

ПРЕОДОЛЕНИЕ ТРУДНОСТЕЙ В ДОСТИЖЕНИИ ОРГАЗМА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЕГО РАССТРОЙСТВ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены различные рекомендации, техники и психотерапевтические подходы, направленные на преодоление трудностей в достижении оргазма и лечение его расстройств.

Ключевые слова: *оргазм, расстройства, преодоление, мужчины, женщины.*

Для достижения оргазма и преодоления его расстройств используются различные рекомендации, методы и техники. Остановимся на описании некоторых рекомендаций, техник и психотерапии этих расстройств.

Для достижения оргазма следует обеспечить достаточный уровень сексуального возбуждения, что достигается за счет воздействия различных эрогенных стимулов: визуальных, тактильных, аудиальных, обонятельных, феромонных, интрапсихических (сексуальные фантазии) и предполагает необходимую откликаемость организма. Подробная характеристика этих стимулов представлена в нашей книге «Эрогенные стимулы и сексуальность» [22]. Необходимо обеспечить адекватность данных стимулов в каждом конкретном случае, так как определенные стимулы могут быть адекватными для одних людей и абсолютно неадекватными для других. В некоторых случаях эти стимулы редуцированы или практически отсутствуют, что может явиться причиной аноргазмии. Приведу пример из нашей клинической практики, когда обратившийся к нам много лет назад за сексологической помощью мужчина на вопрос о наличии предварительном периода с недоумением ответил: «Мы же женатые люди». Хотя в настоящее время такие случаи встречаются довольно редко, вместе с тем время, отведенное для предварительного периода, может быть недостаточным для возникновения достаточного уровня сексуального возбуждения у женщин. Я уже не говорю о том, что может иметь место воздействие на неадекватные эрогенные зоны или неадекватное воздействие на адекватные. Если же говорить о самом коитусе, то нужно помнить о том, что различные позы в различной степени могут возбуждать или не возбуждать женщину. Это необходимо обязательно учитывать. Существуют следующие рекомендации для стимуляции клитора партнером во время полового акта, когда женщина руководит им.

Мужчине рекомендуют развернуть свою руку так, чтобы использовать для стимуляции большой палец руки. Также отмечается, что позиции для полового акта лежа на боку или когда партнер находится сзади тоже беспрепятственно позволяют прикасаться к клитору женщины [26].

В тех случаях, когда чувствительной является головка клитора, и воздействие на нее ведет к оргазму, а вагинальная стимуляция не приводит к такому результату, следует рекомендовать стимуляцию клитора рукой партнера совместно с совершением им внутривлагалищных фрикций, сочетание этих фрикций с воздействием на клитор самой женщиной, давление при половом акте на лобок сверху вниз для приближения головки клитора к половому члену, позу наездницы, позу, когда после введения члена во влагалище при разведенных ногах женщина при интравагинальном коитусе сводит несогнутые ноги.

С целью достижения оргазма, занимаясь сексом в миссионерской позиции, рекомендуют *«технику сексуального выравнивания»*. Согласно данным, представленным в Journal of Sex and Marital Therapy (Журнал сексуальной и семейной терапии), это помогает женщине достичь оргазма в 56% случаев, в то время как во время обычного коитуса в такой позе оргазма достигает не более 30% представительниц женского пола. При осуществлении этой техники сношение проводится в миссионерской позиции, но в данном случае речь идет об использовании определенной ее модификации, которая дает возможность максимальной стимуляции головки клитора во время полового акта. Суть данной техники состоит в следующем. После введения члена во влагалище мужчине предоставляется возможность сделать с десяток фрикций в позе «грудь к груди», а затем партнер, не вынимая член из влагалища, подтягивается на несколько сантиметров вверх – так, чтобы его подбородок находился на уровне лба партнерши. Это приведет к тому, что член мужчины будет в постоянном тесном контакте с головкой клитора. Затем партнер продолжает фрикции, а женщина, встречая движения его члена, синхронно подается тазом вверх, что создает возможность стимуляции головки клитора [21, 33, 42].

Существуют различные рекомендации и техники, выполнение которых позволяет женщинам достигнуть оргазма. Так, Сюзан Крейн Бейкос разработала *«технику «огненного оргазма»*, благодаря которой многие женщины резко повысили качество своей сексуальной жизни. Суть этой техники состоит в следующем [28]:

1. *Важно сосредоточиться на собственном удовольствии, а не на удовольствии партнёра.* Мужчине приятно, что ему уделяют столько внимания, но при этом ему гораздо приятнее смотреть на женщину, получающую истинное удовольствие от близости

с ним, чем на партнершу усердно и уныло исполняющую свой долг. Поэтому на первое место следует поставить собственное удовольствие, но при этом не обделять лаской мужчину.

2. Регулярно занимайтесь аутотренингом.

Во время мастурбации представляйте оргазм в виде какого-то приятного образа: любимого цветка, запаха любимых духов, какого-то другого приятного символа. Не следует включать в «образ оргазма» своего мужчину, так как этот образ не должен зависеть от каких-либо внешних обстоятельств, чтобы, например, ссора с любимым не могла повлиять на вашу внутреннюю работу с символом.

3. Во время секса вызовите в воображении наработанный образ оргазма. Сексологи знают, что оргазм женщины в её голове. Женщину чаще возбуждает не какое-то конкретное действие, а фантазии, игра воображения.

4. Закройте глаза. Так будет легче сосредоточиться на своих внутренних процессах.

5. Запустите «огненное дыхание». Представьте, что вдыхаете огонь через нос, а выдыхаете через влагалище. При этом сокращайте лонно-копчиковую мышцу. И обратите своё внимание, чтобы этим «внутренним огнём» согревались 2 важнейшие для получения сексуального наслаждения точки: чуть ниже пупка и у основания позвоночника.

6. Двигайтесь!

Движение – это энергия. Чтобы прокачать энергию до уровня «огненного оргазма», нужно активно двигаться навстречу фрикциям партнёра, менять позы, двигаться всем телом, подобно змее. Пусть ваши движения тела будут похожи на таинственный танец. Включите в своё ежедневное расписание 5-минутную тренировку плавных, волнообразных движений всем телом под приятную музыку. Тело, приученное к такому спонтанному танцу, будет запускать его по вашей команде, при этом ритм и темп будут задаваться уже не музыкой, а игрой ваших тел.

7. Сосредоточьтесь не на достижении оргазма, а на получении удовольствия от близости. Практика показывает, что чем больше мы чего-то хотим, тем труднее это получить. «Огненный оргазм» придёт тогда, когда вы научитесь получать такое удовольствие от самого процесса, что совсем забудете о результате.

Также существует *техника «огненное дыхание»* [36]. «Огненное дыхание» – это так называется техника достижения энергетического оргазма, разработанная индейским племенем Чероки. Племена североамериканских индейцев издревле практиковали этот метод как важную часть сексуального воспитания девочек, а также в целительной практике. Данная техника помогает исцелить старые душевные раны, а также

освободиться от психологических барьеров и сыграть большую роль в развитии женской сексуальности. Особенно она поможет тем женщинам, которым еще не довелось испытать это замечательное чувство оргазма, а также подготовить тело к восприятию сексуального экстаза. Для женщин, которым оргазм не в новинку, эта техника даст более полное, глубокое и частое наслаждение.

Как же достичь энергетического оргазма?

Лягте на спину на твердую поверхность, жесткую кровать или пол. Согните ноги в коленях. Сделайте несколько глубоких расслабляющих вдохов и выдохов. Постарайтесь сбросить напряжение. Почувствуйте себя легким облачком и забудьте обо всех заботах и тревогах. Затем начните делать более глубокие вдохи. Энергично вдыхайте через нос, а выдыхайте через рот, как будто хотите задуть сразу много свечей. Пусть вдох плавно переходит в выдох и обратно, постарайтесь не делать пауз. Выполняйте это упражнение в течении 3-5 минут или дольше, пока не поймете, что успокоились и «очистили» свои мысли.

Теперь переходите к следующему этапу. Покачивая бедрами, сделайте глубокий медленный вдох, прогибая поясницу; на выдохе выпрямите спину, сжимая мышцы деликатного места. Это упражнение стимулирует клитор и эрогенную зону, расположенную во влагалище под лобковой костью. Оно заряжает тело положительной энергией. Когда сделаете эту часть упражнения, измените его следующим образом. Начав с покачивания бедер, переходите к плавным движениям коленями, сводите и разводите их. Представьте в это время, будто мужчина двигается внутри вас. Когда почувствуете, что в достаточной мере «разогрелись», вообразите, как энергия земли и неба начинает проникать в область промежности (в точку, расположенную между анусом и влагалищем). Представьте себе, что струя циркулирует между промежностью и лобком. Когда эта область достаточно «разогреется», представьте, что струя огня продвигается дальше и циркулирует теперь между лобком и солнечным сплетением. Затем поднимитесь еще выше, пусть энергия соединит живот и область сердца. Далее сердце и горло. Когда горло будет достаточно «разогрето», вы можете начать невольно издавать звуки. Если нет, делайте это сознательно: вскрикивайте и стоните. Это поможет «раскрыть гортань для потока энергии». Продолжайте воображать, что энергия движется «по кругу» от сердца к горлу, пока она не начнет «выплескиваться» в область «третьего глаза», расположенную между бровями. Теперь направьте этот поток от горла ко лбу. И, наконец, «продвиньте энергию от «третьего глаза» к макушке. Продолжайте на выходе сжимать мышцы влагалища. Если вы будете заниматься этой техникой регулярно, то вскоре научитесь

«оседлывать волну» и делать оргазм более продолжительным, чем при обычном половом акте.

Также существует *техника оргастической медитации* [30, 31, 41] и *техника достижения оргазма у женщин без стимуляции эрогенных зон тела и гениталий* [47, 57], представленные нами ранее в журнале «Здоровье мужчины» [16].

Для достижения оргазма следует создать обстановку «без помех» – исключить влияние неблагоприятных ситуационных факторов (проведение половых актов в помещении без детей и родителей, в условиях, исключающих опасения, что кто-то может зайти и помешать, и т. п.).

Для достижения оргазма следует оставить за пределами партнерского ложе переживания, связанные с работой, неблагоприятно сложившимися отношениями с начальством, бытовыми факторами и т. д.

При работе с пациентами следует выявлять деструктивные установки относительно сексуальной жизни, что является предметом **когнитивно ориентированных воздействий**. С этой целью изменяют негативные мысли о сексе [39], взгляды и мысли, усугубляющие тревожность. Важно сформировать у женщины позитивное отношение к сексу, настраивая ее на получение удовольствия от него [37]. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. [37] отмечают: «Джойс и Клифф Пеннеры [54, 55], в частности, говорят о необходимости «взять на себя ответственность за удовлетворение своих сексуальных потребностей и влечений. Это означает, что вы позволяете себе быть сексуальной. Вы принимаете решение удовлетворять свои сексуальные потребности, свободно выражая их. Вы позволяете своему телу откликаться и наслаждаться этим откликом» [55, р. 252].

В нашей книге «Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов» [11] отмечается следующее. При работе с женщинами нередко встречается сверхценная установка на обязательное получение оргазма во всех случаях. Это наблюдается и тогда, когда пациентка до возникновения этой установки не страдала и, более того, получала удовлетворение без наступления оргазма («*satisfactio sine orgasmo*»). В указанных случаях врач, убедившись в отсутствии дисгармонии, исключающей наступление оргазма, должен направить свои усилия на коррекцию сверхценной идеи. Это не отменяет необходимости лечебных воздействий, целью которых является приобретение женщиной способности к переживанию оргазма (в тех случаях, где это возможно). Для уменьшения остроты указанной сверхценной идеи, полезно сообщать пациенткам следующие данные. 1. Стремление испытать оргазм во что бы то ни стало следует рассматривать как тенденцию последнего времени, обусловленную ростом сексуальной

грамотности и эмансипацией женщины. Так, еще на заре нашего столетия в моде были холодные красавицы, а проявление чувственности рассматривалось как нечто неприличное. В начале века существовало убеждение, что женщины не подвержены сексуальному возбуждению и не могут и не должны достигать оргазма. При этом некоторые авторы (Elson, 1933) даже пытались объяснить неспособность женщины к переживанию оргазма аргументами филогенетически-этнологического характера.

2. Несмотря на то что часть женщин приобретает способность к переживанию оргазма лишь с течением времени после начала регулярной половой жизни, они и до этого способны наслаждаться возникающими у них приятными ощущениями при ласках и поцелуях (возможно, и фрикциях), а также испытывать чувство удовлетворения от доставляемого партнеру наслаждения.

3. Кроме того, в разговоре с такими пациентками полезно отметить, что чрезмерное стремление к достижению оргазма само по себе может тормозить его возникновение.

В других публикациях тоже рекомендуют постараться переосмыслить свои ожидания, сосредоточиться на взаимном удовольствии, а не на оргазме. При этом женщины могут обнаружить, что устойчивое удовольствие в фазе плато также удовлетворяет, как и оргазм [38].

Лечение расстройств оргазма предусматривает *сексуальное просвещение, изучение анатомии половых органов*. С этой целью женщина осматривает свое обнаженное тело с помощью зеркала и изучает диаграммы /схемы анатомии женских половых органов. На следующем этапе она исследует свои гениталии тактильно, а также визуально с акцентом на поиске чувствительных областей, которые генерируют чувство удовольствия [58]. Знание собственной анатомии может привести к большему сексуальному удовлетворению [39].

Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. [37] предлагают женщинам изучать собственное обнаженное тело с использованием зеркала и при этом обращать внимание на свои чувства и мысли, особенно в тех случаях, когда они содержат в себе критику. Такие мысли и чувства можно фиксировать в дневнике, а потом обсуждать их на встречах с консультантом. Также авторы предлагают женщинам провести генитальное исследование и ознакомить их с изображением женских гениталий (часто это страница из учебника). Дома они самостоятельно должны продолжить изучение своих гениталий, пользуясь ручным зеркалом (найти клитор, большие половые губы, малые половые губы и т. д.). Это упражнение позволяет женщине больше узнать себя и поэтому является весьма полезным. Цитируемые авторы указывают, что также как и в случае рассматривания своего тела в

зеркале, при исследовании своих гениталий следует обращать внимание на свои ощущения и мысли, которые можно записывать в дневник, а затем обсуждать их или переосмыслить свои реакции на сеансе у специалиста. Отмечается, что генитальное исследование может привести к кинестетическому знанию, так как дает возможность женщине, по-разному прикасаясь к различным частям тела, переосмыслить свою реакцию на различные стимулы. Это является основой для последующего обучения партнера тому, как он должен действовать в обстановке интимной близости.

Большую роль в терапии расстройств оргазма отводят **мастурбации**. При этом в зарубежной литературе повсеместно используется термин «*направленная мастурбация*» (*directed masturbation; DM*). Полагают, что она может быть полезной женщинам с оргастическими трудностями по ряду причин: мастурбационные упражнения могут помочь им направить свое внимание на сексуально приятные физические ощущения; так как мастурбация может выполняться самостоятельно, устраняется беспокойство, которое может быть связано с оценками партнера; количество и интенсивность сексуальной стимуляции находится непосредственно под контролем женщины, и она не зависит от осведомленности партнера или ее способности к общению с ним [58].

Первый шаг DM подразумевает, что женщина осматривает свое обнаженное тело с помощью зеркала и изучает его, используя диаграммы/схемы анатомии женских половых органов. **На следующем этапе** она исследует свои гениталии тактильно и визуально с акцентом на поиске чувствительных областей, воздействие на которые доставляет удовольствие. После этого женщина должна сосредоточиться на их ручной стимуляции, усиливая ее интенсивность и продолжительность до тех пор, пока «что-то не происходит» («something happens»), или до тех пор, пока возникнет дискомфорт. При этом часто местно используются смазочные материалы, вибраторы и эротические видеокассеты. После того, как женщина способна достичь оргазма самостоятельно, ее партнер, как правило, включается в сессии для того, чтобы уменьшить ее чувствительность к показу своего возбуждения и оргазма в его присутствии и обучить партнера обеспечить ее эффективное стимулирование. DM используется для эффективной терапии расстройств женского оргазма в сочетании с различными методами лечения, включая групповую, индивидуальную, парную терапию и библиотерапию [58].

Чтобы помочь в первый раз испытать оргазм женщинам, страдающим аноргазмией, иногда используются вибраторы, которые менее утомительны при применении и стимулируют сильнее, чем пальцы. После того как женщина испытала несколько оргазмов с вибратором, следует вернуть ее к мануальной стимуляции с целью выработки такой же

оргазмической реакции. Этот шаг особенно важен, так как партнеру легче воспроизвести мануальную стимуляцию, а не воздействие вибратора [26].

J. Lo Piccolo, W. C. Lobitz (1972) предложили *технику терапевтической мастурбации* для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью 1 нед каждый [по 15, с. 95–96.].

«*На первом этапе* проводилось тщательное ознакомление со своим телом (прикосновения, рассматривание в зеркале), формирование «естественной» установки в отношении своего тела, тренировка мышц влагалища. *На втором* пациентка прикасалась к половым органам, но не обязательно с целью вызвать сексуальное возбуждение. *Третий этап* включал пальпацию половых органов для определения эрогенных зон, стимуляция которых вызывает приятные ощущения. *На четвертом этапе* пациентка концентрировалась на ощущениях, испытываемых при стимуляции половых органов и участков тела, раздражение которых вызывает максимальное сексуальное возбуждение и оргазм. Если на этом этапе не удавалось достигнуть оргазма, то *на пятом этапе* рекомендовалось продолжить (до 45 мин) и интенсифицировать мастурбацию до момента переживания «чего-то еще не испытанного ранее» или выраженной усталости. В том случае, если на рассматриваемом этапе оргазм не был достигнут, то *на шестом этапе* рекомендовалась стимуляция вибратором, а также имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков и т. п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля. *На седьмом этапе* женщина, пережившая оргазм, вызывает его с помощью мастурбации в присутствии мужа, что снижает торможение, препятствующее возникновению сексуального возбуждения и оргазма в его присутствии. *На восьмом этапе* супруг определяет наиболее эффективный способ стимуляции жены и вызывает у нее оргазм. *На девятом этапе* половое сношение сочетается с дополнительной мануальной стимуляцией, что обеспечивает наступление оргазма у женщины. Сообщается, что оргазм появился у всех лечившихся женщин [по 15, с.95-96.].

М. Р. McCabe [53] указывает на эффективность ДМ при лечении женщин с первичной аноргазмией [46], которая достигает у них от 80 до 90% [51], в то время как ее эффективность при вторичной аноргазмии составляет от 10 до 75% [50].

D. F. Hurlbert, C. Apt [48] сравнили эффективность ДМ и техники коитального выравнивания при лечении женщин с вторичной аноргазмией. При этом выявилась большая эффективность данной техники, обусловленная тем, что благодаря клиторальному и, возможно, парауретральному контакту стимуляция была максимальной.

Для улучшения способности к переживанию оргазма и усиления оргастических ощущений используют упражнения Кегеля. В конце 1940-х годов американский гинеколог Арнольд Кегель разработал программу упражнений по укреплению мышц промежности, предназначенную для лечения женщин с недержанием мочи. Он проводил свои исследования в Институте исследования тазового дна при UCLA (университет в Лос-Анджелесе, США). Однако затем оказалось, что эти упражнения эффективны и при аноргазмии у женщин [23]. Отмечается, что в психотерапии первичной аноргазмии они считаются полезными. Это обусловлено тем, что данные упражнения помогают женщине прочувствовать свое тело, в частности генитальные мышцы (к примеру, лобково-копчиковую мышцу), контролировать напряжение и расслабление мышц [37, 56].

Женщина может идентифицировать эти мышцы следующим образом: необходимо сесть на унитаз и раздвинуть ноги. Затем следует попытаться остановить струю мочи, не двигая ногами. Мышцы, которые вовлекаются при этом, и есть искомые. Существуют различные рекомендации по выполнению упражнений Кегеля. Отмечается, что они состоят из трёх частей: медленных сжатий, сокращений и выталкиваний. Для выполнения медленных сжатий следует напрячь те мышцы, которые были идентифицированы как останавливающие мочеиспускание, медленно сосчитать до трех, а потом расслабить их. Сокращения предполагают быстрое напряжение и расслабление этих мышц. Выталкивания осуществляется следующим образом. Женщине рекомендуют натужиться как при дефекации или родах. Сообщается, что эти упражнения, кроме промежностных мышц, вызывают напряжение и некоторых брюшных мышц. Также можно ощутить напряжение и расслабление мышц в области ануса. Рекомендуется начать тренировки с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день, а через неделю добавить по пять упражнений к медленным сжатиям, сокращениям и выталкиваниям, продолжая выполнять их по пять раз в день. Такое же увеличение числа упражнений проводится через каждую неделю, пока каждое из них не достигнет тридцати. Затем, для того чтобы оставаться в форме, интенсивность упражнений остается на достигнутом уровне. Таким образом, ежедневно выполняется 150 упражнений Кегеля [34].

Для уменьшения тревожности и страхов, в частности обусловленных опасением невозможности в очередной раз пережить оргазм (исполнительская тревожность), можно использовать технику остановки мысли [19, 40], гипносуггестивную терапию (гипносуггестивное программирование, моделирование в гипнотическом состоянии, гипнокатарсис) [7, 8, 12], аутогенную тренировку (АТ) [6; 13], самовнушение, систему

Джейкобсона (J. Jacobson) [29, 32, 49], систематическую десенсибилизацию по Вольпе (J. Wolpe) [14, 59, 60], разработанный нами способ коррекции поведенческих программ [17, 24], адаптированные и модифицированные нами для лечения сексуальных расстройств метод взрыва навязчивости [1, 17, 19] и метод взмаха [3, 17, 18], технику «десенсибилизации и переработки движениями глаз» [20, 35].

При использовании *гипносуггестивного программирования* применяются формулы, направленные на культивирование (усиление) сладострастных ощущений в предварительном и основном периодах полового акта, а также неуклонное нарастание полового возбуждения при коитусе, завершающееся разрядкой. *Гипносуггестивное моделирование* заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта. Эта техника более сложна, чем гипносуггестивное программирование, требует знаний о психофизиологии полового акта и подробного ознакомления с особенностями реакций конкретного человека во время полового сношения до и после возникновения расстройства. Лечение проводится в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при гипносуггестивном программировании. Помимо этого, при моделировании в клинической сексологии врачи сталкиваются и с трудностями этического порядка. Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин [9, 12].

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, леченных гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушались соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половое сношение. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма [по 12].

Интересные данные приводит S. Kratochvíl (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. На основе лечения 5 женщин автор делает вывод о том, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные

внушением, все же имели место, что подтверждалось ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной. Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе, как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает, что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты. Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения [по 12].

Нами [9, 12] для лечения аноргазмии, расстройств сексуального возбуждения и ослабленного полового влечения у женщин наряду с гипносуггестивным программированием применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эрогенных зонах пациентки, характеристики адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т. п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины. Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование + моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация —> гипносуггестивное программирование —> к гипносуггестивное моделирование —> дегипнотизация. С начала моделирования пациентке внушают, что она находится в обстановке интимной близости, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдали покраснение кожи, учащение ритма дыхания, а также ритмичные тазовые движения, что является объективным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения использовалась индикация с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она по

просьбе врача поднимала указательный палец правой руки, а при необходимости интенсификации возбуждения – левой. Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности суггестивной стимуляции, позволял вносить коррективы в сценарий последующих гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний. При использовании описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргазмии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты. В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек [9, 12].

В случае применения *гипнокатарсиса* речь идет об «откачке» неотрагированной после психотравмы патогенной энергии, питающей невротические симптомы. Такой психотравмой может быть изнасилование, результатом чего может стать аноргазмия и другие сексуальные дисфункции [8, 12, 18].

И. А. Копылова [5] применяла *АТ* для лечения «психогенной фригидности» у женщин. Как и Г. С. Беляев [2], она высказывается против создания специализированных групп, состоящих только из сексологических больных. Автор отмечает, что в лечении женщин с указанными нарушениями ведущую роль играют классические приемы первой ступени *АТ* по И. Шульцу. Овладевая ими, больные учатся не только подавлять неприятные ощущения и связанные с ними отрицательные эмоции, но и вызывают у себя необходимые приятные ощущения. Из комплекса упражнения первой ступени *АТ* наиболее важными являются те из них, которые вызывают мышечное расслабление и тепло в определенных участках тела. При лечении фригидности больные должны научиться вызывать у себя локальное тепло в органах малого таза и половых органах. Автор не рекомендует предварительно фиксировать внимание женщин на специфическом действии упражнений. Задача состоит в том, чтобы пациентки «самостоятельно» обнаружили терапевтическое действие упражнений, связанных с вызыванием локального тепла, и сделали нужные выводы. «Самостоятельное» открытие имеет, по мнению И. А. Копыловой, большое реабилитирующее значение [по 13].

А. М. Свядоц [32] рекомендует «фригидным» женщинам после овладения первыми двумя стандартными упражнениями *АТ* («тяжесть» и «тепло» в конечностях) внушать себе желание интимной близости и ее приятность, ощущение тепла в половых органах

(предварительно положив на них руку), а также обострение чувствительности гениталий, в частности к фрикциям. С. Кратохвил [25] также применял АТ для лечения «половой холодности» у женщин. С этой целью он предлагал им обучаться сосредоточению на определенной мысли, что облегчало концентрацию внимания на сексуальных ощущениях во время полового акта и, следовательно, обеспечивало большую эффективность стимуляции. К стандартной формуле «в животе ощущается тепло» добавлялись формулы: «тепло ощущается в нижней части живота» и «промежность теплая и влажная», что облегчало регулирование ощущений в области гениталий, увеличивало приток крови и повышало чувствительность половых органов. Исходя из специфики нарушений применялись также следующие формулы: «половая жизнь мне нравится», «достичь возбуждения легко», «мое возбуждение постепенно достигает пика», «я дойду до полного погружения в сексуальные переживания». С. С. Либих рекомендует при «половой холодности» применять следующую аутосуггестию: «Приятная истома разливается по всему телу... Половой акт желателен... Половой акт необходим... Тепло охватывает влагалище... Мысли и заботы уходят далеко... Я довольна и счастлива...» [по 13].

В случаях аноргазмии у женщин и мужчин мы рекомендуем с помощью лечебных самовнушений программировать неуклонный рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения. При проведении предложенного нами ускоренного варианта АТ для лечения сексуальных расстройств подобные самовнушения можно делать после выполнения каждого из трех упражнений АТ («расслабление», «тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота и достигающее половых органов и промежности», «вызывание тепла в половых органах и промежности») [6, 13]. Более выраженную его эффективность можно ожидать после усвоения 3-го упражнения АТ. При проведении подобных самовнушений, также как и при осуществлении гетеросуггестии при гипносуггестивной терапии, очень важны внушения, культивирующие приятные сладострастные ощущения в предварительном и основном периодах полового акта с целью удержания пациентов в «кинестетическом потоке», отграничивающем их от каких-либо отвлекающих внутренних и внешних стимулов. С этой целью мы рекомендуем внушения, направленные на погружение и растворение в приятных ощущениях.

Для устранения расстройств оргазма также рекомендуют использование реципрокного торможения, относящегося к **поведенческой терапии**. Одну из

частных методик реципрокного торможения разработал Вольпе (J. Wolpe) [14, 59, 60], назвавший ее *систематической десенсибилизацией*. Обычно этот вид терапии применяют для борьбы с фобиями. Сначала составляют иерархию ситуаций по выраженности сопровождающего их эмоционального напряжения. Пациент, предварительно обученный приемам релаксации по методике Джейкобсона (J. Jacobson) [29, 32, 49], сначала вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом (15–40 с). Затем он переключает себя на представления успокаивающего или приятного содержания и расслабляется. Это повторяется несколько раз. После этого больной переходит к представлению ситуации, находящейся на следующей ступеньке иерархической лестницы по степени выраженности сопровождающего ее эмоционального напряжения. При монофобиях «иерархическая шкала» включает 20 ситуаций. Для контроля ситуации психотерапевтом используется следующая индикация: если пациент уже не испытывает страха и волнений в данной ситуации, то поднимает палец правой руки, а если испытывает – левой. Продолжительность каждого сеанса 20–30 мин. Указанная терапия может проводиться и в гипнотическом состоянии. Больной погружается в состояние глубокой релаксации, а затем вызывает у себя представление волнующих сцен, начиная с менее значимых. Если воображаемая ситуация вызывает у него значительную отрицательную эмоциональную реакцию, то пациент поднятием пальца сигнализирует об этом. Тогда врач либо углубляет релаксацию и сеанс заканчивается, либо больной вновь вызывает у себя менее волнующую ситуацию [по 14].

С целью решения проблем, связанных с оргазмическим расстройством, также применяется **психоаналитический подход**. Так, R. Greenson [45] описывает случай психогенной аноргазмии, причину которой он вскрыл при психоанализе. Речь идет о пациентке, которая не смогла пережить оргазм при половом акте с мужем, несмотря на выраженное сексуальное возбуждение и безупречную технику супруга. С течением времени возбуждение просто исчезло. Пациентка ни в чем не винила мужа и отметила, что он даже гладко выбрит (!). Когда она сказала это, слезы потекли по ее лицу (!). Так как позиция обычного слушателя не позволила вскрыть истоков аноргазмии, то исследователь перешел на позицию сопереживания. Он представил, что какая-то его часть стала пациенткой и решил в этом новом качестве пережить те события, о которых она рассказывала, а также

аналитический сеанс. Это удалось, так как Р. Гринсон работал с ней несколько лет. Он построил рабочую модель пациентки, состоящую из ее физической внешности, поведения, манеры двигаться, желаний, чувств, защит, ценностей, отношений и т. д. Эта модель «Я» была перемещена на передний план, а «Я» аналитика на время оказалось изолированным. По мере того, как «глазами пациентки» просматривались описанные ею события, всплыло несколько новых идей. Ее муж, как отметила женщина, осыпал ее поцелуями (англ. to shower – осыпать, принимать душ). В связи с этим вспоминалась сцена из детства, когда она принимала душ вместе с отцом. Это было одно из самых приятных воспоминаний о ее обычно сердитом отце. Обращал внимание следующий момент из воспоминаний: ее отец был очень волосат. С одной стороны, это делало его чувственным, а с другой – пугало. В поцелуях отца она наиболее живо вспомнила его усы. В связи с этим на ум пришло замечание пациентки, касающееся мужа: «Он был даже гладко выбрит». Это вернуло исследователя к прежнему состоянию аналитика. Если раньше он думал, что это высказывание связано с ее матерью, то теперь понял, что гладко выбритый, любящий и внимательный муж вызвал контрастную картину ее репрессированных сексуальных желаний к сердитому и садистскому отцу. Вследствие этого она не смогла достичь оргазма и оплакивала гладкое лицо супруга [по 10].

Для лечения расстройств оргазма используется **секс-терапия** [52]. При сравнении секс-терапии с различными методами психотерапии можно отметить определенную ее близость с бихевиоральной (поведенческой) терапией. Это, в частности, наглядно выступает при секс-терапевтическом лечении преждевременного семяизвержения, которое заключается в разрушении неадекватного и формировании приспособленного к ситуации эякуляторного рефлекса, что, несомненно, является разновидностью аверсионной терапии. Вместо аверсии медикаментозной (рвотные средства) или с помощью электрических разрядов в качестве неприятного стимула при этой методике используются ощущения, возникающие при сдавлении головки члена у венечной борозды или его корня [14].

В секс-терапии широко используется техника **«чувственное фокусирование»**, которая эффективна и в терапии расстройств оргазма. Основоположники секс-терапии У. Мастерс и В. Джонсон [27, с. 540–542] описывают ее следующим образом:

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

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

В начальный период упражнения по фокусированию чувственности должны проходить по возможности в молчании, так как слова могут отвлечь от физических ощущений. Однако тот из партнеров, к которому прикасаются, должен дать понять другому либо без слов (языком тела), либо словами, если то или иное прикосновение ему неприятно. Хотя многие люди говорят: «О, мы уже раньше прикасались друг к другу множество раз: нельзя ли обойтись без этого и перейти на более высокий уровень?», эта первая стадия имеет важное значение во многих отношениях. Она позволяет врачу получить дополнительное представление о взаимодействиях между партнерами. Кроме того, эта стадия имеет чисто лечебное воздействие: об этом свидетельствует тот факт, что многие мужчины, которые на протяжении долгих лет при попытке совершить половой акт не могли достигнуть эрекции, вдруг обнаруживали у себя необычайно сильную эрекцию; возможно, это было связано с устранением давления, создаваемого ощущением необходимости совершить половой акт. Ведь им было сказано, что от них не ожидают возникновения полового возбуждения, а если даже оно и возникнет, то его не следует реализовывать. И, наконец, такие прикосновения – прекрасное средство для снижения чувства тревоги и обучения общению без слов.

На следующей стадии упражнений по фокусированию ощущений область прикосновений расширяется и в нее включают грудь и гениталии... Партнеру, совершающему прикосновения, объясняют, что начинать следует не с гениталий, а с каких-нибудь других участков тела. И снова главная цель должна заключаться в

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

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

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

Все подобные приемы могут показаться очень простыми, однако важно понять, что все это лишь составные элементы тщательно разработанной программы психотерапии, а не просто набор каких-то трюков или фокусов. Самое главное их достоинство состоит в быстром и эффективном действии даже в тяжелых и запущенных случаях» [27, с. 540–542].

Х. С. Каплан [4] в своем руководстве по сексуальной терапии описывает стратегию лечения расстройств оргазма, которая включает следующие этапы: 1) оргазм при мастурбации; 2) оргазм в присутствии партнера посредством стимуляции клитора; 3) оргазм в ходе сношения; 4) при невозможности оргазма в ходе сношения используется прием «мост».

Итак, все начинается с *мастурбации, которая проводится женщиной в отсутствие партнера*. Этим обеспечивается отсутствие психологического давления с его стороны. На этом этапе женщине помогают преодолеть чувство вины и стыда по поводу мастурбации, что осуществляется в ходе сеансов терапии. У женщин, которые ранее никогда не испытывали оргазма, могут иметь место различные опасения в связи с тем, что они могут испытать (например, чувство боли). Также это могут быть различные другие страхи: «Я потеряю контроль над собой», «Я с ума сойду», «Мне это причинит вред, я заболела раком, ... умру», «Мне это понравится и я стану совершенно неразборчивой», «Мне сначала нужно влюбиться, а уже затем иметь оргазм». В ходе сеансов эти опасения/страхи и фантазии анализируются и обсуждаются с учетом их динамики. Большинство подобных страхов, отмечает автор, «связаны с подавлением и запретами инфантильной сексуальности». Сны и ассоциации становятся очень полезным средством понимания этих неосознанных преград на пути к «выходу» оргазма. Тщательному обсуждению и анализу должны быть подвергнуты эротические фантазии [4].

Стимуляция клитора пальцем при мастурбации, продолжает автор, в сочетании с отвлекающими фантазиями довольно быстро (как правило, за несколько недель) приводит к оргазму. Если эффект недостаточен, предлагается воспользоваться вибратором. Во время стимуляции необходимо привлекать собственные фантазии, чтобы «отвлечь себя от того, что обычно отвлекает от оргазма», т. е. от привычки самоконтроля в ходе стимуляции и оргазма. В некоторых случаях во время стимуляции пациентке рекомендуется рассматривать эротические картины и смотреть эротические фильмы. Чтобы достигнуть оргазма, некоторым пациенткам приходится стимулировать себя долгое время, иногда около одного часа [4].

Существуют приемы, облегчающие наступление оргазма у женщины: попеременное сжатие и расслабление мускулатуры влагалища, движения таза и глубокое дыхание на высоте сексуального возбуждения. При подавленном оргастическом рефлексе интенсивная стимуляция нередко приводит к появлению напряженного состояния. В этих случаях следует на несколько секунд приостановить стимуляцию, а затем вновь возобновить ее. Несколько повторений этого приема «стоп-старт» нередко может быть эффективным в достижении оргазма [4].

Оргазм в присутствии партнера как этап лечения начинается после того, как женщина освоилась с ощущениями от оргазма, вызванного мастурбацией в одиночку. Этот этап является более сложным, так как присутствие партнера провоцирует тревожное состояние женщины. «Возникает страх неудачи: «Смогу ли я достичь оргазма? А если ему надоест однообразное возбуждение? А может быть, другие женщины делают это быстрее?» С целью достижения цели на этом этапе Х. С. Каплан рекомендует несколько приемов. Один из них заключается в том, что после того, как мужчина кончает, он вызывает оргазм партнерши мануально. Она же получает установку на переживание в это время тех же фантазий, которые ранее сопутствовали ее самостимуляции, сокращает мышцы промежности и глубоко дышит. Нередко выполнение такой инструкции приводит к тому, что женщина достигает оргазма. В некоторых случаях следует рекомендовать женщине самой проводить мастурбацию в присутствии партнера. Такое предписание делается, когда ее возбуждение по темпу нарастания значительно отстает от такового у мужчины, а также в том случае, когда женщина стесняется попросить его доставить ей удовольствие. Некоторые пары достаточно свободны от предрассудков, чтобы принять такое предложение терапевта. Но наиболее частым проявлением оказывается состояние смятения и стыда женщины, а также страх быть отвергнутой мужем, если мастурбация будет проходить в его присутствии [4].

Оргазм в ходе сношения, отмечает Каплан, без дополнительной стимуляции клитора далеко не всегда легко достижим. Для подтверждения этой мысли она ссылается на исследования, проведенные доктором Фишером, согласно которым число женщин в США, предпочитающих достигать оргазма только в ходе регулярных сношений, составляет лишь порядка 1/3–1/2. Вряд ли можно предположить, что всю другую часть составляют только сексуально подавленные женщины. В этих случаях речь идет о необходимости более интенсивной стимуляции клитора, чем та, которая имеет место во время коитуса. Определенную часть этой группы, по всей видимости, действительно составляют женщины с функциональными расстройствами оргастической реакции,

которые, вероятно, вызваны психологическими запретами и подавленной сексуальностью [4].

Прием «мост» (предложен Х. С. Каплан). Этот прием показан женщинам, испытывающим возбуждение и оргазм при стимуляции клитора, но не достигающим оргазма во время сношения. «Сущность приема «мост» заключается в том, чтобы продолжать стимуляцию клитора до момента, предвещающего оргазм, после чего рефлекс оргазма должен быть «запущен» фрикционными движениями в ходе полового сношения. Замечу, что речь идет именно о моменте, предвещающем оргазм, а не о том, который становится «пусковой точкой» самого оргазма. Таким образом, между стимуляцией клитора и собственно коитусом образуется своего рода связующий мост [4, с.83].

Стимуляция клитора может осуществляться как мужчиной, так и самой женщиной. В тех случаях, когда специфические психологические преграды отсутствуют, во время начальных попыток (по крайней мере) осуществления приема «мост» целесообразно предложить женщине самой заняться стимуляцией. Это мужчину не утомляет, его возбуждение нарастает, а женщина при этом имеет больше возможностей для релаксации и осознания получаемого наслаждения, так как она сама контролирует стимуляцию. Ей не приходится беспокоиться о том, что «у него устала рука», и она не испытывает опасения быть отвергнутой [4].

Цитируемый автор отмечает, что существует несколько сексуальных поз, удобных для совмещения стимуляции клитора и фрикций: мужчина и женщина лежат на боку, женщина находится сверху, мужчина сидит. Поощряется экспериментирование партнеров в поиске соответствующих этой цели поз, которые им удобны. Главным условием для данного поиска при выполнении приема «мост» является обеспечение свободного доступа руки к области клитора. Описываемый прием используется уже после того, как женщина испытала интенсивные вагинальные ощущения, что достигается предварительной мануальной стимуляцией предвагинальной области и ранее выполняемыми упражнениями необязывающего коитуса [4].

Х. С. Калан [4], отмечая высокую возбудимость клитора, также сообщает, что вход во влагалище и еще 1/3 его поверхности особо чувствительны к тактильным воздействиям, и их нежная стимуляция может привести сексуально чувствительную женщину к оргазму.

Следует отметить, что у мужчин аноргазмия, обусловленная анэякуляцией, может быть, в частности, следствием сформированного патологического сексуального стереотипа, обусловленного мастурбацией. Чаще всего речь идет о таких стимулах

(физических, психических), имевших место при мастурбации, которые не могут быть воссозданы при половом акте. В этих случаях весьма эффективен прием «мост». Рекомендации, которые мы даем своим пациентам, следующие. Сочетать мастурбацию и фрикции следует, разделив все время стимуляции, например на 10 временных интервалов. Первые девять интервалов занимает мастурбация, а последний десятый стимуляция члена при влагалищных фрикциях. При этом фрикции начинаются непосредственно в преддверии наступления периода эякуляторной неизбежности. Если удалось испытать оргазм, то постепенно уменьшается время мастурбации (8–7–6 ... интервалов) и соответственно постепенно увеличивается время осуществления фрикций (2–3–4 ... интервала). В финальной стадии мужчина уже способен достигнуть оргазма при одних только фрикциях.

Следует отметить, что в таких случаях нам удавалось достичь эффекта при гипнотических внушениях, когда в их рецептуру включалась следующая суггестия: «влагалище плотно, как кулак, охватывает член, но при этом вы испытываете гораздо более приятные ощущения, чем при мастурбации». Также они содержали внушения, направленные на непрерывный рост интенсивности сексуального возбуждения при фрикциях вплоть до достижения оргазма. Гипнотические воздействия в этих случаях сочетались с назначением медикаментозных препаратов, облегчающих наступление эякуляции. Такую же суггестию можно рекомендовать и при увеличении продолжительности полового акта у мужчин с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения [8, 12].

Мастер У., Джонсон В., Колодни Р. [27, с. 544–545] в подобных случаях рекомендуют терапию, состоящую из следующих этапов: «1) эякуляция, вызываемая мастурбацией в одиночестве; 2) эякуляция, вызываемая мастурбацией в присутствии партнерши; 3) эякуляция, вызываемая мануальной стимуляцией со стороны партнерши; 4) энергичная стимуляция полового члена партнершей, проводимая до состояния неизбежности эякуляции, а затем быстрое введение члена во влагалище. В большинстве случаев после того, как мужчина эякулировал во влагалище один или два раза, подавление этого акта или связанный с ним страх совершенно исчезают. В некоторых случаях, если эти процедуры не дали результатов, может помочь эякуляция (вызванная мануальной стимуляцией) на вульву женщины. После того как мужчина привыкнет к виду своей спермы на вульве партнерши, он гораздо легче может совершить интравагинальную эякуляцию».

Х. С. Каплан [4, 23] рекомендует следующий подход при лечении задержанной эякуляции. Основной целью при кратком секс-терапевтическом вмешательстве является отвлечь мужчину от контроля над эякуляцией для высвобождения заторможенных рефлекторных проявлений. Если речь идет о пациентах, которые могут добиться нормальной эякуляции при определенных условиях, то основная терапевтическая стратегия состоит в адаптации эякуляторного рефлекса к условиям коитуса. Например, пациент способен к эякуляции при мастурбации, когда использует определенные фантазии, а при половом акте – нет, хотя при этом у него имеет место хорошая эрекция полового члена, и он получает удовольствие и удовлетворяет жену. После открытого обсуждения данной ситуации с партнерами, им рекомендуют соблюдать следующую стадиюность лечебного процесса:

- 1) мужчина мастурбирует один за закрытыми дверями, переживая привычные для него фантазии, а жена находится в самой удаленной комнате;
- 2) если мужчина добивается оргазма, то через несколько дней процедура повторяется, однако на этот раз жена уже находится в соседней комнате;
- 3) затем все повторяется снова, но жена при этом находится с мужем в одной комнате;
- 4) супруги совершают половой акт, а затем муж отправляется в ванную комнату, чтобы мастурбировать до наступления оргазма; такая последовательность событий позволяет установить связь между гетеросексуальным актом и оргазмом;
- 5) жена пациента мануально (рекомендуется использовать вазелин) возбуждает мужа до наступления у него оргазма; ему предлагается переживать в этот момент привычные для него фантазии; их можно не открывать жене или, напротив, открыто обсуждать их с ней во время сексуальных действий (использование фантазий позволяет больному отвлечься от навязчивого контроля и самонаблюдения во время стимуляции);
- б) если мужчина испытал оргазм от стимуляции пениса женой, дальнейшая мастурбация в одиночку запрещается; теперь он может эякулировать только в присутствии жены или при ее участии;
- 7) следующим этапом терапии является достижение эякуляции во влагалище; после того как мужчина достигает устойчивого оргазма в результате мануальной стимуляции пениса женой, переходят к использованию приема «мужской мост»: женщина, используя вазелин, стимулирует пенис мужа мануально до момента, когда у него вот-вот наступит оргазм, затем мужчина вводит половой член во

влагалище и совершает копулятивные движения, а женщина при этом стимулирует его пенис рукой; во время коитуса супруг обязательно сообщает о моменте приближения оргазма, чтобы жена могла убрать руку, а он сделать несколько движений, приводящих к оргазму; поза женщины во время полового акта, когда она держит ноги плотно сжатыми, усиливает стимуляцию пениса при фрикциях, что может оказаться полезным на данном этапе лечения.

Во время генитальной стимуляции для «растормаживания» эякуляторного рефлекса пациентам рекомендуется читать эротическую литературу или рассматривать эротические картины.

Недостаток общения между партнерами по поводу их сексуальных отношений, по-видимому, является фактором, связанным с аноргазмией у женщин [58]. М. Р. McCabe [53] сформулировала вопросы для решения как сексуальных, так и несексуальных аспектов отношений: «Что мне больше всего нравится в нас как в партнерах, и как это вызывает у меня чувства?», «Как я чувствую различия между нами в желании сексуального контакта?», «Что я чувствую, когда ты ласкаешь меня? Какие телесные ощущения возникают?»

W. Everaerd, J. Dekker [43] провели сравнительное исследование эффективности сексуальной терапии и **обучения коммуникативным навыкам** при вторичной аноргазмии. В данном исследовании сексуальная терапия состояла из чувственного фокусирования и сексуально стимулирующих упражнений при запрете на проведении полового акта, а коммуникативный тренинг включал упражнения для активного и пассивного слушания, вербализации и отражения чувств, продуктивное управление конфликтами и ассертивное поведение. У 48 пар, где речь шла о вторичной аноргазмии у женщин, применялась либо секс-терапия, либо «коммуникационная терапия». В лечении каждой пары принимали участие терапевт мужского и женского пола. Исследование выявило, что женская сексуальная удовлетворенность возростала при использовании обоих видов лечения, но быстрее улучшение произошло при секс-терапии. Сексуальная удовлетворенность мужчин усилилась при сексуальной терапии, но уменьшилась при коммуникационной. Опыт сексуального взаимодействия и оргазмического опыта улучшился у мужчин и женщин при секс-терапии, а у женщин – при коммуникационной терапии. Мужской опыт сексуального взаимодействия ухудшался при коммуникационной терапии, в то время как мужской оргазмический опыт сначала увеличился, а затем снова уменьшался. Удовлетворенность общими отношениями повышалась у мужчин при коммуникационной терапии, а у женщин при секс-терапии.

В арсенал средств, направленных на достижение оргазма, входит *оптимизация/гармонизация межличностных отношений в сексуальной паре (парная психотерапия)*, а также *работа по выявлению и погашению неблагоприятных психогенных влияний, находящихся за пределами пары*: родительские влияния (*семейная терапия*), влияния со стороны значимых других. Также существует опыт использования *групповой терапии*. Так проводилось сравнение эффективности лечения в формате пары и в формате группы, состоящей из нескольких пар. Стандартизованная терапия включала половое воспитание, реструктуризацию отношений и конкретные предложения по приобретению эякуляторного контроля мужчинами и увеличению диапазона оргазмического ответа женщинами. Формат группы первоначально показал тенденцию к более быстрому прогрессу, чем формат пары, но по результатам двухмесячного периода существенных различий выявлено не было. Это исследование, отмечают авторы, демонстрирует, что лечение в формате пары является экономически эффективным средством для лечения общих сексуальных проблем у мужчин и женщин [44].

В заключение следует отметить, что использование приведенных выше рекомендаций, методов и техник может быть полезно для устранения оргастических проблем.

Подолання труднощів у досягненні оргазму і психотерапія його розладів

G. S. Kocharyan

Представлені різні рекомендації, техніки і психотерапевтичні підходи, які спрямовані на подолання труднощів у досягненні оргазму і лікування його розладів.

Ключові слова: оргазм, розлади, подолання, чоловіки, жінки.

Overcoming difficulties in achieving orgasm and psychotherapy of its disorders

G. S. Kocharyan

Various recommendations, techniques and psychotherapeutic approaches are submitted aimed at overcoming difficulties in achieving orgasm and to treat its disorders.

Key words: orgasm, disorders, overcoming, men, women.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58.

Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.
2. Беляев Г. С. Значение аутогенной тренировки в комплексном лечении психогенного гипозрекссионного синдрома // Вопр. сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1969. – Т. 58. – С. 29–31.
3. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
4. Каплан Х. С. (Kaplan H. S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
5. Копылова И. А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1969. – Т. 58. – С. 124–125.
6. Кочарян Г. С. Аутогенная тренировка (лекция) // Здоровье мужчины. – 2011. – №4 (39). – С. 32–39.
7. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия психогенного расстройства lubricации, ассоциированного с психогенным расстройством оргазма // Вісник Харківського державного університету. Серія «Психологія, політологія». – 1999. – №439. – С. 226–229.
8. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 84–91.
9. Кочарян Г. С. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи. Тезисы докладов областной научно-практической конференции сексопатологов (15 мая 1987 г.). – Харьков, 1987. – С. 426–427.
10. Кочарян Г. С. Глава 10. Психоанализ // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 97–102.
11. Кочарян Г. С. Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 23–39.
12. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
13. Кочарян Г. С. Глава 7. Аутогенная тренировка // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 68–85.
14. Кочарян Г. С. Глава 8. Поведенческая психотерапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 85–90.

15. Кочарян Г. С. Глава 9. Секс-терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 90–97.
16. Кочарян Г. С. Классификации оргазма и пути его достижения / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. – 2016. – №4 (59). – С. 52–60.
17. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
18. Кочарян Г. С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С. 7–14.
19. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
20. Кочарян Г. С. Техника «десенсибилизации и переработки движениями глаз» в лечении больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи // Здоровье мужчины. – 2007. – №3 (22). – С. 67–69.
21. Кочарян Г. С. Эрогенные зоны: современные представления // Здоровье мужчины. – 2016. – №3 (58). – С. 29–36.
22. Кочарян Г. С. Эрогенные стимулы и сексуальность. – Харьков: Изд. Рожко С. Г., 2017. – 152 с.
23. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
24. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
25. Кратохвил С. (Kratochvíl S.) Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1985. – 159 с.
26. Крукс Р., Баур К. (Crooks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
27. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
28. Михеева Н. Техника «огненного оргазма» от всемирно известного сексолога. – URL: <http://www.b17.ru/article/32904/> (дата обращения: 15.08.2015).
29. Нельсон – Джоунс Р. (Nelson – Jones R.) Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 464 с.
30. О сексе, женский оргазм, техника секса. Опубликовал badassadmin, сентябрь 12th 2012. – URL: <http://sexbutik.by/o-sekse/orgazm-meditatsiya.html> (дата обращения: 25.09.2016).
31. Оргазмическая медитация: новая сексуальная мода. – URL: <http://www.marieclaire.ru/psychology/orgazm-na-lyudyah-chto-eto-i-gde-emu-uchat/> (дата обращения: 08.10.2016).
32. Свядош. А. М. Неврозы. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
33. Улучшаем секс в миссионерской позиции: техника коитального выравнивания. – URL: <http://womans-w.com/post/10213> (дата обращения: 13.06.2015).
34. Упражнения Кегеля (Kegel). – URL: http://www.med-lib.ru/encik/dom_dokt/kegel.php (дата обращения: 31.07.2017.)
35. Шапиро Ф. (Sharīro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.

36. Энергетический оргазм – «Огненное дыхание». – URL: <http://womenswhim.ru/node/4236> (дата обращения: 15.08.2015).
37. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
38. Anorgasmia in women Coping and support By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/coping-support/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
39. Anorgasmia in women Treatments and drugs By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/treatment/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
40. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York: Funk & Wagnalls, 1928.
41. Daedone N. Slow sex: The art and craft of the female orgasm. – New York: Grand Central Publishing, 2011.
42. Eichel E. W., Eichel J. D., Kule S. The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm // J Sex Marital Ther. – 1988. – 14 (2). – P. 129–141.
43. Everaerd W., Dekker J. A comparison of sex therapy and communication therapy: couples complaining of orgasmic dysfunction // J Sex Marital Ther. – 1981. – 7 (4). – 278–289.
44. Golden J. S., Price S., Heinrich A. G., Lobitz W. C. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions // Arch Sex Behav. – 1978. – 7 (6). – P. 593–602.
45. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. – Vol. I. – New York, NY: International Universities Press, 1986. – 411 p. L. XXV.
46. Heiman J. R., Meston M. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. Annual Review of Sex Research. – 1997. – 8. – P. 148–194.
47. How do you «think off»? – URL: <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20100719151635AAmU2O8> (date of the reference: 21.11.2016).
48. Hurlbert D. F., Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm // J Sex Marital Ther. – 1995 – 21 (1). – P. 21–29.
49. Jacobson E. Progressive Relaxation. – Chicago: IL: University of Chicago Press, 1929.
50. Kilmann P. R., Boland J. P., Sjartus S. P., Davision E., Caird C. Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AASECT providers // Journal of Sex and Marital Therapy. – 1986. – 12 (2). – P. 116–138.
51. LoPiccolo J., Stock W. E. Treatment of sexual dysfunction // J Consult Clin Psychol. – 1986. – 54 (2). – P. 158–167.
52. Masters W. H., Johnson V. E. Human sexual inadequacy. – Boston: Little, Brown and Co., 1970. – 467 p.
53. McCabe M. P. Anorgasmia in Women // Journal of Family Psychotherapy. – 2009. – 20 (2–3). – P. 177–197.
54. Penner J. J., Penner C. L. Counseling for sexual disorders (2nd ed.). Dallas: Word, 2005.
55. Penner J. J., Penner C. L. Restoring the pleasure. Dallas: Word, 1993.
56. ter Kuile M. M., Both S., Lankveld J. J. D. M. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women // Psychiatric Clinics of North America. – 2010. – 33. – P. 595–610.

57. «Thinking Off» or How to Have a Breath and Energy Orgasm. – URL: <http://barbaracarrellas.com/thinking-off-learning-channel-strange-sex/> (date of the reference: 21.11.2016).
58. Treatment of female orgasmic disorder. – URL: <http://fx.damasgate.com/treatment-of-female-orgasmic-disorder/> (date of the reference: 09.05.2015).
59. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. – Stanford University Press, 1958.
60. Wolpe J. The Practice of Behaviour Therapy (3rd ed.). – Oxford: Pergamon Press, 1982.

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Преодоление трудностей в достижении оргазма и психотерапия его расстройств // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 21–29.

Общие сведения об авторе, его статьи и книги (в свободном доступе) представлены на его персональном веб-сайте gskochar.narod.ru