЗ, но также, с учетом сопутствующих проблем.

3. Гормональная терапия

Учитывая реалии Украины, функцию психообразования (психоэдукации) может взять на себя психотерапевт и включить ее в первый этап курса терапии.

Изучение ряда препаратов, в том числе Силделафила, в сравнении с КПТ-терапией в лечении аноргазмии, показало существенное статистическое превалирование эффективности КПТ в сравнении с медикаментозной терапией, направленной на стимуляцию сексуальной функции у женщин [7].

КПТ может повлиять там, где не работают препараты. Это изменение мыслей сексуального характера и отношения к ним, снижение тревоги и повышение сексуальной способности и чувства удовлетворения. Так же майндфулнесс, тренирующее осознанность и снижая тревогу, имеет позитивные результаты в лечении этой проблемы. Несколько исследований проведены для сравнения упражнений для тренировки мышц влагалища и расслабление мышц с концентрацией в стиле майндфулнесс на стимулировани. Последнее имело намного более высокие результаты улучшения состояния пациенток.

Учитывая вышеизложенное, КПТ на современном этапе может оказать пациенткам, страдающим на аноргазмию, существенно более качественную помощь, в сравнении с рядом другим интервенций, в том числе медикаментозных.

2. ДИАГНОСТИКА

2.1. Критерии и дифференциальная диагностика

Прежде чем установить пациентке проблему аноргазмии, необходимо убедиться, что исключены или компенсированы, пролечены до состояния стабилизации или ремиссии такие заболевания, как:

Заболевания эндокринной системы:

1. Заболевания щитовидной железы;
2. Синдром поликистозных яичников;
3. Сахарный диабет;
4. Ожирение/ избыточная масса тела;
5. Болезнь Аддисона;
6. Акромегалия;
7. Гормонально-активная аденома гипофиза.

Заболевания женских половых органов:

1. Миома матки;
2. Эндометриоз;
3. Бесплодие;
4. Дисфункция яичников;
5. Постменопауза, хирургическая или медикаментозная кастрация;
6. Преждевременная недостаточность яичников.

Заболевания сердечно-сосудистой системы

1. Ишемическая болезнь сердца;
2. Гипертоническая болезнь;
3. Атеросклероз.

Заболевания мочевыделительной системы – хроническая почечная недостаточность

Заболевания нервной системы

1. Рассеянный склероз;
2. Поперечный миелит;

3. Заболевания спинного мозга;

4. Опухоли ЦНС, амиотрофический боковой склероз;

5. Мигрень

Аутоимунные заболевания – первичный или вторичный синдром Шегрена

Заболевания суставов

Психические заболевания, в частности аффективные и тревожные расстройства.

Из этого перечня мы видим, что наиболее важными есть наблюдение гинеколога и эндокринолога.

Критериями психогенной аноргазмии у женщин, соответственно DSM-5 есть:

A. Присутствие следующих проявлений в более чем 75% случаев сексуальной активности:

1. Заметная задержка, заметная редкость, или отсутствие оргазма;

2. Заметное снижение интенсивности ощущений оргазма.

B. Симптомы критерия A присутствуют минимум 6 месяцев.

C. Симптомы критерия A вызывают клинический значимый дистресс у индивида.

D. Сексуальная дисфункция не может быть объяснена другим психическим расстройством, следствием насилия партнером или другими стрессовыми факторами, или приемом ПАВ/медикаментов или другим медицинским состоянием.

Оценка тяжести состояния проводится по степени выраженности дистресса: средняя, сильная и тяжелая степени состояния.

Проводя обследование пациенток, необходимо создать комфортные условия для беседы и установить доверительные отношения. Несмотря на

частоту этих расстройств женщины испытывают стеснение при обсуждении данной темы и с неохотой начинают разговор о своих проблемах. Иногда необходимо некоторые время, пока сформируется ощущение безопасности, и пациентка поделится своими переживаниями по этой теме.

Вторым этапом в диагностике женской сексуальной дисфункции является использование тематических опросников и шкал.

2.2. Диагностические шкалы

Шкалы и опросники, которые могут быть использованы для диагностики и оценки состояния женщины, можно разделить на несколько подгруп.

1) Опросники и шкалы общего психологического состояния. Сюда относятся шкала депрессии Бека, шкала тревоги Гамильтона, шкалы ОКР и панического расстройства. Поскольку сексуальная дисфункция может быть связана с навязчивыми мыслями или другими симптомами, свойственными депрессии и тревожному расстройству. Так же в зависимости от запроса, могут быть использованы другие диагностические шкалы.

2) Нарушение сексуальной функции может быть связано с проблемами в супружеских/партнерских взаимоотношениях. Пациентки могут использовать психологические защиты в беседе об этом, избегая, обесценивая или приукрашая реальность. Потому при подозрении на проблемы во взаимоотношения могут быть использованы опросники навыков общения супругов и опросник супружеской удовлетворенности, который так же может быть использован для неженатых пар различной степени партнерства.

3) Оценка состояния сексуальности пациентки может быть уточнена с помощью индекса женской сексуальной функции и женской сексуальной

формулы. Оба опросника валидизированы. Их надежность и достоверность подтверждены испытаниями в ряде европейских клиник.

4) И у мужчин, и у женщин есть три типа половой конституции – сильный, средний и слабый. Обладателю сильной половой конституции секс нужен как можно чаще и больше, а человеку со слабой конституцией, может быть, и раза в месяц достаточно. У людей со средней половой конституцией сексуальные потребности широко варьируют между этими типами. Половая конституция определяется физиолого-антропологическим тестированием и одним из важных показателей является "**трохантерный индекс**" человека. Это антропометрический показатель, представляющий собой отношение высоты тела к длине ноги от площади опоры до большого вертела. Индекс колеблется у мужчин от 1,92 до 1,98 - это сексуальная норма. 1,99 и выше - супер-потенция; для женщин 1,97-2,0.

3. КАК ГОВОРИТЬ С ПАЦИЕНТОМ «ОБ ЭТОМ»

Несмотря на то, что тема секса стала популярной, о ней говорят между собой, в группах, по телевидению и любой уважающий себя фильм обязательно включает в себя тему секса и отношений межу партнерами, есть места, где об этом боятся говорить – кабинеты врачей и психотерапевтов.

При том что секс является важной частью жизни, зарубежная статистика, а также украинские исследования говорят о том, что врачи практически никогда не говорят о интимных темах со своими пациентами. В результате, тема упускается, замалчивается, хотя часто есть важным показателем состояния пациента, от депрессии до межличностных взаимоотношений. С какой бы проблемой не обратился пациент к психотерапевту, сексуальная сфера будет влиять на ее разрешение. При том

что большинство пациентов хотели бы обсудить интимную тему, многие специалисты считают ее «не своим делом», что затрудняет поиск того, кто посчитает обсуждение подобных вопросов своей компетенцией.

Несмотря на то, что ВОЗ признает, что сексуальное здоровье есть важным компонентом развития и жизни человека [10], обсуждение этой темы со специалистами по здоровью табуировано.

Например,

- только 15% пациентов в США после сердечного приступа общались с врачом на тему дальнейшей сексуальной активности и большинство из них инициировали эту тему самостоятельно [11]. Это были зачастую более молодые люди, в возрасте до 50лет, которые имели достаточную сексуальную активность до приступа.

- только 44% врачей, консультирующий в США по поводу заболеваний, передающихся половым путем, имеют установленные формы опроса [12].

- Только 20% людей в возрасте после 50 лет обсуждали изменения в сексуальном здоровье со своими семейными врачами [13].

- Исследование среди пациенток с раком шейки матки показало, что 62% из них никогда не обсуждали влияние этого заболевания на сексуальною жизнь. При этом 1/3 пациенток считали, что врач должен был говорить об этом [14].

- Общение подростков с семейным врачом о сексуальной жизни происходит только в 2/3 случаев и длится всего 36 сек.! Ни один подросток не инициировал беседу самостоятельно и только 4% продолжили ее по своей инициативе [15].

Смотря на статистику, становится очевидным, что тема актуальна, востребована и должна обсуждаться. Особенно в кабинете психотерапевта, где большое внимание уделяется формированию доверительных отношений. Но, тут возникает вопрос, почему эти беседы не происходят?

С обеих сторон – специалиста и пациента, появляется примерно равноценное чувство стыда при обсуждении темы секса. Среди причин стыда и страха со стороны пациентов есть неуверенность в понимании со стороны специалиста, чрезмерная тревога чтобы начать эту тему первым, сомнения является ли это темой для разговора, если она табуирована. Со стороны специалиста это может быть страх «напороться на проблему, которую не знаешь как решить»; страх унизить, напугать пациента; культуральные различия; наличие третьего лица в кабинете. И исследования показывают, что большинство специалисто открыты к обсуждению этой темы, если будет такая возможность. Однако, как можно создать эту возможность и для чего это делать? Тема секса и сексуальной жизни – это такая же тема о здоровье, как и другие, несмотря на табуированность. Сексуальное здоровье – это сложный комплексный разнообразный вопрос и касается пациентов всех возрастов, независимо от того, являются они сексуально активны или нет. Соответственно, мы, как специалисты, должны инициировать беседу на эту тему и это важная часть жизни любого человека, а особенно наших пациентов. Поскольку различные психологические проблемы имеют прямое влияние на жизнь человека, в том числе и сексуальную.

Одна из стратегий как научиться задавать вопросы о сексе, это сделать их частью стандартного опроса. Как вы опрашиваете о сегодняшней жизни, друзьях, родителях, ресурсах. Точно так же вы опрашиваете и о сексуальной жизни. Если пациент говорит, что принимает какие-либо препараты, болеет хроническими заболеваниями, испытывает болевые ощущения, то это может иметь влияние на сексуальную жизнь. С другой стороны, проблемы с сексуальной функцией могут быть симптомом физического недуга – диабета, атеросклероза или гормонального нарушения. Не стоит боятся, что вопросы о сексуальном здоровье откроют «ящик пандорры», однако этот ящик нуждается в открытии.

Когда вы говорите с пациентом о влиянии его заболевания на жизнь, о том, что изменилось, когда появились симптомы, вы тут же можете спросить, как это повлияло на сексуальное здоровье. Поскольку половые потребности так же должны быть удовлетворены, как социальные, трудовые и прочие.

Манера разговора в это время не должна быть такой, которая напоминает «любопытство», банальный интерес или «копание в чужом белье». Пациент должен понимать, что говорит со специалистом, который хочет помочь и старается разобраться во всех аспектах. Так же не нужно сразу бросаться лечить или высказывать свои предположения о причинах и путях решения. Просто выслушайте, дайте возможность пациентам спросить, спрашивайте сами и изучайте проблему.

Нет единого принципа или алгоритма как инициировать беседу о сексе и вести ее. Но есть общие рекомендации от специалистов, работающих в этой сфере. Они касаются способов как «разломить лед» и куда двигаться в процессе беседы.

Для многие пациентов с хроническими заболеваниями. А также для пациентов с психическими проблемами, как повышенная тревожность или сниженное настроение, тема секса ассоциируется с проблемой.

В процессе беседы необходимо быть предельно точным, задавать прямые вопросы, поскольку здесь есть высокая степень уклонения. Из опыта – большинство пациентов уклоняется фразами «как у всех», «никак не влияет, почему это должно влиять?», «для меня тема отношений/секса на данном этапе неактуальна», «нет возбуждения/оргазма с этим партнером, но это же не так важно, главное что живем душа в душу»… и только через 2-10 сессий могут опять поднять этот вопрос и сказать что «таки да, есть проблема, но сформулировать не могу/стыдно/не могу разобраться есть ли трудности или все так живут».

Вы можете начать с трех простых вопросов:

- Ведете ли вы сексуально активную жизнь?

- Есть ли у вас какие-либо трудности в сексуальной жизни?

- Есть ли у вас какие-либо вопросы о сексуальной жизни, которые вы хотели бы вынести на терапию?

Если пациент отвечает утвердительно, стоит задать вопросы о сексуальной функции, способах контрацепции, урологическом и гинекологическом здоровье,

Если спрашивать: «Есть ли у вас проблемы в сексе/интимных отношениях?», многие пациенты постараются уклониться вышеприведенными фразами. Потому вопрос должен касаться проблемы, которую вы знаете, как лечить. Например, у пациентов с ОКР могут быть определенные ритуалы, связанные со страхом потерять контроль во время сексуального возбуждения, таким образом может происходить подавление его и отсутствие оргазма как следствие. Так же пациенты с ОКР могут избегать интимных отношений из-за обострения обсессивных мыслей в процессе, что причиняет дискомфорт. У пациентов с депрессией может быть снижение либидо, нарушение потенции. При сохранении возможности к сексуальному возбуждению может снижаться возможность завершить процесс. При приеме ряда психотропных препаратов, особенно антидепрессантов и современных антипсихотиков, сексуальная функция может существенно подавляться вплоть до полной редукции во время приема препаратов. После их отмены функции восстанавливаются, однако прием этих препаратов может быть показан на год и более, соответственно проблема может сохраняться довольно долго. При тревожных расстройствах может быть повышение тревоги во время интимных отношений. Это сопровождается вегетативными симптомами, фиксацией на происходящем или внутренних ощущениях, стремлении контролировать физиологические процессы. Это часто приводит к нарушению

естественного хода событий, что еще больше повышает симптомы тревоги у пациентов. При ряде других расстройств, например, личностных, пациенты могут иметь неадекватные ожидания от интимных отношений, резкие перепады настроения. Могут быть то сексуально расторможены, то наоборот, безразличны. Так же могут иметь множество партнеров или часто их менять, что уменьшает вероятность получения удовольствия от сексуального контакта.

Таким образом, переходя к тебе секса у пациента с депрессией, вместо вопроса «есть ли у вас сексуальная дисфункция?», лучше спросить «не снизилось ли либидо в связи с депрессивным состоянием?», «не повлияло ли назначение препаратов на потенцию?», «как изменилась ваша сексуальная жизнь после начала депрессии?». Некоторые пациенты будут терпеть любые побочные эффекты от препаратов, как тошнота, головокружение, колебания давления, но не сексуальную дисфункцию, которую они могут вызывать. Другие, наоборот, могут потерпеть снижение либидо или перерыв в сексуальной жизни, но не головные боли с тошнотой и другими побочными проявлениями. Если вы это замечаете у пациента, необходимо его направить на повторную консультацию к психиатру, или другому специалисту, который его наблюдает.

Также необходимо интересоваться не появилось ли болевых ощущений у женщины в связи с основным заболеванием, что позволит провести STEB анализ. Но необходимо быть внимательными к этому вопросу и направить пациентку к гинекологу. Этот вопрос будет освещен ниже.

Это не значит, что пациент захочет проводить лечение этого вопроса у вас, или вообще заниматься этим вопросом, однако это позволит ему обратить внимание на проблему, понимать, что она есть. А психотерапевту понимать, что есть аспекты, которые могут привести к торможению динамики или скрытым барьерам в психотерапии. С нашей стороны важно провести психоэдукацию о нормальном функционировании, изучить

проблему, направить к необходимому специалисту в случае необходимости.

Так же о сексе можно говорить в аспекте вопросов о качестве жизни. В том же списке, что вопросы о стрессе, усталости, удовлетворении базовых потребностей, способности к решению каждодневных задач, взаимоотношениях и социальной жизни.

Можно начинать беседу с более мягких и отдаленных вопросов: «Как обстоят дела с вашими текущими личными отношениями?» или «Как часто вы имели сексуальную активность на протяжении последних нескольких месяцев/ до и после наступления заболевания?».

Важно нормализовать то, что ответит пациент. «Более половины женщин после 50 лет не имеют сексуального партнера». Или «Сексуальная дисфункция в популяции людей с тревожностью встречается значительно чаще, чем без».

Также необходимо иметь представление о сексуальной ориентации пациента. Я всегда спрашиваю являются ли пациенты гетеросексуальны, бисексуальны или гомосексуальны». Особенно этот вопрос важно задавать, когда проблема сексуальной жизни выноситься как запрос в терапии. Из опыта проблема отсутствия возбуждения к партнеру может быть связана как с основным заболеванием, так и с подавленной (вследствие детского опыта, глубинных убеждений и правил жизнии тд.) гомосексуальной ориентацией.

Не стоит забывать о нормализации этого вопроса, индивидуальных предпочтениях людей.

Так же при расспрашивании пациентов можно заподозрить психологический компонент проблемы уже на этапе диагностики. Если вопрос о том, что с конкретным партнером пациент не испытывает возбуждение то стоит уточнить, что многие пробуют проверить есть ли у них проблемы. Обычно пробуют возбудиться при просмотре порно,

рассматривании других людей в качестве потенциальных партнеров, мастурбации. Можно просто спросить «пробовали ли вы проверить способность к возбуждению каким-либо из способов помимо постоянного партнера/партнерши?».

Так же на процесс беседы о сексуальной жизни влияют стереотипы в обществе. Как правило, психотерапевтам, как и специалистам других направлений, сложно говорить на сексуальные темы с людьми младше 18 и старше 65 лет. В Украине этот возраст может быть и меньше. По моим наблюдениям, после, примерно, 50 лет некоторые специалисты не считают возможным наличие сексуальной активности у индивидов. А при наличие хронических заболеваний некоторые вообще не считают сексуальную жизнь возможной.

Несмотря на сложившиеся стереотипы, люди с утратой сексуальной привлекательности с возрастом не обязательно утрачивают сексуальный интерес и активность. Это так же не значит, что они перестают заниматься сексом или интересоваться им только из-за того, что стареют. Конечно, физиологические проблемы могут влиять на сексуальную функцию с возрастом.

Таким образом, пожилое общество можно разделить на «старых» и «молодых душой». Условно говоря, последние, кроме всего прочего, даже если не могут полноценно функционировать физические, продолжают думать о сексе.

Пожилые люди часто стесняются или не хотят обсуждать сексуальную жизнь со специалистами. Но и отношение специалиста так же влияет на их уровень комфорта при ведении разговора на эту тему. Необходимо помнить, что вы не человек из среднего среза общества, а психотерапевт в кресле, который имеет перед собой пациента с набором проблем и это его часть жизни, часть здоровья и он обращается к вам как к специалисту, который может помочь их решить.

Так же в рамках психотерапии подростков и молодых людей может быть полезным не только проводить опрос на эту тему, но так же и уделять время для ассертивного обсуждения сексуальности, сексуального поведения, построения отношений и снижения рисков. Конечно, ключевое здесь именно ассертивный подход к беседе с подростком, тк чаще всего они не считают кого-либо, в том числе своего психотерапевта, тем человеком, с кем они бы хотели обсуждать тему секса. Однако, при формировании доверительных отношений, как раз в кабинете психотерапевта больше всего шансов обсудить эти вопросы, в сравнение со специалистами других направлений.

При беседе с подростком, для этой темы необходим достаточный уровень конфиденциальности, то есть это должна быть беседа тет-а-тет. Так же необходимо объяснить ребенку, что «вы – не его родитель и не будете его воспитывать или осуждать, но хотите помочь с определением вопросов, связанных с качеством жизни, где сексуальное здоровье имеет важное значение».

Так же из опыта, на консультации трансгендеров или гомосексуалистов часто возникает ответ «секс как у всех». Но, у этих пациентов в прошлом могут быть психологические травмы, которых они активно избегают, но которые имеют свои последствия на становление гендера. Если сразу спрашивать об этом, пациент может просто сбежать. Мало того, может понадобиться не один год терапии, а, возможно, они никогда не смогут приблизиться к своей травме. Однако вопрос сексуального здоровья для таких пациентов очень актуален. Прием гормональной терапии хоть и улучшает качество жизни и принятие себя, негативно влияет на гинекологическое и урологическое здоровье, приводит к неприятным ощущениям и нарушению естественной регуляции этих систем. Соответственно, это может сказываться на общем самочувствии, усиливать непринятие себя, приводить к повышению тревоги. При расспросе о

сексуальной активности, интимных отношениях, представления трансгендеров могут коренным образом отличаться от общепринятых. Нужно быть очень аккуратными при диагностике и ведение беседы. Например, для многих из них, касание в области гениталий, оголение тела, ласки являются триггером травм, недопустимым, пугающим или оскорбляющим. При этом они настаивают, что ведут активную сексуальную жизнь, что может заключаться в ласках только выше пояса, обнимании, каких-то других вариантах. Стоит с уважением относиться к выбору пациентов и понимать, что неосторожные комментарии или «удивление на лице» могут привести к срыву контакта и потере доверия.

Для полноценного раскрытия этой темы, необходимо уделить достаточно времени на сессии. Это не должно быть мимолетное случайное обсуждение, а полноценная беседа, позволяющая высветить все аспекты и позволить пациенту настроиться на раскрытие переживаний [16].

Нашими пациентами часто становятся молодые мамы, находящиеся в декрете и испытывающие трудности с самореализацией, общим снижением ресурсов. Одной из проблем есть возобновление сексуальной жизни после родов. Около 80% пар не возобновляют сексуальные отношения в течение полугода после родов, еще 50% из них избегают секса в течение года после рождения ребенка. Только в 2-3% случаев это связано с физическими нарушениями или патологией, которая развилась во время беременности, родов и после них и характеризуется болевыми ощущениями. Остальные случаи имеют больше психологической составляющей [17].

Некоторые специалисты вносят вопросы о сексуальной жизни в «анкету первичного обращения». Однако маловероятно, что пациент решиться написать там правду о своем сексуальном здоровье. По типу «у моего мужа импотенция 10 лет, а я уже 5 лет испытываю болевые ощущения при сексе с любовником». Однако будет более открытым именно в беседе.

Для пациентов с расстройствами личности, а так же общей популяции, необходимо задавать следующие вопросы:

- Используете ли вы методы контрацепции и какие?
- Количество половых партнеров в настоящем?
- Количество половых партнеров в прошлом?
- В каком возрасте вы имели первый сексуальный опыт и каким он был?
- Испытываете ли вы неприятные ощущения при половом контакте или в течение дня?
- Обсуждаете ли вы свои сексуальные предпочтения и трудности со своим сексуальным партнером?

Так же возможно задавать такие вопросы:

Когда вы предвкушаете или ожидаете сексуального контакта со своим партнером, это делает вас счастливым, воодушевленным и возбужденным? Или, возможно, это вызывает у вас внутри чувство вины, давления или повинности?

Дополнительно, необходимо обсудить как пациент себя чувствует после секса. Ощущаете ли вы себя удовлетворенным, расслабленным и счастливым? Или вы испытываете вину, злость и разочарование? Пока предвкушение и само сексуальное взаимодействие вызывают приятные ощущения и эмоции у обоих партнеров, их взаимоотношения работают хорошо для пары. Если же один или оба партнера испытывают негативные эмоции или чувства в отношении секса, тогда можно предположить наличие проблемы.

Часто причиной смущения в такой теме есть пол специалиста и пациента. Однако, как правило женщине-специалисту проще обсудить сексуальное здоровье с любым из пациентов, поскольку в тандеме мужчина/мужчина могут возникать конкурентные отношения, и пациент не захочет раскрывать свои, по его мнению, «слабости». При этом если

пациент состоит в браке, ему будет комфортно обсудить с женщиной-специалистом свои трудности, особенно если специалист не проявит эмоционального ответа. Также трудности могут возникнуть если специалист – мужчина, а пациент – женщина, особенно если оба молодого возраста. Потому, нацеленность на диагностику, уверенность пациента в стремлении специалиста помочь, компетентность, будут способствовать полноценному обследованию и дальнейшему успеху терапии.

Как объяснить пациенту что есть проблема, которую необходимо решать? Если в отношениях человек испытывает повторяющееся неудовлетворение, или есть существенное разногласие в сексуальной практике, есть необходимость обратиться за помощью. Поскольку эти проблемы могут быть связаны с эректильной дисфункцией, подавленным сексуальным желанием, аноргазмией, преждевременной или отсроченной эякуляцией, болевыми ощущениями во время полового акта, или просто по любой другой причине партнер не удовлетворен своей сексуальной жизнью.

4. КПТ-ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ И ЕЕ РЕШЕНИЮ

Психотерапия аноргазмии включает ряд подходов, которые имеют определенные цели. Изначально, эти подходы были разделены. На сегодня эти техники объединяет в себе КПТ.

Когнитивно-поведенческие подходы к терапии аноргазмии сосредоточены на содействии изменениям в мыслях, уменьшении тревожности и увеличении способности к оргазму, и сексуального удовлетворения. Подходы обычно включают поведенческие упражнения, такие как системная десенсибилизация, сенсорная фокусировка и направленная мастурбация (НМ).

Последовательность терапии аноргазмии (и других сексуальных дисфункций в целом) следующая:

1. Привлечение в терапию.

2. Нейробиология.

3. Формулирование, возможные циклы.

4. Психосексуальное образование (психоэдукация).

5. Техники релаксации – в наибольшей степени показано для тревожных, подверженных стрессу или с низким сексуальным самосознанием.

6. Управляемая сексуальная фантазия (через библиотерапию)

7. Сексуальная коммуникация – особенно для людей, любящих четкие правила и имеющих выраженное логическое мышление.

8. Когнитивная реструктуризация.

9. Направленная мастурбация.

1. Для привлечения пациентки в терапию необходимо соблюсти приватность, для обсуждения подобных тем. Так же важными есть неосуждаемый контакт и теплое принятие, особенно для лиц с историей абьюза. По возможности необходимо обеспечить тихое место. Предложите пациентке завести сексуальный словарь, куда она сможет записывать свои ощущения. Предложите ознакомиться с материалом о сексе более приятного характера.

2. Нейробиология

Удовольствие – сознательное состояние, которое люди испытывают как приятное, приносящее удовлетворение, дающее радость или достойное поиска. Так же могут включать и другие состояния разума как счастье, развлечение, наслаждение, экстаз и эйфория. Ранее удовольствие описывали как «принцип удовольствия», который считался врожденным и инстинктивным. Однако, удовольствие – это очень субъективное переживание, потому разные люди по—разному реагируют на разные стимулы. Многие приятные переживания связаны с удовлетворением основных биологических побуждений: еда, выживание, сон, сексуальное

удовольствие и оргазм. Удовольствие невозможно отменить или отложить, оно должно быть реализовано. Люди склонны двигаться в его направлении, в поиске удовлетворения.

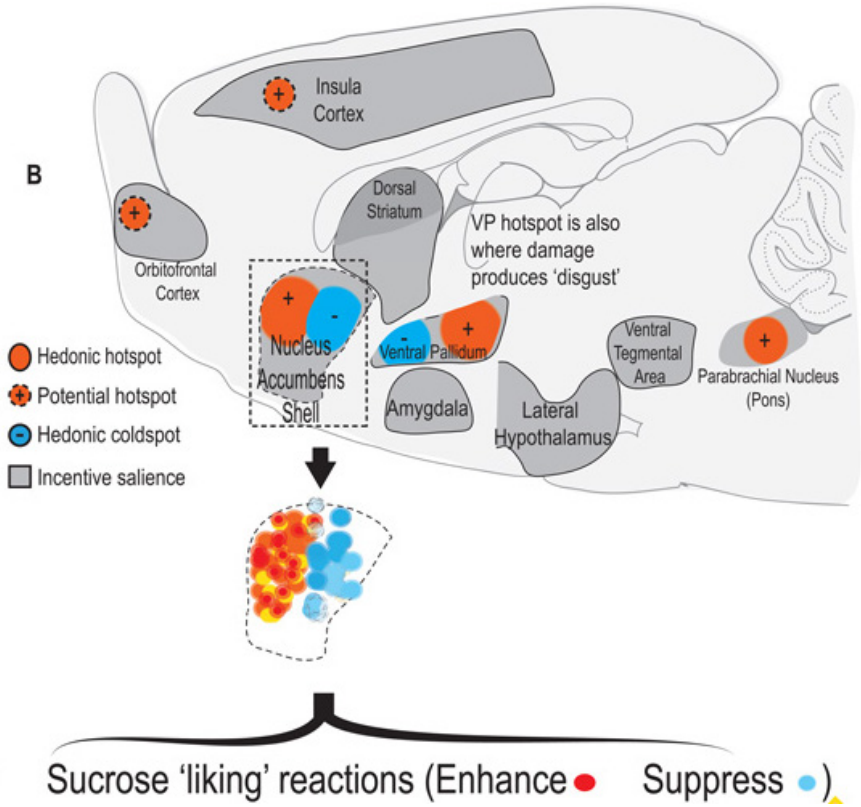
Центры удовольствия в мозге были определены путем исследования животных. Люди имеют схожую нейробиологию. На сегодня, латеральный гиппоталамус, прилежащее ядро (центр мозга, отвечающий за удовлетворение и удовольствие, связан с зависимостью от запрещенных веществ), вентральный паллидум, парабрахиальное ядро, орбитофронтальная кора и поясная кора определяются как центры удовольствия или «горячие точки». Вентральная тегментальная зона так же может быть выделена как «горячая точка» поскольку содержит свыше 5000 допаминэргических нейронов, проводящих импульс в прилежащее ядро и другие корковые структуры. Микроинъекции опиоидов, эндоканнабиноидов и амфетаминов приводил к усилению эффекта симпатии в этих зонах.

Сексуальная мотивация, желание, удовольствие и оргазм так же происходят из тех же лимбической схемы вознаграждения-удовольствия. Любовь, сексуальное удовольствиеи оргазм у H. sapiens - гораздо более сложное явление по сравнению с «спариванием» лабораторных животных, хотя то же самое нейрохимические вещества участвуют в индукции сексуального удовольствия, такие как дофамин (DA) и окситоцин (OXT), аналогично животным.

Во время оргазмов, вызванных вагинально-цервикальной стимуляцией или стимуляцией клитора, были активированы: паравентрикулярное ядро гипоталамуса (где первоначально высвобождается окситоцин), миндалевидное тело, гиппокамп, прилежащее ядро, хвостатое ядро, островок, преоптическая зона (где выделяется окситоцин), некоторые базальные ганглии, мозжечок, передняя поясная извилина, париетальная и префронтальная кора.

Интересно, что во время возбуждения и оргазма некоторые части мозга приглушаются и деактивируются, тогда как другие активировизируются. Орбито фронтальная кора префронтальной коры была деактивирована во время оргазма; в течение возбуждение левая нижняя и центральная лобные извилины активизируются; однако правая и левая веретенообразная извилина миндалины, правая средняя извилина, нижняя извилина были деактивированы. Во время оргазма как у мужчин, так и у женщин активируется левый червь мозжечка. Во время клиторального оргазма, было выявлено уменьшение активности в левой орбитофронтальной коре, нижней височной извилине и передней височной доле; увеличение кровотока было обнаружено на хвостатое ядро и ядра мозжечка (рис. 2 [8]).

Рисунок 2.

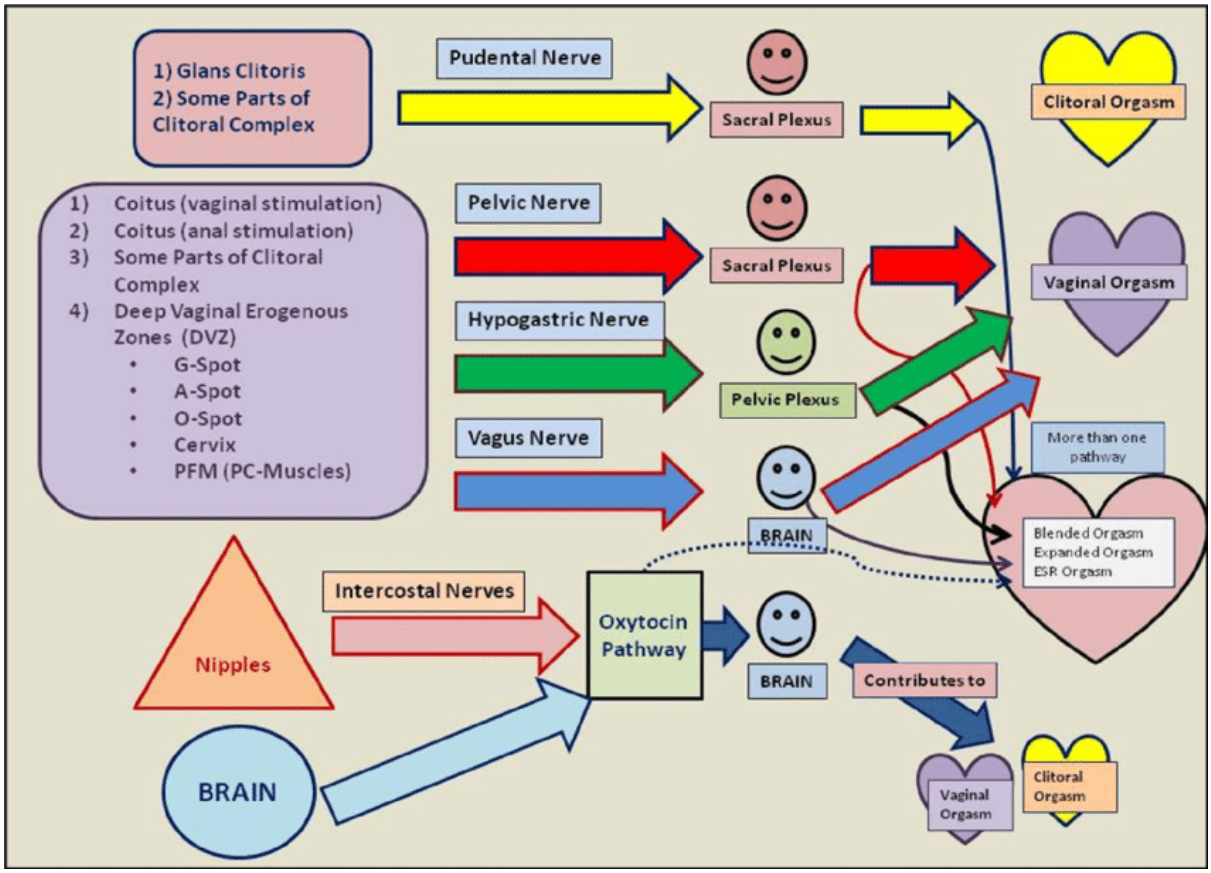


В последние годы особое внимание уделяется нейрохимическому механизму возбуждения и оргазма. Множество нейротрансмиттеров и

гормонов работают одинаково у животных и людей, с использованием идентичной рецепторной системы и каскада молекулярных реакций. Сексуальное удовольствие и оргазм оказывают эйфорическое, нтидепрессивное, противотревожное, седативное и обезболивающее действия, в основном благодаря участию следующих веществ: допамин, окситоцин, пролактин, эпинефрин, эндорфин.

Так же существует по крайней мере 6 гипотетических рефлекторных дуг формирования женского оргазма четырьмя нервами. Половой, тазовый, гипогастральный, межреберный и блуждающий нервы составляют основную сеть. Так же существует по крайней мере 2 проводящих окситоциновых пути, в то время как окситоцин отдельно работает и как нейротрансмиттер, и как гормон. Мультиоргазм происходит из-за активации более чем одного проводящего пути (рис. 3 [9]).

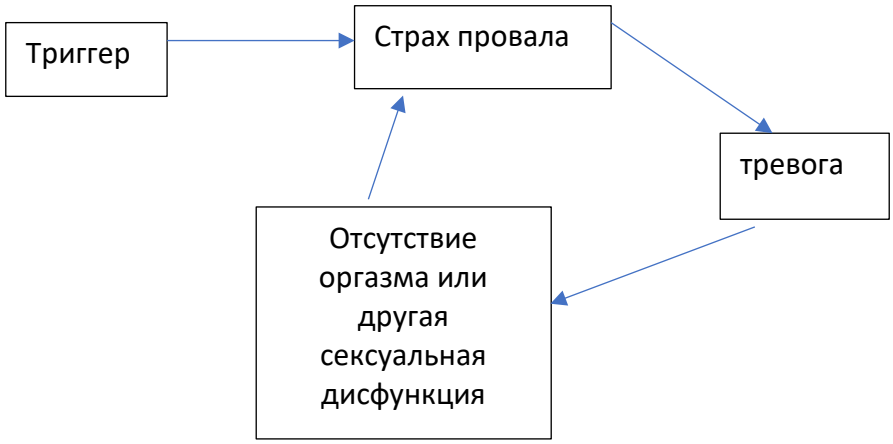
Рисунок 3.

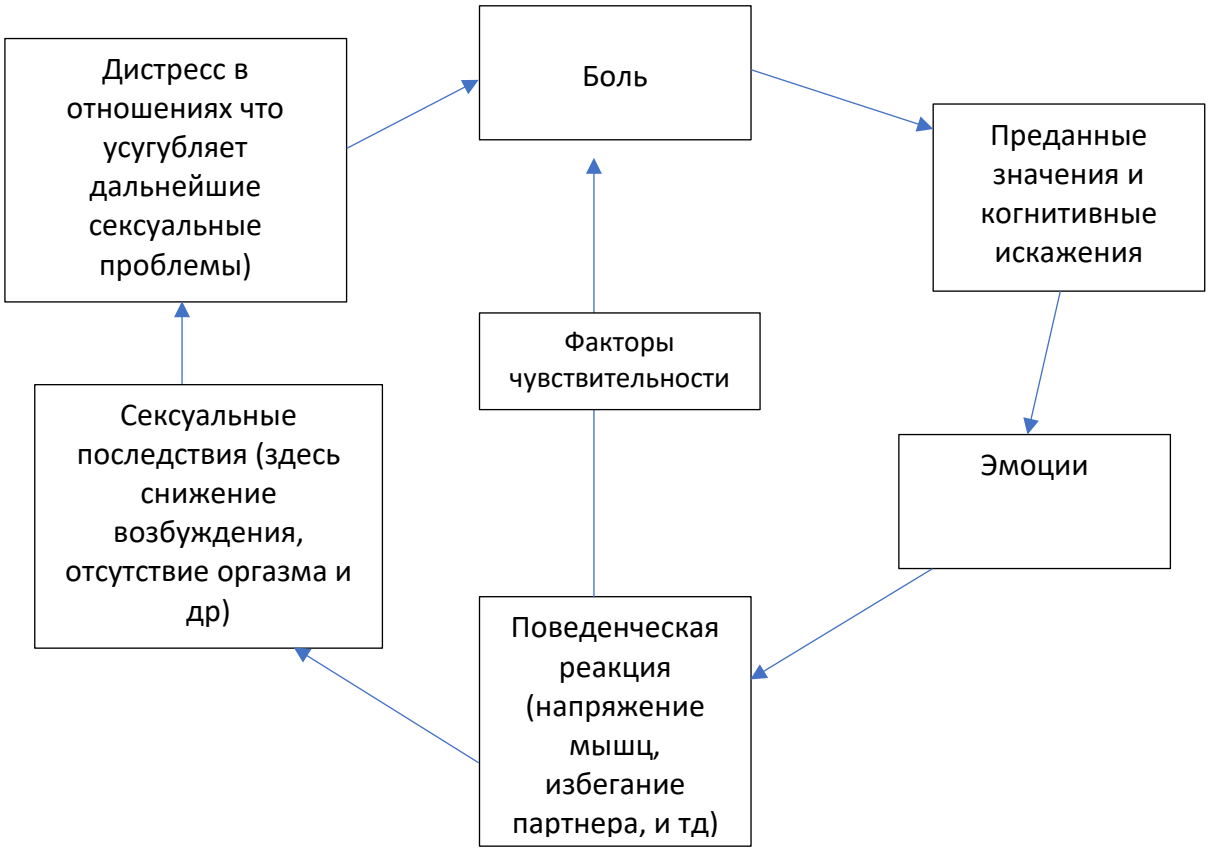


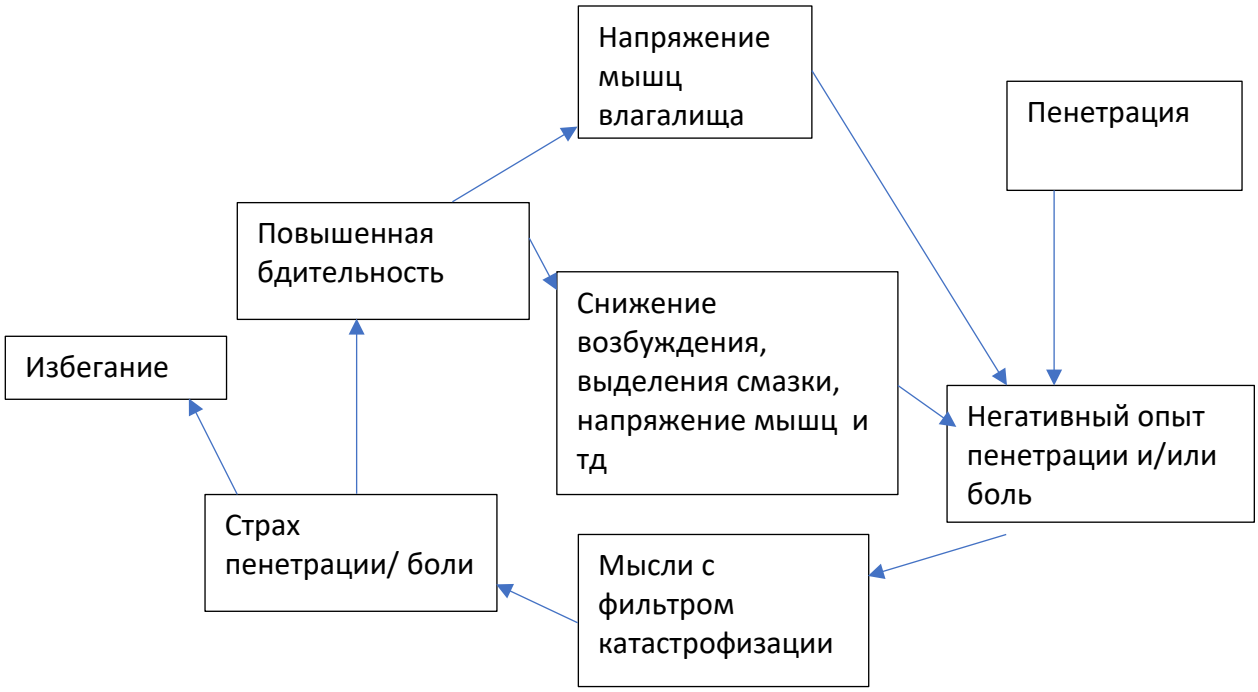
Соответственно, не стоит отказываться от дополнительных методов исследования с целью выявления биологической причины сексуальных нарушений у женщины.

3. Формулирование, возможные циклы

Ниже приведено несколько наиболее распространенных циклов, характерных для женской аноргазмии и некоторых других проявлений сексуальной дисфункции.







4. Психосексуальное образование (психоэдукация) включает:

Изучение анатомии;

Физиологии сексуального ответа;

Препараты, взаимодействующие с сексуальной функцией;

Исследование нереалистичных ожиданий и представлений о себе и потенциальном партнере и их нормализация;

Проработка мифов о сексуальности.

Возможные мифы и когнитивные приданные значения.

<u>О женской сексуальности:</u>

Секс – только для женщин до 40 лет;

Все женщины имеют мульти оргазмы;

Инициировать секс – мужская обязанность;

Женщина не должна как либо проявляться во время секса или терять контроль;

Все женщины могут сквирт (эякулировать);

Беременность и другие физиологические состояния нарушают чувствительность;

Если женщина не может получить оргазм быстро и легко, значит с ней что-то не так.

О мужской сексуальности:

Размер и упругость пениса определяют качество секса;

Настоящий мужчина не имеет проблем с сексом;

Настоящий мужчина не говорит о чувствах или эмоциях.

Общие мифы и предубеждения о сексе:

«Секс» означает введение пениса во влагалище;

Секс хорош только если оба партнера имеют невероятные оргазмы;

Даже если не нравится вначале, со временем с этим партнером станет комфортно и терпимо;

Любой сексуальный контакт должен вести к сексу;

Ты должен знать, чего хочет твой партнер не спрашивая и не уточняя;

Фантазии о ком-то еще означают что он/она несчастливы со своим партнером.

5. Релаксация

Тренинги майндфулнесс. Осознанность и умение быть здесь и сейчас. Техники могут включать прогрессирующую мышечную релаксацию, изометрическую релаксацию на нижнюю часть тела, диафрагмальное дыхание, аутогенный тренинг, управляемую визуализацию. Обучение включает навыки рефокусировки внимания на боль, места напряжения, безосудительное наблюдение за ними.

6. Управляемая сексуальная фантазия

Обсуждение и нормализация вариативности сексуальной фантазии.

- «нормальное» сексуальное фантазирование
- БДСМ и другие направления
- написание собственных эротических историй.

Чтение литературы соответствующего содержания (Приложение 1)

Экспозиция к фантазиям во время стимуляции самостоятельно или с помощью партнера.

7. Сексуальная коммуникация

Мы не все умеем коммуницировать о сексуальности. Нужна практика. Возможные темы для общения:

- чувства свои и партнера;
- как вы/партнер проявляете чувства, сентименты, ощущения, эмоции;
- слова, тактильность, физическая реакция, контакт глазами;
- расхождения между партнерами.

Истории абьюза, нарушения границ, обесценивания, что разрушает доверие;

Формирование ритуала или последовательности в коммуникации для пары.

8. Когнитивная реструктуризация

Включает стандартную работу, в тч. в сократовский способ, с негативными автоматическими мыслями, преданными значениями, мифами, фильтрами мышления. Важно не забывать нормализовать опыт, значения и тд. Некоторые приведены выше. Так же может понадобиться работа с переживаниями, обучение управлению ими. Так же актуальны поведенческие эксперименты.

9. Направленная мастурбация

Направленная мастурбация (НМ) была разработана LoPicolo и Lobitz специально для расстройства оргазма у женщин и основана на формате секс-терапии, предложенном Мастерсом и Джонсоном. Они разработали 9-ступенчатую программу НМ для женщин с аноргазмией, которая включала обучение, самоисследование и осознание тела, упражнения по мастурбации, и упражнения на сенсорную фокусировку. Первоначально в программе участвовали оба партнера, но позже преобразовали программу мастурбации в формат группового лечения для женщин без их партнеров, так называемые «предоргазмические» женские группы.

Использование слова «преоргазмический» подчеркнуло мнение о том, что аноргазмия в основном является результатом неадекватного процесса обучения. С этой точки зрения женщины, которые никогда не испытывали оргазма, упускали историю открытия собственной сексуальности, которую предполагалось исправить путем обучения адекватным навыкам мастурбации, которые приводили к оргазму вследствие сексуального возбуждения.

Для НМ характерны домашние упражнения, которые изначально фокусируются на осознании тела и принятии тела, а также на визуальном и тактильном исследовании тела. Затем женщин обучают техникам мастурбации, использованию фантазий и образов для увеличения сексуального возбуждения, а также использованию местных смазок и вибраторов; часто рекомендуется эротическая литература или фильмы. Часто назначают упражнения Кегеля, включающие сокращение и расслабление мышц тазового дна, поскольку они могут повысить осведомленность женщины о генитальных ощущениях и сексуальном возбуждении. Для женщин, которым не удается достичь оргазма из-за страха потерять контроль, рекомендуется ролевые игры с оргазмическими переживаниями.

Как правило, эффекты лечения сохраняются или даже улучшаются при последующем наблюдении. Лечение успешно в различных условиях, таких как групповая, индивидуальная и парная терапия, а продолжительность лечения составляет до 20 сеансов. В одном исследовании сообщалось об успехе письменных или записанных на видео рекомендаций по мастурбации при минимальном контакте с терапевтом, что указывает на то, что самостоятельное обучение мастурбации может быть ценным и экономически эффективным форматом лечения. Изучение того, как достичь оргазма во время мастурбации, не обязательно сводится к достижению оргазма во время сексуальной активности с партнером. В случаях ситуационной аноргазмии, когда женщина может достичь оргазма посредством мастурбации, но не со своим партнером, парное лечение с акцентом на общение, адекватная стимуляция клитора и участие в половом акте с использованием положений, которые максимизируют стимуляцию клитора, кажутся более эффективными, чем НМ.

Одна из таких – техника коитального выравнивания – сексуальная поза, в обывательской литературе известная как «измельчение кукурузы», используется как вариант миссионерской позы и предназначена для максимальной стимуляции клитора во время полового акта.

Таким образом, для женщин с первичной аноргазмией более эффективной будет терапия НМ. Тогда как для женщин приобретенной аноргазмией, которые могут достичь оргазма путем мастурбации более эффективна терапия с использованием техники коитального выравнивания.

Терапия также включает повышение понимания своего тела, анатомии, эрогенных зон, границ что приводит к улучшению сексуального удовлетворения. Изучение тела может проводиться самостоятельно либо вместе с партнером.

Направленная мастурбация включает серию упражнений, начинающихся с визуального и тактильного изучения всего тела, его

реакций, и продвигается к нарастающей генитальной стимуляции с возможностью использования вибратора, с дальнейшим привлечением партнера.

Важным является ведение сексуального дневника, что поможет выявить скрытые когнитивные значения, НАМ, эмоции, триггеры. Так же поможет видеть динамику, нормализовать опыт и тд.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Со времени последней волны сексуальной революции проведено большое количество исследований, направленных на решение проблем сексуальной сферы. Когнитивно-поведенческая психотерапия позволяет достичь продолжительных результатов в лечении психологической составляющей сексуальной дисфункции.

За последние годы разработано протоколы помощи пациенткам с аноргазмией. Проведены работы, направленные на снижения экономического бремени этой проблемы.

КПТ включает как когнитивный так и поведенческий аспекты, позволяет пациенткам проходить лечение самостоятельно, либо с привлечением партнера. Пациентки более свободны в выборе способов и направления лечения, большое внимание уделяется нормализации проблем. Это важно, в аспекте табуированности данных тем.

Таким образом, использование КПТ-подхода в лечении аноргазмии позволяет достигать оптимальных комплексных результатов лечения.

6. ВЫВОДЫ

1. На современном этапе КПТ является одним из ведущих направлений в лечении аноргазмии и других сексуальных дисфункций.

2. Даже если у пациента нет желания работать надо выявленной проблемой в сексуальной сфере, задачей психотерапевта есть исследование этой проблемы, направление к необходимым специалистам и психоэдукация о физиологии, норме и патологии в сексуальной сфере.

3. Недостаточная информированность специалиста о сексуальных проблемах пациента или некачественная диагностика – хуже, чем любой вред, который может причинить процесс сбора информации о сексуальной жизни пациента.

4. Последовательность терапии не отличается от стандартной в КПТ.

5. Направленная мастурбация, как одна из основных техник лечения, может проводиться как самостоятельно пациенткой, так и с привлечением партнера и подразумевает работу на дому, что сохраняет интимность.

6. Достигнутые результаты имеют потенциал для длительного сохранения ремиссии и повышения качества жизни пациенток.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Акимова Л. *Психология сексуальности*. Учебное пособие. Одесса: СМИЛ; 2005.

2. Benagiano G, Carrara S, Filippi V. Social and ethical determinants of human sexuality: 1. The need to reproduce. *Minerva Ginecologica*. 2010;62:349-359.

3. Pierson R, Stephanson R. Imagining reproduction in science and history. *Journal of Medical Humanities.* 2010;31(1):1-9. https://doi.org/10.1007/s10912-009-9095-3

4. Kaplan&Sadock's. Synopsis of psychiatry, 11 edition. P. 577-578

5. Kingsberg S, Goldstein I, Kim NN, Simon JA. Female Sexual Dysfunction and the Placebo Effect: A Metaanalysis. *Obstetrics and Gynecology.* 2018;132(6):1504.

6. Clayton AH, Goldstein I, Kim NN, Althof SE, Faubion SS, Faught BM, Parish SJ, Simon JA, Vignozzi L, Christiansen K, Davis SR, Freedman MA, Kingsberg SA, Kirana PS, Larkin L, McCabe M, Sadovsky R. The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic Proceedings.* 2018;93(4):467-487. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.11.002

7. Abdollah Omidi, Afshin Ahmadvand et al. Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitive-behavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: a randomized controlled clinical trial. *Electron Physician*. 2016 May; 8(5): 2315–2324. doi: 10.19082/2315

8. Berridge KC, Kringelbach ML. Pleasure systems in the brain. Neuron. 2015 May;86(3):646-664. DOI: 10.1016/j.neuron.2015.02.018.

9. Sayin, U. (2012). Doors of Female Orgasmic Consciousness: New Theories on the Peak Experience and Mechanisms of Female Orgasm and Expanded Sexual Response. *Neuroquantology, 10*, 692-714.

10. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. 2006. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf Accessed July 23, 2015.

11. Lindau ST, Abramsohn EM, Bueno H, et al. Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction among younger adults in the United States and Spain: a prospective, observational study. Circulation. 2014;130:2302-2309.

12. Verhoeven V, Bovijn K, Helder A, et al. Discussing STIs: doctors are from Mars, patients from Venus. Fam Pract. 2003;20:11-15.

13. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. N Engl J Med. 2007;357:762-774.

14. Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. Gynecol Oncol. 2007;106:413-418.

15. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. JAMA Pediatr. 2014;168:163-169.

16. *Roxanne Nelson. How to Talk to Your Patients About Sex - Medscape - Oct 15, 2015.*

17. http://klinika.medvedev.ua/index/stetyi/sex-after-delivery.html

18. Velten J, Margraf J. Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLoS One*. 2017;12(2):e0172855. doi:10.1371/journal.pone.0172855

19. Yabiku ST, Gager CT. Sexual Frequency and the Stability of Marital and Cohabiting Unions. *Journal of Marriage and Family*. 2009;71(4):983-1000. doi:10.1111/j.1741-3737.2009.00648.x

20. Muise A, Schimmack U, Impett EA. Sexual Frequency Predicts Greater Well-Being, But More is Not Always Better. *Social Psychological and Personality Science*. 2015;7(4):295-302. doi:10.1177/1948550615616462

8. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА СПЕЦИАЛИСТАМ

1. Антонов В.В., Сексология. 2015

2. Бейлькин М., Медицинские и социальные проблемы однополого влечения. Урал ЛТД, 2005

3. Беледа Р.В., Тактаров В.Г., Современные методы лечения сексуальных расстройств у мужчин и женщин. М., 2004

4. Белл, Вайнберг и Хаммерсмит; Сексуальное предпочтение: его развитие у мужчин и женщин (Bell, Weinberg, Hammersmith, 1981)

5. Берн Э., Секс в человеческой любви. Рипол Классик, 2002

6. Болдуин Д., Сексуальное здоровье мужчины. Физкультура и спорт, 1995

7. Браун Д. Психология Фрейда и постфрейдисты. М.,"Рефл-Бук",1997.

8. Браун Пол, Келл Кристин, Книга о хорошем сексе. Махаон, 1998

9. Бриттон Р., Фельдман М., О'Шонесси Э., Эдипов комплекс сегодня. Клинические аспекты. М., 2012

10. Бриш К., Розлади прив'язанності. Львів, 2015

11. Буртянский Д.Л. с соавт. Медицинская сексология. Саратов, 1990

12. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция. М., "Медицина", 1985

13. Васильченко Г.С., Частная сексопатология. Руководство для врачей. М.,"Медицина", 1983

14. Вейнингер Отто, Пол и характер. Астрель, 2012

15. Винникотт Д.В., Игра и реальность. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002

16. Винникотт Д.В., Семья и развитие личности. Мать и дитя. М.: Литур, 2004
17. Винникотт Д.В., Пигля: Отчет о психоаналитическом лечении маленькой девочки. М.: Класс, 2006
18. Винникотт Д.В., Маленькие дети и их матери. М.: Класс, 2007
19. Винникотт Д.В., Разговор с родителями. М.: Класс, 2011
20. Гери Ф. Келли., Основы современной сексологии. "Питер", 2000
21. Гидденс Э., Трансформация интимности. – СПб., 2004.
22. Грипінченко І.І., Клінична сексологія і андрологія. Київ, "Здоров'я", 1996
23. Дали К., Психология менструации. Изд. «Ergo», 2006
24. Джонсон Роберт, Она. Глубинные аспекты женской психологии. М., «Когито-Центр», 2010
25. Джонсон Роберт, Он. Глубинные аспекты мужской психологии. М., «Когито-Центр», 2010
26. Доморацкий В. А., Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. - М.: Академический Проект; Культура, 2009
27. Донован Дж., Краткосрочная терапия объектных отношений, 2003
28. Дуглас М., Эзотерическая эротика востока.
29. Жеребятьев С., Энциклопедия измены
30. Збигнев Лев-Старович, Секс в культурах мира. Энциклопедия. Мысль, 1991
31. Збигнев Лев-Старович, Нетипичный секс. М., Советский спорт 1992
32. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Л., Либих С.С., Функциональная женская сексопатология. Пермь, 1994
33. Ивик О., История сексуальных запретов и предписаний. М., 2014
34. Имелинский К. Психогигиена половой жизни. М., “Медицина”, 1972
35. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М., “Медицина”, 1986
36. Исаев Д.Н., Каган В.Е., Половое воспитание детей. Л.: Медицина, 1988
37. Калашникова С.В., Секреты секса. Самара: АВС, 1998
38. Каплан Хелен Сингер, Сексуальная терапия, М., “Класс”, 2001
39. Карен Хорни, Женская психология. Перевод с английского Е. И. Замфир Научная редакция: профессор М. М. Решетников
40. Келли Г., Основы современной сексологии. СПб., 2000
41. Кернберг О., Отношения любви. Норма и патология. М.: Класс, 2004
42. Кляйн М., Любовь, вина и репарация. Т. II Ижевск: ERGO, 2007. (Психоаналитические труды Мелани Кляйн в 7 томах)

43. Кляйн М., «Развитие одного ребёнка» и другие работы 1920-1928 гг.. Т. I Ижевск: ERGO, 2008. (Психоаналитические труды Мелани Кляйн в 7 томах)

44. Кляйн М., «Эдипов комплекс в свете ранних тревог» и другие работы 1945-1952 гг.. Т. V Ижевск: ERGO, 2011. (Психоаналитические труды Мелани Кляйн в 7 томах)

45. Кляйн М., «Зависть и благодарность» и другие работы 1955-1963 гг.. Т. VI Ижевск: ERGO, 2012. (Психоаналитические труды Мелани Кляйн в 7 томах)

46. Комфорт Алекс, Радость секса. Книга об искусстве любви. Литур, 2003

47. Кон И.С., Введение в сексологию. М., "Медицина", 1988.

48. Кон И.С., Вкус запретного плода. Сексология для всех. – М., 1997.

49. Кон И.С., Сексология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М., 2004.

50. Корегин А.Я., Корегина Е.П., Секс в нашей культуре. К.МП «Радуга», 1993

51. Короленко Ц.П., Мифология пола. Красноярск, 1994

52. Кочарян Г.С., Половые феромоны человека (новейшая сексология). Харьков: ХНУ имени В.Н. Каразина, 2005

53. Кочарян Г.С., Современная сексология. К.: НИКА-Центр, 2007

54. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. Пер.с нем. М.: Республика.1996

55. Кратохвил С., Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М.: Медицина, 1991

56. Крукс Роберт, Баур Карла, Сексуальность. «Прайм-Еврознак», 2005

57. Лебовичи Серж, Уроки французского психоанализа. Под редакцией П. В. Качалова, А. В. Рассохина 2007 (Теория привязанности и современный психоанализ. С. 458-491)

58. Левин И., Сексология и сексопатология. М.: “Медпрактика”. 2000

59. МакВильямс Н., Психоаналитическая терапия. Изд. «Ergo», 2016

60. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии. М.: Мир, 1998

61. Мастерс У., Джонсон В., Сексуальная реактивность человека (Human Sexual Response, 1966 год), Половая неадекватность человека, (Human Sexual Inadequacy, 1970), Узы наслаждения (The Pleasure Bond, 1975) и Будущее гомосексуализма (Homosexuality in Perspective, 1979), и еще более 200 других публикаций.

62. Мартель Б., Сексуальность, любовь и Гештальт. СПб.: Речь, 2006.

63. Мэсси Дорин Э., Энциклопедия секса: Откровения обо всем: Секс и вы. ООО «Издательство АСТ» 2002

64. Негоски Э., Как хочет женщина. М., 2016

65. Нохуров А., Нарушения сексуального поведения. М.: Медицина, 1988

66. Овидий, Искусство любви

67. Петров В.П., Философия любви и философия сексуальности: в истории развития человеческой культуры и современном психоанализе // Журнал практического психолога. 1999. № 7–8

68. Психология сексуальности. Под ред. Кащенко Е.А.

69. Райх В., Функции оргазма. С.-Петербург-Москва, "Университетская книга", 1997.

70. Розанов В.В., Люди лунного света. Москва, "Дружба народов", 1990.

71. Розенфелд Д., Душа, разум и психоаналитик. Харьков, 2015

72. Сборник под ред. Коненко К., Очерки современной психологии сексуальности.

73. Свядощ А.М. Женская сексопатология. М., “Медицина”, 1988

74. Шнейдер Л.Б., Семейная психология. М., 2011

75. Шостакович Б.В., Ткаченко А. А., Эксгибиционизм. Таганрог, 1991

76. Шостакович Б.В., Ушакова И.М., Потапов С.А., Половые преступления против детей и подростков, Р.на Д., 1994

77. Щеглов Л., Записки сексолога. Амфора, 2009

78. Щеглов Л., Всё про секс: от А до Я. Амфора, Ред Фиш, 2005

79. Щеглов Л., Билич Г., Мужская сексуальность. Новая Волна, Умеренков, 2004

80. Щеглов Л., Энциклопедия секса, или 1001 ночь с доктором Щегловым. Алетейя, 2002

81. Щеглов Л., Сексология и сексопатология. Врачу и пациенту. Культ-информ-пресс, 1998

82. Щеглов Л., Неврозы и сексуальные расстройства. 1996

83. Эдуард Фукс, Иллюстрированная история нравов. Галантный век. М., 1994

Приложение 1

Список литературы для библиотерапии (англоязычная)

1. Sex for one: The Joy of Self-loving (Betty Dodson)
2. Coping with erectile dysfunction (Metz&McCarthy)
3. For yourself: The fulfillment of Female Sexuality (Lonnie Barbach)
4. Becoming Orgasmic: A sexual growth program for women (LoPiccolo&Heiman)
5. When sex seems impossible (Peer Pacik)
6. Seven principles for making marriage work (Gottman)
7. Mating in captivity (Esther Perel)
8. She comes first (Kerner)

Дополнительно:

Сериал Sexual education на Netflix

Чтение «женских романов»

Камасутра