

Что такое сексуальная дисфункция и секстерапия

Когнитивно-поведенческая терапия сексуальной дисфункции (КПТСД) дает подробное описание стратегий оценки и лечения сексуальной дисфункции (СД) для опытных практиков и начинающих специалистов. В этой книге рассматривается нехватка обучения секстерапии, которая часто встречается у тех, кто изучает и практикует психологию, семейную терапию, занимается социальной работой и другими программами оказания помощи психическому здоровью. Большинство клиницистов получают очень мало практической подготовки в этой важной области. Наша цель — предоставить реалистичную и авторитетную основу для концепций, оценки и интервенций КПТСД, способствующую обретению уверенности и компетентности терапевта.

Мы ориентируемся в первую очередь на проведение КПТСД с супругами и парами, состоящими в партнерстве. При отсутствии партнера этот подход можно изменить для конкретного человека. КПТСД — это узкая специализация парной терапии. Она основана на стратегиях развития навыков сексуальной функции и удовлетворения в отношениях, а также на интервенциях, направленных на уменьшение конфликтов и дистресса в отношениях, подрывающих сексуальную функцию и удовлетворение. Психобразовательный компонент этого подхода необходим, потому что многие взрослые, независимо от уровня интеллекта и образования, имеют ограниченные знания и понимание в отношении сексуальной физиологии и психосексуальных навыков. Интервенции КПТСД сосредоточены на сложном взаимодействии между когнициями партнеров, эмоциональными реакциями и поведенческими взаимодействиями, подрывающими сексуальные отношения.

КПТСД — это *искусное сочетание науки о сексе и клинической практики*. С точки зрения поведения СД предполагает отсутствие, заторможенность или отсутствие контроля над сексуальной реакцией. Это также включает

в себя различные виды несексуального поведения (например, общение в паре), которые влияют на сексуальную функцию. Поведенческие паттерны в паре в целом и в сексуальных отношениях являются важными мишенями для клинических интервенций. Когнитивные компоненты СД также касаются мыслительных процессов, блокирующих сексуальное влечение, удовольствие, эротизм и удовлетворение. Эмоциональные компоненты СД включают как постоянные, так и кратковременные эмоции (например, депрессию, тревогу, гнев, стыд), мешающие сексуальному удовлетворению. КПТСД предусматривает проведение оценки и реализацию интервенций с когнитивными, поведенческими и аффективными компонентами в комплексной биопсихосоциальной модели. В этой книге мы:

- опишем методы оценки поведения, когниций и эмоций в контексте отношений;
- детализируем терапевтические интервенции, направленные на сексуальную функцию и удовольствие;
- обеспечим клинический коучинг общим процессам секстерапии;
- покажем примеры конкретных случаев, а также предложим упражнения на развитие психосексуальных навыков, предоставим раздаточные и образовательные материалы.

Корни СД уходят в личностные характеристики обоих клиентов (например, сексуальные убеждения, которые они усвоили в детстве) и их отношения. Мы делаем акцент на диадических формулировках СД, учитывающих аспекты обоих партнеров и модели их взаимодействия, включая процедуры, основанные на доказательствах, и обеспечиваем руководство в лучших клинических практиках.

Секстерапия как исключительная клиническая возможность улучшить отношения

Парам трудно рассматривать СД как нечто похожее на другие сложные проблемы в отношениях (например, финансы, конфликты с родственниками, рабочие обязательства, воспитание детей) из-за деликатности сексуальных вопросов. СД всегда является проблемой во взаимоотношениях, если не по происхождению, то по влиянию. Многие супружеские пары и терапевты ошибочно считают, что СД сигнализирует о непримиримой “несовместимости”. Пары и практики упускают из виду исключительную терапевтическую возможность для укрепления сексуального здоровья и

интимной близости в паре за счет улучшения качества сексуальных отношений. Эффективная секстерапия не только позволяет профессионалу облегчить эмоциональное напряжение человека и повысить самооценку, она также дает большой потенциал для увеличения эмоциональной близости. Независимо от основной теоретической ориентации терапевта (например, психодинамическая, гуманистическая, семейная, феминистская) и профессиональной дисциплины (психиатрия, психология, социальная работа, брачная и семейная терапия, наставническое консультирование, профессиональное консультирование, оказание медицинской помощи), КПТСД предоставляет множество ресурсов, стратегий и интервенций, которые можно интегрировать с различными подходами. Специалисты с разным профессиональным опытом могут использовать КПТСД в качестве клинического метода, предоставляющего исключительные возможности для уменьшения дистресса и улучшения интимных отношений.

Обычно пары и отдельные люди не обращаются за помощью при СД. Часто они переживают беспокойство, связанное с физиологическими и психическими заболеваниями (например, рак, генерализованное тревожное расстройство, горе по поводу смерти родного человека, проблемы с воспитанием детей, депрессия), которые кажутся не связанными с сексуальными проблемами. В других случаях они говорят о глобальных проблемах в отношениях (например, частые ссоры, чувство оторванности друг от друга) без какой-либо конкретной отсылки на сексуальные проблемы. Тем не менее трудности в сексе часто фоном присутствуют при этих разнообразных состояниях. “Я ежедневно переживаю тревогу, поэтому избегаю секса”. “С тех пор, как умер мой отец, меня не интересует секс”. “Я получаю химиотерапию, поэтому у меня нет полового влечения”. “Мы мало разговариваем и редко проявляем привязанность”. Сексуальные проблемы присутствуют в самых разных жалобах клиентов, даже если они могут быть скрытыми или второстепенными.

Сексуальность является личной, деликатной характеристикой человека. Рассмотрение таких проблем вызывает и у клиентов, и у клиницистов сомнения и дискомфорт, поэтому они избегают говорить или даже думать о трудностях в сексе [276]. Наши цели состоят в том, чтобы облегчить клиницистам обсуждение аспектов сексуального функционирования, а также предоставить рекомендации по сбору сексуального анамнеза, оценке и диагностике, а также интервенциям в рамках КПТСД. Обретя больше уверенности и опыта, клиницисты могут лучше помочь людям и парам с СД и трудностями в сексе.

Сексуальная дисфункция как проблема взаимоотношений

Сексуальные проблемы имеют множество причин, измерений и последствий для самого человека, его партнера и их отношений. Эффективное лечение объединяет медицинские, фармакологические, психологические и связанные с отношениями компоненты [8; 41; 231]. СД может оказать глубокое пагубное влияние на общее качество отношений в паре [174]. Последствия становятся сложностями во взаимоотношениях, когда превращаются в источник смущения, конфликта, неудовлетворенности или избегания.

Взаимодействие сексуальной дисфункции, индивидуальных психологических функций и проблем в отношениях

СД является источником значительного психологического дистресса и сложностей в отношениях. Обычно это приводит к конфликту в паре, замешательству, отчуждению и неудовлетворенности. В *Диагностическом и статистическом руководстве (DSM-5)* [11] сексуальные дисфункции классифицируются как отдельные психические расстройства, даже несмотря на то, что проявляются в отношениях, и на них могут повлиять межличностные процессы. Индивидуальные ранее существовавшие проблемы с физическим и психическим здоровьем, а также конфликты в отношениях в паре могут способствовать развитию СД [222]. Таким образом, воздействие на СД предоставляет исключительную возможность для практикующего специалиста оказать поддержку и улучшить качество жизни человека и пары в целом, повлиять на здоровье индивидуума, а также сделать его отношения более здоровыми и удовлетворяющими.

Базовые компетенции секстерапии

В дополнение к общим навыкам, необходимым для всех терапевтов (например, хорошему умению слушать и эмпатии) в секстерапии есть три дополнительных базовых навыка:

- 1) точная, основанная на фактических данных биопсихосоциальная информация о сексуальном поведении и функциях;
- 2) создание комфорта при обсуждении сексуальных подробностей и решении проблем в сексе;
- 3) знание стратегий оценки, концептуализации и лечения СД.

Обладая этими специальными знаниями, личными и профессиональными способностями создавать комфортные условия для терапии, а также

практическими навыками оценки и введения интервенций, клиницист может чувствовать себя уверенно, реализуя КПТСД.

Наша цель — предоставить специалистам передовой опыт оценки и лечения, основанный на результатах клинических исследований СД и факторах, связанных с партнерскими отношениями, что влияет на терапевтический процесс.

Актуальность терапии в контексте сексуальной ориентации

подавляющее большинство знаний о СД было получено из исследований и клинической практики с гетеросексуальными супружескими парами. Однако эти концепции и методы также применимы к однополым парам. Индивидуальные характеристики, способствующие развитию СД (например, страх неудачи, сексуальная травма, депрессия), действуют одинаково, независимо от сексуальной ориентации. Хотя в жизни однополых пар есть важные факторы, которые отличаются от таковых в гетеросексуальных парах (например, дискриминация, смена партнеров на стадии каминг-аута), диадические аспекты СД (например, борьба за власть или избегание) схожи. Там, где исследователи секса и терапевты обнаружили различия в зависимости от сексуальной ориентации — например, диспареуния у гетеросексуальных пар возникает при вагинальном половом акте, тогда как у геев — при анальном; слабое половое влечение чаще встречается среди лесбийских пар, чем среди мужчин-геев или гетеросексуальных пар — важно учитывать факторы, характерные только для сексуальной ориентации [248]. Во всех остальных случаях компетенции секстерапии применимы к любой сексуальной ориентации.

Сексуальная дисфункция и сексуальное здоровье

Диагностическое и статистическое руководство (DSM-5) является основным источником для классификации СД.

Однако система классификации DSM-5 рассматривает сексуальные проблемы с индивидуальной точки зрения, игнорируя динамику отношений, влияющую на сексуальные когниции, эмоции и поведение каждого партнера. Обин и Хейман [15], а также Уикс и Гамбесия [311] рассматривают СД с точки зрения отношений, и мы это решительно поддерживаем. Клиенты часто сталкиваются с трудностями, такими как конфликты в отношении

частоты секса и предпочтительного поведения (например, оральный секс, анальный секс). Эти аспекты сексуальных проблем, связанные с отношениями, могут вызывать значительный личный дистресс и сложности между партнерами.

Сексуальные дисфункции по DSM-5.

- Гипоактивное расстройство сексуального влечения — у мужчин.
- Расстройство сексуального интереса-возбуждения — у женщин.
- Заторможенное возбуждение — трудности с сексуальным возбуждением.
- Оргазмическая дисфункция — задержка или отсутствие оргазма.
- Преждевременная эякуляция — быстрая эякуляция.
- Болевое пенетрационное расстройство — постоянная боль в области половых органов или спазмы влагалища, препятствующие половому акту.

Определение СД включает три компонента:

- а) хроническое или стойкое состояние (в отличие от случайных трудностей с сексуальным влечением, возбуждением или оргазмом, которые являются нормальными);
- б) вызывает личный дистресс,
- в) вызывает проблемы в отношениях.

Последние два компонента имеют решающее значение для понимания влияния СД и необходимости лечения.

Трудности в сексе могут сочетаться с другими психологическими проблемами [278]. СД обычно возникает при расстройствах настроения, генерализованном тревожном расстройстве, обсессивно-компульсивном расстройстве и нарушениях сна. Общие межличностные причины сексуальных проблем включают дистресс в отношениях и отчуждение, психологическое и/или физическое насилие, травмы привязанности и подорванное доверие [149]. Эти проблемы необходимо решать либо до, либо одновременно с КПТСД.

Данный подход содействует *сексуальному здоровью* отдельных людей и пар. Всемирная организация здравоохранения описала сексуальное здоровье с интегративной биопсихосоциальной точки зрения так [321].

Сексуальное здоровье — не просто отсутствие сексуальных расстройств. Его можно определить как динамичное и гармоничное состояние, включающее эротический и репродуктивный опыт, удовлетворение и благополучие в более широком физическом, эмоциональном, межличностном, социальном и духовном смысле, в культурно-информированных, свободно и ответственно выбранных этических рамках.

Таким образом, цель состоит не только в том, чтобы уменьшить дистресс, но и в том, чтобы усилить положительный опыт. Точного определения “нормальной” сексуальной жизни не существует. Индивидуумы и пары сильно различаются по тому, как часто они вступают в сексуальные контакты и какое поведение при этом задействовано.

Для некоторых пар может быть приемлема частота секса один раз в неделю, два раза в месяц или даже несколько раз в год. Сексуальное поведение пары может значительно различаться от одного контакта к другому (например, у гетеросексуальной пары не всегда может быть вагинальный половой акт, и партнеры не каждый раз испытывают оргазм). Удовлетворение зависит от ожиданий и значений, которые люди придают своему сексуальному опыту, а также от степени соответствия целей партнеров и личных стандартов. Люди также имеют различия в степени своего сексуального интереса, физической реакции, сексуального удовлетворения, и насколько они принимают эти изменения как нормальные, — все это влияет на их удовлетворение.

Трудности в сексе

Распространенной сексуальной проблемой, не связанной с СД, является *несоответствие предпочтений партнеров*. В табл. 1.1 перечислены основные типы расхождений в предпочтениях.

Вполне нормально, когда люди время от времени испытывают трудности с влечением, возбуждением или оргазмом. Многие факторы (например, жизненные стрессы, усталость, конфликт в отношениях, болезнь) провоцируют колебания сексуальной реакции. Клиницисты помогают клиентам оценить частоту и серьезность сексуальных трудностей, а также условия, влияющие на их возникновение. Опасность заключается в том, что клиенты интерпретируют временные трудности как свидетельство СД, переживают катастрофические мысли о серьезности проблемы и обвиняют себя или друг друга. Эмоциональный дистресс и избегание секса, основанные на прогнозе сохранения проблем, могут стать причиной самоисполняющегося

пророчества, в котором обычные сложности перерастают в полноценную СД. Ключевая роль секс-терапевта состоит в том, чтобы информировать клиентов о нормальных вариациях сексуальной реакции, разнообразии факторов, которые могут способствовать возникновению временных проблем, и конструктивных способах реагирования на них.

Таблица 1.1. Сексуальные трудности, связанные с расхождениями в предпочтениях

-
- Частота секса — расхождения в предпочтениях партнеров очень распространены.
 - Ожидания по поводу полового акта (например, продолжительность, стиль, позы, зрительный контакт).
 - Разнообразие сексуальных практик (например, предпочтение видов удовольствия, оральный секс, анальный секс, секс-видео, занятия БДСМ, сексуальная одежда, эротические сценарии).
 - Сексуальное взаимодействие (например, кто инициирует, стили возбуждения, модели оргазма).
 - Приемлемость мастурбации с партнером или без него.
 - Приемлемость сексуальных фантазий.
 - Приемлемость сексуальных “игрушек” (например, фаллоимитаторы, пэддлы, вибраторы).
 - Приемлемость принятия веществ, способствующих сексуальности (например, алкоголь или возбуждающие вещества).
 - Адаптация к инфекциям, передающимся половым путем, и медицинским проблемам.
 - Сообщения о сексуальных предпочтениях и опасениях.
-

Распространенность сексуальной дисфункции

Данные о частоте СД значительно различаются. Методы последних 50 лет включают использование доступной выборки [154; 155] и опросы с использованием нерепрезентативных выборок [13; 87; 233; 285; 299] показывают соотношение СД для мужчин, женщин и пар в диапазоне от 10 до 95%. Мастерс и Джонсон [191] подсчитали, что около 50% пар страдают СД. Классическое исследование, проведенное Франком, Андерсоном и Рубинштейном [107] среди счастливых в браке и сексуально удовлетворенных пар, показало, что 80% из них время от времени испытывали сложности в сексе. Возникновение сексуальных трудностей не означает, что пары будут недовольны своими отношениями. Скорее, субъективные значения,

которые люди придают своему сексуальному опыту, играют важную роль в качестве половой жизни.

Лучшее репрезентативное исследование возникновения дисфункций, проведенное в Соединенных Штатах [166], показало, что примерно в 45% пар в данный момент мужчина (31%), женщина (43%) или оба партнера (45%) имеют СД, создающую дистресс в отношениях. Тем не менее пары часто думают, что относятся к “очень немногим”, кто испытывает сексуальные трудности, отчасти потому, что люди в основном не обсуждают эту тему.

Результаты Национального обследования здоровья и социальной жизни в США (National Health and Social Life Survey — NHSL) [165] предоставили подтвержденную опытным путем информацию. Частота обнаруженных сексуальных проблем как среди мужчин, так и среди женщин, представлена в табл. 1.2.

Таблица 1.2. Распространенность сексуальной дисфункции среди мужчин и женщин: Национальное обследование здоровья и социальной жизни (1994 г.)

Распространенность дисфункции среди женщин (%)

- Слабое влечение — 33,4.
- Оргазмическая дисфункция — 24,1.
- Секс, не доставляющий удовольствия — 21,2.
- Боль во время полового акта — 14,4.
- Беспокойство во время полового акта — 11,5.
- Нехватка смазки — 10,4.
- Слишком ранний климакс — 10,3.

Распространенность дисфункции среди мужчин (%)

- Преждевременная эякуляция — 28,5.
 - Страх провала — 17,0.
 - Слабое влечение — 15,8.
 - Эректильная дисфункция — 10,4.
 - Задержанная эякуляция — 8,3.
 - Секс, не доставляющий удовольствия — 8,1.
 - Боль во время полового акта — 3,0.
-

Источник: Лауманн и др. [165]. Воспроизводится с разрешения пресс-службы университета Чикаго.

Многие клиенты ошибочно полагают, что эректильная дисфункция (ЭД) более распространена, чем преждевременная эякуляция (ПЭ), из-за широкого применения препаратов против ЭД. На самом деле ПЭ встречается гораздо чаще, чем ЭД, хотя значение СД для пары и уровень дистресса

значительно различаются. ЭД представляет большую проблему для удовлетворенности отношениями, потому что она с большей вероятностью, чем ПЭ, приведет к тому, что из отношений исчезнет секс.

Осведомленность о СД среди общественности и профессионалов повысилась с появлением на рынке ингибиторов ФДЭ-5 (“Виагра”, “Левитра”, “Сиалис”), а также с развитием сексуальной медицины, вселяющей надежду парам, страдающим от дистресса. Однако в последнее десятилетие в подходах к лечению СД наблюдался дисбаланс с чрезмерным упором на биомедицинский подход к тревоге ожидания неудачи, особенно у мужчин. Повышенное внимание к биомедицинскому подходу к СД у женщин связано с приемом таблеток для усиления влечения, повышением уровня тестостерона и поиском “женской «Виагры»”.

Неэффективность биомедицинских интервенций [50], а также значительная психологическая польза плацебо, связанная с лекарствами [38], подчеркивают чрезмерно упрощенное внимание, уделяемое сексуальной функции отдельного человека. Психологические особенности пары и общее благополучие игнорируются. Крайне важно понять ключевые значения, которые пары придают собственным сексуальным реакциям и реакциям своих партнеров, а также роль близости в отношениях. СД включают сложные интрапсихические реакции, в том числе мысли и эмоции, а также межличностные поведенческие реакции между партнерами. Клинический опыт показывает, что СД редко бывает простой проблемой, требующей лишь медикаментозного лечения, несмотря на стремление людей к “быстрым решениям”.

СД — это важная проблема в отношениях, часто вызывающая эмоциональный дистресс. Это может быть вторичное проявление психологических проблем и/или сложностей в отношениях, а также сексуальных трудностей, таких как компульсивное сексуальное поведение и сексуальная травма в анамнезе [174; 222; 311]. Следовательно, крайне важно, чтобы клиницисты смотрели дальше биомедицинской концепции и медикаментозного решения. Всесторонняя оценка людей и их отношений имеет решающее значение для понимания СД и разработки соответствующего плана лечения.

Чем отличаются пары, у которых присутствует сексуальная дисфункция

Некоторые люди недовольны своей сексуальной жизнью, хотя по большей части они сексуально функциональны [161]. С другой стороны, в исследовании Франка и коллег [107] в выборках пар, сообщавших об удовлетворенности своими отношениями, распространенность проблем в сексе была высокой. Лауманн и коллеги [165] также обнаружили, что многие пары удовлетворены своей сексуальной жизнью, несмотря на сложности в сексе и СД.

Важность субъективной оценки отдельными людьми своих сексуальных трудностей также стала очевидна в выборке сообщества, проведенной Байерсом и Гренье [59]. Среди 150 гетеросексуальных пар с университетским образованием, где у одного из партнеров присутствует ПЭ, именно мужчины, а не женщины, сообщали о более низком сексуальном удовлетворении. Когда партнеры недовольны быстротой эякуляции, они все же могут создавать внутренние сексуальные сценарии или практики, позволяющие им испытывать сексуальное удовольствие и удовлетворение. Две пары могут испытывать одну и ту же сексуальную проблему, при этом у одной может развиваться диагностируемая СД, потому что один или оба партнера воспринимают сексуальную проблему негативно, в то время как другая воспринимает проблему как терпимую неприятность и сосредотачивается на положительных аспектах своих сексуальных отношений.

Удовлетворенные пары имеют реалистичные сексуальные сценарии

На сексуальное удовлетворение больше влияет “значение”, чем сексуальная функция. Многие пары, которые переживают слабое половое влечение, ЭД, ПЭ, оргазмическую дисфункцию или боль во время полового акта, могут поддерживать сексуальное удовлетворение. Субъективное качество половой жизни пары определяется не столько сексуальной реакцией, сколько мыслями и связанными с ними эмоциями. Ключевой когницией, которую модель КПТСД применяет для понимания сексуальной реакции и удовлетворения, является концепция *сценария*. Это когнитивная схема, включающая в себя основные представления человека о характеристиках людей и событий в мире, в том числе последовательности событий, происходящих в определенных типах ситуаций [76; 90]. Начиная с раннего детства, люди

развивают определенные схемы, основанные на усвоении информации из опыта общения с членами семьи, а также через послания средств массовой информации. Некоторые подобные схемы определяют характеристики, связанные с конкретной ролью (например, характеристики любящего партнера), тогда как другие создают такие сценарии, как возбуждающее сексуальное взаимодействие. Эти схемы становятся паттернами, которые человек применяет для понимания и оценки текущего опыта.

Эпштейн и Бауком [90] проводят различие между предположением, присущей человеку схемой о характеристиках или последовательностях событий и стандартом, как именно все должно происходить. Например, клиент может придерживаться предположения, что человек, которого физически привлекает партнер, автоматически испытывает сексуальное возбуждение, прикасаясь к нему. Этот сценарий включает в себя и предположение о том, как естественным образом возникают сексуальные реакции. При этом клиент может придерживаться стандарта, согласно которому любимый человек должен ежедневно демонстрировать один и тот же уровень заботы, спрашивая о мыслях и чувствах. Предположения и стандарты человека превращаются в проблему, когда становятся жесткими и неточными или включают нереалистичные взгляды на людей и отношения, что заставляет человека переживать дистресс, если в реальной жизни все происходит не так, как хотелось бы.

Концепция сценария привлекла значительное внимание сексопатологов [277; 312] и терапевтов, работающих с парами [76; 90]. Эти клиницисты оценивают взгляды партнеров на интимные отношения и сексуальные модели и воздействуют на них. Сексуальный сценарий включает в себя мысли и визуальные образы о сексуальном взаимодействии — о том, что человек предпочел бы, и что, как он предсказывает, может произойти. Уикс [310] подчеркивает влияние семейного опыта, особенно с ключевыми фигурами привязанности, на сексуальный сценарий человека. Люди с ненадежным стилем привязанности хотят интимных сексуальных отношений, но ожидают отказа. Другие сексуальные сценарии включают в себя перфекционизм, когда человек воображает, что занимается интенсивным сексом, как это показано в фильмах с рейтингом R, — стандарт, которого очень трудно достичь.

Вторая проблема, связанная со стандартами, заключается в том, что у партнеров разные концепции, как “должно быть”. Они сражаются за то, чей стандарт должен превалировать, и каждый человек уверен, что знает “правильный” путь. Решение должно быть аутентичным для каждого

партнера — тогда результат будет выигрышным для всех. Когда пара способна преодолеть разногласия — процесс, описываемый как “наведение мостов” (движение навстречу, создание связи), — каждый чувствует, что его понимают, уважают и ценят, и он открыт для принятия и изменений.

При работе с СД терапевтам легко пойти на поводу у нереалистичных сексуальных сценариев пары. Примеры включают в себя постановку цели, чтобы женщина испытывала оргазм во время полового акта каждый раз, или цели для мужчины с ЭД вернуться к на 100% предсказуемой сексуальной активности. Необоснованные ожидания уже настроили пару на неудачу. КПТСД придерживается точки зрения, согласно которой именно сексуальное здоровье и удовлетворение отношениями являются конечными целями, а не какими-либо конкретными сексуальными стандартами [210].

Интеграция основанных на фактах знаний и основанной на качестве практики

В этой книге мы опираемся на подтвержденные опытным путем клинические данные, чтобы понять СД и описать интегративное лечение, которое продвигает лучшие терапевтические практики. Мы исследуем науку и терапевтическое искусство секстерапии. Наш подход КПТСД делает упор на удобство решения сексуальных проблем и предоставляет примеры из практики, психообразовательные материалы, домашние задания и коучинг. Целью является улучшение сексуальной функции, а также повышение индивидуальной самооценки и удовлетворенности отношениями. Самым сложным компонентом КПТСД является не обучение психосексуальным навыкам, а интервенции, вносящие изменения в отношения пары, которые они будут испытывать как удовлетворение. Мы предлагаем когнитивную/поведенческую/эмоциональную/интерактивную модель, чтобы обеспечить практикующего специалиста ясностью в планировании лечения. Затем терапевт может с уверенностью приступить к помощи парам в повышении их сексуального удовольствия и удовлетворения.

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — это теоретическая модель и система психотерапии, подчеркивающая взаимосвязь между когнициями, поведением и эмоциями в психологическом и межличностном функционировании людей. Все три домена способствуют улучшению

индивидуального функционирования, а также качеству межличностных отношений. Поскольку все три области взаимно влияют друг на друга, изменение одного из этих компонентов приводит к изменению других. Изменение когниций и поведения может привести к изменениям в эмоциях, хотя прямое вмешательство в эмоции также может быть эффективным. Изменения в когнициях могут привести к изменению поведения, и наоборот.

Первоначально КПТ была разработана для лечения индивидуальной психопатологии и применялась для терапии широкого спектра расстройств, таких как депрессия, тревога, расстройства пищевого поведения и расстройства личности. Этот метод уходит корнями в бихевиоризм 1950-х годов, интегрированный с моделями когнитивной терапии Бека [33] и Эллиса [85], а также с подходами, ориентированными на эмоции [121]. Компоненты майндфулнесс [54] были добавлены к традиционной КПТ позднее.

Начиная с конца 1970-х годов, когнитивно-поведенческая терапия все чаще применялась для решения проблем взаимоотношений путем интеграции ее концепций и методов с компонентами теории парных и семейных систем. Ранние версии КПТ для пар [148; 301] фокусировались на связи между удовлетворенностью отношениями и степенью позитивного и негативного поведения, присутствующего в парах. В дополнение к стратегиям увеличения соотношения позитивных и негативных действий (например, поведенческих соглашений) терапевты обучали пары навыкам общения и решения проблем. Эти поведенческие аспекты КПТ остаются важными для изменения негативных взаимодействий в паре, в том числе связанных с СД. Терапевты также выявляют когниции, препятствующие изменению поведения, и воздействуют на них (например, стандарт, согласно которому не следует требовать от партнера вести себя желаемым образом), а также эмоции, влияющие на поведение (например, гнев, который приводит клиента к игнорированию попыток партнера вести себя позитивно) [29].

Усовершенствованная модель когнитивно-поведенческой терапии Эпштейна и Баукома для пар [30; 90] рассматривает различные взаимодействия между когнициями, поведением и эмоциями в близких отношениях, а также контекстуальные влияния жизненных стрессоров в контексте индивидуальных характеристик клиента, парных диадных различий и условий внешней среды, таких как нагрузка на работе. В поведенческой области этот метод предлагает интервенции, чтобы сместить негативные взаимодействия проблемных пар в сторону конструктивных и удовлетворяющих

паттернов. Когнитивные интервенции касаются избирательного восприятия событий партнерами, критически воспринимаемых причин проблем в отношениях, негативных ожиданий грядущих событий, а также неуместных и нереалистичных схем (предположений и стандартов). Интервенции, направленные на эмоции, сосредоточены на усилении опыта и выражения, когда чувства подавляются, или на регулировании изменчивых эмоциональных реакций. Джейкобсон и Кристенсен [147] применили другой подход к расширению масштабов когнитивно-поведенческой терапии для пар. Они разработали модель, уравнивающую реалистичные и уместные изменения в поведенческих взаимодействиях пар через традиционное общение и обучение навыкам решения проблем с помощью методов, повышающих принятие партнерами друг друга и их аспектов в отношениях, которые вряд ли изменятся.

Принципы и методы КПТ применялись для понимания и лечения СД. Признавая роль ожидания неудачи, Барлоу [24] использовал стратегии когнитивно-поведенческой терапии к СД, сосредоточив внимание на отвлечении от негативных мыслей. Работа над сексуальными сценариями представляет собой еще одно приложение когнитивных аспектов КПТ к СД. Эпштейн и Бауком [90] предоставили подробные рекомендации по выявлению и изменению проблемных когниций, связанных с СД. Принципы когнитивно-поведенческой терапии стали компонентом таких традиционных методов лечения СД, как фокус на чувственность, что изменяет поведенческие взаимодействия пар, улучшает общение партнеров в сексе и уменьшает тревогу за счет снижения опасности и давления, которые люди ощущают при прикосновении друг к другу. Подходы КПТ к эмоциональным аспектам СД включают другие интервенции, непосредственно ослабляющие или усиливающие эмоциональные реакции. Когда клиенты не осознают эмоций, влияющих на сексуальность, или испытывают затруднения при выражении этих чувств, методы когнитивно-поведенческой терапии, фокусирующиеся на эмоциональных сигналах (например, упражнения майндфулнесс), могут усилить положительные эмоции. Практики дыхания и прогрессивной мышечной релаксации могут уменьшить беспокойство, связанное с сексуальной активностью.

Интегративность КПТСД включает когнитивные, поведенческие, эмоциональные, физиологические и межличностные факторы. Комплексные методы данной терапии также подразумевают систематическую десенсибилизацию *in vivo*, заполнение дневника мыслей, чувств и поведения, упражнения по развитию психосексуальных навыков, проверку когниций

реальностью, сексуальную репетицию, визуализацию, обучение релаксации, приемы позитивной психологии и формирование смысла. Сложность СД особенно велика и привлекательна для включения стратегий КПТСД. Терапевт имеет широкие возможности для творчества, чтобы улучшить не только состояние клиента, но и общее качество жизни пары (табл. 1.3).

Таблица 1.3. Характеристики КПТСД

-
- Акцент на когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектах в отношениях.
 - Терапевтический процесс структурирован и относительно ограничен по времени.
 - Терапевт сотрудничает с клиентами, чтобы установить четкие, измеримые цели.
 - Терапевт умеренно директивен, используя психообразовательный подход.
 - Терапевт обучает клиентов новым навыкам (например, общению, решению проблем, когнитивным навыкам, реструктуризации, регуляции эмоций).
 - Парам назначают упражнения на психосексуальные навыки, чтобы практиковать их дома.
-

В дополнение к сексуальной дисфункции КПТСД решает такие проблемы, как сексуальные травмы, атипичное сексуальное поведение и стрессы, связанные с сексуальной ориентацией. К сожалению, фокус в области лечения СД сместился в большей степени на индивидуумов, испытывающих сексуальные трудности, уходя все далее от супружеских отношений, особенно этому способствовал выпуск специальных препаратов и других биомедицинских методов лечения [318]. Хотя это создает впечатление, что СД можно вылечить простым способом, клинический опыт и исследования подтверждают важность комплексного, интегративного подхода. Эффективное лечение включает медицинские, психологические компоненты и аспекты взаимоотношений. В этой книге описывается именно такой метод.

Современная секстерапия: когнитивные, поведенческие, эмоциональные и реляционные особенности

КПТСД включает компоненты, которые касаются когнитивных, поведенческих, эмоциональных и реляционных факторов, способствующих сплоченности, сотрудничеству и близости пары [90]. Примеры *когнитивных* аспектов — это позитивное отношение к сексу, приверженность сексуальному здоровью и личная ответственность за развивающийся

(пожизненный) сексуальный рост. *Эмоциональные особенности* — переживание, принятие и конструктивное выражение своих искренних чувств в отношении секса и своего тела. В *поведении* пары культивируется сотрудничество, чтобы обосновать свое сексуальное удовольствие физическим расслаблением. Партнеры учатся самовозбуждению и возбуждению через отыгрывание ролей в дополнение к возбуждению от взаимодействия с партнером. Пара сотрудничает как “интимная сексуальная команда”, отдающая приоритет эмоциональному сопереживанию, прощающая друг другу предыдущие разочарования и рассматривающая сексуальность как возможность для близости и объединения.

В КПТСД мужчины и женщины развивают когнитивные, поведенческие и эмоциональные навыки, способствующие сексуальному здоровью. Терапевт использует клинические “инструменты”, чтобы помочь парам улучшить этот аспект, интегрировать сексуальные навыки и выбрать ориентир для сексуального роста [227]. Независимо от того, использует клиницист традиционные методы секстерапии (например, фокус на чувственность) или творчески разрабатывает индивидуальные и парные упражнения на психосексуальные навыки, важно применять аффирмации и интервенции принятия для индивидуумов и пар.

Процесс КПТСД

Некоторые модели секстерапии сосредоточиваются на функции и значении сексуальности косвенно через процесс индивидуации, который подчеркивает личную сексуальную ответственность, а не необходимость подтверждения со стороны другого человека [286]. Основная стратегия КПТСД заключается в том, чтобы способствовать изменению отношения, поведения и эмоций, используя упражнения на психосексуальные навыки в качестве домашнего задания [198]. Ключевая клиническая роль заключается в объяснении, обработке, создании, уточнении и индивидуализации упражнений на психосексуальные навыки. Цель состоит в том, чтобы изменить отношения и сексуальное удовлетворение за счет улучшения общения с партнером, ослабления сексуальной тревожности, развития реалистичных представлений о сексуальных и реляционных когнициях и обретения нужных психосексуальных навыков.

КПТСД обычно начинается с процесса оценки, длящегося 4 сеанса, за этим следуют 10–20 сеансов совместной терапии, включая 2 сеанса по профилактике рецидивов. В КПТСД интегрированы конкретные стратегии и

упражнения на развитие психосексуальных навыков для каждого типа СД. Терапия обеспечивает гибкость и творческий подход, поэтому лечение индивидуализируется.

Домашние задания обеспечивают непрерывный процесс выявления напряженности и беспокойства, запретов и блоков, а также дефицита в отношениях и психосексуальных навыков. Они также дают клиницисту возможность проводить текущую микрооценку комфорта партнера, отношений, сотрудничества и эмоций, которые определяют состав последующих интервенций. Обсуждаются препятствия для сексуальной функции и разрабатываются стратегии, способствующие сотрудничеству и преодолению мыслей и поведения, блокирующих ее.

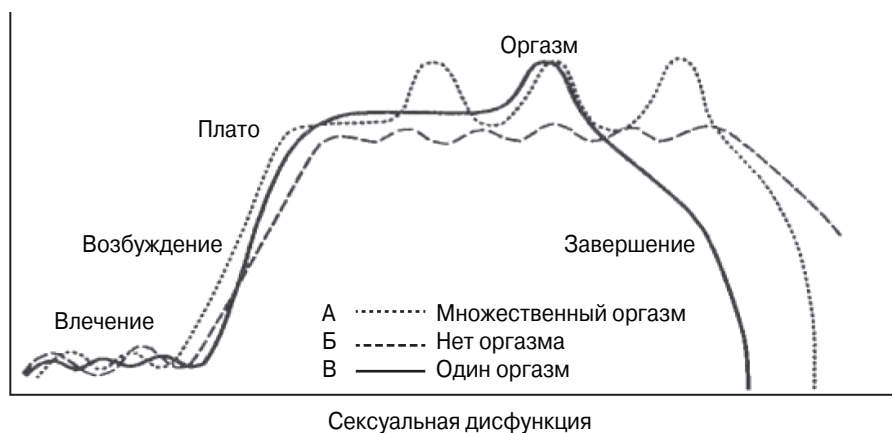
Некоторые пары стабильно прогрессируют, в то время как другим требуется продолжительная терапия [137]. Улучшение состояния пары происходит легче, когда речь идет о пожизненной специфической СД, вызванной сексуальной тревогой и дефицитом сексуальных навыков, а также когда пара поддерживает сотрудничество, мотивирована на повышение сексуального удовлетворения, и у партнерши присутствует женская СД. Сложнее лечить пары с хроническим и неразрешенным конфликтом в отношениях, приобретенной мужской СД (особенно слабым сексуальным влечением), привычкой избегать прикосновений и ограниченным подходом к сексуальным возможностям “зачет-незачет” (например, половой акт, заканчивающийся оргазмом) [204]. В табл. 1.4 представлены основные мероприятия КПТСД.

Таблица 1.4. Ключевые интервенции КПТСД

-
- Психообразование для формирования реалистичных сексуальных ожиданий и функционирования.
 - Обучение навыкам общения (выражать и слушать).
 - Обучение навыкам решения проблем.
 - Замена отталкивающих взаимодействий поддерживающими и уважительными.
 - Повышение осознанности и выражение подавленных эмоций.
 - Обучение навыкам регулирования эмоций.
 - Обучение партнеров оценке приемлемости и уместности их мыслей и сексуальных взаимодействий.
-

Классический цикл сексуальной реакции человека

Секстерапия должна основываться на модели сексуальной реакции и функции человека. Традиционно СД классифицируют на основе модели физиологической реакции, разработанной Мастерсом и Джонсон [190]. Они разделили цикл сексуальной реакции на стадии возбуждения, плато, оргазма и завершения. Каплан [150] расширила эту модель, включив в нее сексуальное влечение (рис. 1.1).



Фаза влечения

- гипоактивное сексуальное влечение
- сексуальное отвращение

Фаза возбуждения

- мужское и женское расстройство сексуального возбуждения
- диспареуния
- вагинизм
- парафилия

Фаза оргазма

- женская оргазмическая дисфункция
- мужская оргазмическая дисфункция
- преждевременная эякуляция

Рис. 1.1. Комплексный цикл сексуальной реакции

Циклы сексуальной реакции в реальности различаются у отдельных людей и пар. Один раз женщина может последовательно следовать через возбуждение, плато и иметь множественные оргазмы. В другой раз она может достичь плато, но не испытать оргазма. При отсутствии мышечных сокращений застой длится дольше, а завершение наступает медленнее. В третий раз та же женщина может быстро пройти через возбуждение, плато и оргазм. При лечении СД важно помнить, что оргазм не является главной целью, хотя многие клиенты из-за приобретенных убеждений считают, что необходимо сосредоточиться только на этом результате. Кроме того, страх возможного провала мешает процессу сексуальной реакции как у женщин, так и у мужчин.

Есть аналогичные кривые для мужского цикла сексуальной реакции. Кривая А — это мужчина, переживающий возбуждение, плато, оргазм и

фазу завершения. Длительность последней фазы увеличивается с возрастом. Кривая Б — это мужчина, проходящий все фазы без оргазма. Вопреки мифу о “синих шарах” (сленговое название эпидидимальной гипертензии или сосудистой гиперемии в яичках. — *Примеч. ред.*) терапевтам и клиентам важно знать, что женщины не обязаны “обслуживать” мужчин, чтобы избежать физиологических проблем. Застой сохранится до тех пор, пока кровообращение не вернется в состояние покоя, и это состояние проходит естественным образом. Кривая В — это мужчина, быстро проходящий все четыре стадии. Мужчины, которые пытаются следовать кривой А, все время испытывают тревогу из-за ожидания провала. По мере увеличения беспокойства удовольствие и спонтанность уменьшаются, как и удовлетворение.

Существует интересная физиологическая разница в мозге мужчин и женщин после оргазма. У мужчин наблюдаются неврологические выделения из гиппокампа, вызывающие сонливость. У женщин этого не происходит, и после оргазма они могут чувствовать себя энергичными. Следовательно, в гетеросексуальных парах важно поощрять мужчин продолжать контакт с партнершей после оргазма, чтобы оба могли наслаждаться объятиями и негенитальными прикосновениями перед тем, как заснуть.

Влечение

Влечение является основным компонентом здоровой сексуальности. Эта фаза включает в себя сексуальное ожидание, фантазии и стремление к объекту, а также чувство того, что секс будет полезен для человека и отношений. Влечению способствуют позитивное ожидание, ощущение заслуженности, свобода, выбор и непредсказуемость. Страх, стыд, принуждение и страх провала обычно подавляют его. Кроме того, сексуальная компульсивность или сексуализация эмоций приводят к саморазрушающему гиперактивному сексуальному влечению [22].

Возбуждение

Во время фазы возбуждения в дополнение к субъективному ощущению удовольствия и “взведенности” мужчина переживает эрекцию, несколько капель “предэякулята” выделяются из головки полового члена. Женщина ощущает повышенный приток крови к гениталиям, выделяется вагинальная смазка, происходит набухание груди и вагинальная адаптация, повышающие восприимчивость к половому акту.

Плато

В данной фазе возбуждение остается на уровне от умеренного до высокого. Тело женщины становится “наполненным” (насыщается наслаждением). Нормально, если эрекция мужчины ослабевает, “делает перерыв”. Не понимая, что это нормально, мужчина может запаниковать, сделав вывод, что у него пропало возбуждение и его эрекция уже не вернется. Паника сильно отвлекает, нарушая фазу плато, а тревога затрудняет восстановление возбуждения. При расслаблении и обретении доверия к своему телу все, что требуется мужчине, — это нежное прикосновение к пенису, и эрекция легко вернется после этого “перерыва”. Это нормальный процесс. То же самое касается и женского процесса возбуждения и выделения смазки.

Оргазм

Пик сексуального удовольствия приходится на фазу оргазма, сопровождающуюся ритмичными сокращениями мышц таза и снятием сексуального напряжения. Для мужчины ощущение неизбежности эякуляции, начало оргазмического опыта предшествует сокращениям, которые непосредственно приводят к эякуляции. Оргазм аналогичен женскому, но более изменчив, гибок, сложен и индивидуален. Женщина может не испытать оргазма вообще, испытывать единичный или множественный оргазм, что может происходить также в фазе завершения (или удовлетворения), во время полового акта или во время ласк после секса. Мужчины обычно испытывают один оргазм.

Удовлетворение

Во время фазы завершения тело постепенно возвращается в невозбужденное состояние. И мужчина, и женщина испытывают приятные ощущения и сексуальное удовлетворение. Это может быть временем создания или поддержания особой эмоциональной и интимной связи.

Новая вдохновляющая модель женской сексуальности: ответное сексуальное влечение

Классический цикл физиологических реакций характерен для мужчин и молодых пар. Модель Бассона “ответного женского сексуального влечения” предлагает более сбалансированную биопсихосоциальную перспективу [26]. Мужское сексуальное влечение более физиологично

и “процептивно” (определяет, инициирует), тогда как женское более “восприимчиво” и подпитывается близостью и удовольствием. Формулировка ответного сексуального влечения/возбуждения особенно актуальна для женщин. С возрастом, особенно после 50 лет, модель ответного сексуального влечения становится актуальной для мужчин и пар также. Модель ответного сексуального влечения — это то, что побуждает пары среднего и старшего возраста ценить сексуальность.

Мужчины и женщины следуют аналогичной физиологической последовательности возбуждения, хотя психологические факторы и факторы отношений различаются [101]. Бэссон [27] обнаружила, что в длительных отношениях сексуальное влечение женщины становится более интегрированным в ее психологическую систему. На начальном этапе новых отношений романтическая любовь/страстный секс/идеализация делают сексуальное влечение и ответную реакцию легкими. В постоянных отношениях (от 6 месяцев до 2 лет) это должно быть заменено зрелым паттерном сексуального влечения/функции.

В этой модели влечения и сексуальной реакции [27; 28] женщины имеют более низкую биологическую потребность в снятии сексуального напряжения. Оргазм не обязателен для удовлетворения и не должен происходить при каждом акте. Женское сексуальное влечение является *ответным*, а не спонтанным явлением, на которое влияет субъективное психологическое возбуждение. В то время как сексуальное влечение молодого человека может подпитываться физическим желанием, влечение женщины обычно развивается на основе ее восприимчивости к чувственным и/или игривым прикосновениям. Они в свою очередь вызывают сексуальное влечение и приводят к удовольствию, генитальной стимуляции, возбуждению и оргазму. Сексуальное влечение развивается *после* первого чувственного контакта.

Женская сексуальная реакция часто начинается с сексуального нейтралитета, с ощущения *возможности* почувствовать себя сексуальной, восприятия влечения партнера или осознания *потенциальных преимуществ*, которые важны для нее и их отношений (эмоциональная близость, привязанность, любовь, исцеление, принятие, приверженность). Так она предпочитает искать чувственный контакт и удовольствие. Женщина осознает тягу продолжить уже именно *сексуальный* опыт и испытывает повышенное возбуждение. Это приносит чувство физического благополучия с дополнительными преимуществами, такими как эмоциональная близость, любовь, привязанность, желанность и принятие. Эта модель признает, что сексуальное влечение у мужчин может быть более биологически обусловленным,

тогда как у женщин оно более психологическое и связано с отношениями. Слишком часто мужчина ошибочно полагает, что мастерство в сексе важнее эмоциональной близости. На самом деле партнерша, скорее всего, высоко ценит личное внимание, его присутствие, прикосновения и совместное удовольствие. Важно отметить, что с возрастом все больше мужчин испытывают ответное сексуальное влечение. Кроме того, есть женщины, которые редко переживают его. Паттерны сексуального влечения в целом изменчивы, гибки и индивидуальны (рис. 1.2).

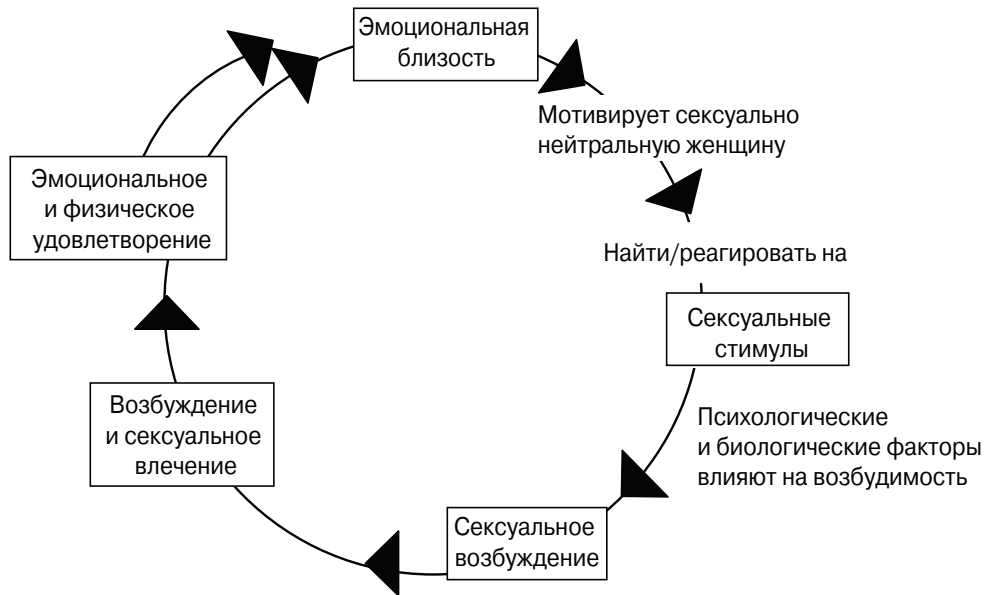


Рис. 1.2. Модель женского сексуального влечения/возбуждения Бэссон
 Источник: Розмари Бэссон [26]. Воспроизводится с разрешения издателя

Важность понимания моделей сексуальной функции и дисфункции

Модель сексуального здоровья и дисфункции, которую используют клиницисты, важна, потому что такие руководства определяют предположения терапевта об отношениях, сексуальном здоровье и СД. Модель определяет клинические формулировки, цели лечения и терапевтические интервенции. В нее заложены фундаментальные клинические ценности, включая то, ценит клиент секс или относится к нему негативно, акцент на отдельном человеке или паре, а также цели лечения: облегчение дистресса или укрепление здоровых отношений. КПТСД сочетает эти аспекты с позитивным подходом к сексу, обращаясь как к индивидуальным, так и к

парным компонентам функционирования, а также к тому, удовлетворены ли партнеры своими отношениями. Использование всеобъемлющей модели помогает предотвратить постановку ошибочного диагноза и ограждает практика от приверженности культурным предубеждениям и стереотипам. Подход КПТСД применяется в рамках более широкой интегративной биопсихосоциальной модели. Поскольку клиницисты склонны видеть то, что ожидают увидеть [124], важно основывать терапевтические усилия на комплексной модели, которая определяет оценку и лечение.

КПТСД в рамках интегративной модели

Понимание КПТСД в более широком контексте биопсихосоциальной модели дает терапевту широкую схему для всестороннего понимания пяти основных областей сексуального здоровья и удовлетворения. Эти домены изображены на рис. 1.3.

Сексуальное здоровье и удовлетворение Особенности биопсихосоциальной интегративной модели



Рис. 1.3. Интегративная биопсихосоциальная модель

Источник: Мец и Маккарти [228]

1. Первая область включает *стадии развития* и соответствующие черты сексуальности. Особенность развития подчеркивает, что сексуальное здоровье — это процесс, происходящий на протяжении всей жизни, включающий соответствующее возрасту обучение, рост, открытия и интеграцию. Каждый этап жизни требует, чтобы отдельные люди и пары адаптировались к физическим и психологическим изме-

нениям, которые обычно вызывают трудности. Например, сложности с сексуальным влечением различаются по значению для 20-, 40- и стареющего 60-летнего человека.

2. Макки и коллеги [212] определили характеристики, важные для здорового полового развития: свобода не делать то, что неприемлемо, понимание принципа согласия, обучение биологическим и физиологическим аспектам секса, развитие навыков взаимоотношений, личная ответственность, обучение на протяжении всей жизни, гибкость, открытое общение, сексуальность, которая не является агрессивной, принудительной или безрадостной. Также это принятие себя, занятие сексом, доставляющим удовольствие, понимание личных и общепринятых ценностей, осознание частных границ и общественных норм, достижение сексуальной самодостаточности.
3. *Биологическая* область включает в себя тело и физиологические функции: сосудистую, неврологическую, гормональную системы и здоровые привычки. Поскольку тело является основой сексуального здоровья, остается важной половая физиология и сексуальная функция. Положительное, реалистичное ожидание в отношении сексуальной функции является важнейшим компонентом удовлетворения как личного, так и общего. Без разумных ожиданий клиенты подвержены беспокойству, поддаются обману рекламы и медиа и слишком переживают из-за страха неудачи.
4. *Психологическая* область включает в себя когниции, поведение и эмоции. Когнитивные, поведенческие и эмоциональные реакции пары влияют на их подход к сексуальной близости. Индивидуальные когниции могут значительно снизить качество их сексуального опыта и повредить отношениям. Например, люди обычно отрицательно относятся к причинам СД, например делая вывод, что ЭД у мужчины возникает из-за потери интереса к партнерше, хотя это не так. И если мужчина испытал то, что может оказаться временной ЭД, у него может развиться негативное ожидание того, что в следующий раз, когда он попытается вступить в половой акт, это повторится. Это вызывает ожидание провала и превращается в самоисполняющееся пророчество. Нереалистичные стандарты сексуальной реакции также нивелируют сексуальное удовлетворение и радость в отношениях. Эффект наблюдателя, при котором человек сознательно контролирует и оценивает свою реакцию словно со стороны, является обычным фактором СД.

5. Другими психологическими факторами, влияющими на СД, являются тревога и депрессия. Общие симптомы депрессии (например, плохая мотивация, усталость, самокритика, безнадежность) снижают сексуальную активность. В дополнение к специфической сексуальной тревоге такие состояния, как генерализованное тревожное и обсессивно-компульсивное расстройство, мешают проявлению сексуальности, близости и удовлетворению.
6. Область *отношений* представляет собой смесь когний, эмоций и поведенческих компонентов партнеров. Общая идентичность отношений, а также предположения и стандарты сексуальных контактов влияют на их сексуальное поведение. Кроме того, их отношение к *сотрудничеству* и *взаимодействию* влияет на способность эффективно справляться с проблемами, связанными с сексом. Сфера отношений также касается моделей поведения пары, в том числе навыков и стилей преодоления проблем. Например, если один партнер требует, а другой отстраняется или оба избегают трудностей, это подрывает решение проблем и достижение эмоциональной близости [222]. Подход КПТСД направлен на то, чтобы избежать “борьбы за власть” и вместо этого выстроить партнерское сотрудничество, повлиять на отрицательные эмоции и заменить их положительными и теплыми (табл. 1.5).
7. Область *психосексуальных навыков* включает когнитивные, поведенческие и эмоциональные способы занятия любовью. Они охватывают три основных стиля сексуального возбуждения, навыки получения удовольствия, эротические сценарии и сценарии полового акта, а также вариативные сексуальные техники. Подход КПТСД представляет множество практических психообразовательных и поведенческих навыков для улучшения сексуального здоровья пары.

Таблица 1.5. Когнитивно-поведенческие-эмоциональные аспекты отношений

“Идентичность” пары — совокупность партнерских когний: предположений, стандартов, представлений, определений, ожиданий.

“Сотрудничество” пары — поведенческая солидарность партнеров, модели взаимодействия, работа в команде: конструктивное взаимодействие или обвинение и избегание.

“Эмоциональная сплоченность” пары — эмоциональное принятие, сострадание, эмпатия, близость и эмоциональная солидарность.

Понимание СД через расширенный когнитивно-поведенческий и эмоциональный подход

Когнитивно-поведенческая и эмоциональная (КПЭ) модель основана на усовершенствованном подходе Эпштейна и Баукома [90] к КПТ для пар. Она дает важные элементы для понимания когнитивных функций, поведенческих дефицитов и эксцессов, а также эмоциональных факторов, связанных с опытом СД. Модель КПЭ признает, что когнитивные, поведенческие и эмоциональные компоненты постоянно взаимодействуют как у отдельного человека, так и между партнерами. Эти факторы влияют друг на друга: мысли — на эмоции и поведение; эмоции — на поведение и мысли; поведение — на мысли и эмоции (рис. 1.4).



Рис. 1.4. Расширенные психологические измерения: модель КПЭ

Когниции

Эпштейн и Бауком описывают пять типов когниций, влияющих на сексуальность: предположения, стандарты, избирательное восприятие, определения и ожидания. Эти когниции могут быть полезными или вредными в зависимости от их влияния на эмоции и поведение. Они определяют то,

как человек думает о себе, своих отношениях и сексе. Партнерам крайне важно адекватно, позитивно и разумно думать о сексе. В противном случае, например, клиент, который устанавливает необоснованные стандарты сексуальной активности, скорее всего, будет чувствовать разочарование и подвергаться большому риску развития СД.

Поведение

Действия могут быть конструктивными или деструктивными в зависимости от их влияния на сексуальность человека и пары. Конструктивное поведение включает открытое общение, сотрудничество, легкость и уступчивость. Деструктивное — требовательность, физическую и психологическую агрессию, избегание и отказ от ответственности. Поведение в отношении секса — это выбор, который определяется мыслями и эмоциями, хотя временами поведенческие реакции могут казаться незамедлительными и импульсивными. Эпштейн и Бауком проводят различие между коммуникативным поведением (предназначенным для передачи информации и поиска решений проблем) и действиями, которые выполняют функцию решения задачи или выражения заботы. Пары в дистрессе обычно усиливают обмен аверсивным поведением и не предпринимают действий для устранения страдания, связанного с таким негативом [116; 117]. Полезные навыки для выражения мыслей и эмоций, а также для эмпатического слушания являются основными компонентами когнитивно-поведенческой терапии для пар, страдающих от СД.

Эмоции

Переживание эмоций основано на сочетании физиологического возбуждения и индивидуальной когнитивной оценки значения физических ощущений. Индивидуальные определения обозначают симптомы как определенную форму положительных или отрицательных эмоций (например, страх, печаль, одиночество, гнев, разочарование, вина, утешение, счастье, волнение). Эмоциональные состояния предоставляют человеку важную информацию о его жизненном опыте и действуют как “мотиваторы”, побуждающие, наказывающие или вознаграждающие действия. Эмоции влияют на мысли (например, человек чувствует грусть в присутствии партнерши и думает: “Я ее больше не люблю”) и поведение (например, грустный человек отдаляется от партнера). Эмоции, связанные с сексуальностью и собственным телом (например, возбуждение в сравнении со стыдом или ожиданием провала) [95] являются важными аспектами КПТСД.

Пять видов когниций, связанных с отношениями

Эпштейн и Бауком [29; 30; 90] разделили когниции, влияющие на качество отношений, на пять основных типов. Сексуально удовлетворенные пары придерживаются разумных, конструктивных и совместных когниций, в то время как пары, испытывающие стресс, имеют разрушающие схемы мышления. В табл. 1.6 описаны эти пять типов.

Таблица 1.6. Виды когниций, связанных с отношениями

-
- **Предположения** → какими, по мнению каждого, являются люди и отношения.
 - **Стандарты** → какими, по мнению каждого, должны быть люди и отношения.
 - **Избирательное (перцептивное) внимание** → что каждый замечает в партнере, отношениях и эмоциональном состоянии, уровне усталости, предыдущем опыте в подобных ситуациях.
 - **Фильтрация, “выборочная абстракция” [33], “негативное отслеживание” [148] или “подчинение настроению” [313]** → избирательное внимание, о котором партнеры не подозревают.
 - **Определения** → случайные и осознанные выводы или объяснения событий в отношениях; служат для улучшения понимания человека и контроля над сложными поворотами в отношениях.
 - **Ожидания** → предсказания того, что произойдет в будущем; результат или эффективность.
-

Источник: Эпштейн и Бауком [90]. Воспроизводится с разрешения авторов.

Субъективное значение опыта определяется стандартами, предположениями, избирательным восприятием, определениями и ожиданиями каждого человека. Партнеры придерживаются стандартов в вопросе желательных качеств секса и отношений, предположений о здоровом и нездоровом поведении, используют фильтры восприятия, чтобы замечать одни события, которые происходят, и не замечают другие (под влиянием пола, социальных ролей и предыдущего опыта), подбирают определения относительно причин положительного и негативного опыта в своих отношениях и делают прогнозы будущих действиях друг друга, а также о своей способности изменить что-то. Мы подробно описываем, как клиницисты могут оценивать вредные когниции, которые являются нереалистичными (например, “У нас всегда должен быть идеальный секс”) или неадекватно негативными (“Я как любовник полный ноль”).

Вредные когниции при работе с СД

Клиенты различаются по степени, в которой они сосредотачиваются на когнициях, эмоциях и поведенческих аспектах СД. Один партнер может сосредоточиться на эмоциональном дистрессе, другой — на конкретном сексуальном поведении или ожиданиях будущей сексуальной реакции. Всестороннее понимание опыта пары с СД требует оценки всех трех областей.

Сексологи говорят: самый важный “сексуальный орган” находится между ушами — это мозг и мыслительные процессы. Эмоциональные и поведенческие реакции могут быть автоматическими, быстро возникающими без сознательного планирования. Когниции играют важную роль в сексуальном опыте клиентов. Вот почему мы делаем упор на точные и разумные когниции в КПТСД. Если у клиента есть стандарт, согласно которому секс всегда должен быть идеальным (т.е. таким, каким его изображают в кино), и он не осознает нормальную изменчивость сексуальности пары, это делает его цели недостижимыми. Когда секс в реальной жизни не соответствует стандарту, человек разочаровывается и может отрицательно отнестись к причине: “Наша сексуальная жизнь плоха, поэтому мы потеряли химию”, “Наши отношения испорчены”. Мужчина может придерживаться предположения, что “нормальный мужчина всегда имеет автоматическую эрекцию”. Когда возникают обычные проблемы с эрекцией, он неверно определяет причину: “Я не справляюсь, потому что потерял мужественность. Я потерпел неудачу как любовник”. У него может быть негативное ожидание: “Моя партнерша потеряет ко мне сексуальный интерес и уйдет к другому мужчине”.

Люди принимают эти негативные мысли как самоочевидные “истины”, подкрепляемые шумихой в СМИ о сексе. Принцип “достаточно хорошего секса” помогает паре бросить вызов неуместным и нереалистичным представлениям [226]. В то время как мы учим клиентов использовать навыки конструктивного сексуального поведения и сдерживать тревожные эмоциональные реакции, мы постоянно вмешиваемся в то, как они думают о сексе, его роли в их жизни и отношениях. Смысл лежит в основе отношений и сексуального удовлетворения.