

ГЛАВА 13

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ

13.1. Общие сведения о синдроме

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) – один из наиболее часто диагностируемых и универсальных сексопатологических синдромов у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Детально он был изучен в СССР во второй половине 80-х – начале 90-х годов XX столетия [11, 14]. В западной литературе СТОСН известен под названием «*fear of sexual failure*» (страх/боязнь/опасение сексуальной неудачи [англ.]). Основным в этом синдроме является опасение/страх невозможности выполнить половой акт или нарушения способности к полноценному его осуществлению. Это/этот опасение/страх максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

СТОСН чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (один из вариантов тревожных расстройств по МКБ-10) приходится наибольшее число случаев. Вместе с тем данный синдром имеет место и при некоторых расстройствах личности (психопатиях), а также у больных с эндогенной психической патологией, например, при шизофрении. Кроме того, СТОСН часто усугубляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией. Ниже приведены данные о формировании, клинических проявлениях и течении данного синдрома, которые были получены в результате проведенных нами специальных исследований [11, 14].

Существует три варианта формирования рассматриваемого синдрома. В первом случае его появление предшествует возникновению сексуальных нарушений (*доманифестное формирование*). Во втором – первые сексуальные кон-

такты с новыми партнершами (от одного до трех) непременно сопровождаются тревожным ожиданием неудачи, что ведет к копулятивным «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекают без изъяснов, так как СТОСН довольно быстро ликвидируется (*манифестное формирование*). Третий вариант характеризуется развитием данного синдрома после возникновения сексуальных нарушений (*постманифестное формирование*). У большей части больных с последним вариантом формирования СТОСН он развивается остро или подостро (после одной, двух или нескольких неудачных попыток), а у меньшей – постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходит довольно продолжительный период времени: месяц – годы).

Инициировать развитие СТОСН могут: боязнь последствий мастурбации (в настоящее время наблюдается гораздо реже, чем раньше); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим или эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (интимная близость осуществляется в несоответствующих условиях); неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций; негативная оценка сексуальных качеств мужчины его партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных иной патологией, и многое другое.

Среди внутренних причин, способствующих возникновению этого синдрома, следует назвать тревожно-мнительные черты характера, которые наблюдаются при некоторых акцентуациях характера и расстройствах личности (психастеническая и сенситивная акцентуации, ананкастное расстройство личности). В ряде случаев главную роль в развитии СТОСН играют именно внутренние (эндогенные) факторы, а экзогенные (психогенные) – второстепенную.

Изучение нами патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи [11,14] показало, что в их возникновении участвуют нарушения церебральной нервной регуляции, обусловленные дисфункцией мезо-

диэнцефальных структур, которая имеет место во время интимной близости. На развитие этих расстройств могут оказывать влияние снижение секреции тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия. Также предложена психологическая модель формирования СТОСН, обосновывающая его развитие с позиций концепции психологических функциональных системных механизмов [11,14].

Из ранее известных схем, объясняющих возникновение половых дисфункций, которые обусловлены СТОСН, упомянем опирающуюся на нейродинамическую концепцию И.П. Павлова, а также ту, которая рассматривает возникновение сексуальных расстройств при данной патологии на основе учения о доминанте А.А. Ухтомского. Помимо этого, развитие невроза ожидания неудачи объясняют с помощью теории двух фаз Моврера. Существует и трактовка СТОСН в контексте теории функциональных систем П.К. Анохина.

Среди сексологических симптомов у больных неврозом ожидания неудачи чаще других встречаются расстройства эрекции (гипоэрекция, анэрекция, неустойчивая и ундулирующая эрекция, торпидное возникновение напряжения полового члена), реже – расстройства эякуляции (в подавляющем большинстве случаев – ускоренное семяизвержение). Несколько реже эякуляторных расстройств наблюдается снижение либидо и значительно реже – легкая гипооргазмия. Названные симптомы могут существовать изолированно и в различных сочетаниях.

При упомянутом неврозе страдают как адекватные, так и (в более выраженных случаях) спонтанные эрекции (дневные, утренние, ночные). Наиболее сохранными из спонтанных эрекций являются ночные, так как именно в этот период опасение неудачи и связанный с ним гиперконтроль напряжения полового члена либо вообще отсутствуют, либо выражены в минимальной степени.

Помимо названных копулятивных нарушений, у половины больных выявляется симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который выражается в частичной или полной блокаде сладострастных ощущений, испытываемых при

телесном контакте с партнершей во время интимной близости.

Интенсивность опасений неудачи претерпевает изменения даже на протяжении небольших промежутков времени, что, естественно, сказывается на половых функциях. Так, отмечается снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном состояниях, что в некоторых случаях может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Кроме того, незапланированные половые акты часто бывают более полноценными, чем запланированные, а иногда даже безупречными, так как в первом случае упомянутые опасения либо вообще не успевают «включиться», либо включаются не в полной мере.

Выделены следующие симптомообразующие факторы, участвующие в формировании копулятивных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи: 1) «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозирует больной (эрекционные, эякуляторные, а может быть, одновременно те и другие); 2) эмоциональное напряжение; 3) гиперконтроль половых функций; 4) сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН; 5) личностные реакции на половое расстройство; 6) сексуальная дизритмия; 7) основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений (например, гипозрекция может обусловить увеличение продолжительности полового акта или даже анэякуляцию).

Первые четыре из названных факторов специфичны для СТОСН, а остальные таковыми не являются и могут участвовать в формировании копулятивных нарушений при любых других формах сексуальных расстройств.

У больных неврозом ожидания неудачи в обстановке интимной близости отмечаются психовегетативные нарушения, которые могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявля-

ются учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. Очень редко имеют место неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случаях смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше явлений, у пациентов наблюдаются затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко – позывы к мочеиспусканию и чувство жара.

У лиц, страдающих неврозом ожидания неудачи, во время интимной близости имеют место также различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах). Нередко их в течение всего дня преследуют мысли о сексуальной несостоятельности. Могут отмечаться различные проявления астенического синдрома, ухудшение настроения. У части пациентов фиксируются (отсутствовавшие до развития характеризующей патологии) повышенная мнительность, замкнутость, скрытность, ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носят динамический характер и исчезают после ликвидации сексуальной проблематики.

У большей части мужчин невроз ожидания неудачи ведет к возникновению сексуальных расстройств и всегда занимает стержневое место в их структуре. У меньшей части пациентов этот невроз усугубляет течение половых расстройств, вызванных другими причинами, и чаще играет вспомогательную роль в их организации.

Существуют *континуальный* и *альтернирующий варианты* течения невроза ожидания неудачи. При первом из них СТОСН в течение какого-то времени имеет место практически постоянно, а при втором – он то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте СТОСН может быть как *тотальным* (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и *селективным* (быть выраженным только по отношению к одной партнерше). В последнем случае половые акты с другими женщинами протекают без изъяснов. Есть также *андроцентрический* вариант СТОСН (мужчину

беспокоят только его собственные сексуальные проблемы), *феминоцентрический* вариант (пациента в основном беспокоят переживания женщины и ее состояние в связи с его половым расстройством) и *смешанный*, сочетающий в себе особенности обоих вариантов. Следует отметить, что андроцентрический вариант отличается большей тяжестью по сравнению с феминоцентрическим.

Характер течения рассматриваемого невроза зависит от личностных характеристик и партнерской ситуации. Так, при наличии черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве) возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения невроза с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

Анализ сексуальных взаимоотношений в супружеских (партнерских) парах, когда у мужчин диагностируется СТОСН, свидетельствует о том, что существуют *декомпенсирующий* и, как это ни парадоксально, *компенсирующий* варианты влияния половых расстройств на сексуальную гармонию. Компенсирующий вариант наблюдается редко. Он связан с увеличением по инициативе пациента продолжительности предварительного периода для усиления эрекции, что приводит к возникновению у партнерши оргазма, которого она не испытывала до развития у мужчины полового расстройства. При *отсутствии* сколько-нибудь *значимого влияния сексуальных нарушений на сексуальную гармонию* констатируют, что и до их появления оргазм у женщин при половых контактах никогда не возникал. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния связано с небольшой выраженностью у мужчин копулятивных дисфункций. В этих случаях оргазм у женщины наступает так же часто, как и раньше, и у обоих партнеров не развивается дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов.

В данной главе сведения о формировании, патогенезе и клинических проявлениях СТОСН у мужчин представлены кратко. Подробные данные об этой патологии можно найти в нашей монографии «Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение» [14]. Более

поздние наши разработки относительно СТОСН, которые явились дальнейшей детализацией полученных при проведении исследований результатов, нашли свое отражение в приложениях 5 и 6.

СТОСН, в том числе и невротического генеза, у женщин, страдающих сексуальными расстройствами, диагностируется гораздо реже, чем у мужчин, и обычно выражается в опасении невозможности в очередной раз испытать оргазм.

13.2. Традиционные, новые и новейшие психотерапевтические техники устранения опасения/страха сексуальной неудачи

В связи с высокой частотой СТОСН чрезвычайно важными представляются возможности психотерапии лиц с указанной патологией. В настоящее время существует ряд специальных приемов и методик, которые целенаправленно используются для ликвидации тревожного опасения/страха сексуальной неудачи.

Так, например, широко известен **«метод мнимого запрета»**, который также называется **«методом запретного плода»** [18, 22, 28]. При его использовании пациенту на некоторое время (примерно на неделю) запрещаются половые сношения и одновременно разрешаются ласки и поцелуи при совместном пребывании в постели с партнершей. Это приводит к уменьшению тревожного опасения/страха сексуальной неудачи вследствие исключения возможности проведения полового акта. Спустя очень небольшой срок больной может нарушить данный запрет с положительным результатом, что в дальнейшем приводит к нормализации сексуальных функций. При использовании названного метода врач обычно посвящает партнершу в намеченный план и инструктирует ее не препятствовать мужчине, когда он нарушит табу.

Метод «медовый месяц» [29] представляет собой разновидность метода «мнимый запрет», однако в отличие от последнего, где половые акты запрещается проводить, как правило, в течение недели, врач не разрешает попытки к их

проведению на протяжении месяца. Затем больному обещают назначить лечение. В течение же этого месяца пациент почти сразу после прихода домой должен ложиться со своей партнершей в постель и находиться там с ней до утра. Указанное время значительно превышает то, которое занимает ночной сон. В вечернее время больному рекомендуют, лежа в кровати с женщиной, смотреть телевизор, читать и т.п. Это делается с той целью, чтобы он укладывался в постель не с намерением совершить половое сношение, а в целях взаимно приятного времяпрепровождения. В этих условиях пациент, освобожденный от ответственности, связанной с необходимостью осуществления полового акта, привыкший к постоянному телесному контакту с партнершей и с надеждой ожидающий начала лечения, постепенно ощущал снижение тревоги, что часто приводило к нарушению запрета и совершению полового акта при хорошей эрекции. Это вселяло веру в свои силы и ликвидировало лежащий в основе расстройства страх.

Уменьшающим страх действием обладает и **чистосердечное признание** в своих сексуальных затруднениях благожелательной партнерше [18], что вследствие уменьшения ответственности за возможную неудачу приводит к снижению гиперконтроля над ситуацией и эмоционального напряжения, а следовательно, способствует выздоровлению.

Сходным влиянием обладает **«охранная грамота»**, которую А.М. Свядоц [22] советует выдавать больным, страдающим неврозом ожидания неудачи. Указанная грамота представляет собой написанное на бланке медицинское заключение, где указывается, что у данного человека отсутствуют признаки заболевания половой сферы, но имеются явления невроза ожидания, которые иногда могут тормозить половую функцию. Сообщается, что пациенту рекомендуется психотерапия (самовнушение и др.), а также постепенное привыкание (адаптация) его и женщины друг к другу. Мужчине дается совет ознакомить свою партнершу с «охранной грамотой» либо заранее, либо после сексуальной неудачи. По наблюдениям А.М. Свядоца, вручение ука-

занной грамоты делало больных более уверенными и облегчало их вступление в интимный контакт.

Ослабляющим тревожное ожидание действием обладает и **метод контрастного самовнушения** по М.Л. Танцюре [23], являющийся одним из вариантов метода негативного воздействия (К. Dunlop, 1923, 1942). Его использование применительно к синдрому тревожного ожидания неудачи, проявляющемуся, например, эрекцияльными нарушениями, заключается во внушении себе больным в обстановке интимной близости, что напряжение члена у него не возникнет как бы он к этому не стремился. Об успешном применении контрастного самовнушения при психогенных сексуальных расстройствах у мужчин сообщают И.М. Виш с соавт. [3], которые, используя его для лечения 38 больных, в 32 наблюдениях отметили полное выздоровление, а в 6 – улучшение. Негативное воздействие тождественно методу парадоксальной интенции [25].

Опосредованным психотерапевтическим действием при характеризующей патологии обладает предложенный К. Imielinski [28] метод **«гинекологическое положение»**. Данный метод предполагает принятие женщиной такой позы, когда мужчина может осуществить имиссию при частичном напряжении члена или даже в его отсутствие. Это становится возможным, если партнерша занимает положение, приближающееся к положению женщины при исследовании в гинекологическом кресле. Технически метод «гинекологического положения» выполняется следующим образом. Партнерша ложится на спину, например, на столе таким образом, чтобы ягодицы находились у его края. Ноги максимально разведены, согнуты в коленях, стопы установлены на подставки, расположенные по обе стороны. Мужчина стоит между разведенными бедрами женщины. В этом случае половые органы обоих партнеров находятся примерно на одной высоте. Если разница уровней расположения половых органов значительна, ее устраняют с помощью подставок, скамейки и т.п. После принятия такого положения неопытный мужчина может при попытке имиссии обращаться к помощи рук или зрительному контролю. Непосредст-

венно перед имиссией пациент начинает ласкать женщину с целью вызвать у нее определенное возбуждение и связанную с ним смазку влагалища, а также расслабление мышц, окружающих вход в него. Если этого не удастся достичь, необходимо обильно смазать косметическим вазелином (в настоящее время существуют смазки) одновременно вход во влагалище и половой член. Кроме того, для расслабления мышц рекомендовано неоднократное введение одного или двух сложенных пальцев (указательного и среднего) во влагалище и имитация ими фрикций. В результате такой подготовки мужчина обычно может, помогая себе руками, ввести член во влагалище, даже независимо от наличия эрекции. Когда половой член введен, необходимо занять выжидающее положение. Не следует сразу же выполнять какие-либо движения, так как вялый половой член может в самом начале «выскользнуть» из влагалища. Напротив, при отсутствии движений со временем уменьшается эмоциональное напряжение, а также гиперконтроль ситуации (наблюдение за происходящим), что вследствие продолжающегося контакта полового члена с влагалищем приводит у многих мужчин к постепенному нарастанию эрекции. Часто степень выраженности ее позволяет начать фрикционные движения. В других случаях первоначально возникает частичное напряжение полового члена, а выраженная эрекция появляется только при повторном или многократном выполнении вышеописанных действий. Психотерапевтический эффект в полной мере или частично удавшегося полового сношения огромен. Постепенно пациент избавляется от сексуального расстройства вследствие ослабления и ликвидации неадекватных защитных механизмов.

Этот метод назван К. Имелинским ассоциированным, так как он применяется в сочетании с рациональной психотерапией и скрытой суггестией. Он обладает большой терапевтической эффективностью даже в тех случаях, когда ранее применявшиеся традиционные методы психотерапии оказываются нерезультативными. К. Имелинский отмечает, что только в 1970 г. данный метод был применен им в 22

случаях невротических расстройств эрекции, при этом излечение было достигнуто у 18 больных, т.е. в 84% наблюдений [28]. Метод «гинекологического положения» нами также применялся с успехом. Его использование в ряде случаев значительно уменьшало сроки лечения.

С.И. Грошев [6] предложил метод для ликвидации ускоренного семяизвержения, обусловленного синдромом тревожного ожидания неудачи. Механизм его терапевтического влияния состоит в отвлечении мужчины от тревожных мыслей о возможной сексуальной неудаче, достигаемом с помощью **вербального раскрепощения**, заключающегося в свободном высказывании партнерше слов восхищения ею.

С.В. Владимиров-Клячко [4] поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний **петтинга**, который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает с мужчины ответственность за качество полового акта, а следовательно, нейтрализует фактор тревожного опасения/страха неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения ею мужа при его затруднениях.

Идея ценности использования петтинга с лечебно-реабилитационной целью широко пропагандировалась С.С. Либихом [20]. Обосновывая необходимость его применения, автор отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена при сексуальных контактах. Вместе с тем, как подчеркивает С.С. Либих, главным показателем качественного полового акта является оргазм. Суть рекомендуемой им методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной и женщиной в отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Свои требования они отражают, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары, программа петтинга (своеобразный «контракт»), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с

принципом парадоксальной психотерапии обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается. В случае нарушений эрекции психогенной природы использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации, так как в силу того, что напряжение члена игнорируется как компонент полового общения, ликвидируется синдром тревожного ожидания неудачи. Это нередко приводит к тому, что партнеры нарушают «запрет» проведения обычных половых актов.

А.В. Гришин [5], разрабатывая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии В.Е. Рожнова (1985, 1989), предложил для ликвидации СТОСН невротического генеза у мужчин использовать прием, состоящий из **эмоционально-стрессового самовнушения с использованием идеомоторной маятниковой пробы**. Смысл этого приема состоит в том, что больному ярко и образно, сообразуясь с его эмоциональным состоянием, раскрывается механизм сексуального расстройства. Объясняется воздействие страха и тревоги на половую функцию, подчеркивается во многом самовнушенный характер сексуального расстройства. Добившись принятия позиции психотерапевта, больного просят привести примеры действия самовнушения на организм. Затем ему предлагают думать о движении удерживаемого им маятника (идеомоторная проба). После того как маятник раскачается, пациенту рекомендуется представить свою сексуальную партнершу. Движения маятника при этом сразу же прекращаются. Тогда больному объясняют, что во время попыток совершить половой акт с ним происходит аналогичное. Так как в данный период он не думает о женщине, совершенно не видит ее, а занят только своей эрекцией, то мысли о последней по механизму самовнушения «нарушают автономную сосудистую реакцию». Затем пациенту внушается, что он «перестанет быть маятником», «не будет железкой на нитке» и сможет в интимной обстановке избавиться от «эгоистического самонаблюдения», сосредоточив все свое внимание непосредственно на женщине. В заключение больной получает инструкцию 3 раза в день самостоятельно проводить пробу с маятником с использо-

ванием приведенных выше эмоционально-стрессовых самовнушений.

Для устранения тревожного опасения сексуальной неудачи может применяться **техника остановки мыслей**, которую относят к арсеналу когнитивно-поведенческой терапии. Напомним, что когнитивно-поведенческое направление возникло вследствие осознания того, что воздействие только на внешнее поведение пациента, которое осуществляется в рамках поведенческой (бихевиоральной) терапии, является недостаточным. Это направление ориентировано на прямое воздействие на когнитивные процессы (мысли, ожидания, установки) [24]. Данная техника относится к числу простых техник когнитивно-поведенческой терапии. Она была описана Дж. Бэйном (J.A. Bain) [27] и введена в арсенал поведенческих техник Дж. Вольпе (J. Wolpe) [30]. Мишенью воздействия при характеризуемой патологии является тревожное опасение сексуальной неудачи, которое относят к навязчивостям в когнитивной сфере. Поскольку в результате тренинга, первоначально проводимого с психотерапевтом, пациент обучается самостоятельно воздействовать на свои мысли, то рассматриваемая техника относится к техникам самоконтроля. В начале ее освоения, чтобы обучить пациента процедуре остановки мыслей, психотерапевт предлагает ему сконцентрироваться на нежелательных мыслях. Для облегчения концентрации лучше, чтобы глаза больного были закрыты. Он получает инструкцию просигнализировать терапевту о моменте, когда негативные мысли будут четко представлены в его сознании. Это следует делать невербально, например, подняв указательный палец. При поступлении такого сигнала терапевт громко командует: «Стоп!». Вслед за этим клиента просят описать, что произошло. Как правило, он сообщает, что в результате такой команды мысли исчезли. Описанная процедура повторяется несколько раз. При положительном результате (остановка мысли происходила) пациента инструктируют применять технику самостоятельно. При этом вначале команда «Стоп!» произносится громко. Если она достигает своей цели, то переходят на энергичное произнесение команды

внутренним голосом. Если это приводит к ожидаемому результату, то первая задача (не думать о неприятных мыслях) решена. Задача второго этапа состоит в заполнении пустоты, возникающей после остановки дезадаптивных мыслей. Их следует заменять на позитивные мысли («Я совершенно спокоен, уверен в себе, уверен в своих сексуальных возможностях» и т.п.). В тех случаях, когда второй этап опускается, нежелательные мысли могут возобновиться. Если вначале пациент останавливает произвольно вызываемые нежелательные мысли, то затем команда «Стоп!» адресуется непроизвольно возникающим опасениям. Это осуществляется непосредственно в обстановке, предполагающей интимную близость, а также и вне такой, так как в выраженных случаях характеризуемой патологии и в указанный период времени беспокоящие мысли могут появляться весьма часто (функциональный тренинг “in vivo”). При этом не следует забывать о необходимости замены дезадаптивных мыслей на мысли позитивные, предполагающие успешное проведение интимной близости.

Нами для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи была предложена **система эротической сенситизации** [9]. Следует отметить, что при данной патологии сексуальные нарушения могут быть обусловлены не только явлениями гиперконтроля хода интимного сближения, но и вызванной им своеобразной частичной или почти полной блокадой специфического эротического сенсорного притока. Пациенты нередко жалуются, что в предварительном или, если интроекция удалась, основном периоде полового акта они плохо чувствуют приятные ощущения при телесном контакте с женщиной, а иногда даже почти не чувствуют их. Понятно, что это лимитирует рост сексуального возбуждения, а также затрудняет его удержание на достигнутом уровне. По нашим данным, некоторые пациенты для обеспечения более успешного протекания полового акта стараются сосредоточиться на приятных ощущениях, испытываемых при телесном контакте с женщиной, что подчас приносит ощутимые результаты. Учитывая вышеперечисленное, была предпринята попытка

создания системы мероприятий, обеспечивающих неослабевающий сенсорный приток во время интимной близости, которая была названа системой эротической сенситизации. Она состоит из ряда взаимодействующих компонентов. Одним из указанных компонентов являются внушения, проводимые в гипнотическом состоянии, направленные на усиление приятных ощущений, испытываемых как в предварительном периоде (ласки, поцелуи), так и во время фрикций. При этом суггестируется не только обостренное восприятие данных ощущений, но также «погружение» и «растворение» в них. Указывается, что все остальное в это время теряет всякий смысл и значение и единственной реальностью для пациента являются охватившие все его существо приятные сладострастные ощущения и т.п. Другой компонент системы – тренировки, проводимые вне интимной близости, создающие своеобразный настрой-готовность к восприятию приятных ощущений во время сближения с помощью самовнушений и образных представлений. Рекомендуется представлять себя в обстановке полового акта, полностью отдавшимся во власть приятных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей (ласках, поцелуях, фрикциях). Образные представления сочетаются с соответствующими самовнушениями. Третью составную часть системы представляет своеобразный тренинг восприятия эротических стимулов во время прелюдии, а также в дальнейшем ходе интимной близости. Пациенту дается инструкция, что в этот период он должен быть сосредоточен на приятных ощущениях и культивировать их. При этом для облегчения достижения ожидаемых результатов подключается аутосуггестия, оперирующая следующими формулами: «Я полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них, теряюсь в них» и т.п.

Описанная система имеет следующие саногенные детерминанты: 1) противостоит функционирующему у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи механизму гиперконтроля, который является патогенным, реализующимся рядом конкретных проявлений; ее выполнение требует привлечения активного внимания, должного сосредото-

ния, что ослабляет гиперконтроль и, таким образом, уменьшает патогенное влияние «приковывания»; 2) стимулирует сексуальную возбудимость, направлена к решению возникших трудностей на конструктивной основе, способствует редукции эмоционального напряжения, а следовательно, является совладающей и направлена на обеспечение нормального протекания полового акта.

Весьма эффективной в устранении СТОСН является **гипносуггестивная терапия**. Нами в гипнотическом состоянии пациента при нарушении эрекции (вариант, который наиболее часто наблюдается при этой патологии) используется следующая рецептура:

«Проведенное нами исследование выявило сохранность всех органов и систем, участвующих в обеспечении сексуальной функции... Ваше расстройство является функциональным, обусловлено психологическим фактором, а именно, наличием тревожного опасения сексуальной неудачи... Сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым счетом вы все больше и больше будете освобождаться от этого опасения, а когда я произнесу цифру пять, вы освободитесь от него в наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени... Один... Тревожное опасение сексуальной неудачи начало покидать вашу психику, вашу нервную систему... Два... Процесс освобождения вашего организма от тревожного опасения становится все более выраженным, все более интенсивным... Три... Все быстрее и быстрее освобождаетесь от тревожного опасения сексуальной неудачи... Четыре... Внутренний психический дворник заходит в самые отдаленные участки вашего сознания и подсознания, выметает оттуда остатки тревожного опасения сексуальной неудачи, собирает их вместе и выбрасывает из вашего организма... Пять... В наиболее полной, возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система, весь ваш организм освободились от тревожного опасения сексуальной неудачи... А сейчас я буду считать от одного до пяти, и с каждым последующим счетом ваш организм все больше и больше будет наполняться уве-

ренностью в ваших сексуальных возможностях... Один... Уверенность наполняет каждую клеточку вашего тела... Два... Уверенность заполняет каждую вашу нервную клеточку... Три... Уверенность наполняет всю вашу нервную систему... Четыре... Уверенность заполняет каждую единицу вашего психического пространства, ваше сознание и подсознание, и из подсознания уверенность будет уверенно влиять на вашу половую функцию, обеспечивая хорошее качество полового акта... Пять... В наиболее полной возможной на сегодняшний день степени ваша психика, ваша нервная система заполнились уверенностью в ваших сексуальных возможностях. Поэтому отныне в преддверии и во время интимной близости вы полностью уверены в себе, уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаетесь в приятные сладострастные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим и твердым, введение его удастся осуществить легко, на протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... ».

Кроме описанной техники гипносуггестивного программирования, при характеризуемой патологией нами в ряде случаев используется техника моделирования успешного протекания интимной близости в гипнотическом состоянии, что создает хотя и воображаемый, но позитивный опыт проведения полового акта. При использовании данной техники мы, как правило, сочетаем ее с описанным выше гипносуггестивным программированием.

Помимо директивного гипносуггестивного воздействия, также может применяться недирективное. С этой целью могут использоваться терапевтические метафоры (специально придуманные истории, а также притчи, сказки, стихи, анекдоты), которые обеспечивают бессознательное и сознательное обучение человека. Они иносказательно

представляют проблему пациента и показывают путь к ее решению. Для того чтобы быть эффективной, терапевтическая метафора конструируется по определенным правилам. Во-первых, она должна быть изоморфной (эквивалентной) проблемному содержанию, т.е. обладать той же или подобной структурой. При этом «изоморфизм» в данном контексте следует понимать как метафорическое сохранение взаимоотношений, которые имеют место в актуальной проблемной ситуации. Во-вторых, терапевтическая метафора должна предлагать замещающий опыт и, таким образом, давать доступ к ранее не замечавшимся возможностям выбора. Помимо этого, и это является третьим необходимым условием, метафора обязана предлагать разрешение или ряд разрешений проблемы в ситуациях, обладающих одинаковой структурой, и таким образом вести пациентов к соответствующим выборам.

В литературе по нейролингвистическому программированию (НЛП) и эриксоновскому гипнозу можно найти рекомендации о необходимости использования метафор в обход сознания с целью избежать контроля с его стороны за подаваемой информацией. Это позволяет скрыть намерение терапевта. Следовательно, метафоры играют роль психологических субстратов, оказывающих воздействие на бессознательное пациента, которому преподносят необходимые идеи, пробуждающие его ресурсы, что и определяет возникновение ожидаемых терапевтических изменений.

Приведем несколько примеров использования терапевтических метафор в гипнозе у мужчин с психогенными расстройствами эрекции. Так, де Шазе (1980) одному из своих клиентов, архитектору по профессии, в трансе словесно описал высокое прочное здание цилиндрической формы, имеющее мощный фундамент. Особое внимание фиксировалось на том, что основание этого здания снабжено водоканализационной системой и электрической проводкой, находящимися в полной исправности. Другому пациенту, отставному военному, в гипнозе была дана простая директива: «Хотя вы и ушли из армии, господин К., вам следует время от времени становиться по стойке «смирно». Автор

отмечает, что в результате такого лечения эрекционная функция у этих мужчин быстро восстановилась [по 7]. Вместе с тем, когда расстройства эрекции были обусловлены супружескими конфликтами, подобные приемы оказались неэффективными.

При СТОСН может быть применена и следующая предложенная нами терапевтическая метафора:

«Один пианист всегда успешно выступал с концертами. На них он настолько был увлечен музыкой и погружен в нее, что все, происходившее с его руками, даже при выполнении самых сложных пассажей, оставалось вне поля его внимания. Однажды по какой-то причине он сбился при выполнении пассажа, который до этого выполнял многократно и успешно. С тех пор любая попытка выступить в очередном концерте заканчивалась неудачей, так как дойдя при выступлении до необходимости исполнить пассаж, о котором идет речь, он вновь сбивался. Вскоре из-за этого ему вовсе пришлось оставить всякие попытки выступления в концертах перед аудиторией. Вместе с тем, когда он сам играл дома на фортепьяно, злосчастный пассаж выполнялся без всяких затруднений. Этого, однако, было для него крайне недостаточно. Он очень скучал за публикой и за концертами, от которых получал большое наслаждение и удовлетворение. Однажды после успешного исполнения пассажа (когда он находился сам) поймал себя на мысли, что причиной успеха является «включенность» в музыку, погружение в нее и растворение в ней. Его желание вновь выступить с концертами было очень сильным, более сильным, чем раньше, так как оно подогревалось его неучастием в них. Огромное желание вновь ощутить аудиторию, слиться с ней, испытать наслаждение от выступления привело к тому, что когда ему в очередной раз предложили выступить перед аудиторией, то он не смог устоять. В день концерта находился на большом эмоциональном подъеме, а когда вышел на сцену, то был настолько погружен в сладостные переживания полного растворения в музыке и эмоционального единения со слушателями, что “проскочил” (исполнил)

злосчастный пассаж, даже не заметив этого. Только когда его выступление закончилось и зрители устроили ему стоя овации, осознал, что же произошло с ним на самом деле. После этого он часто выступал с концертами и все они проходили весьма успешно».

Для лечения СТОСН, помимо терапевтической метафоры, с успехом могут использоваться и другие техники, относимые к НЛП.

Так, например, «**ассоциирование с переживанием**» [19] предполагает, что при наличии каких-либо сексуальных проблем пациент должен увидеть себя в интимной ситуации, испытывающим всю полноту необходимых ощущений. Мужчины, у которых имеются эрекционные нарушения, должны, в частности, представлять полную эрекцию. После того как человек увидел себя в этой ситуации со стороны, ему следует «выйти» из себя и «войти» в свою визуализацию («войти» в картину).

Как отмечалось нами выше, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может иметь место и у женщин, однако развивается он у них гораздо реже. Проявляется у них он в основном опасением, что они в очередной раз не смогут достичь оргазма. В этом случае эффективной может оказаться **техника наложения**, которая также относится к арсеналу НЛП. Для того чтобы уяснить ее смысл, необходимо коротко рассмотреть одно из кардинальных теоретических представлений НЛП, а именно, представление о репрезентативных системах. Согласно ему, различные люди думают по-разному, что соответствует трем основным сферам сенсорного опыта – *визуальной, аудиальной и кинестетической*. Так, если человек что-то рассказывает, то он или генерирует визуальные образы, или говорит что-то самому себе, или испытывает кинестетические ощущения. При построении визуальных образов обычно используются такие слова, как смотреть, видеть, показывать, взгляд и т.п. Аудиальная система представлений оперирует такими словами, как слышать, звенеть, говорить и т.п. В тех случаях, когда речь идет о вербализации кинестетических ощущение-

ний, применяются такие слова, как взять, ощутить, тяжелый и т.п.

Итак, люди по-разному репрезентируют мир и самих себя. Если какой-нибудь человек в основном репрезентирует мир посредством зрительных образов, то говорят, что его репрезентативная система является визуальной. Если же речь идет о преимущественно аудиальной или кинестетической репрезентации, то соответственно говорят об аудиальной или кинестетической репрезентативной системе. Таким образом, *репрезентативная система* человека характеризует то, в какой сенсорной системе в его мозге происходит кодирование информации. Техника же наложения нацелена на то, чтобы помочь пациентам в возникновении у них полных переживаний. Это достигается за счет включения всех или почти всех сенсорных модальностей (визуальной, аудиальной, кинестетической и др.). Наложение начинают с вербализации, которая соответствует *первичной репрезентативной системе* пациента. Затем вербально добавляются другие сенсорные модальности по одной. Используются естественные моменты пересечения, которые существуют между модальностями. Так, высоковизуальному человеку предлагают представить себе образ деревьев во всех деталях. Когда возникнет хорошее внутреннее видение этой картины, можно предложить ему начать видеть покачивание листьев и ветвей. Затем можно предложить услышать звучание ветерка, мягко овивающего деревья и шелестящего листвой. Потом можно предложить человеку почувствовать прохладу, так как этот ветерок овеивает и лицо. Чувствуя эту прохладу ветерка на лице, можно предложить ему почувствовать запах свежести, который доносит этот ветерок.

Техника наложения репрезентативных систем может быть особенно полезной при работе с больными, которые не способны сосредоточить свое сознание на кинестетической части опыта при сексуальной коммуникации, к чему, в частности, может приводить наличие тревожного опасения сексуальной неудачи.

Приведем пример одной из многих инструкций, предлагаемых с этой целью Л. Кэмерон-Бэндлер [19]. Так, в случае с визуально ориентированными пациентками она использует следующую рецептуру: «Посмотри на него. Отчетливо ли ты его видишь? Хорошо. Теперь, когда он склоняется ближе к тебе, и ты видишь особое выражение в его глазах, ты можешь прямо-таки прийти в восторг. И когда он приближается к тебе все ближе и ближе, ты видишь его плечо и его лицо прямо рядом с собой, и ты можешь начать слышать его шепот. Он шепчет, и ты можешь почувствовать его дыхание, как оно щекочет тебе ухо, и, может быть, слегка покусывает. Его слова и его близость меняют ритм и частоту твоего дыхания...».

Техника наложения может быть высокоэффективной в том случае, когда больной просто не может увидеть себя совершающим половой акт. В данном случае следует воспользоваться управляемой фантазией, так как видение себя делающим что-то по существу создает внутренний опыт.

Во время интимной близости могут возникать помехи кинестетическим переживаниям. В этих случаях описываемая техника также может дать хороший эффект. Л. Кэмерон-Бэндлер [19] описывает случай успешного лечения женщины-сексопатолога, которая жаловалась, что без помощи вибратора она не может достичь оргазма. Оказалось, что во время полового акта внутренний голос начинает ее отвлекать, говоря следующее: «Он начинает уставать, у него никогда этого не будет», и т.п. в том же роде. Это заставляет ее тревожиться и уводит от сексуальных переживаний. Главным же для ее любовника было то, чтобы разрядка у них наступала одновременно. Однако внутренний голос пациентки, говорящий, что мужчина устал и даже начинает скучать, выполнял функцию реализующегося пророчества.

С целью коррекции пациентке было предложено использовать этот внутренний голос для описания своего непосредственного переживания. Этот голос во время интимной близости теперь описывал, как мужчина дотрагивается до

нее, тепло его рук, нежность и силу его прикосновений, звучание и ритм его дыхания, биение сердца.

Когда больная научилась этому, ей было рекомендовано использовать эти описания для приближения переживаний, которые она хотела испытать: «Чувствуя, как он движется вместе со мной, я чувствую, что сама все больше возбуждаюсь, дышу все быстрее, приближаюсь все больше к оргазму» [19, с. 191].

Так как в данном случае результат с самого начала определялся внутренним диалогом, то данная терапия привела к ликвидации аноргазмии. С течением времени, хотя пациентка и продолжала использовать этот метод, внутренний голос постепенно начал выпадать из ее сознания и все внимание было занято полнотой кинестетического переживания.

Техника наложения может быть использована также для того, чтобы научить пациентов отождествляться с переживаниями партнера, что, в свою очередь, оказывает выраженное терапевтическое воздействие [19]. При использовании данной модификации больной воображает, что перенесся в тело партнера. Он начинает с наиболее естественной для себя репрезентативной системы, а затем использует принцип наложения, чтобы создать полное переживание. Пациент видит себя с точки зрения партнера, дотрагивается, слышит звуки собственного голоса и пр. Этот опыт является источником обратной связи.

В типичном случае больной изменяет свое поведение, приспособляясь к собственному воображению, делая это поведение более уместным в новой перспективе. Естественно, что в действительном сексуальном контексте он использует непосредственную обратную связь, чтобы выяснить, действительно ли его поведение вызывает желаемые реакции.

В случае сексуальной дисгармонии партнерам может быть предложен обмен ролями (партнеры по очереди как бы становятся друг другом). Некоторым людям также рекомендуют прикосновения к партнеру с одновременным представлением, как это воспринимается его (партнера) кожей,

оказывая стимулирующее воздействие. Это особенно полезно тогда, когда один из членов пары склонен к оральному сексу. Человек может сильно возбудиться, представляя себе, как оральные манипуляции воспринимаются партнером [19].

Для устранения СТОСН также может быть использована относимая к НЛП техника «взмаха» [2]. Ее характеризуют как очень эффективную, программирующую мозг на движение в новом направлении. Существует опыт ее применения для лечения психогенных сексуальных расстройств [7, 16, 17]. При характеризуемой патологии взмах может быть осуществлен следующим образом.

1. Вначале пациента следует попросить увидеть себя в обстановке интимной близости с тревогой ожидающим неудачи в ее осуществлении (1-й образ). Картина должна быть яркой, четкой и большой. Если она не такая, можно прибегнуть к метафоре придания ей желаемых свойств кинемехаником, регулирующим параметры изображения на экране кинозала.

2. Затем следует создать желательный привлекательный мотивирующий Я-образ (мужчина в обстановке, предполагающей проведение полового акта, полностью уверенный в своих сексуальных возможностях; 2-й образ).

Для того чтобы Я-образ был мотивирующим, пациент должен быть диссоциирован с ним, т.е. не отождествлять себя с этим образом. Вместе с тем в ряде случаев все же возникает необходимость такой временной ассоциации. Это может быть связано с тем, что хотя пациент и видит себя более совершенным, однако не может знать насколько ему это понравится.

Также временная ассоциация полезна тогда, когда человек не может за один раз представить себе Я-образ, обладающий достаточным количеством ресурсов для решения проблемы. В этом случае каждая последующая ассоциация является очередной «примеркой», позволяющей определить то, что еще следует прибавить к более совершенному Я-образу, который обеспечит непроблемное функционирование личности.

Создавая Я-образ, следует стремиться наделять его определенными качествами, а не конкретными вариантами поведения, так как «просчитать» все возможные варианты его реализации практически чрезвычайно сложно. Вместе с тем Я-образ, наделенный определенными качествами, сможет конкретизировать варианты компетентного поведения и адаптировать их к каждой конкретной ситуации.

3. Затем следует «смахнуть» 1-й образ 2-м. Это делается путем их совмещения. При этом изначально сильный 1-й образ ослабевает, а первоначально слабый 2-й (образ результата), напротив, усиливается.

В случаях, когда речь идет о работе со зрительными образами, Р. Бэндлер [2, с.144] рекомендует увидеть большую и яркую 1-ю картинку, а затем поместить маленький темный образ результата (2-ю картинку) в нижний правый угол. «Маленький темный образ будет увеличивать свои размеры и яркость и покроет первую картину, которая потемнеет и скукожится так же быстро, как вы произносите слово “взмах” Потом очистите экран или откройте глаза. “Махните” их снова – пять раз в общей сложности. Непременно очищайте экран в конце каждого взмаха».

Не всегда необходимо проводить взмах 5 раз. Иногда даже одного или двух взмахов бывает достаточно.

Следует отметить, что некоторые из рекомендаций Бэндлера по осуществлению визуального взмаха с течением времени претерпели определенную динамику. При этом речь идет об изменениях, внесенных как им самим, так и другими авторами. К. Андреас, С. Андреас [1] в связи с этим сообщают, что когда Ричард Бэндлер впервые учил стандартному взмаху с размером/яркостью, он рекомендовал помещать маленькую темную картину Я-образа (2-я картинка) в нижний левый угол большой яркой ключевой картины (1-й картинки). Спустя год он предложил размещать 2-ю картинку в нижнем правом углу 1-й. Авторы же обнаружили, что многие находят более легким поместить 2-ю картинку где-нибудь в центре 1-й. Они рекомендуют выбирать какой-нибудь маленький темный участок вроде пуговицы или затененную область и позволять картине

Я-образа (2-й картинке) быстро раскрыться оттуда подобно расцветающему цветку. Это позволяет использовать какой-нибудь уже существующий в ключевом образе маленький темный участок без траты сил на добавление еще одной маленькой темной картинки.

Мы в своей работе просим пациентов найти участок затемнения в любом месте 1-й картинки. Это может быть пятно или что-то похожее на пуговицу. Однако мы очень любим при проведении взмаха использовать несколько модифицированную метафору с джином в бутылке. В этой метафоре темное пятно – пробка от бутылки, в которой находится джин. Когда мы открываем пробку, его образ, находящийся на самом дне бутылки, маленький и тусклый. Однако он быстро увеличивается, не помещается в ней и «выливается» на экран, на котором расположена большая, яркая и четкая 1-я картинка. При этом она «смывается» образом результата (2-й картинкой): уменьшается, а затем исчезает.

В тех случаях, когда образ результата не может обеспечить непроблемное поведение, мы просим пациента представить человека, которого он хорошо знает и который лишен данной проблемы. Желательно, чтобы внешне он был похож на нашего пациента. Постепенно по мере выполнения взмаха и от одного взмаха к другому этот «человек-идеал» в проблемной ситуации становится все больше и больше похожим на нашего больного, а в конце этой процедуры он «превращается» в нашего клиента.

Однако если человек-идеал даже внешне не похож на нашего больного, то при выполнении взмаха мы постепенно наделяем его всеми внешними атрибутами нашего пациента. Таким образом, в конце процедуры он видит именно себя, обладающего всеми необходимыми для решения существующей проблемы качествами.

Существуют и другие метафоры, в которых реализуют взмах. Приведем две из них [1]. В первой метафоре ключевой образ (1-я картинка) представляется в качестве тонкой акварельной картины, нанесенной поверх нарисованного маслом портрета, на котором человек изображен таким, каким бы он хотел быть. Начинаясь ливень быстро смы-

вает акварель и открывает под ней этот портрет. В другой метафоре картину Я-образа (2-ю картинку) помещают на обратной стороне картины ключевого стимула (1-картинки). Затем эта последняя картина наклоняется, переворачивается и снова выпрямляется, открывая Я-образ.

Следует отметить, что не всегда усиление воздействия зрительного ключевого стимула или образа результата связано с увеличением яркости и размера, хотя часто это бывает именно так. В ряде случаев, например, тусклость образа результата оказывает более сильное воздействие. Кроме этого, речь может идти о других визуальных субмодальностях, которые определяют силу воздействия образов. Поэтому при осуществлении взмаха необходима тщательная идентификация субмодальностей, а также оценка их влияния по шкале интенсивности. Напомним, что та или иная модальность (визуальная, аудиальная, кинестетическая и др.) состоит из отдельных субмодальностей. Так, кроме уже названных размера и яркости, зрительными субмодальностями являются цвет, форма и т.д.

Взмахи также могут быть аудиальными и кинестетическими. Помимо этого, существуют межсистемные взмахи, когда взмах может быть осуществлен в двух системах одновременно (например, в зрительной и слуховой).

4. После осуществления взмаха приступают к проверке. Существуют три ее варианта. Первый предполагает воссоздание ключевого стимула (в случае работы в визуальной системе – образа, запускающего проблемное поведение). В том случае, когда взмах оказался эффективным, этого будет трудно достичь. Картина будет стремиться нивелироваться и замениться образом результата. Человек увидит себя таким, каким бы он хотел быть и каким он, возможно, уже стал.

Второй вариант – создание экспериментальной ситуации, которая предполагает воссоздание ключевого стимула. Если этот стимул не действует, это тоже является свидетельством эффективности проведенной терапии. Третий вариант – проверка реальной действительностью. Такую

проверку следует признать окончательной, надежной и решающей.

Нами [10, 12, 13] разработан высокоэффективный способ лечения, который следует отнести к НЛП. Он получил название **«способа коррекции поведенческих программ» (СКПП)** и в основном апробировался на мужчинах с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. К его достоинствам следует отнести: 1) быстрый лечебный эффект; 2) малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3-5 мин); 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации); 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий; 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Для понимания действия этого способа следует отметить, что при его проведении используется метод якоря, который является базовым для ряда техник НЛП. Якорь – это определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т.д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживание и связанные с ним ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно такое прикосновение сможет вызвать это переживание и данные ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, которое предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название «якорения» («постановки на якорь»). Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (наложение кинестетического якоря), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный

стимул (например, выражение лица человека, с которым происходит коммуникация), запах и т.д.

СКПП реализуется в два этапа. *Целью первого этапа* является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. *На втором этапе* оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и терапевт сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать данный образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью сотрется.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости → мелькание → исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется вклю-

чать в формулу внушения слова «... и может так случиться, что ...». После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса.

При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить. Точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта в начальном периоде первого этапа.

При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому,

тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная («здоровая») программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнерами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы («... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной» и т.д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего числа лечебных сеансов.

Еще большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться ликвидировать образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта.

Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть возникающий при этом образ полового акта.

Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия возникает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий. При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов. Это определяется уже в самом начале использования СКПП. Характеризуемый способ лечения не должен применяться также у больных со снижением интеллекта, которые не способны по-

нять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

В труднокурабельных случаях синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи хорошо зарекомендовал себя апробированный нами [15] **метод «взрыва навязчивости» (МВН)**, который также как и СКПП относится к арсеналу терапевтических техник НЛП.

Следует отметить, что в ряде случаев тревожное опасение сексуальной неудачи весьма устойчиво по отношению к психотерапевтическим воздействиям. Очень редко оно не ликвидируется даже при отсутствии сексуальных дисфункций, что может быть обусловлено, например, наличием психастенического характерологического радикала, особенно тогда, когда его выраженность достигает уровня расстройства личности (психопатии). Иногда, как свидетельствует наша клиническая практика, после ликвидации фобического компонента, сопровождающего навязчивое опасение, копулятивная дисфункция (обычно в этих случаях речь идет о расстройстве эрекции) не исчезает, что определяется наличием навязчивого гиперконтроля напряжения полового члена, обусловленного сохраняющимся выраженным идеаторным компонентом рассматриваемой патологии.

Итак, в случаях недостаточно эффективной курабельности пациентов может быть использован МВН. Он является примером «техники порога, в которой вы берете очень сильную реакцию и УСИЛИВАЕТЕ ее, вместо того чтобы пытаться ее ослабить или устранить. Вы усиливаете ее так стремительно и так быстро, что в определенной точке она переходит порог и “лопается”. Это очень похоже на надувание воздушного шара. До некоторого момента каждый вдох делает шар больше. Однако если вы продолжите вдвухвать воздух в шар, он в конце концов лопнет. После того как он лопнул, вы не можете вернуть шар, забрав назад пос-

ледную порцию воздуха. ... Другим примером является перегибание куска металла или проволоки до тех пор, пока они не переламываются. После того как они сломались, вы не можете вернуть этот кусок проволоки простым ее разгибанием» [1, с.128].

Как известно, в подавляющем числе случаев любые инновации имеют свою предысторию. В этой связи следует упомянуть о так называемом методе наводнения из средств бихевиорального арсенала, который ранее назывался «импловзивной терапией». Стампфл, разработавший этот метод, предположил, что многократное представление неприятных сцен должно вести к снижению их «потенциала тревожности» через угасание (T.G. Stampfl, D.J. Lewis, 1968). Он утверждает, что суть стратегии импловзивной терапии заключается в том, чтобы побудить пациентов встретиться лицом к лицу со своими кошмарами и «привести эти кошмары в замешательство» [по 21].

Приведем два клинических примера, когда терапевтический эффект был достигнут нами в результате использования МВН у больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В первом из них использовался «многократный метод храповика», а во втором – «одноразовое усиление субмодальности» (в данном случае аудиальной).

Больной Г., 20 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), селективный вариант. При обращении предъявлял жалобы на то, что когда вступает в половую связь с женщиной, то вначале ощущает страх («мандраж»). В это время возникают мысли, что опять «не встанет член» и опять ничего не получится с женщиной, после чего начинает контролировать напряжение члена по ощущению («мозгом») и с помощью глаз (визуально). Если эрекция выражена менее чем на 100%, начинает думать: «Почему я с женой жил хорошо, а с другими женщинами у меня возникают сложности?», и при попытке провести половой акт «он (член) совсем падает».

В связи с предъявленными жалобами проводилась психотерапия, что привело к ликвидации фобического компо-

нента, сопровождающего тревожное опасение неудачи, однако гиперконтроль напряжения полового члена остался. Тогда нами было принято решение о применении МВН. Мы выяснили, что контроль напряжения полового члена усиливается при увеличении громкости внутреннего голоса, предполагающего неудачу при интимной близости, и носит навязчивый характер («пробовал отвлечься, но ничего не получается»). Предваряющая метод «взрыва навязчивости» беседа строилась следующим образом: «Каждая мысль в своей интенсивности может существовать только до определенного предела. Если данную границу пересечь, то навязчивость исчезнет». В связи с этим был приведен пример с воздушным шаром, который при его надувании может увеличиваться только до определенной величины, при достижении которой он неминуемо лопается. Также было отмечено, что при усилении голоса на каком-то этапе могут появиться неприятные ощущения. Для того чтобы достигнуть положительных результатов, их, однако, необходимо перенести и не отступить на полпути (обычно в таких случаях я привожу метафорические примеры из соответствующих сказок).

Непосредственно сеанс проводился следующим образом:

Первый цикл: «Сядьте, услышьте свой внутренний голос и представьте, что он усилился, либо представьте, что бы было, если бы он усилился».

Пациент услышал свой внутренний голос и представил, что его громкость неуклонно нарастает. При усилении этого голоса появился, а потом (до возможного максимального предела) усилился шум. Затем мы предложили вернуть внутренний голос к прежней громкости. Ему это удалось. Однако шум остался, хотя и ослабел.

Второй цикл. Опять предложили усилить звук. В результате он достиг такой же интенсивности, как и в первый раз, но сопровождающий шум был меньше. Пошли дальше по пути усиления внутреннего голоса. При этом он немного усилился, а шум стал более интенсивным (бо-

лее интенсивным, чем во время первого цикла). Пациент отметил, что больше не может усилить громкость голоса. Потом мы вновь предложили ему вернуться к исходному уровню его звучания. При этом шум не исчез, а уменьшился в своей выраженности до уровня, который имел место в конце первого цикла.

Третий цикл. Вновь пошли на усиление громкости внутреннего голоса. Когда его интенсивность достигла степени, которая имела место во время второго цикла, попытались усилить ее еще. В результате эта интенсивность достигла большого уровня. Сопутствующий шум стал такой же силы, как и во второй раз. Затем вновь вернулись к прежней звучности внутреннего голоса, и опять остался слабый шум.

Четвертый цикл. Когда в четвертый раз начали повышать громкость внутреннего голоса, шум достиг такого же уровня, как и во время третьего цикла, а громкость внутреннего голоса нет. Однако затем она все же была достигнута, а потом удалось добиться еще большего ее усиления. Пациент отметил, что слышит очень сильный голос (!). В это время мы предложили ему услышать такой по силе звук, которого он никогда ранее не слышал («фантастически сильный звук, удивляюще сильный, изумляюще сильный»). «Поднимайтесь по склону горы к ее вершине. Когда достигнете ее, увидите потрясающе прекрасный вид и перейдете в другую реальность, реальность здорового человека. Уже слышит такой силы звук, которого он никогда раньше не слышал (!)». Попросили его оставаться на достигнутой высоте в течение некоторого времени. Однако больной заявил: он чувствует, что не сможет удержаться на этом уровне. Тогда предложили ему вернуться к исходной силе внутреннего голоса и отдохнуть. Когда он это сделал, сопутствующий шум остался, однако был слабее, чем в конце предыдущего цикла.

Пятый цикл. После очень небольшого (1-2 мин) отдыха (больной устал) мы предложили пациенту предпринять решительный штурм. Перед этим сказали ему,

что «... нужно максимально мобилизовать все возможности своего организма, всю силу своей фантазии, чтобы услышать такой сильный звук, которого вы никогда раньше не слышали. Наберитесь терпения, чтобы услышать неправдоподобно громкий звук для того, чтобы перейти в другую реальность, “реальность лопнувшего воздушного шара”, так как нельзя бесконечно усиливать любой звук, так же как и бесконечно надуть шар. Все настойчивее стремитесь услышать все более и более сильный звук». Пациент отметил, что шум достиг большей силы, чем в прежний раз (!). Проводилась мотивировка к «преодолению», которая помогла бы ему добраться до вершины горы к своему здоровью. Внутренний голос стал еще сильнее (!). Предложили удерживать его на том же уровне («может быть, количество перейдет в качество»). Однако пациент больше не мог повышать интенсивность своего внутреннего голоса. Тогда мы предложили ему вернуться к прежней громкости последнего. В конце характеризуемого цикла отметил, что шум отсутствует, однако ощущает чувство давления в лобной части головы. Затем мы предложили пациенту открыть глаза.

Через 1-2 мин попросили пациента представить себя в обстановке интимной близости. Он отметил, что внутренний голос меньше, чем раньше, побуждает его к гиперконтролю. В результате нами был сделан вывод о том, что достигнут некоторый положительный эффект.

Шестой цикл. Был предпринят очередной «штурм» с новыми силами. На этот раз была достигнута такая же громкость внутреннего голоса, как и в 5-й раз, но шум был слабый. Перед тем как она была достигнута, мы побуждали клиента полностью мобилизовать себя для усиления громкости. Когда вернулись к исходному уровню силы звука, то не было ни шума, ни давления в голове.

После окончания этого цикла провели проверку результативности проведенной терапии. Пациент отметил, что теперь при представлении интимной близости гиперконтроля напряжения полового члена как такового нет, и только прилагая специальные усилия, он начинает

контролировать эрекцию. Сделан вывод о достижении хорошего результата, что подтвердилось при сексуальных контактах.

Анализируя этот случай, следует отметить, что хотя громкость внутреннего голоса и достигла такого уровня, с которым клиенту никогда не приходилось встречаться в реальной жизни (услышал такой силы звук, которого никогда раньше не слышал), однако при проведении сеанса он не почувствовал ощутимого прорыва. Вместе с тем наступило выздоровление. В этой связи следует привести следующее высказывание, которое объясняет, что происходит в подобных случаях: «Многие люди не замечают, когда переходят порог, в особенности, если реакция должна сделаться очень интенсивной, прежде чем лопнуть. Но если вы немного подождете, чтобы вашей кинестетической системе хватило времени заново успокоиться, вы можете обнаружить, что принуждения больше нет» [1, с. 133].

Больной Т. 39 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). Из-за расстройства эрекции не может совершить половой акт. Собирается жениться. После проведенной интенсивной психотерапии фобический компонент, сопряженный с тревожным опасением сексуальной неудачи, нивелировался, однако осталась навязчивая фиксация на напряжении члена, что ведет к отключению от восприятия женщины во время предварительного периода. Обусловливает фиксацию внимания на члене внутренний голос, сомневающийся в успехе интимной близости. Сам больной характеризует свою проблему следующим образом: «При возникновении эрекции мозг как бы автоматически отключается от женщины, и как бы внутренний голос спрашивает, а будет ли эрекция сильнее или нет, а вот если я сейчас начну вводить член, то он потеряет эрекцию? Бывает, что контроль сначала отсутствует и тогда введение члена происходит, но сразу же внутренний голос начинает сравнивать ощущения от ласк, допустим, груди, с ощущениями, связанными с введенным членом. Затем возникает мысль о том, не

пропадет ли эрекция, и, в конечном счете, так и происходит».

Было принято решение применить метод «взрыва навязчивости».

Техника. Предложили пациенту представить предварительный период и услышать свой внутренний голос. Отметили, что это ведет к гиперконтролю напряжения члена. Попросили уменьшить громкость внутреннего голоса. Это привело к уменьшению фиксации на напряжении члена. Вначале, однако, он не уяснил инструкцию: все не мог понять, как это внутренний голос может иметь громкость. Тогда мы подошли по-иному и начали говорить (когда пациент закрыл глаза), что он находится в предварительном периоде и его внутренний голос звучит нечетко, расплывчато и отдаленно. Это привело к тому, что больной перестал фиксировать внимание на члене и полностью сосредоточился на женщине. Потом предложили вернуть голос к исходной громкости. Затем сказали, что громкость голоса увеличивается. Сначала пациент не смог выполнить эту инструкцию. Он отметил, что сейчас внутренний голос звучит слабее, чем при интимной близости, а также тише, чем на начальном этапе выполнения описываемой техники. Звучит на грани исчезновения. Затем мы опять предложили ему услышать внутренний голос обычной громкости, такой, который он обычно слышит во время предварительного периода. Он опять не смог этого сделать. Тогда мы сказали, что подождем, пока это не случится, и что не его голос должен им управлять, а он должен управлять своим голосом. Потом больной услышал голос обычной громкости. Затем предложили ему увеличить ее. Однако это не удалось осуществить. Тогда нацелили его представить, что внутренний голос звучит громче, и это дало возможность его усилить. Пациент представил, что голос звучит сильнее, и это увеличило контроль напряжения члена. Затем попросили его представить, что голос звучит еще громче (для облегчения выполнения инструкции мы рассказали о реостате, с помощью которого свет в зале

кинотеатра/театра после окончания сеанса/представления становится все ярче и ярче). Для того чтобы в процессе выполнения техники исключить или уменьшить выход пациента из внутренней реальности, мы попросили его сигнализировать указательным пальцем правой руки об усилении громкости внутреннего голоса (поднять его в тот момент, когда эта громкость будет усилена до предела). Клиент выполнил эту инструкцию.

После окончания выполнения этой техники он рассказал, что параллельно с усилением громкости голоса у него начали усиливаться различные неприятные ощущения в организме, но когда он дошел до верхнего порога громкости, то пропал и внутренний голос и все неприятные ощущения, сопровождавшие его усиление. Затем мы подробно опросили клиента о том, что происходило с ним при усилении громкости голоса. На этот вопрос он ответил следующее: «Голос усиливался. Было давление в верхней части головы, неприятные ощущения в области горла, сжатие мышц щек. Затем наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу (его звучание)». Конкретизируя, что он испытал при прохождении «порога», пациент отметил: «Когда перешел барьер, голос пропал, пустоту своеобразную почувствовал».

Затем была проведена проверка результативности примененной терапии. С этой целью пациенту предложили представить себя в ситуации интимной близости. Однако он не смог этого сделать и не услышал свой голос. Потом попросили, чтобы он представил ласки и поцелуи. На этот раз ему это удалось, однако внутренний голос ему так и не удалось услышать. Раньше же при представлении интимной ситуации всегда слышал внутренний голос, отражающий неуверенность пациента в себе. Затем еще раз попросили его представить себя в интимной ситуации, но голос вновь не зазвучал. Сделан вывод о хорошем терапевтическом эффекте.

Через месяц после описанной терапевтической сессии мы связались с пациентом по телефону. Он рассказал, что

после ее проведения его половая функция полностью нормализовалась (живет регулярной половой жизнью с женщиной, на которой женился после окончания лечения).

В данном случае, в отличие от предыдущего, в процессе проведения характеризуемой техники пациент совершенно четко ощутил, когда он перешел «порог» и вступил в новую реальность – реальность здорового человека («... наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу»).

Таким образом, приведенные примеры по использованию МВН свидетельствуют об его высокой эффективности при лечении терапевтически резистентных форм синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Существует опыт устранения страха сексуальной неудачи [8], используя относительно новый метод, который получил название техники **«десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ)** [26]. Временем рождения этой техники следует считать май 1987 г. Ее открытие произошло совершенно случайно. Однажды, прогуливаясь по парку, Френсис Шапиро заметила, что некоторые мысли, беспокоившие ее, внезапно исчезли. Она также отметила, что если повторно вызвать в уме эти мысли, то они уже не оказывают такого негативного действия, как прежде. Ее опыт подсказывал, что беспокоящие мысли обычно вновь возвращаются через некоторое время, и это происходит не один раз до тех пор, пока не предпринимается сознательное усилие по их остановке или изменению их характера. Однако в этот день Френсис отметила, что беспокоившие ее мысли исчезли и изменили свой характер без каких-либо сознательных усилий с ее стороны. Пораженная случившимся, она стала уделять всему происходящему с ней пристальное внимание. Тогда ей удалось установить, что при возникновении беспокоящих мыслей ее глаза спонтанно начинали быстро двигаться из стороны в сторону и вверх-вниз по диагонали. В результате эти мысли исчезали. Когда же она намеренно пыталась вспомнить их, то оказывалось, что их негативный эмоциональный потенциал был значительно ослабленным. Тогда она начала производить

движения глазами намеренно, концентрируя внимание на различных неприятных мыслях и воспоминаниях. Результатом было то, что они исчезли и утратили свою отрицательную эмоциональную окрашенность. Поняв потенциальную пользу произошедшего, Френсис пришла в сильное волнение. С этого все и началось.

ДПДГ-терапия включает 8 стадий. Количество сеансов, проводимых на каждой стадии, и количество стадий, включенных в каждый сеанс ДПДГ, в значительной степени зависят от особенностей конкретного пациента. **Первая стадия** – анализ истории болезни и создание плана лечения. **Вторая стадия** – подготовка, во время которой психотерапевт вводит клиента в контекст процедуры, объясняет ему теорию ДПДГ, определяет ожидания в отношении эффекта лечения и готовит его к возможности появления беспокоящих переживаний между сеансами. На этой стадии пациенту, в частности, сообщают, что после психотравмы она оказывается «заблокированной» в нервной системе совместно с картиной первоначального травматического события, а также имевшими место в тот момент звуками, мыслями и чувствами. Как отмечает Ф. Шапиро, беспокоящая психотравмирующая информация запечатлена в той же форме, в какой она была изначально воспринята. Первоначально испытанные переживания, а также связанные с ними образы могут длительно сохраняться изолированными в занимаемой травматической информацией части «нейросети» в своей первоначальной форме. При этом нейросеть, в которой хранится травматическая информация, изолирована от других нервных сетей. Это ведет к тому, что психотерапевтическая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии. Движения же глаз, которые используются при ДПДГ, приводят к разблокированию, что позволяет мозгу перерабатывать травматический опыт.

Третья стадия – определение цели воздействия («мишени») и основных возможных реакций клиента с использованием шкалы субъективного беспокойства (ШСБ) и шкалы соответствия представлений (ШСП). По ШСБ тре-

вога ранжируется от 0 баллов (полное ее отсутствие) до 10 (наиболее сильная тревога, которую человек может себе представить). С помощью ШСП устанавливают, насколько истинным на уровне чувств и интуиции кажется пациенту как отрицательное, так и положительное представление о себе сейчас. Степень соответствия представлений определяется по 7-бальной шкале, где 1 балл – полное несоответствие, а 7 баллов – полное соответствие (истинное убеждение). После идентификации травматического воспоминания клиенту предлагается избрать образ, который бы в наибольшей степени соответствовал этому воспоминанию. Затем идентифицируют убеждения, выражающие негативную самооценку, связанную с его участием в травматическом событии. При оценке отрицательного самопредставления следует спросить пациента о том, какие слова более всего соответствуют картине события и выражают его представление о себе. При этом ему рекомендуют высказывать свои мысли в настоящем времени, используя местоимение «Я». Это должно быть существующее в настоящий момент отрицательное убеждение в отношении самого себя (например, «Я не уверен в успехе интимной близости», «Я опять потерплю неудачу», «Я никуда не гожусь как мужчина» и т.п.). Следует оценивать уровень тревоги, возникающей при воспоминании о травмирующем событии и связанных с ним утверждениях (вербализации) по ШСТ. Затем пациент определяет свои положительные самопредставления, которые потом будут использованы для замены отрицательных.

Оценка положительного самопредставления производится следующим образом. У больного спрашивают, какие бы представления о себе хотелось бы ему иметь, когда он вызывает картину травматического события. При этом ему следует выразить положительное самопредставление, желательное для него в настоящий момент. Положительные самоутверждения рекомендуется использовать также с использованием слова «Я», с которого и начинается самоутверждение («Я уверен в своих сексуальных возможностях», «Я сильный мужчина», «Я обладаю сильной потенцией», «Я могу удовлетворить женщину» и т.п.). Степень соот-

ветствия положительного самопредставления оценивается следующим образом. Пациента спрашивают, насколько истинным ему кажется положительное самопредставление, когда он думает об этой картине. Ранжирование производится им по ШСП. В конце характеризуемой стадии пациент идентифицирует место, в котором сосредоточены физические ощущения, усиливающиеся при концентрации на воспоминании о травматическом событии.

Четвертая стадия – десенсибилизация. Она сосредоточена на негативных эмоциях пациента, отраженных в оценке по ШСБ. Во время десенсибилизации психотерапевт побуждает пациента повторять серии движений глаз до тех пор, пока уровень его беспокойства не снижается до 0 или 1 балла по ШСБ. Это указывает на то, что первичная дисфункциональность, включающая в себя травматическое событие, переработана. Однако переработка при этом завершена не полностью и к травматической информации придется обращаться на следующих стадиях.

Процесс переработки может быть выражен следующей метафорой. Первоначально информация начинает проявляться в дисфункциональной форме. Процесс движения к выздоровлению подобен движению поезда. Во время движений глаз поезд как бы преодолевает еще один перегон. На каждом «плато» или остановке происходит избавление от части дисфункциональной информации, в то время как адаптивная (или, по крайней мере, менее проблематичная) информация, напротив, прибавляется. Это подобно тому, как на каждой остановке одни пассажиры выходят, а другие заходят. В конце ДПДГ-психотерапии негативная информация полностью перерабатывается и таким образом пациент достигает адаптивного разрешения. Говоря метафорически, поезд прибывает на конечный пункт своего маршрута [26].

Во время этой стадии психотерапевт вызывает полные двусторонние движения глаз пациента с максимально возможной скоростью от одного края его визуального поля до другого, избегая при этом появления дискомфорта. В качестве точек фокусировки взгляда пациента можно исполь-

зовать два или больше пальцев рук терапевта. Один указательный палец с этой целью не применяют, чтобы избежать отрицательных ассоциаций с воспоминаниями о том, как в детстве пациент получал выговор от взрослых. Также точками фокусировки могут быть карандаш, линейка и др. объекты.

Обычно психотерапевт держит два пальца вертикально на расстоянии 30-35 см от лица больного, а его ладонь обращена к клиенту. Однако параметры расположения руки (расстояние до лица) и положение пальцев могут меняться до достижения чувства комфорта. Затем психотерапевт показывает направление движений глаз, медленно двигая пальцы горизонтально от правого края визуального поля клиента до левого (или же наоборот) на расстоянии не менее 30 см. При этом необходимо оценить способность больного следить за движениями пальцев, которые вначале происходят медленно, а затем все быстрее и быстрее до достижения той скорости, которая воспринимается как максимально комфортная. Хотя большинство клиентов предпочитают достаточно большую скорость, однако для некоторых более эффективными являются именно медленные движения. Можно прибегать и к другим вариантам движений глаз: вверх-вниз, по кругу или в форме восьмерки.

Продолжительность серий движений глаз определяется эффективностью, обнаруживаемой с помощью обратной связи. Сначала (тестовый режим) используется серия из 24 движений (перемещение справа налево, а затем в первоначальное положение представляет собой одно движение). Это позволяет оценить степень комфортности для пациента, в том числе используемой скорости, а также способность продолжать движения глаз. Затем обычно для переработки психотравмирующего воздействия, которое имело место, также применяется серия из 24 движений, которая достаточна среднестатистическому пациенту для переработки когнитивного материала и достижения нового уровня адаптации. Некоторые больные для переработки нуждаются в серии из 36 движений или более. Следует отметить, что, помимо движений глаз, возможно применение иных

стимулов, способных активизировать информационно-перерабатывающую систему. Это может быть постукивание клиента по ладони или повторяющиеся звуковые раздражители, «намекающие на травматическую ситуацию», которые также могут быть весьма действенными. Отмечается, что в настоящее время еще не совсем ясно, являются ли такие раздражители столь же эффективными, как движения глаз, однако возможность их использования не стоит исключать.

Пятая стадия называется стадией инсталляции. Ее целью является установка положительного самопредставления, определенного пациентом, а также его усиление, чтобы оно могло заменить собой отрицательное самопредставление. Это стадия начинается тогда, когда уровень отрицательных эмоций пациента, связанных с психотравмирующим переживанием, опускается до 0 или 1 балла по ШСБ. Тогда по предложению психотерапевта он сосредотачивается на наиболее приемлемом для себя положительном представлении одновременно с избранным в качестве цели травматическим воспоминанием. Затем производятся серии движения глаз. Это осуществляется до тех пор, пока уровень положительного представления пациента не достигнет 6 или 7 баллов по ШСП. При этом пациент должен оценивать уровень положительного представления, основываясь на том, что он интуитивно «ощущает нутром».

Шестая стадия – сканирование тела. После того как произошла инсталляция, пациенту предлагают удерживать в сознании как избранное им травматическое событие, так и положительное самопредставление и при этом сканировать сверху вниз все свое тело. Ему предлагают фиксировать и идентифицировать любое остаточное напряжение, которое проявляется в теле в форме ощущений. Такие ощущения избираются затем в качестве цели для последовательных движений глаз. Во многих случаях после их совершения напряжение просто исчезает, но иногда может быть вскрыта дополнительная дисфункциональная информация, которая должна стать мишенью переработки. Данная стадия очень важна, так как может вскрывать те области напряжения или сопротивления, которые ранее были скрыты.

Седьмая стадия – завершение. По мнению Ф. Шапиро, обычно 90-минутного сеанса вполне достаточно для успешной переработки травматического материала, связанного с отдельным воспоминанием. Однако так бывает не всегда. Поэтому психотерапевт должен оставлять время для действий, которые позволяют ему покинуть кабинет в комфортном состоянии.

Восьмая стадия носит название переоценки. Последняя должна проводиться перед началом каждого нового сеанса. Психотерапевт обеспечивает повторное обращение клиента к ранее переработанному травматическому материалу, который являлся целью такой переработки. При этом он оценивает возникающую у пациента реакцию, чтобы определить сохранился ли эффект от проведенного лечения. Такая оценка производится как путем опроса о чувствах, испытываемых в отношении материала, избравшегося ранее в качестве предмета воздействия, так и путем изучения записей в дневнике пациента. После этого решают, следует ли продолжить работу с предыдущей целью или же необходимо избрать новую. К последнему нужно переходить только после того, как произойдет полная интеграция травм, подвергавшихся лечению ранее. Результатом завершения переработки травм могут стать новые формы поведения человека. Это потребует от психотерапевта обращения к проблемам, которые могут возникнуть в связи с этим в семье клиента или в его социальном окружении.

Ф. Шапиро [26] отмечает, что обычно рекомендуется недельный перерыв между сеансами. Это дает возможность пациенту интегрировать проявившийся материал, а также идентифицировать новые цели. Однако в ряде случаев возникает необходимость в более частых встречах.

Нами представлена классическая техника ДПДГ-психотерапии. В случае ее проведения больным с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи применяют и ее несколько сокращенный и измененный вариант [7].

Следует отметить, что для лечения больных со СТОСН может использоваться и так называемая сексуальная тера-

пия (sex therapy), которую в странах СНГ обычно именуют «секс-терапией». Данный метод разработан американцами У. Мастерсом и В. Джонсон, которые начали использовать его в 1959 г. Он, по сути, близок к поведенческой терапии и может быть назван сексуально-поведенческим тренингом. В приложении 7 приводится методика сексуальной терапии применительно к расстройствам эрекции, которые, как указывалось нами выше, среди всех сексуальных дисфункций у мужчин с характеризуемой патологией имеют место наиболее часто.

Таким образом, существует целый арсенал специальных техник для купирования СТОСН, использование которых позволяет проводить эффективную психотерапию лиц с указанной патологией.

Для лечения больных со СТОСН невротического генеза применяют также лекарственные средства и физиотерапевтические методы (например, локальную декомпрессию полового члена в целях его увеличения вплоть до достижения полной эрекции, что может оказывать выраженное опосредованное психотерапевтическое влияние). Из медикаментов преимущественно используют траквилизаторы (чаще дневные) и гораздо реже – малые нейролептики, назначаемые в небольших дозах. Их рекомендуется принимать (в индивидуально подобранных дозах) за 1–2 часа до интимной близости. В тех случаях, когда речь идет о выраженной общей невротической симптоматике, наблюдающейся и вне интимных отношений, возникает необходимость в курсовом назначении лекарств упомянутых групп, а также в применении адаптогенов, антидепрессантов (при выраженном снижении настроения), медикаментов, влияющих на метаболические процессы головного мозга (ноотропы), и других лекарственных средств.

В последнее время в связи с революционным открытием в фармакологии (силденафила цитрат) и последующей разработкой новых фармакологических препаратов (варденафил, тадалафил) лечение больных со СТОСН стало более эффективным.

Следует особо отметить, что речь часто может идти о сексуальных нарушениях смешанной этиологии, когда СТОСН выступает в качестве лишь одного из структурных компонентов, участвующих в организации целостного полового расстройства. В этих случаях, естественно, объем биологической терапии должен быть значительно расширен.

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. 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.
3. Виш И.М., Романюк В.Я., Гериш А.Г. К вопросу лечения психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 128–129.
4. Владимиров-Клячко С.В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1972. – Т. 65. – С. 459–467.
5. Гришин А.В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 21 с.
6. Грошев С.И. Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1967. – Т. 51. – С. 414–432.
7. Доморацкий В.А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое практическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 288 с.

8. Журавель. А.П. Применение метода ДПДГ для лечения психогенных сексуальных расстройств // СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ: проблемы, профилактика, диагностика и лечение / Материалы международной конференции. – М., 1999. – С. 244–246.
9. Кочарян Г.С. Система эротической сенситизации в терапии синдрома ожидания неудачи // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 424–426.
10. Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
11. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
12. Кочарян. Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 178–207.
13. Кочарян Г.С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
14. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
15. Кочарян Г.С. Метод «взрыва навязчивости» в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 2001. – № 517. – С. 95–98.
16. Кочарян Г.С. Об одном аверсивном феномене в клинике сексуальных расстройств // Вісник Харківського університету. Серія «Психологія». – 2001. – № 517. – С. 99–102.
17. Кочарян Г.С. Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП). – К.: НИКА-Центр, 2002. – 112 с.

18. Кратохвил С. (Kratochvil S.) Терапия функциональных сексуальных расстройств / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1985. – 159 с.
19. Кэмерон-Бэндлер Л. (Cameron-Bandler L.) С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях / Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1993. – 256 с.
20. Либих С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – С. 234–245.
21. Нельсон-Джоунс Р. (Nelson-Jones R.) Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
22. Свядощ А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.
23. Танцюра М.Д. Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности // Сов. мед. – 1956. – №11. – С. 80–84.
24. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.
25. Франкл В. (Frankl V.) Человек в поисках смысла: Сборник / Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л.Я. Гозмана и Д.А. Леонтьева. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
26. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
27. Bain J.A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
28. Imielinski K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielinskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.
29. Imielinski K. Modyfikacja psychoterapii nervicowych zaburzen wzvodu czlonka // Pol. Tyg. Lek. – 1971. – Т. 26, N 24. – S. 910–912.
30. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. – Stanford University Press, 1958.

Библиографическая справка: Глава 13 – «Психотерапия больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи» книги Кочаряна Г. С. «Современная сексология» (К.: Ника-Центр, 2007. – С. 305–356.).