

Лыбко И.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

УМК

1-23 01 04 Психология

2025

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
КУРС ЛЕКЦИЙ.....	9
1. Предмет сексологии. Место сексологии в системе научного знания	9
2. Роль и место сексуальности в жизни человека	12
3. Психосексуальное развитие и полоролевое поведение.....	17
4. Сексуальное воспитание	18
5. Сексуальные дисфункции.....	19
6. Деструктивная сексуальность	21
7. Гендерная и сексуальная идентичность	24
8. Консультирование индивидуальное и супружеской пары при сексуальных проблемах	29
ПЛАНЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ.....	35
Занятие 1. Предмет сексологии. Место сексологии в системе научного знания	35
Занятие 2. Роль и место сексуальности в жизни человека	36
Занятие 3. Психосексуальное развитие и полоролевое поведение	36
Занятие 4. Сексуальное воспитание.....	38
Занятие 5. Сексуальные дисфункции	38
Занятие 6. Деструктивная сексуальность	39
Занятие 7. Гендерная и сексуальная идентичность. Гетеро-, гомо-, бисексуальность.	41
Занятие 8. Консультирование индивидуальное и супружеской пары при сексуальных проблемах.....	43
ПРИЛОЖЕНИЯ	46
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	47
ПРИЛОЖЕНИЕ В	48
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ	ЛИТЕРАТУРЫ..... 50

ВВЕДЕНИЕ

Данный учебно-методический комплекс предназначен для студентов, проходящих подготовку по специальности «Психология». Учебная направленность комплекса – формирование у студентов представлений о процессе и особенностях человеческой сексуальности. Практическая направленность заключается в формировании у студентов навыков относительно проведения психологических консультаций по проблемам сексуальности.

Цель учебной дисциплины – освоение студентами знаний о закономерностях функционирования сексуальности человека.

Задачи:

1. Усвоение студентами содержания ключевых понятий сексологии.
2. Анализ и синтез обучающимся информации, накопленной разными научными отраслями по проблеме взаимоотношений полов.
3. Изучение обучающимися проблемы разграничения нормальных и патологических проявлений сексуальности.
4. Освоение студентами общих подходов к классификации и профилактики сексуальных расстройств.
5. Расширение научного кругозора студентов, развитие общей культуры профессионального мышления, профессионально значимых качеств психолога.

В результате изучения дисциплины студент должен **знать:**

- показатели нормы сексуального развития человека;
- детерминанты, определяющие половую и гендерную принадлежность человека;
- критерии различения нормальных и патологических проявлений сексуальности;
- основные отличия сексуальности мужчин и женщин;

уметь:

- организовывать и проводить в школах мероприятия, способствующие половому воспитанию учащихся;
- вести консультативную работу по вопросам профилактики нарушений сексуального здоровья;
- формировать у учащихся ответственное отношение к собственному сексуальному и репродуктивному здоровью;

владеть:

- понятийным аппаратом учебной дисциплины;
- правилами ведения консультирования по вопросам сексуальности;
- методикой работы с парой;
- методикой ведения схема-терапии.

Учебно-методический комплекс включает в себя теоретическую часть, практическую часть, материалы для контроля знаний и вспомогательные материалы.

Теоретическая часть представляет собой лекционный материал, распределенный согласно тематике разделов.

В практической части предлагаются планы практических занятий с перечнем теоретических вопросов для обсуждения и рядом практических заданий для приобретения навыков практической работы. Для контроля знаний разработаны вопросы к зачету. В качестве вспомогательного материала приводится ряд приложений.

При работе с учебно-методическим комплексом рекомендуется после изучения теоретического материала проверить свои знания по вопросам, предложенным для обсуждения в соответствующем практическом занятии. После этого выполнить практические задания для приобретения необходимых навыков и их закрепления.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Предмет сексологии. Место сексологии в системе научного знания

Проблемное поле сексологии. Половая жизнь как предмет изучения сексологии. Различные трактовки содержания понятий «половая жизнь», «сексуальные отношения», «гендерные отношения». Мультидисциплинарный характер сексологической науки. Предмет сексопатологии. Взаимосвязь сексологии и сексопатологии. Значение психологического знания для развития сексологии и сексопатологии.

Основные концепции сексуальности. Принципы организации сексологической помощи. Сексуальная культура. Функции, цели и средства сексуальной культуры. Нормативная сторона сексуальной культуры. Уровни сексуальной культуры.

Динамика сексуального поведения на разных этапах развития человечества.

Тема 2. Роль и место сексуальности в жизни человека

Понятие о сексуальности. Ключевые проблемы психологии сексуальности. Законы психологии сексуальности. Основные факторы формирования сексуальности. Аспекты сексуальности. Компоненты сексуальности.

Половая конституция. Возраст пробуждения сексуального либидо. Возраст ойгархе. Трохантерный индекс. Выраженность вторичных половых признаков. Сексуальные эксцессы. Временные характеристики вхождения в условно-физиологический ритм.

Социокультурные стандарты сексуального поведения. Понятие о сексуальной «норме». Партнёрская норма.

Сексуальные фантазии. Содержание сексуальных фантазий. Функции сексуальных фантазий. Фантазия как факт. Различия сексуальных фантазий у мужчин и женщин. Сюжеты сексуальных фантазий.

Сексуальность в современном обществе.

Тема 3. Психосексуальное развитие и полоролевое поведение

Место половой идентичности в структуре самосознания человека. Хронология становления полового самосознания. Детерминанты и психологические механизмы становления полового самосознания: теория идентификации, теория самокатегоризации, теория половой типизации.

Половая роль как разновидность социальных ролей. Структура половой роли. Содержание мужской половой роли. Содержание женской половой роли. Общие представления о гендерно-ролевом стрессе и его причинах. Особенности андрогинной и недифференцированной моделей полоро-

левого поведения. Проблема кросскультурного сходства в содержании половых ролей. Механизмы становления полоролевых моделей поведения: теория полового диморфизма, эссенциалистская теория. Источники полоролевой социализации.

Тема 4. Сексуальное воспитание

Родительское программирование и сексуальные нарушения. Сексуальные заблуждения.

Сексуальные комплексы. Мужские и женские сексуальные комплексы. Общие сексуальные комплексы. Норма сексуального развития как шкала определения сексологического возраста человека. Задержки сексуального развития. Преждевременное сексуальное развитие. Асинхронии и девиации сексуального развития.

Принципы осуществления полового воспитания: учёт институционального характера процесса развития сексуальности; связь полового воспитания с воспитанием нравственным; учёт индивидуальных темпов сексуального развития ребёнка; ориентация на долгосрочный характер воспитательных мероприятий; разная значимость отдельных категорий взрослых в процессе полового воспитания; зависимость содержания полового воспитания от периода сексуального развития.

Тема 5. Сексуальные дисфункции

Понятие «сексуальной дисфункции». Классификации дисфункций. Причины сексуальных дисфункций.

Расстройства переизбытка. Расстройства недостатка.

Сексуальные дисфункции у мужчин. Сексуальные дисфункции у женщин. Расстройства сексуальной идентификации.

Тема 6. Деструктивная сексуальность

Определение парафилии. Проблемы диагностики парафилий. Критерии парафилий.

Границы сексуальной нормы и патологию. Явления и понятия, связанные с парафилиями. Составляющие парафилий.

Виды парафилий.

Тема 7. Гендерная и сексуальная идентичность

Формирование гендерной и сексуальной идентичности в семейной системе. Роль матери в развитии дочери. Роль отца в семье.

Сказки и мифы как источник нормативных образцов поведения. Сексуальная идентичность. Социокультурные стереотипы женственности и

мужественности. Гендерная идентичность: что значит быть женщиной/мужчиной в современном мире.

Сексуальность и сексапильность. Сексуальные роли. Психосексуальная совместимость. Мужская и женская сексуальность: мифы и факты.

Гетеро-, гомо-, бисексуальность. Этапы принятия сексуальной идентичности. Мифы о гомосексуальности.

Тема 8. Консультирование индивидуальное и супружеской пары при сексуальных проблемах

Работа с сексуальностью в терапии. Общие правила работы с клиентами с сексуальными проблемами. Специфика работы с темой сексуальности. Правила сексологического консультирования.

Эмоционально-фокусированная супружеская терапия. Корни ЭФТ. Идеи ЭФТ. Области применения ЭФТ.

Терапевтические задачи и способы их реализации.

Схема-терапия. Развитие схема-терапии. Понятие схем. Модель схема-режимов. Трудности работы с парой.

КУРС ЛЕКЦИЙ

1. Предмет сексологии. Место сексологии в системе научного знания

Сексология – научная дисциплина, изучающая все проявления сексуальности человека, включая как попытки охарактеризовать нормальную сексуальность, так и изучение изменчивости сексуальных практик, включая и так называемые парафилии (или сексуальные девиации).

По мнению В.В. Кришталя и Б.Л. Гульмана, в состав сексологии входят нормальная сексология, клиническая сексология (сексопатология) и судебная сексология. При этом нормальная сексология изучает проблемы обеспечения биологического, анатомо-физиологического, социального, психологического и социально-психологического обеспечения сексуального здоровья человека, которое следует определять не только как отсутствие каких-либо болезненных изменений в его организме, могущих приводить к снижению сексуальной функции, но как интегральный комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности.

Задачей клинической сексологии (сексопатологии) эти же авторы видят изучение всех аспектов нарушения сексуального здоровья, а также диагностику, лечение и профилактику подобных нарушений. Причем сексопатологию В.В. Кришталя и Б.Л. Гульман, вслед за Г.С. Васильченко, подразделяют на общую и частную. Область общей сексопатологии – изучение эпидемиологии, нарушений и девиаций сексуального здоровья, факторов риска, причин и условий возникновения, проявлений и течения этих нарушений, основных закономерностей формирования сексопатологических симптомов и синдромов, разработка вопросов патогенеза и классификации сексуальных расстройств, общих принципов их лечения и профилактики.

Предметом изучения частной сексопатологии указанные авторы предлагают считать отдельные нозологические формы нарушения сексуального здоровья и сексуальные девиации (отклонения). И, наконец, судебная сексология, – это отрасль сексологии, изучающая сексуальное поведение человека применительно к нормам гражданского и уголовного права, а именно девиантное сексуальное поведение, приводящее к совершению противоправных действий.

К. Имелинский выделяет четыре периода в истории развития знаний о половом поведении:

1. Доисторический – имеются лишь отрывочные сведения о половом поведении доисторического человека.
2. XVIII – XIX века – идёт первичное накопление информации, появляются донанучные исследования.

3. Период досексологических знаний – научное изучение сексуальности ведётся в рамках отраслевых наук: медицины, философии, биологии.

4. Период сексологических знаний – сексология выделяется в самостоятельную отрасль научных исследований.

Существует несколько древних наставлений по «искусству любви», включая такие, как Искусство любви (*Ars Amatoria*) Овидия, индийские трактаты Кама Сутра Ватсьяяны и Ананга Ранга или арабский Благоуханный сад чувственных наслаждений. Однако ни одна из этих книг не рассматривала сексуальность как предмет систематического научного или медицинского исследования.

Первопроходцем донаучной сексологии в источниках называют маркиза де Сада, обобщившего в своих произведениях сведения о всех видах отклоняющегося полового поведения и сексуальных извращениях и пропагандировавшего право человека на свободу сексуального поведения.

Одним из наиболее ранних исследователей сексуальности, работавших до наступления XX века был Рихард Фрайхерр фон Крафт-Эбинг, книга которого *Psychopathia Sexualis*, опубликованная в 1866 году содержала описания поражающего воображение спектра сексуальных аномалий.

Первым исследователем, предложившем концепцию сексологии как самостоятельной науки, стал дерматовенеролог Иван Блох, который в работе «Сексуальная жизнь нашего времени и её связь с современной культурой», изданной в 1909 году, указал, что наука о поле должна быть комплексной, обобщая данные биологии, медицины, антропологии, философии, психологии, этнологии, истории литературы и искусства.

В конце XIX – начале XX веков Зигмунд Фрейд развил теорию сексуальности, основанную на исследованиях, которые он вёл на своих пациентах.

В 1908 году Магнус Хиршфельд начал выпускать первый научный журнал, освещающий вопросы сексологии (*Журнал сексологии*), а в 1918 году основал первый Институт сексологии в Берлине. Хиршфельд занимался медицинскими, этическими и юридическими проблемами, связанными с половыми отношениями, в том числе вопросами гомосексуальности и контроля над рождаемостью. В 1921 г. Хиршфельд проводит первый Международный конгресс сексуальных реформ в Берлине, а в 1928 г. им была основана Всемирная лига сексуальных реформ. Когда нацисты пришли к власти, одной из первых проведённых ими акций был разгром института (6 мая 1933 года) и сожжение его библиотеки. В послевоенные годы центр тяжести в сексологических исследованиях сместился в США.

В 1947 г. Альфред Кинси основал свой Институт сексуальных исследований в Индианском университете в Блумингтоне, который ныне носит его имя. Зоолог по образованию, Кинси был одним из первых, кто поста-

вил изучение сексуальности на строгую позитивистскую основу. Среди его важных достижений были описание спектра сексуальных практик на основе массива биографических интервью и анкетных данных, а также концептуализация представлений о континуальном характере сексуальной ориентации (шкала Кинси). Кинси показал, что от так называемой сексуальной нормы, определяемой общественной моралью, постоянно отступает значительная часть населения, а время от времени допускает нарушения вообще большинство людей. Результаты его исследований вышли в виде двух томов, известных под названием Отчеты Кинси (1948 и 1953).

В конце 1960-х дальнейший прогресс в сексологии был отмечен выходом трудов Уильяма Мастерса и Вирджинии Джонсон «Сексуальные реакции человека» (англ. *Human Sexual Response*, 1966) и «Сексуальная неполноценность человека» (англ. *Human Sexual Inadequacy*, 1970), ставших бестселлерами. В 1978 г. они основали так называемый Masters & Johnson Institute. Мастерс и Джонсон явились пионерами экспериментальных методов исследований пола с привлечением добровольцев.

Фриц Клейн разработал матрицу сексуальной ориентации – многомерную систему для детального описания комплексной сексуальной ориентации, сходную с одномерной шкалой Кинси, но измеряющей семь различных векторов сексуальной ориентации и идентичности по отдельности и позволяющей описывать изменения во времени. В 1978 г. Клейн опубликовал *The Bisexual Option*, новаторское психологическое исследование бисексуальности, а в 1998 г., он основал American Institute of Bisexuality (AIB) для поощрения, поддержки и помощи в изучении бисексуальности и просвещения по вопросам, связанным с бисексуальностью.

В России сексологические исследования производились в начале XX в. вплоть до 1930-х годов, после чего исследования были свёрнуты. Возрождение советской сексологии в 1970-х годах связывается с именем Г. С. Васильченко, который организовал Всесоюзный научно-методический центр сексопатологии (в настоящее время Российский федеральный центр сексологии и сексопатологии), явился автором первых руководств для врачей «Общая сексопатология» (1977) и «Частная сексопатология» (1983).

Основные принципы организации сексологической помощи были сформулированы Г.С.Васильченко еще в 70-е годы. Для этого он описал три основные модели этой помощи:

- 1) монодисциплинарную,
- 2) мультидисциплинарную,
- 3) междисциплинарную.

В монодисциплинарной модели, свойственной самым ранним периодам развития сексологии, все сексуальные проблемы решались одним спе-

циалистом, представляющим одну из близких к сексуальности специальностей: психиатром, урологом, эндокринологом, гинекологом или невропатологом.

Когда недостатки такого подхода стали очевидны большинству специалистов, была предложена мультидисциплинарная модель сексологической помощи. Эта идея казалась очевидной и вписывалась в тогдашние принципы комплексного медицинского обслуживания населения. Для ее реализации стали создаваться отделения и консультации, насчитывающие в своем составе уролога, психиатра, эндокринолога и невропатолога. Каждый обратившийся пациент должен был пройти своеобразную диспансеризацию, то есть посетить всех специалистов. Если при этом у него обнаруживались какие-либо проблемы со здоровьем, лечение начинал выявивший их специалист, а затем передавал пациента следующему врачу.

Причины неэффективности обеих описанных моделей стали ясны по мере дальнейшего развития сексологии. Существует обширный круг расстройств, которые не улавливаются представителями медицинских специальностей, но тем не менее играют серьезную роль в формировании сексуальной патологии. В данный момент наиболее эффективной считается междисциплинарная модель.

2. Роль и место сексуальности в жизни человека

Человеческая сексуальность – многогранное явление, обусловленное включающее совокупность биологических, психологических, социальных, культурных процессов, связанных с проявлением и удовлетворением полового влечения. В обществе существуют различные взгляды на сексуальность и её различные стороны.

Сексуальность является врожденной потребностью и функцией человеческого организма, подобно процессам дыхания, пищеварения и др. Человек рождается с определённым физиологическим сексуальным потенциалом, далее сексуальность формируется уже в рамках индивидуального жизненного опыта. В целом же, сексуальность человека обусловлена интегрированным взаимодействием биологических, психических и социокультурных факторов

Есть очень много форм человеческой сексуальности. Сексуальность **человека** включает широкий диапазон поведения и процессов, физиологические, психологические, социальные, культурные, политические, духовные или религиозные аспекты секса, а также человеческое сексуальное поведение. Сексуальность, как и прочие аспекты поведения человека, носит как биологический, так и социальный характер: некоторые характеристики

сексуальности заложены генетически, другие формируются в процессе социализации. В связи с этим выделяют несколько *компонентов* человеческой сексуальности:

- *биологический пол* – совокупность признаков, таких как половые хромосомы, половые гормоны, половые клетки, наружные и внутренние половые органы, вторичные половые признаки;

- *гендерная идентичность* – ощущение принадлежности к определённому гендеру, не обязательно совпадающему с биологическим полом;

- *гендерная социальная роль* – поведение в обществе, соответствующее культурным нормам данного общества, предписывающим то или иное «типично мужское» или «типично женское» поведение;

- *сексуальная ориентация* – эмоциональное, романтическое и чувственное влечение к людям противоположного пола (гетеросексуальная ориентация), своего пола (гомосексуальная ориентация) или обоих полов (бисексуальная ориентация);

- *сексуальная идентичность* – отождествление себя с людьми, имеющими ту или иную сексуальную ориентацию, осознание себя как человека определённой ориентации.

Среди *факторов*, оказывающих решающее влияние на половое поведение человека, специалисты называют:

- половую конституцию – «заданный коридор возможностей»;
- родительское программирование (морально-этические установки родительской семьи);

- влияние сверстников и норм поведения в референтной группе;
- средства массовой информации, пропагандирующие «эталоны культуры»;

- официальное половое воспитание и просвещение;

- поведение сексуальных партнеров.

В сексуальности можно выделить несколько *аспектов*. Это условное, но полезное разделение.

1. Первый аспект – это *распознавание, осознание себя* как источника желания. И, скажем так, отношения с самой собой, как женщиной или мужчиной. Ощущение себя, знание себя, понимание себя, отношение к себе и т.д.

2. *Сексуальные действия*. Одно дело – что человек чувствует, ощущает собственным телом (например, наедине с собой). И другое дело, что он с этим делает.

3. *Сексуальное взаимодействие*. Здесь речь идёт о каком-то ответе от потенциального партнёра, от другого человека, и о способности их «расшифровывать». Одно дело чувствовать себя и осознавать свои действия. Другое дело – встречаться с другим человеком, у которого своя сексуаль-

ность, своё восприятие окружающего, свои способы действия, свои мысли и т.д. И каждый ответ партнёра (взгляд, движение навстречу или игнорирование, прикосновение, отстранение и т.д.) вносит что-то совершенно новое в реальность человека «здесь и сейчас», и он как-то на это реагирует: что-то чувствует, что-то думает, что-то делает.

Противоречия возникают тогда, когда есть какие-то «белые пятна» в осознании себя как источника сексуального возбуждения, своих действий, связанных со своим возбуждением, и себя во взаимодействии с другим человеком, являющимся потенциальным или уже актуальным сексуальным партнёром. Когда самоощущение, действия и взаимодействие как-то оторваны друг от друга, между ними нарушается связь.

Понятие о сексуальной «норме»

В современном западном обществе господствует убеждение, что нормальный в сексуальном отношении человек испытывает влечение к представителям противоположного пола и стремится к гетеросексуальному половому акту, который представляет собой предельное выражение этого влечения, а все прочие проявления сексуальной активности в той или иной степени являются ненормальными и считались таковыми во все времена. Между тем история, антропология и психология располагают сведениями, свидетельствующими о том, что сексуальные пристрастия и поведение людей всегда были и остаются чрезвычайно многообразными и изменчивыми.

В задачи науки входит определение категорий, терминов и классификация. *Нормальный* – очень субъективный термин, используемый для описания сексуального поведения и сексуальных ориентаций. Критерии нормы определяются социальными, культурными и историческими факторами. *Ненормальный* – это что-либо, не укладывающееся в рамки нормы, т. е. тех субъективных стандартов, которые установлены данной социальной группой.

В зависимости от критериев, лежащих в основе определения сексуальной нормы, чаще всего принято говорить о следующих видах нормы.

Статистическая норма. Речь идет о норме как средней величине, выведенной из частоты проявления определенных характеристик. С точки зрения *статистической нормы* быть нормальным – это значит иметь сексуальное поведение, характерное для большинства людей в данном обществе. Причем степень ненормальности будет соответствовать степени редкости того или иного явления, стремлений, установок или поведения. Подобный подход и до сих пор в значительной степени формирует общественное мнение, что приводит к массовой негативной оценке тех лиц, которые относятся к «сексуальному меньшинству», то есть удовлетворяют

свои половые потребности иначе, чем большинство людей. Понимание нормы как некоего усредненного показателя противоречит признанию за человеком права на индивидуальное самовыражение.

Моральная (нравственная) норма. *Нравственная норма* считает нормальным то проявление сексуальности, которое одобряется социальными и религиозными институтами. Речь идет о норме как некоем моральном постулате, этическом требовании, то есть своего рода идеальном образце сексуального поведения, предписанном обществом. Такого рода нормы появлялись и сменялись в процессе исторического развития общества, что зависело от господствующих религий или классов, установившихся культурных и моральных норм. Их объявляли абсолютными и «естественными», хотя порой они противоречили элементарному здравому смыслу.

Норма в медико-психологическом аспекте не определяется ни критерием этики, ни степенью частоты. Под понятием «нормальное» понимается здоровое состояние, наиболее подходящее для конкретного индивида с точки зрения реализации его сексуальных потребностей, необходимый для хорошего физического, а также психического и социального самочувствия, независимо от того, встречается оно редко или часто и в какой степени приближается к идеальному. В то же время ненормальными являются те формы поведения, установки и желания, которые неблагоприятно влияют на внутреннюю гармонию и самочувствие человека или его партнера и вызывают конфликты или нарушения здоровья либо функционирования в обществе.

Юридическая норма определяется законами о допуске сексуальном поведении.

В настоящее время принято выделять *партнёрскую* и *индивидуальную сексуальную норму*.

Индивидуальная норма включает *возрастной* и *конституциональный* критерии, связанные с проявлением половой потребности. *Возрастная норма* – что нормально для одного возраста, то не нормально для другого. *Конституционный критерий* предполагает учет вариантов половой конституции. Под *половой конституцией* понимают совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе. Она лимитирует границы диапазона индивидуальных потребностей в определенном уровне половой активности и индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере.

Партнерская норма – что принимается в одной паре, то отвергается как патология в другой.

К. Имелинский приводит 6 критериев партнёрской нормы:

- 1) различие пола (в настоящий момент не обязательное условие);
- 2) зрелость (ответственность за происходящее и последствия, возможность сказать осознанное «да, я этого хочу» или «нет, я этого не хочу»)
- 3) взаимное согласие - всегда добровольное сексуальное поведение. Повышение самооценки после секса (это может нравиться, приносить удовольствие, но если я выхожу с чувствами вины и стыда, то тогда это не моя норма, а норма партнера).
- 4) стремление к достижению обоюдного наслаждения (стремление доставить друг другу удовольствие);
- 5) отсутствие ущерба здоровью;
- 6) отсутствие ущерба другим людям, то есть обществу

В соответствии с этими критериями к партнёрской норме могут быть отнесены все формы сексуальной активности, сексуального поведения и сексуальных действий, которые имеют место между двумя зрелыми лицами, принимаются ими обоими и направлены на обоюдное наслаждение, которое не вредит их здоровью и не нарушает норм общежития. Характер конкретных форм сексуального поведения и действий партнёров не имеет при этом решающего значения, поскольку за человеком признаётся право поиска собственных, индивидуальных путей для достижения полового удовлетворения.

Американский психолог С. Гордон предлагает определение нормального сексуального поведения, пользуясь критериями, которые скорее субъективны и касаются сознательного взрослого человека: *«Нормальное сексуальное поведение взрослого человека можно определить как добровольное, основанное на согласии и исключая эксплуатацию; оно обычно не только приятно и лишено чувства вины, но и усиливает самоуважение»*.

Дополнительное преимущество такого определения «нормального» сексуального поведения в том, что оно учитывает правовой аспект, заведомо исключая сексуальное насилие, педофилию и инцест, которые подразумевают или принуждение, или эксплуатацию одного человека другим.

Однако в том случае, если речь идет о взрослых, то в центре внимания – человек, а не поведение само по себе. А это значит, что поведение одного из партнеров станет аномальным, если другой почувствует, что ему не по себе, что у него возникают сложности или что с ним обращаются как с объектом.

Понимание критериев нормы очень важно в работе с сексуальностью. Оно помогает провести диагностику и классифицировать сексуальные затруднения человека, сформулировать цели работы, определить критерии ее эффективности.

3. Психосексуальное развитие и полоролевое поведение

Несмотря на обилие эмпирических данных, мы знаем о развитии сексуальности не так уж много. Даже периодизация этого процесса проблематична.

Первая трудность - многомерность происходящих изменений. Психосексуальное развитие - один из аспектов онтогенеза, тесно связанный с общим биологическим развитием организма, особенно с половым созреванием и дальнейшим изменением половой функции. В этой связи внимание исследователей привлекают такие естественные рубежи, как стадии пубертата, возраст и особенности менархе у девочек и первой эякуляции у мальчиков, возрастная динамика гормональных процессов и сексуальной активности взрослых, факторы, связанные с деторождением, менопауза, ослабление половой функции с возрастом и т.д. Понять эти явления можно только в системе жизненного цикла организма. Вместе с тем психосексуальное развитие - результат половой социализации, в ходе которой индивид усваивает определенную половую роль и правила сексуального поведения. Решающее значение здесь имеют социальные факторы: структура деятельности индивида, его взаимоотношения со значимыми другими, нормы половой морали, возраст и типичные формы раннего сексуального экспериментирования, нормативное определение супружеских ролей и т.д. Психосексуальное развитие индивида, его сексуальное поведение и мотивация зависят от обоих этих факторов, но периодизация, основанная на стадиях развития организма, не может совпадать с периодизацией жизненного пути личности.

Вторая трудность - широкая вариативность, множественность типов психосексуального развития. Мужская модель развития существенно отличается от женской; сроки и последовательность фаз, характерные для одного поколения, могут оказаться непригодными для другого поколения и т.д.

Третья трудность - крайняя неравномерность распределения научных данных о психосексуальных особенностях разных этапов жизненного пути. Больше всего информации (биологической, социальной и психологической) имеется о подростковой и юношеской сексуальности. О детстве вследствие особой деликатности этого сюжета и методических трудностей его изучения известно гораздо меньше. Более или менее систематическое изучение сексуальности пожилых и старых людей началось лишь в конце 60-х годов, когда стала быстро развиваться социальная геронтология. Еще хуже, как это ни парадоксально, обстоит дело с изучением цикла взрослости: хотя эмпирических данных о сексуальном поведении взрослых до-

вольно много, они почти всегда рассматриваются статически, без учета целостного развития личности.

4. Сексуальное воспитание

При психосексуальном развитии (ПСР) ребёнка формируется не только его половая идентификация, половые роли и сексуальные ориентации. Формируется также его глубинное личностно-эмоциональное отношение к сексуальности. Негативные оценки сексуальности родителями, неадекватные реакции родителей на проявления сексуальности ребёнка (на его вопросы, на его телесные исследования и пр.) – всё это может исказить естественное ПСР. В ряде случаев ребёнок получает в отношении сексуальности конкретные варианты «родительского программирования», т.е. такие родительские указания, которые запечатлеваются в психике ребёнка и проявляют себя в его дальнейшей сексуальной жизни. При этом есть программы, которые могут негативно влиять на сексуальность. В процессе работы с различными семейно-сексуальными проблемами, были выделены следующие варианты патологического родительского программирования.

1. Программа «Секс страшен или грязен».

В формировании таких установок может иметь место воспитание по типу «запугивания» (особенно у девочек), прямое осуждение секса и негативное к нему отношение. Пример негативных высказываний: «Не задавай глупых (или дурацких) вопросов», когда ребёнок спрашивает о чём-то сексуальном. Сказывается половое воспитание не только по типу «запугивания», но и по типу «замалчивания». Ребёнок знает, что о хороших вещах можно разговаривать, а о плохих не разговаривают. Даже без запугивания, игнорирующее секс воспитание формирует у ребёнка негативизм к сексу.

2. Программа для мальчиков «Не обижай девочек».

При естественных детских играх и выяснениях отношений нередко возникают взаимные обиды. И когда мальчик обидит девочку, то следуют указания типа: «Не обижай девочек..., Не трогай девочек..., Не связывайся с девчонками..., и пр.». При этом мальчик может возмущаться и говорить, что «она сама первая..., что он не виноват», но его доводы не принимаются. Но если отец говорит «не связываться с девчонками», то с кем связываться? Если не трогать девчонок, то кого трогать? В этих программах есть практически прямое кодирование на гомосексуальность.

Но если гомосексуальность эти приказы у мальчика всё же не спровоцировали, то «запрет на женщину» и страх перед ней они заронили. В результате многие мужчины настолько боятся женщин, что избегают их, оставаясь холостяками и живя под защитой мамы. А сойдясь с женщиной, могут испытывать проблемы в сексе из-за имеющегося страха.

Не надо понимать эти слова как призыв учить мальчиков обижать девочек. Базовой программой должно быть «Не давай себя в обиду, умей постоять за себя», но эта программа «по-разному решается с мальчиками и девочками». Если с мальчиками она решается через силу, то с девочками методы должны быть другими. А вот родительская программа «девочек надо защищать и помогать» влияет позитивно. Если мы кого-то защищаем, то этот кто-то слаб и, соответственно, не страшен. Защита девочек и помощь им исключает развитие страха перед ними.

3. Программа для мальчиков «Не выражай эмоций».

Звучит эта программа в виде указаний: «Чего ревёшь, как девчонка...», «Терпи, ты же парень...», «Не подавай виду...», «Не капризничай, как девчонка...», и пр. Полоролевые различия и стереотипы маскулинности/феминности касаются и особенностей эмоционального поведения мужчин и женщин. Женщины считаются более эмоциональными и спонтанными. Им разрешается более ярко выражать свои эмоции. А мужчине предписывается быть более сдержанным и контролирующим себя.

Некоторые мужчины получают слишком жёсткую родительскую программу «не выражать эмоций, терпеть и быть сдержанным». Эти особенности их психики и поведения чрезмерны. Такая неадекватная безэмоциональность и сдержанность некоторых мужчин оборачиваются проблемами в их партнёрских отношениях. Даже любя свою партнёршу, они не умеют выразить свои чувства. С таким мужчиной женщине не хватает эмоций. Женщина начинает сомневаться, любит ли он её.

4. Программа «Секс только после свадьбы» – вина за секс до свадьбы. Быстрое вступление в половую жизнь сразу после свадьбы может повлиять на прохождение платонической и эротической стадий.

5. Программа «Девочка не должна активно проявляться» – невозможность говорить о своих желаниях.

Это не единственные программы, которые могут закладываться родителями и влиять на дальнейшее психосексуальное развитие человека.

5. Сексуальные дисфункции

Сексуальный цикл, разработанный Гельманом, включает 8 этапов:

1. Сексуальный интерес.
2. Желание.
3. Возбуждение.
4. Плато.
5. Оргазм.
6. Разрешение.
7. Период невосприимчивости.

8. Психическая подготовка.

Рассмотрим, что происходит на этих стадиях подробнее.

1. *Сексуальный интерес*. Прежде чем проявить желание, человек, возможно, интересуется сексуальностью в окружающем мире, тем, что о ней пишут и говорят. Но, возможно, что и нет. К психологу могут обращаться клиенты, у которых нет сексуального интереса, но которые касались этого момента в терапии по причине конфликтов, которые возникали по этому поводу в паре.

2. Следующий этап – *сексуальное желание*. Речь идет об осознании влечения к другому – знакомому или воображаемому человеку. Желание может быть внутренним или внешним, в зависимости от того, чем оно провоцируется: внутренним или внешним событием. В сексуальном желании соединены влечение (результат действия гормонов или внешних стимулов) и возбуждение от мыслей и фантазий. Эта фаза цикла более связана с эмоциональной, нежели с физической сферой. Человек решает, продолжать ли ему оставаться на этой фазе, затормозить ее или прервать.

3. В течение третьего этапа – *возбуждения* – становятся заметны физиологические проявления, главные из которых: у женщины — увлажнение влагалища (выделение вагинальной смазки), у мужчины — эрекция. Тело готовится к более интимному контакту.

4. *Плато* соответствует тому этапу, когда возбуждение достигает очень высокого уровня. При продолжении эмоциональной и/или физической стимуляции нейромускульное напряжение нарастает, и тело готовится к оргазму. Если он не происходит, уменьшение напряжения может быть очень долгим.

5. Следующий этап – *оргазм*. Это опыт, содержащий физические и психические переживания. Физические переживания сопровождаются мощной разрядкой напряжения, что переживается иногда локально, а иногда во всем теле.

6. *Разрешение* – это этап физиологических изменений, в течение которого органы приобретают свой первоначальный размер. Это фаза расслабления, которая начинается после оргазма. Ее длительность может быть различной: от нескольких минут до многих часов.

7. Следующий этап – *период невосприимчивости (рефрактерный период)*, очень разнообразно переживается разными людьми и наиболее представлен у мужчин. Это момент, в течение которого второй цикл не может произойти и даже стимуляция может быть неприятной. Этот период более длительный у пожилых мужчин. Многие женщины не знают эту фазу и могут начать следующий цикл достаточно быстро.

8. *Психическая подготовка (переработка)* – это период, в течение которого человек ассимилирует опыт, извлекает выводы или принимает

решения на будущее. Он размещается в конце цикла, но может происходить в течение всего процесса.

Дисфункции могут быть **первичные** (существующие всегда), **вторичные** (появившиеся в определенный период), или **обстоятельственные** (проявляющиеся в отношениях с определенными людьми или в определенных условиях).

Это сведения, которые ориентируют нашу работу: первичная дисфункция имеет часто физиологическую причину, и в этом случае уместно параллельно с нашей работой предложить клиенту получить консультацию у медика.

Вне зависимости от этиологии сексуальное расстройство сопровождается устойчивой тревогой, связанной с сексуальной потенцией.

6. Деструктивная сексуальность

Определение парафилии

Парафилия – это все виды атипичного интенсивного и устойчивого сексуального интереса, за исключением сексуального интереса к генитальной стимуляции и подготовительным ласкам с фенотипически нормальным, согласным и половозрелым человеческим субъектом (DSM-5).

Г.М. Дерягин определяет парафилии как навязчивые, болезненные извращения половых чувств.

Синонимами этого термина являются «сексуальная девиация», гиперпáтия, парерозия, сексуальная парэстезия, первёрсия.

Парафилия, сама по себе, согласно американской психиатрической классификации DSM-5, не является психическим расстройством, но им является парафилическое расстройство – парафилия, которая приводит к дистрессу или нарушениям в важных сферах функционирования человека с ней, либо вред другим.

Согласно МКБ-10, расстройство полового предпочтения определяется по нескольким критериям:

- 1) если периодически возникают интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные явления и поступки;
- 2) если индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями или испытывает значительный дистресс из-за них;
- 3) если это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

В ряде случаев клинических критериев недостаточно для диагностики парафилии, однако ее нельзя исключить вследствие сходства поведения с парафильным.

Как понять, в каких случаях мы однозначно встречаемся с психической сексуальной патологией, и в каких – нет? Надо знать критерии парафилий. Там, где выявляются эти критерии и связанные с парафилиями явления,

можно говорить о медицинской патологии, а там, где их нет, можно говорить лишь об отклонении от каких-то общественных стандартов.

Критерии парафилии

Когда человек не может реализовать своё сексуальное влечение в половом акте с партнером, он вынужден искать компромиссный путь между собственными биологическими потребностями и социальными нормами.

Иногда в силу биологической предрасположенности или в результате своеобразного воспитания одна из сексуальных тенденций приобретает определяющий характер. В этом случае появляются отклонения в половом поведении, которые проявляются в попытках реализации только одной формы в ущерб так называемым нормативным сексуальным контактам, вплоть до деструктивности, болезненной извращенности полового чувства.

Все парафилии *по тяжести* подразделяются на три степени:

- 1) лёгкая – личность испытывает выраженный стресс от периодических парафильных побуждений, однако сдерживает свои влечения;
- 2) средняя – личность изредка реализует парафильные побуждения;
- 3) тяжёлая – личность реализует парафильные побуждения с периодическим постоянством.

Кроме того, общими для всех парафилий стали следующие *критерии*:

1. За период времени, не менее 6 месяцев повторяющееся интенсивное сексуальное возбуждение и сексуально активированные фантазии, определённой направленности, включающие соответствующую им сексуальную активность (на первых порах – мастурбаторную);

2. Эти сексуальные фантазии, побуждения или действия становятся доминирующими, вытесняют все остальные формы сексуальной активности в виде их малой значимости или вовсе незначимости для субъекта, причиняют человеку страдание, способствуют ухудшению социального, профессионального, семейного функционирования, а также физического и интеллектуального благополучия;

3. Эти симптомы существуют сами по себе, они не подпадают под другие классификации психических расстройств (маниакальный эпизод, бредовые расстройства, эротомания);

4. Эти симптомы не связаны с употреблением психоактивных или токсических веществ (алкоголь, наркотики, лекарственные и др. вещества), хотя и могут усиливаться вследствие их употребления;

5. Восстановление психосоциального благополучия личности достигается через внезапные, неуправляемые или слабо управляемые сексуальные действия при суженном сознании. Именно эти действия приносят мощную психосексуальную разрядку и ремиссию, т.е. «светлый» промежуток вре-

мени. Данные действия называются компульсивными, периодически они будут повторяться.

Существенным признаком парафильного поведения является внезапное сужение сознания субъекта в момент начала деликта, с утратой им контроля над своими импульсами, снижением или отсутствием прогнозирования неблагоприятных для него последствий. Посторонние люди, объекты, и исходящая от них опасность в таком состоянии часто не замечаются.

Если судебный психиатр или судебный сексолог выявляет эти признаки, речь идет о парафилии как медицинской патологии, об ограниченной вменяемости или полной невменяемости. Если этих признаков нет, можно говорить только о сексуальной девиации (отклонении) в социальном плане, т.е. о таком поведении, которое не приемлемо в конкретном обществе, но не является медицинской патологией.

Парафилии связаны с нарушениями контроля импульса, т.е. влечений, с тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами. В МКБ-10 парафилии выделены в самостоятельную группу психических расстройств в разделе «Расстройства зрелой личности и поведения». То есть они, могут выступать в роли отдельного медицинского критерия невменяемости или ограниченной вменяемости. Но парафилии могут быть и симптомами других психических расстройств, в том числе и при органических поражениях головного мозга, особенно его височной доли и лимбических структур, при эпилепсии.

Составляющие парафилии:

1. Поведение, отяжеленное враждебностью.
2. Существование детского травматизма.
3. Существование сценария для постоянного воспроизведения травматического опыта (кроме частных случаев мазохизма). Этот сценарий постоянно воспроизводится.
4. Риск, увеличивающий возбуждение.
5. Извращенные действия всегда обрываются в момент расслабления; партнер отвергается.
6. Тенденция к элиминации (исключению) всех других форм получения сексуального удовольствия.

Классификации парафилий (по направлению влечения)

- Извращения объекта: инцест, педофилия, геронтофилия, некрофилия, фетишизм, фроттеризм, зоофилия...
- Извращения цели: (акт, который становится необходимым для получения удовольствия) эксгибиционизм, вуайеризм, мазохизм, садизм, копрофилия, урофилия, непристойные телефонные звонки...

Как правило, клиенты редко приходят на консультацию по поводу данных проблем; либо их толкает на это окружение; либо данные темы всплывают уже в ходе терапии; либо клиенты принуждаются к терапии законом (например, в случае педофилии).

7. Гендерная и сексуальная идентичность

В последнее время исследователи стали уделять особое внимание не только самому сексуальному поведению, но также динамике и особенностям любовных отношений между лицами одного пола. Гетеросексуальное поведение зачастую воспринимают в контексте романтических и любовных чувств, между тем как гомогендерные отношения слишком часто рассматривают исключительно сквозь призму сексуального поведения. Подобный подход едва ли можно назвать оправданным, поскольку между лицами одного пола также могут складываться устойчивые любовные отношения, а несексуальная близость имеет для гомогендерных пар не меньшее значение, чем для пар гетеросексуальных.

Понятия сексуальной ориентации и идентичности вышли за рамки представлений о маскулинности и фемининности. В настоящее время маскулинность и фемининность рассматриваются не как изначально полярные сущности, а как комплекс относительно независимых черт, которые могут сосуществовать в поведении и психике индивида вне зависимости от его половой принадлежности. Согласно современным представлениям, маскулинность и фемининность представляют собой многоплановую систему особенностей, характерных в той или иной степени как для мужчин, так и для женщин.

Приступив к исследованию сексуального поведения в 30-40-х годах XX века, Альфред Кинзи сразу же столкнулся с отсутствием четких критериев, на основании которых можно было бы судить о гомосексуальности.

В самом начале своих исследований Кинзи отметил, что значительное число людей обладают опытом как гетеросексуальной, так и гомогендерной сексуальной активности. Для своих исследований Кинзи создал шкалу сексуального поведения, в которой выделил семь категорий.

Различные комбинации гетеросексуального и гомогендерного поведения классифицировались в соответствии с промежуточными показателями - от 1 до 5. К первой и пятой категориям Кинзи относил индивидов, для которых было характерно, соответственно, выраженное гетеросексуальное или гомогендерное поведение и которые, наряду с этим, обладали опытом, по крайней мере эпизодическим, иного сексуального поведения. Ко второй категории относились индивиды, которые имели многократный

опыт гомогендерного поведения, однако проявляли большую склонность к гетеросексуальному поведению. К четвертой категории принадлежали индивиды, проявлявшие большую склонность к гомогендерному сексуальному поведению, но вместе с тем не раз вступавшие в гетеросексуальные контакты. К третьей категории относились индивиды, которые обладали приблизительно равным опытом сексуальных контактов с мужчинами и женщинами.

Шкалу Кинзи назвали «гениальным политическим приемом», поскольку он смог разом решить все вопросы, которые долгие годы не давали покоя исследователям, и раскрыл совершенно новую перспективу понимания сексуального поведения.

Многочисленные последующие исследования показали, что с увеличением объема знаний о сложном комплексе человеческой сексуальности биполярная шкала Кинзи теряет свою ценность, поскольку не соответствует в полной мере современному представлению о сексуальной ориентации как о составной части личности человека. Одним из недостатков шкалы Кинзи является допущение, согласно которому выраженность гомогендерной ориентации индивида обратно пропорциональна выраженности гетеросексуальной ориентации, и наоборот. Однако в последнее время считается, что эти характеристики во многом независимы. Люди могут проявлять сильные гетеросексуальные чувства наряду со столь же сильными гомогендерными эротическими чувствами. Гетеро- и гомосексуальные предпочтения могут быть в равной степени незначительными или варьировать в различных пропорциях. На протяжении жизни паттерны сексуального поведения и сексуальной идентичности могут претерпевать изменения.

Концепции гомогендерной сексуальной ориентации

В последние годы выдвигалось множество гипотез, объясняющих возникновение гомогендерной сексуальной ориентации.

Моральная модель

Религиозные принципы традиционно играют важную роль в формировании общественной установки по отношению к гомогендерному сексуальному поведению. С точки зрения религиозной морали сексуальные отношения, не продиктованные необходимостью продолжения рода, представляются порочным проявлением сладострастия. Кроме того, греховным считается сексуальное поведение, которое невозможно ограничить рамками гетеросексуального брака. Многие религии, такие как иудаизм, ислам и христианство, осуждают и запрещают различные формы сексуального поведения, включая гомогендерную сексуальную активность.

Психодинамические модели

Фрейд полагал, что склонность к гомогендерной сексуальной ориентации является следствием определенных проблем, с которыми индивид сталкивается на одной из стадий психологического развития — на оральной, анальной, латентной и генитальной. Впоследствии Фрейд утверждал, что он не считает гомосексуальность болезнью, а скорее определенной сексуальной функцией, которая возникает в результате задержки сексуального развития. Тем не менее многие психоаналитики выдвигали психодинамические гипотезы формирования гомогендерной сексуальной ориентации, рассматривая данную ориентацию как невроз, требующий психиатрического лечения.

Модель нормальной вариантности

Начиная с 60-х годов все большее число авторитетных теоретиков и исследователей стало склоняться к мнению, что гомогендерная сексуальная ориентация является нормальной вариацией в рамках континуума человеческого сексуального поведения. Несмотря на то, что гетеросексуальное поведение имеет более широкое распространение, нет никаких оснований для того, чтобы классифицировать гомогендерную ориентацию как патологию или отклонение от нормы. Согласно мнению этих теоретиков, гомогендерная сексуальная активность является естественной, хотя и менее распространенной формой выражения сексуальности.

Модель биологической детерминированности

Сюда относятся теории, педалирующие биологическую детерминированность гомогендерной ориентации: влияние гормональных, генетических или анатомических факторов. В ходе исследований данная проблема рассматривается в трех различных аспектах:

1) изучается возможность гормонального влияния в процессе внутриутробного и послеплодного развития;

2) ведётся поиск генетических факторов, которые могут оказывать решающее влияние на последующую сексуальную ориентацию и сексуальное поведение;

3) производится оценка анатомических различий в структуре головного мозга геев и мужчин с гетеросексуальной ориентацией.

Гормональные факторы. Существуют свидетельства того, что под воздействием мужских гормонов на внутриутробный плод в некоторых структурах головного мозга может происходить маскулинизация и дефеминизация. Исследователи полагают, что под влиянием подобных факторов на головной мозг у младенца может возникнуть предрасположенность к последующему поведению, связанному с мужской сексуальной идентичностью. Если же в период внутриутробного развития младенца женского пола не выделяются мужские гормоны, то в структурах головного мозга не

происходит маскулинизации, и в дальнейшем поведение ребенка соответствует женской сексуальной идентификации.

Тем не менее, не удалось установить четкой взаимосвязи между факторами внутриутробного развития и формированием сексуальной ориентации.

Генетические факторы. По некоторым сведениям, гены могут оказывать определенное влияние на поведение человека. Однако очевидно, что связывать напрямую поведение и генетические факторы — занятие неблагодарное. Сторонники генетической обусловленности поведения находят все больше подтверждений того, что некоторые гены могут определять степень выраженности того или иного поведения.

Различия в анатомии головного мозга. В анатомии головного мозга геев и мужчин с гетеросексуальной ориентацией тоже были обнаружены определенные различия. Однако результаты этих исследований нуждаются в дополнительном подтверждении и до сих пор остаются предметом научной полемики.

Многофакторная модель

В настоящее время теоретики отдают предпочтение многофакторной модели, в которой учитываются все факторы, способные оказать влияние на формирование сексуальной ориентации: биологические, психологические и социальные.

Скорее всего, формирование сексуальной ориентации является результатом взаимодействия целого комплекса внутренних и внешних факторов. Вполне вероятно, что в каждом конкретном случае существует своеобразная комбинация факторов, влияющих на формирование сексуальной ориентации. Некоторые «программы», вследствие которых впоследствии формируется индивидуальная сексуальная ориентация, могут возникать в «критические периоды» как внутриутробного, так и постнатального развития, когда происходит взаимодействие между биологическими факторами и факторами среды.

Подавляющее большинство современных теоретиков склоняются к мнению о том, что сексуальная ориентация формируется в результате взаимодействия целого комплекса факторов: биологических процессов и предрасположенности, жизненного опыта, особенностей строения нервной системы и развития головного мозга, а также наследственности.

Стадии формирования гомосексуальной идентичности

Согласно теории Касс, побудительным мотивом развития процесса формирования гомогендерной сексуальной идентичности является сексуальный интерес или влечение к лицу того же пола. Эти переживания не обязательно должны получить непосредственное выражение в виде сексу-

ального поведения. В данном случае достаточно фантазий. Касс подразделяет процесс формирования сексуальной идентичности на шесть стадий и полагает, что существуют индивидуальные особенности развития данного процесса на каждой стадии. По мнению Касс, переход от одной стадии развития данного процесса к другой мотивирован стойкой потребностью сохранить полное представление о себе, в контексте сексуальной ориентации, а также позитивное самовосприятие в условиях данной сексуальной ориентации.

I стадия — сомнения. На этой стадии формирования сексуальной идентичности человек начинает осознавать, что информация о гомогендерной сексуальной ориентации в каком-то смысле имеет отношение к его собственным реакциям. Когда человек понимает, что не может продолжать игнорировать эти совпадения, у него возникают сомнения в правильности сексуального самовосприятия.

II стадия — сравнения. На этой стадии формирования сексуальной идентичности человек начинает ощущать свое отличие от других членов семьи и сверстников. Таким образом, индивид составляет более полное представление о том, что значит быть геем, лесбиянкой или бисексуалом. Едва ли не каждый человек воспитывается с расчетом на гетеросексуальное поведение. В процессе развития гомогендерной идентичности человеку приходится постепенно отказываться от гетеросексуальных принципов поведения, в результате чего может возникнуть ощущение неприкаянности и потерянности.

III стадия — терпимости. Смирившись со своей гомогендерной сексуальной ориентацией и осознавая сексуальные, социальные и эмоциональные потребности, связанные с данной ориентацией, индивид начинает более терпимо относиться к своим предпочтениям и привыкает к ним. Как правило, на этом этапе человек знакомится с другими геями или лесбиянками, благодаря которым получает эмоциональную поддержку, возможность завязать партнерские отношения, наблюдать позитивные ролевые модели и спокойнее воспринимать свою идентичность.

IV стадия — внутреннего принятия своей сексуальности. На этом этапе терпимое отношение к своей идентичности в качестве гея, лесбиянки или бисексуала сменяется положительным самовосприятием. Связь с обществом геев или лесбиянок крепнет. Возникает позитивная идентификация с другими людьми, придерживающимися гомогендерной ориентации.

V стадия — гордости. На этом этапе формирования гомогендерной сексуальной идентичности человек перестает считать гетеросексуальность нормой, на основании которой можно оценивать собственное сексуальное поведение и сексуальное поведение других людей. По мере углубления

идентификации с обществом геев или лесбиянок человек начинает испытывать гордость в связи с принадлежностью к данному обществу.

Дальнейшее развитие процесса формирования сексуальной идентичности зависит от того, каким образом отреагировали близкие люди на известие о том, что данный человек является геем, лесбиянкой или бисексуалом.

VI стадия — синтеза. На заключительной стадии формирования гомогендерной сексуальной идентичности человек перестает разделять окружающих на «наших» (геев, бисексуалов и лесбиянок) и «других» (гетеросексуалов). Человек перестает воспринимать людей в зависимости от их сексуальной ориентации. Теперь процесс формирования сексуальной идентичности закончен.

8. Консультирование индивидуальное и супружеской пары при сексуальных проблемах

Согласно статистике, от той или иной сексуальной дисфункции страдают около 60% женщин и 40% мужчин. Сексуальные сложности могут иметь органическую (физическую) – от 10 до 20 %, смешанную или функциональную (обусловленную психологическими причинами) природу. Поэтому сексология – междисциплинарная дисциплина. Все, что касается «органики» – это область медицины, только врач-сексолог в сотрудничестве с эндокринологом, невропатологом, урологом, гинекологом и т.д. может компетентно отличить норму от патологии, здоровье от болезни и предложить адекватный способ лечения. Сексолог выполняет диспетчерские функции и направляет клиентов к нужным специалистам, в том числе к психологам.

Как правило, клиенты психолога – это клиенты, которые приносят жалобы не на нарушения, а говорят о смущении, незнании, с желанием легализовать тему сексуальности, с запросом на исследование своей сексуальности.

Часть проблем связана с детским опытом клиентов и с родительскими предписаниями и запретами, часть – со сформированными способами получения удовольствия или травмами, полученными в сексуальных отношениях.

Общие правила работы с клиентами с сексуальными проблемами

Психологическая работа с клиентами с сексуальными проблемами бывает трех видов:

- сексуальное просвещение
- консультирование

- терапия.

Как правило, консультирование и просвещение происходят вместе. Сексуальное просвещение является процессом, в котором предоставляется фактическая информация о сексуальности и поощряется изменение установок по отношению к ней. Проблемы часто возникают из-за искаженных представлений о половой жизни, т. е. разного рода гиперожиданий, основанных на мифах. А собственно консультирование заключается в помощи клиентам превратить свое сексуальное образование в адекватное сексуальное поведение.

Во время терапии психолог помогает осознать и устранить дисфункции и дисгармонии в сексуальной жизни.

Одна из главных сложностей при работе с данной темой – это то, что, несмотря на давно свершившуюся сексуальную революцию, активную секс пропаганду и сверхдоступность информации по данной теме (о сексе рассказывают по телевидению, пишут в «глянцевых» журналах, «желтой» прессе и толстых научных монографиях) для многих она остается табуированной, «грязной», неприличной для обсуждения или сложной в предъявлении. Эта область, как и раньше, окружена стыдом, большим количеством гиперожиданий, страхов и, как следствие, разочарований. Проблемы по-прежнему редко обсуждаются с партнером. И даже когда в психотерапии заходит разговор о сексуальности, то большинство людей начинает объясняться неопределенно и общими фразами, например: «Что-то у меня с этим не так...», «У меня есть какая-то проблема с этим»... Говорить об этом не легко, даже если эти проблемы являются основной причиной обращения.

Даже если клиент обратился не из-за сексуальных расстройств, а из-за проблем в семейных или партнёрских отношениях, множество психологических проблем тесно связаны с сексуальной сферой. Наша задача как консультантов – помочь клиентам говорить об их сексуальности. Чтобы это произошло, мы должны создать условия и предоставить пространство. Один из способов поддержки этого процесса – это самим быть свободными в данной теме, пользоваться терминологией, открыто называть те слова, которые не решаются произнести вслух наши клиенты и в особенно сложные моменты оставаться с ними, говорить им «пойдем дальше...». Не игнорируя клиента, не поглощая его, давая ему возможность отступить, потому что сексуальность – это та область, в которой найдется огромное количество запретов, с ней часто связаны сильные чувства страха, стыда и вины.

Важно не торопить клиента, если ему сложно, он смущается. Можно сказать клиенту, что вы готовы подождать и вернуться к теме, когда он будет готов. Если к вам обратилась пара, то очень важно, чтобы они могли поговорить о сексуальности в присутствии третьего лица, т.е. консультан-

та. При сложностях клиента работы с темой сексуальности можно пользоваться метафорическим языком.

Правила сексологического консультирования

Kirkpatrick сформулировал девять общих правил сексологического консультирования:

1. Консультант не должен быть отягощен собственными сексуальными проблемами. Это необходимое условие для адекватного реагирования на соответствующие затруднения клиентов.

2. Консультант должен уметь свободно и открыто говорить о сексуальных проблемах, т. е. не употреблять обтекаемых выражений и правильно использовать сексологическую терминологию.

3. Консультант в некоторых случаях должен первым начать разговор о возможных сексуальных проблемах клиента, поскольку клиенты далеко не всегда прямо говорят о них, даже если они являются причиной обращения.

4. Консультант обязан уметь интерпретировать сексуальные проблемы, когда клиент представляет их в замаскированной форме.

5. Консультант должен быть хорошо осведомлен в различных вопросах сексуальности человека, чтобы предоставить клиентам соответствующую информацию (анатомия, психология полов, фармакология, контрацептивные средства).

6. Консультант должен иметь в виду при консультировании подростков и юношей, что их знания о сексуальности могут быть неполными и искаженными. Следует обратить особое внимание на ранние половые отношения, мастурбацию, использование предохранительных средств.

7. Консультант должен понимать пределы своих возможностей. Не следует заниматься сексотерапией без специальной подготовки.

8. Консультант обязан знать, в каких случаях направлять клиента к другим специалистам, и адреса этих специалистов.

9. Консультант должен отказаться от осуждающих оценок в отношении сексуального поведения и достоинств клиентов.

Теоретически все понятно, однако, в реальности, консультирование клиентов по поводу сексуальных проблем сложная тема, как для клиентов, так и для терапевтов. Клиент, идя на прием, испытывает и любопытство и опасения. Точно так же и терапевт одновременно испытывает и интерес, и опасения – справлюсь – не справлюсь и т.д. Амбивалентность клиента встречается с амбивалентностью терапевта.

Эмоционально-фокусированная терапия

Эмоционально-фокусированная терапия (ЭФТ) – структурированный краткосрочный подход к супружеской терапии, созданный в 80-ые гг. XX века канадскими психологами Сьюзан Джонсон и Лесли Гринбергом. Те-

рапию назвали фокусированной на эмоциях, чтобы подчеркнуть исключительную важность эмоциональных процессов в организации паттернов взаимодействия в паре и в ключевых аспектах внутреннего опыта партнеров по близким отношениям.

ЭФТ – интегративный подход, синтез гуманистической, основанной на переживании терапии и структурного направления системной семейной психотерапии. Теоретической базой ЭФТ служит теория привязанности Джона Боулби и его последователей.

Идеи ЭФТ

1. *Супружеские отношения – это отношения привязанности.* Привязанность – базовая и витальная потребность. Когда эта потребность не удовлетворяется, наступает супружеский дистресс. Именно с этим дистрессом пары приходят к психологу.

2. *Надежная привязанность* обеспечивается взаимной доступностью и отзывчивостью партнеров, их эмоциональной вовлеченностью в отношения. Эти связи реализуют присущую всем нам потребность в безопасности, защите и эмоциональном контакте с другими людьми.

3. *Эмоции – ключ к организации поведения привязанности, к ощущению себя и другого в близких отношениях.* Эмоции придают смысл происходящему, мотивируют к действию и являются средством коммуникации. Эмоции – это музыка любовных отношений. Это то, что меняется в ЭФТ. Новый эмоциональный опыт считается самым важным фактором интрапсихических и интерперсональных изменений.

4. *Проблемы в отношениях* поддерживаются тем, как организовано взаимодействие в паре и доминирующим эмоциональным опытом в отношениях. Эти элементы определяют друг друга. На них фокусируется терапия.

5. *Потребности привязанности рассматриваются как здоровые и адаптивные.* Проблемой является способ, которым люди пытаются удовлетворить эти потребности. Выявление и нормализация потребностей привязанности – ключевой момент ЭФТ.

6. Изменения в процессе терапии происходят ни через инсайт, ни через катарсис, ни через переговоры. Они происходят через *новый эмоциональный опыт*, который люди получают в общении с психологом и друг с другом. По словам Альберта Эйнштейна: знание – это опыт, все остальное – информация.

7. Цель терапии – *построение надежной привязанности в паре.* Надежная привязанность выражается в том, что оба супруга эмоционально включены в отношения, взаимно доступны и отзывчивы, явным образом выражают свои потребности привязанности, адресованные партнеру, и откликаются на призывы другого.

ЭФТ – *краткосрочный подход*. Краткосрочность достигается за счет сфокусированности на потребностях привязанности в паре. Длительность терапии обычно составляет 12-18 сессий.

Целью ЭФТ является построение надежной привязанности в паре, выражающейся во взаимной доступности и отзывчивости партнеров, их эмоциональной вовлеченности в отношения.

Для достижения этой цели психолог решает следующие задачи:

1. Психолог прикладывает усилия к поддержанию терапевтического альянса с каждым супругом и с парой, как единым целым. Надежный альянс создает безопасный контекст для работы с эмоциями. Основной инструмент присоединения к каждому супругу – эмпатическое вчувствование в его переживания. Это работа на близкой дистанции, со вниманием к невербальным реакциям клиентов. Психолог пропускает эмоциональный опыт клиента через себя и отражает его (а отчасти и свое собственное) состояние.

В супружеской терапии важно не только присоединиться к индивидуальным переживаниям каждого, но и к системе супружеских отношений. Помня о цикличном характере взаимодействий в дисфункциональной семье, поддерживающем целостность системы вместе с проблемой (обусловленной небезопасностью привязанности), психолог в эмпатической манере отражает повторяющиеся интерактивные последовательности.

2. Психолог обращает внимание на эмоции привязанности и помогает супругам в безопасном их выражении. По словам Джонсон, «эмоции – это музыка любовных отношений». Привязанность – витальная потребность, поэтому при ее фрустрации люди испытывают экстремальные эмоции – гнев, страх, боль, отчаяние – и зачастую ведут себя экстремальным образом. Психолог разворачивает эмоциональный процесс от вторичных эмоций, выполняющих защитную функцию, к первичным, говорящим о потребностях в близости и страхах не получить желаемое. Как это происходит на практике?

3. Психолог выступает в роли «хореографа парного танца» (метафора С. Джонсон), управляя интерактивными поведенческими последовательностями, или паттернами взаимодействия. Когда связь с любимым человеком переживается как небезопасная, отношения в паре образуют негативные циклы, наиболее распространенными из которых является преследование – избегание, критика – уход в себя, жалобы – отстранение. Психолог рассматривает потребности в безопасном соединении друг с другом как здоровые и адаптивные, а проблему видит в тех способах, какими люди пытаются достичь близости и признания. Эмоциональные процессы, поведенческие реакции и паттерны взаимодействия в паре взаимно обусловлены: то, что (и как) люди чувствуют, думают и делают, создает реальность

их отношений. Для достижения изменений психолог выбирает подходящий момент для интервенции.

Схема-терапия

Большинство конфликтов в парах разворачивается вокруг так называемых «острых углов» личности партнеров. Как правило, влияние личностных расстройств на жизнь пары терапия отношений обходит молчанием, однако исследования подтверждают, что проявления таких расстройств весьма распространены. Относительно свободны от них лишь 23% людей в общей популяции; более 70% «демонстрируют ту или иную степень личностного расстройства» (Джеффри Янг).

Представляется достаточно очевидным, что проблемные черты характера вызывают трудности в межличностных отношениях. Нас привлекает личность партнера, но взаимодействуем мы с его характером. Если у партнера имеются характерологические проблемы (это еще один способ говорить о личностной уязвимости), то трудности в отношениях неизбежны. Некоторые пары отрицают наличие проблем, вплоть до расставания или развода, однако чаще всего у них имеется длительная история скрытых конфликтов, лежащих в основе ухудшения отношений.

ЭФТ работает для большинства пар, проходящих терапию. Однако для пар, в которых оба партнера страдают личностными расстройствами (или пар с выраженными характерологическими чертами, не диагностированными как расстройство), до недавнего времени не существовало доказательных методов терапии. Доказанной считалась эффективность индивидуальной терапии личностных расстройств, прежде всего пограничного расстройства личности (ПРЛ).

Схема-терапия (СТ) обращается к детскому опыту, лежащему в основе психологических проблем во взрослом возрасте, и эффективно «переписывает» опыт отвержения и другие травматические переживания при помощи упражнений в воображении.

СТ развилась из когнитивной терапии как метод лечения трудных пациентов. Джеффри Янг и др. связывали дезадаптивные схемы с опытом оставленности и другими токсичными детскими переживаниями. Схемы являются отражением неудовлетворенных жизненно важных потребностей ребенка и следствием его адаптации к негативному опыту, такому как семейные ссоры, отвержение, враждебность или агрессия со стороны родителей, воспитателей или сверстников, а также недостаточная родительская поддержка и забота. Для СТ характерен фокус на эмоциях и готовность исследовать детский или подростковый опыт, лежащий в основе психологических проблем.

ПЛАНЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Занятие 1. Предмет сексологии. Место сексологии в системе научного знания

Вопросы темы

1. Понятие о сексологии как науке.
2. Понятие «сексуальная культура».
3. Функции, цели и средства сексуальной культуры.
4. Нормативная сторона сексуальной культуры.
5. Принципы организации сексологической помощи.

Практические задания

1. Дайте свое определение понятия «сексуальная культура».
2. На основе теоретического материала выделите основные критерии для определения нормативной стороны сексуальной культуры. Какие вы считаете наиболее объективными?
3. В приложении 1 ознакомьтесь с кейсом. Ответьте на представленные ниже вопросы из роли консультанта. Представьте, что такая клиентка встретилась вам в вашей частной практике. Не ограничивайте себя в размышлениях.
 - Какую дополнительную информацию вы бы хотели получить от Марии?
 - Как вы думаете, чего на самом деле хочет муж Марии? Почему нападает на жену?
 - Что бы вы порекомендовали Марии?
4. Охарактеризуйте основные принципы, на основе которых может быть организована сексологическая помощь.

Занятие 2. Роль и место сексуальности в жизни человека

Вопросы темы

1. Понятие «сексуальности».
2. Основные факторы формирования сексуальности.
3. Аспекты сексуальности.
4. Понятие о сексуальной «норме».

Практические задания

1. Дайте свое определение понятия «сексуальность».
2. В чем основные различия между индивидуальной и партнерской нормой сексуальности?
3. Какие факторы, влияющие на формирование сексуальности, по вашему мнению наиболее значимы?
4. Выполните в тройках технику «Эдипов комплекс». Проанализируйте работу с этой техникой из роли консультанта, используя следующую схему:
 - С какими чувствами и эмоциями клиент приступил к выполнению техники?
 - Опишите, на что вы обратили особенное внимание в рассказе клиента (голос, интонация, эмоциональная окраска, мимические проявления и т.д.) и в какие моменты по ходу техники это проявлялось?
 - Какую информацию о клиенте вам удалось получить с помощью данной техники?
 - С какими ощущениями и мыслями клиент завершил работу?
 - Поделитесь собственными впечатлениями и размышлениями о данной технике.

Занятие 3. Психосексуальное развитие и полоролевое поведение

Вопросы темы

1. Психосексуальное развитие.
2. Этапы психосексуального развития.
3. Половая конституция мужчины.

4. Половая конституция женщины.

Практические задания

1. Дайте определения следующим понятиям: «половое самосознание», «половая роль», «психосексуальная ориентация человека».

2. Охарактеризуйте этапы психосексуального развития по Васильченко Г.С.: границы возраста, название этапа, фазы этапа и их основные проявления, задачи возраста.

3. Иногда на консультацию приходят клиенты с сильной половой конституцией, которые совсем не хотят секса. Предположите, какие внешние и внутренние факторы могут снижать либидо.

4. К вам обратилась пара, у которой очень отличается половая конституция (у одного слабая, у второго сильная). Дайте им рекомендации по поводу того, как организовать свою сексуальную жизнь, чтобы это устраивало обоих. Будут ли различаться ваши предложения в зависимости от того, у кого именно сильная половая конституция: у мужчины или женщины?

5. Прочитайте кейс «Сексуальные фантазии». Представьте, что такая клиента встретилась вам в вашей частной практике. Не ограничивайте себя в размышлениях. Опирайтесь на те знания, которые вы уже получили.

- На что бы вы обратили внимание?
- Как бы вы депатологизировали её фантазии? Что бы сказали?
- Как думаете, на чём произошла фиксация?
- Как бы интерпретировали для клиентки её фантазии?

КЕЙС «СЕКСУАЛЬНЫЕ ФАНТАЗИИ»

Марина, 28 лет, обратилась к психологу на сайт за бесплатной консультацией.

Она написала: «Меня беспокоят мои сексуальные фантазии, своим наличием и содержанием. Нормально ли, что они есть? По содержанию - меня возбуждают темы с принуждением мужчиной к сексу девочек-подростков. Иногда это несколько мужчин. При этом я отождествляюсь с чувствами именно мужчины, я от его лица делаю разные вещи с этой девочкой.

Возможно, это как то связано с моим опытом. В юности я подвергалась домогательствам со стороны дяди, а также меня склонял к сексу друг семьи. Мне было 12-14 лет, и старшие мужчины пытались соблазнить меня в разные периоды этого временного промежутка. Грустно, но без этих фантазий я не могу возбуждаться во время секса.

Сам половой акт меня вводит в тревожность, если я понимаю, что он должен произойти. Мне сложно возбуждаться, и только фантазии о насилии могут вызвать желание.

Секс с мужем бывает точно раз в неделю, в основном два-три раза в неделю. Беспокоит именно сам секс, я для себя выделила некоторые фазы. Чтобы возбуждаться, мне нужно быть в комфорте, чтоб он долго ласкал, когда входит всё нравится. Но потом как будто пропадает возбуждение и я начинаю фантазировать, а фантазии не здоровые... Ещё есть стойкая сексуальная фиксация с детства: меня во сне трогал дядя, я возбуждалась, но не стала кричать и его останавливать. Вроде и страшно, и приятно, и сейчас если такое повторить – реакция моментальная».

Занятие 4. Сексуальное воспитание

Занятие 5. Сексуальные дисфункции

Вопросы темы

1. Цикл сексуальной реакции: основные этапы.
2. Цикл сексуальной реакции: направления работы.
3. Понятие «сексуальная дисфункция».
4. Классификация сексуальных дисфункций.

Практические задания

1. На основе анализа цикла сексуального реагирования Гельмана и сексологических данных об особенностях протекания полового акта, опишите основные половые различия в сексуальном реагировании. Как бы вы консультировали пару по поводу этих различий? Какие рекомендации вы можете дать для их сглаживания? В каких парах этих различий может не быть и почему?

2. Рассмотрите особенности цикла сексуального реагирования в пожилом возрасте. Есть ли там какая-либо специфика? Какие рекомендации вы бы дали по этому поводу клиенту пожилого возраста?

3. Как вы считаете, какие этапы цикла сексуального реагирования в большей степени могут затрагиваться при работе психолога-консультанта? А с какими этапами практически нет смысла работать? Почему (аргументируйте свой ответ и, по возможности, приведите примеры)?

4. Сделайте упражнение «Исследование своей сексуальности» (см. Приложение Б). Обсудите в тройках.

5. Дайте свое определение понятия «сексуальная дисфункция».

6. Сделайте упражнение «Исследование прерывания цикла сексуального контакта» (см. Приложение Б). Обсудите в тройках.

7. На основе теоретического материала выделите основные причины возникновения сексуальных дисфункций. Приведите примеры на каждую причину?

8. Прочитайте кейс «Скорострел» (см. Приложение В). Ответьте на представленные ниже вопросы из роли консультанта. Представьте, что такая клиентка встретилась вам в вашей частной практике. Не ограничивайте себя в размышлениях.

9. Ознакомьтесь с кейсом по работе с травмой (см. Приложение В). Какие направления работы там использовались? Какие способы проработки травмы вы бы могли предложить? Как вы считаете, более эффективно с заявленной проблемой работать индивидуально или с парой? Аргументируйте свой ответ.

Занятие 6. Деструктивная сексуальность

Вопросы темы

1. Понятие деструктивной сексуальности.
2. Понятие «парафилия».
3. Основные критерии парафилии.
4. Составляющие парафилии.
5. Виды парафилий.

Практические задания

1. Дайте определение понятия «парафилия». Какие есть синонимичные понятия? Какие понятия близки к парафилии, но обозначают другие процессы или особенности сексуального поведения?

2. На основе теоретического материала выделите основные критерии для определения парафилии (МКБ-10, DSM-5). Сравните их. В чем они пересекаются, а в чем дополняют друг друга?

3. Выпишите все виды парафилий, которые вы знаете. Разделите их на три группы: 1) те, которые вызывают любопытство; 2) те, к которым вы относитесь равнодушно; 3) те, которые вызывают отрицательные чувства (брезгливость, отвращение, страх, враждебность и пр.).

Обсудите в тройках (или парах) свои ощущения и мысли по поводу процесса выполнения этого упражнения.

4. Какие фильмы или рассказы (книги), в которых представлено парафильное поведение, вы знаете? Приведите пример. Ответьте на вопросы:

- О каком явлении идет речь в книге (или фильме)?
- Какие критерии, признаки парафилии вы можете обнаружить в поведении героев? Поясните ответ.
- Какие чувства вызывает рассказ (фильм)?

5. Выполните в тройках технику «Источники удовольствия для моего тела». Обсудите ее по следующим вопросам:

- С какими мыслями, чувствами и ощущениями в теле клиент выполнял данную технику (важно проанализировать и время написания источников удовольствия, и момент работы в тройке)?
- На каких источниках удовольствия концентрируется клиент (телесных, эстетических, отношенческих, другое...)?
- Чему способствуют перечисленные источники, что они дают клиенту? Как влияют на его жизнь (не забывайте контекст сексуальности)?
- Удалось ли клиенту узнать что-то новое? Захотелось ли убрать что-то из списка или добавить?
- Как вам было работать с данной техникой: что понравилось, а что вызвало сложности (ваш анализ из работы консультанта)?

Занятие 7. Гендерная и сексуальная идентичность.

Вопросы темы

1. Формирование гендерной и сексуальной идентичности в семейной системе.
2. Сексуальная идентичность.
3. Гетеро-, гомо-, бисексуальность.
4. Этапы принятия сексуальной идентичности.
5. Общая тактика консультанта при работе с разными видами сексуальной и гендерной идентичности.

Практические задания

1. Решались ли вы когда-нибудь украсить свой костюм предметом одежды, который считается принадлежностью противоположного пола? Если нет, то почему? Если да, то ответьте на следующие вопросы:

– При каких обстоятельствах вы могли бы появиться в одежде, которая считается принадлежностью противоположного пола: только наедине, в обществе близких друзей, на костюмированном балу, в общественном месте?

– Если у вас есть возможность и желание, попробуйте примерить какой-нибудь предмет одежды, который считается принадлежностью противоположного пола, и взгляните на себя в большое зеркало (обратите внимание на то, что в некоторых общественных местах запрещено появляться в таком виде). Что вы почувствовали, когда увидели свое отражение в зеркале? Стыд? Сексуальное возбуждение? Смущение? Удовольствие? Почему вы ощутили именно это?

2. Оцените нижеследующие качества и подчеркните те из них, которыми вам хотелось бы обладать. Если вы желаете, можете изменить формулировку.

Искренность	Покорность
Благородство	Умение манипулировать людьми
Смелость	Глубокомысленность
Властность	Способность убеждать
Спортивные качества	Ответственность
Заботливость	Самоуверенность
Деликатность	Эмоциональность
Агрессивность	Сексуальность
Дух соперничества	Застенчивость
Рассудительность	Непостоянство
Физическая сила	Надежность

Интеллигентность
Успешность

Честность

А) Теперь выберите из этого списка качества, которые считаются традиционно маскулинными и фемининными. Составьте два списка на отдельных листах бумаги. Некоторые качества могут совпадать. Вы можете включить в ваш список любые другие качества на ваше усмотрение.

Б) Отметьте, какие качества, которыми обладаете вы, упоминаются в двух этих списках. Таким образом вы сможете определить, насколько ваше самовосприятие совпадает с традиционными, по вашему мнению, представлениями о мужских и женских качествах.

3. Какие теории по формированию гомосексуальности вы знаете? Какие из них кажутся вам наиболее убедительными? В чем их слабые и сильные стороны? Аргументируйте свой ответ.

4. При просмотре телевизионных программ и журналов обратите внимание на то, как принято изображать мужчин и женщин. Отметьте, какие мужские и женские образы кажутся вам привлекательными или непривлекательными. Проанализируйте свои предпочтения. Обратите особое внимание на традиционный или нетрадиционный характер изображения мужчин и женщин.

5. Вообразите нижеописанные ситуации и проанализируйте вашу реакцию. Вам не следует размышлять над этими ситуациями и над тем, какой должна быть ваша реакция. Просто отметьте вашу первую реакцию и определите ее значение в контексте представлений о гендерных ролях.

А) Незамужняя женщина желает, чтобы к ней обращались — «девушка».

Б) Замужняя женщина настаивает на том, что в разговоре с ней следует использовать обращение «девушка».

В) Сугубо мужская организация отказывает в членстве женщине.

Г) Сугубо женская организация отказывает в членстве мужчине.

Д) Педсовет школы требует, чтобы во всех классах «школьников воспитывали в духе традиционных семейных ценностей, подчеркивая роль женщины в качестве жены, матери и хранительницы домашнего очага и роль мужчины - в качестве наставника, защитника и опоры семьи».

Е) Выбирая между женатым мужчиной и незамужней женщиной, обладающими одинаковой квалификацией, начальник отдела кадров решает принять на работу женщину, поскольку компании необходимо соблюдать установленную норму.

Ж) После рождения очередного ребенка жена желает продолжить свою карьеру, и тогда отец решает уволиться с работы, чтобы нянчить ребенка.

Занятие 8. Консультирование индивидуальное и супружеской пары при сексуальных проблемах

Вопросы темы

1. Основные этапы психологического консультирования..
2. Модели процесса консультирования (эkleктическая модель, четырехступенчатая модель кристаллизации проблем, ретроспективная модель, пятишаговая модель принятия решений и пр.).
3. Оценка эффективности психологического консультирования.

Практические задания

1. Прочитайте статью Ягнюка К.В. Техника начальной консультации: задачи, навыки и вмешательства. Ответьте на следующие вопросы:

- Какие цели и задачи автор выделяет на начальной консультации?
- От чего зависят возможные направления первичного интервью?
- Какие базовые навыки и технические средства, согласно статье, необходимы для реализации основных задач консультативной встречи?

2. В начале беседы с клиентом иногда возникает необходимость разъяснить ему, что такое психологическое консультирование и кто такие психологи. Составьте свой (авторский) вариант консультативной «презентации».

3. Когда клиент рассказывает о своих затруднениях, он часто допускает в изложении пробелы и искажения. Подберите примеры к перечисленным случаям. Объясните, как консультант может восстановить пропущенную информацию.

1. *Простой пробел:* в рассказе упущены необходимые подробности.
2. *Обобщенные ссылки:* отсутствует конкретика, всё рассказано в общем смысле.
3. *Пробелы в сравнении:* клиент делает имплицитное сравнение, но не указывает, с чем именно сравнивает.
4. *Потеря исполнителя:* оценки и суждения приводятся без ссылки на их источник.
5. *Указание на необходимость:* клиент ссылается на то, что некий человек или он сам должен (не должен), обязан (не обязан) делать, что необходимо, что

нужно делать, но не указывает, почему и зачем он это должен и должен ли вообще; пропущены последствия, точные причины и следствия.

6. *Указание на возможность*: клиент не указывает на причины и реальные возможности, говоря о том, что некто может (не может), мог бы (не мог бы), сможет (не сможет) сделать.

7. *Причина и следствие*: два факта увязываются клиентом в причинно-следственную цепочку без объяснения того, почему это так, почему одно обязательно вытекает из другого и почему не может быть иначе.

8. *Указание на всеобщность*: клиент придает неким фактам неопределенно-универсальный характер, используя слова «всё», «все», «всегда», «все время», «никогда», «никто», «каждый», «ни один» и др., не затрудняя себя примерами или контраргументами.

9. *Неуточненный глагол*: клиент использует неопределенные глаголы, не конкретизируя их фактологический смысл («доверять», «нравиться», «помогать» и пр.).

10. *«Чтение мыслей»*: клиент полагает, что знает, что думают, чувствуют, считают, понимают другие люди и ожидает от других такой же проницательности; он высказывает подобные догадки, не объясняя, как он пришел к соответствующим выводам.

11. *Превращение глаголов в существительные (номинализация)*: клиент рассказывает о чем-то как об уже состоявшемся факте, результате, в то время, как речь идет о происходящем в настоящем времени процессе.

4. Прочитайте приведенный фрагмент. Согласны ли вы с автором? Поясните, что должен сделать консультант в изложенных обстоятельствах.

«Есть клиенты, которые не идут на свободный контакт. Если в течение 10 минут такой человек не заговорит, то желательно не идти у него на поводу и не задавать вопросов, о которых он мечтает, т. е. вопросов о том, почему он молчит. Таким образом психолог берет на себя ответственность за клиента и его активность в ситуации интервью, что противоречит целям консультирования» [1, с. 29].

5. На основании анализа литературы и обращения к собственным ощущениям (или опыту) сформулируйте показатели, свидетельствующие консультанту, что работа с клиентом подходит к концу. Запишите их и аргументируйте.

6. На основе приведенных текстов сформулируйте обобщенные показатели оценки результативности консультирования. Какие из показателей вам представляются наиболее надежными и почему?

1. Об эффективности консультирования можно судить по ряду признаков:
1) удовлетворяющее и клиента и консультанта решение той проблемы, с которой

клиент обратился в психологическую консультацию; 2) появление положительных изменений в тех аспектах переживаний и поведения клиента, на регуляцию которых и было направлено консультирование.

2. Итоги консультирования могут оцениваться: 1) по самоощущению клиента, по тому, насколько лучше он стал себя чувствовать после работы с консультантом; 2) по результатам психологического тестирования состояний клиента; 3) по наблюдениям со стороны за поведением клиента.

3. Причин неэффективного консультирования может быть несколько: 1) незнание консультантом законов развития и изменения того или иного психологического свойства и формы поведения клиента, на которую оказывается воздействие в ходе проведения психологического консультирования; 2) отсутствие оптимальных условий, при наличии которых можно полностью и с успехом реализовать рекомендации, полученные клиентом от психолога, и рассчитывать на положительные результаты; 3) недостаточно сильное желание клиента следовать полученным от психолога-консультанта рекомендациям; 4) неточный, неполный или недостаточный контроль эффективности выполнения полученных рекомендаций; 5) неправильные действия клиента по практической реализации полученных от консультанта рекомендаций.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Кейс «Он меня не хочет»

Клиентка Мария, ей 38, мужу Игорю 44. Пара состоит в официальном браке 19 лет, есть сын 10 лет. Разводиться не собираются. Семья недавно переехала из Москвы в Испанию, сейчас все изучают язык. Оба удаленно работают, ребенок удаленно «ходит в школу».

Основные проблемы, на которые жалуется Мария: отсутствие влечения и агрессивность мужа. У пары по несколько месяцев нет секса. Игорь обвиняет Марию в том, что она «не даёт ему энергии», что после секса с ней ему «как-то не очень», что она не женственная, постоянно кричит или ворчит, неряха, готовит так себе, да и вообще у других женщин всё лучше: вкуснее, чище, они умнее, красивее и т.д.

Мария говорит, что за последние 3 года сильно поправилась. Она «заедала» стресс, связанный с переменами в жизни: продажей квартиры, расставанием с привычным социальным кругом, переездом, обустройством на новом месте, ковидом. Сейчас она занимается спортом, два раза в неделю ходит в тренажерный зал. При росте 166 Мария весит 74-75 кг., три года назад была 62 кг. Но муж ничего не хочет слышать, унижает, называет Карлсоном, плюшкой с жирной начинкой, Колобком. Мария очень обижается и тоже чувствует, как остывает к мужу, злится и не хочет приближаться. Сам муж при росте 178 весит 116 кг и считает себя «парнем хоть куда», потому что он мужчина. Мария никогда не допускает критики в адрес мужа из-за его внешнего вида.

Она признаёт, что запустила себя, но это связано с тем, что Мария боится потратить на себя деньги. В семье сейчас нелегкие времена: переезд по инициативе Игоря, покупка недвижимости в Испании, кредит банку, и Мария считает нечестным увеличивать траты. Мария работает коучем, есть клиенты, но не готова в такой ситуации потратить половину своей заработной платы на косметолога. Игорь зарабатывает в 3 раза больше, о чем каждый раз не забывает напомнить. Напрямую ничего не запрещает, но говорит: «Подумай, может быть надо взять что-то подешевле», «Зачем тебе новая юбка, и так ходить некуда». Мария дожилась до того, что у неё нет ни одной пары туфель – только кроссовки и зимние ботинки.

Она жалуется на то, что не знает, где взять женственность и энергию, откуда черпать силы, как стать красивой и сексуально привлекательной для мужа.

Мария переживает серьёзный кризис эмигранта: на ней и дом, и своя работа, и обучение новому языку, и ребенок, и его уроки, и готовка еды, и

остальной быт, и переживания за мать, которая осталась одна в России. Муж прекратил ходить на языковые курсы, сказал, что надо самим учиться – и ничего не делает, только работает и играет в игры на компьютере. У Марии опускаются руки – в жизни совсем нет позитива, одни упреки: «Ты не так делаешь это, и это не так, и это». И еще одна проблема – они 24 часа находятся дома вместе и очень надоели друг другу.

Мария не раз просила: пока я работаю, если у меня клиенты в выходные – погуляй с ребенком, дай мне хоть немного отдыха от вас, дай мне время побыть одной, чтобы восстановиться. Но муж не соглашается: сидит за компьютером, потом спит полдня, потом опять за компьютер, который стоит рядом с компьютером Марии. Если у неё выходной, а у мужа рабочий день – она идет гулять с сыном, потому что ему тоже сложно без друзей в замкнутом пространстве.

Каждое действие Марии подвергается критике. «Зачем накрашила ресницы?», «Зачем мажешь лицо?», «Живот свой никуда и ничем не спрячешь», «Зачем опять какую-то фигню смотришь», «А ты это сделала? А то?» и т.п.

Мария пытается понять, как пережить этот кризис, как изменить отношения с мужем и есть ли шанс наладить сексуальную жизнь.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

УПРАЖНЕНИЕ «ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕРЫВАНИЯ ЦИКЛА СЕКСУАЛЬНОГО КОНТАКТА»

Сексуальная дисфункция – это любое состояние, мешающее нормально совершить половой акт, «это сложности у мужчин и женщин, касающиеся исчезновения желания, или неспособности адекватно реагировать на сексуальный стимул, т.е. переходить с этапа на этап в реакции сексуального ответа, получая некоторое удовольствие».

Ход работы: ·

Попробуйте исследовать свой цикл сексуального контакта и выявить имеющиеся сложности в прохождении этапов. ·

- На каком этапе происходит срыв цикла контакта? ·
- Как метафорически можно обозначить разные этапы цикла и их срывы? ·
- Нарисуйте, сделайте коллаж или используйте метафорические ассоциативные карты для обозначения вашего цикла сексуального реагирования. Проработайте в малой группе.

УПРАЖНЕНИЕ «ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЕЙ СЕКСУАЛЬНОСТИ»

Представьте вашу сексуальность в образе человека.

Какого она возраста?

Как она выглядит?

Какой характер у вашей сексуальности и в каком она сейчас настроении? Постарайтесь мысленно её описать.

Теперь, когда у вас в голове сложился её образ, возьмите в руки лист бумаги и напишите письмо от ее имени. Оно будет адресовано вам. Пусть в каждом послании сексуальность расскажет, как она живет, в чем сейчас нуждается и о чем вас просит. Уделите этому около 20 минут.

Попробуйте «выключить» внутреннего цензора и писать все, что приходит вам в голову. Отложите письмо на некоторое время, лучше всего – на один или несколько дней, а потом снова прочтите его. Отметьте, какие чувства оно у вас вызовет.

Чего хочет ваша сексуальность? Попробуйте обозначить для себя шаги, которые помогут выполнить ее просьбы

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Кейс «Скорострел»

Клиентка Инесса, замужем 8 лет, обратилась за помощью.

Её история: «Муж – скорострел. Мне не нравится это слово, но это факт. 10 секунд активных фрикций – и все, на «второй заход» он не готов. Но самое главное – ему, видимо, все равно, он на эту тему вообще не парится и даже не пытается продлить половой акт. Скажу сразу, он у меня первый и на текущий момент единственный, оргазма с ним не испытывала никогда и вроде как-то смирилась. Бог с ним, с оргазмом, но он же как-то должен пытаться удовлетворить свою женщину, а не просто раз-два и готово. Пробовала ему тонко намекать – реакции ноль. Даже прямым текстом говорила: «Ты очень торопишься». Его ответ: «В смысле? Я?»».

Запрос клиентки: «Хочу понять, могу я что-то сделать? Какими словами поговорить? В остальных сферах в семье все хорошо, отношения хорошие, с детьми помогает. Разводиться из-за этого не собираюсь, а хочу решить проблему».

Вопросы для анализа.

- 1) Какое расстройство мужа описывает клиентка?
- 2) Какую форму терапии вы бы предложили: индивидуальную, супружескую, семейную?

3) Какую метафору вы могли бы использовать для описания проблемы?

Ознакомительный кейс по работе с травмой

Норман и Дарлин начали испытывать трудности при первой же своей попытке осуществить половое сношение. Уже во время предварительных ласк становилось ясно, что введение пениса во влагалище вызывает у Дарлин неприятные ощущения, а иногда даже боль. Осуществление полового акта оказалось невозможным. В течение какого-то времени они прибегали к другим видам сексуальных действий с целью достичь взаимного удовлетворения, но поскольку проблема сохранялась, они решили обратиться к врачу. Предположив, что трудности вызваны какими-то физиологическими причинами, Дарлин пришла на прием к гинекологу — впервые в своей жизни. Она никогда ранее не проходила внутреннее обследование, фактически избегая его. После обследования гинеколог сообщила Дарлин, что, когда в ее влагалище вводился палец или зеркалоотражатель, оно начинало непроизвольно сокращаться. Врач поставила диагноз «вагинизм» и направила Дарлин и ее партнера к сексотерапевту. Она также уверила Дарлин, что лечение вагинизма почти всегда оказывается успешным.

Сексотерапевт, выясняя прошлый сексуальный опыт Дарлин, попросил ее рассказать о каких-либо тягостных или принудительных сексуальных контактах, в которые ей приходилось вступать прежде. И она впервые смогла рассказать о случае сексуального насилия, который имел место, когда она была еще подростком, а также о том, как ее изнасиловал знакомый, когда она училась в колледже. Она никому не рассказывала об этих инцидентах, разве что вскользь упомянула о них Норману. Сексотерапевт сообщил молодым людям, что многие женщины, страдающие от вагинизма, имели в прошлом подобный негативный сексуальный опыт.

Курс сексотерапии состоял в совместных беседах молодых людей с врачом и серии постепенно усложняющихся упражнений, цель которых состояла в том, чтобы помочь Дарлин чувствовать себя более комфортно при введении пениса в ее влагалище. Через несколько недель она стала вводить во влагалище собственный палец, а затем позволила Норману управлять введением ее пальца во влагалище. Позже она позволила ему использовать его собственные пальцы и, наконец, они смогли осуществить половой акт. Когда процесс терапии подходил к концу, Дарлин сообщила о том, что она наслаждается новым чувством свободы и контроля во время своих сексуальных контактов с Норманом и теперь понимает, в какой степени отражалось на ее сексуальном благополучии напряжение, вызванное полученными ею в прошлом психологическими травмами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ И РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Берн, Э. Секс в человеческой любви. Анализ эго-состояний личности в сексуальных отношениях людей / Э. Берн. – М. : Рипол Классик, 2002. – 320 с.
2. Борисенко, Ю. В. Основы сексологии : учебное пособие для среднего профессионального образования / Ю. В. Борисенко. – Ростов н/Д : Феникс, 2009. – 247 с.
3. Кон, И. С. Сексология / И. С. Кон. – М. : Академия, 2004. – 384 с.
4. Кон, И. С. Введение в сексологию / И. С. Кон. – М. : «Медицина», 1988. – 319 с.
5. Каган, В.Е. Воспитателю о сексологии / В. Е. Каган. – М.: Педагогика, 1991. – 256 с.
6. Келли, Г.Ф. Основы современной сексологии / Келли, Гэри Ф.; пер. Голубев А., ред. Усманов В. – 6-е изд., междунар. – СПб. : Питер, 2000. – 890 с.
7. Лагонда, Г. В. Здоровье семьи в контексте проблемы полового воспитания : [научно-популярная литература] / Г. В. Лагонда ; рец.: В. А. Янчук, М. П. Осипова ; УО "Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина". – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина, 2012. – 122 с.
8. Лагонда, Г. В. Психология супружества : научно-популярная литература / Г. В. Лагонда ; рец.: И. А. Фурманов, М. П. Осипова ; УО "Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина". – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина, 2012. – 109 с.
9. Накамото, С. Чего хотят женщины и как им это получить? : [пер. с англ.] / С. Накамото. – М. ; СПб. ; Нижний Новгород : Питер, 2013. – 240 с.
10. Наварро, Д. Я вижу, о чём вы думаете : [пер. с англ.] / Д. Наварро, М. Карлинс. – 2-е изд. – Минск : Попурри, 2016. – 336 с.
11. Свядоц, А. М. Женская сексопатология / А. М. Свядоц. – М. : «Медицина», 1988. – 173 с.
12. Финкл, Дж. Я – интроверт. Тихони начинают выигрывают : [пер. с англ.] / Дж. Финкл ; пер. К. Захаров. – СПб. : Питер, 2020. – 320 с.
13. Коулмен, П. Как сказать ребёнку о... / П. Коулмен. – М. : Издательство Института психотерапии, 2002. – 399 с.
14. Лагонда, Г. В. Пол и гендер: соотношение понятий / Г. В. Лагонда // Зборнік наукових прац Акадэміі паслядыпломнай адукацыі. Выпуск 3. – Мн. : АПА, 2007. – С. 150 – 166.

15. Лагонда, Г. В. К вопросу о предмете сексологии (размышления врача и психолога) / Г. В. Лагонда // Психотерапия и клиническая психология. – 2009. – № 4 (31). – С. 90 – 97.

16. Лагонда, Г. В. К проблеме создания типологической модели гендера / Г. В. Лагонда // Психотерапия и клиническая психология. – 2007. – № 4. – С. 6 – 9.

17. Лагонда, Г. В. Ребёнок и сексуальность / Г. В. Лагонда // Педагогика и психология семейного воспитания : Научно-популярное издание / М. П. Осипова, Г. И. Малейчук, И. А. Мельничук и др. ; под ред. М. П. Осиповой. – Мн. : ИВЦ Минфина, 2008. – С. 34 – 54.

18. Лагонда, Г. В. Каким могло бы стать половое воспитание / Г. В. Лагонда // Народная асвета. – 2008. – № 6. – С. 52 – 58.

19. Лагонда, Г. В. Каким могло бы стать половое воспитание / Г. В. Лагонда // Народная асвета. – 2008. – № 7. – С. 37 – 42.

20. Лагонда, Г. В. Особенности гендерной идентичности гомосексуалистов / Лагонда Г. В., Ерёмов В. Л. // Психотерапия и клиническая психология. – 2009. – № 1. – С. 14 – 18.

21. Лагонда, Г. В. Представления о норме сексуального развития в контексте проблемы полового воспитания / Г. В. Лагонда // Вучоныя запіскі Брэсцкага дяржаўнага універстэта імя А. С. Пушкіна. – 2009. – Выпуск 5. – Частка 1. – С. 87 – 95.

22. Мередит, С. Детская сексология. Школьный иллюстрированный справочник / С. Мередит. – М. : «РОСМЭН», 1999. – 96 с.

23. Нестеренко, А. В. Основы сексологии. Учебное пособие / А. В. Нестеренко, И. С. Долженко, А. Г. Егоров, Ф. Г. Степанов. – М. : Издательский центр «Академия», 1998. – 160 с.

24. Розенталь, С. Г. Секс после сорока / С. Г. Розенталь. – М. : Издательство Института Психотерапии, 2002. – 256 с.

Примерный перечень вопросов к зачету

1. Предмет сексологии. Ключевые понятия сексологической науки.
 2. Место сексологии в системе гуманитарных и естественных наук.
- Взаимосвязь сексологии и сексопатологии
3. Гомосексуализм: происхождение, разновидности, типичные психологические проблемы.
 4. Общее представление о сексуальности и норме сексуального развития.
 5. Основные факторы формирования сексуальности
 6. Периодизации развития сексуальности человека.
 7. Развитие полового самосознания ребёнка.
 8. Соматосексуальные проявления пубертата.
 9. Этапы становления либидо и их характеристика
 10. Сущность, цель и основные принципы полового воспитания.
 11. Период зрелой сексуальности.
 12. Инволюционный период сексуального развития.
 13. Проблема нормативной оценки сексуального поведения взрослого человека.
 14. Г.С. Васильченко о критериях нормы сексуального развития взрослого человека. Половая конституция мужчины.
 15. Г.С. Васильченко о критериях нормы сексуального развития взрослого человека. Половая конституция женщины.
 16. Концепции гомогендерной сексуальной ориентации.
 17. Определение и этапы принятия сексуальной идентичности.
 18. Определение, критерии, составляющие парафилий.
 19. Классификация парафилий, виды.
 20. Сексуальные дисфункции: определение, причины, классификация.
 21. Сексуальные дисфункции: виды.
 22. Индивидуальное консультирование при сексуальных проблемах: особенности, цикл сексуального отклика.
 23. Консультирование супружеской пары при сексуальных проблемах: эмоционально-фокусированная терапия.
 24. Консультирование супружеской пары при сексуальных проблемах: направления работы, основные подходы (схема-терапия).