

СЕКСУАЛЬНАЯ АВЕРСИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ

**КОЧАРЯН Г.С.: д.м.н., профессор, зам. директора НИИ сексологии и мед.
психологии по научной работе, профессор кафедры сексологии и мед.
психологии Харьковской медицинской академии последипломного
образования МЗ Украины**

На основании определений и характеристик сексуальной аверсии, представленных в современной международной (МКБ—10) и американской (DSM—IVTM) классификациях, описаний этой патологии различными авторами, а также клинических иллюстраций представлена проблема сексуальной аверсии на современном этапе развития учения о сексуальных расстройствах.

Сексуальная аверсия (отвращение) в МКБ-10 соответствует шифру F52.10 и определяется следующим образом: "Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности" [5].

В соответствии с DSM-IVTM (современная классификация, принятая в США) [11], к сексуальному аверсивно-му расстройству (sexual aversion disorder), кодируемому шифром 302.79, относят сексуальное нарушение, которое характеризуют следующие критерии:

1. Постоянное или периодическое чрезмерное отвращение по отношению ко всем или почти ко всем генитальным сексуальным контактам с половым партнером и постоянное или периодическое их избегание.

2. Данное расстройство обуславливается заметным дистрессом или интерперсональными проблемами.

3. Эта сексуальная дисфункция не объясняется иным расстройством Оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции).

H.S.Kaplan [14] отмечает, что сексуальной аверсией следует считать такое расстройство, когда слабое желание сексуальной активности сочетается со страхом сексуальных отношений и непреодолимым желанием избегать сексуальных ситуаций. Y.Ponticas [24] сообщает, что его консультирование женщин, страдающих сексуальной аверсией, обосновывает наличие подчеркнутого избегания сексуальных отношений в качестве диагностического критерия характеризуемого расстройства. Однако в отличие от мнения, высказанного H.S.Kaplan [14], названный автор считает, что у женщин сексуальная аверсия может сочетаться с нормальным половым влечением. При наличии этого расстройства, по его мнению, также может быть сохранена способность к переживанию оргазма. Необходимыми для диагностики и лечения являются выявление и понимание клиницистом избегающего/предотвращающего конфликт подхода, который существует у этих пациентов. Поэтому на всех этапах помощи и лечения у них необходимо активно выявлять особенности бихевиорального (поведенческого) и когнитивного избегания. В связи с этим, как считает автор, терапия характеризуемой патологии не всегда проста и успешна [24].

T.L.Crenshaw [8], описывая *сексуальный аверсивный синдром* (the sexual aversion syndrome), отмечает, что он является широко распространенным, но недостаточно признанным и встречается как у мужчин, так и у женщин. Автор указывает, что сексуальная аверсия может быть первичной и вторичной. Первая из них характеризуется негативным или пассивным ответом на все сексуальные интеракции с периода самых ранних воспоминаний и до настоящего времени, а вторая — непрерывным избеганием сексуальной активности, "доставлявшей удовольствие и желанной" в какой-то промежуток времени в прошлом.

В одной из публикаций в канадском журнале по психиатрии [20] отмечается, что сексуальная аверсия является дисфункцией, которая характеризуется отвращением к половым контактам [18, 26], нежеланием иметь секс и избеганием коммуникации или телесного контакта, которые могут к нему вести. Утверждается, что об этой дисфункции мало написано и что она обычно рассматривается как расстройство, трудно поддающееся лечению [8]. Вместе с тем, сообщается о хорошем и неожиданно быстро наступившем результате терапии первичной сексуальной аверсии при использовании поведенческого подхода. Речь идет о 30-летней женщине — представительнице белой расы, которая была замужем в течение 5 лет. Тем не менее она так и осталась девственницей. Девственником был и ее муж. Пациентка отмечала, что не боится проявлений сексуальности и сексуальных отношений. В ее биографии отсутствовали факты, свидетельствующие о сексуальных домогательствах, нападении или изнасиловании, а также проблемы, связанные с сексуальной ориентацией. Она никогда не испытывала оргазм (даже во время сна) и никогда не мастурбировала. Получала наслаждение от ласк и поцелуев, но дальше дело не шло, так как не позволяла своему супругу переходить к генитальному контакту. Страдала от рецидивирующего депрессивного расстройства. На момент исследования депрессия сохранялась уже в течение 1,5 лет. В связи с этим лечилась нефазодоном (серзоном), который получала в дозе 200 мг 2 раза в день, что давало лишь частичный эффект. Следует отметить, что у этой женщины в раннем детстве имело место отвращение к пище, а потом она испытывала трудности с новой пищей, которую должна была принимать очень медленно в комбинации с привычной. Сексологическое консультирование помогло ей и ее мужу развить положительное отношение к наготe. Пациентка хотела забеременеть, поэтому была очень мотивирована на лечение.

Терапевтический план включал переключение на пароксетин (паксил), который более эффективно воздействовал на ее депрессию.

Одновременно были составлены две поведенческие десенситизационные иерархии, которые предусматривали практические шаги, ведущие к усилению "сексуальной интимности". Одна из них касалась усиления положительного опыта пациентки в открытии своего собственного тела, а другая — партнерских взаимоотношений. В течение последующих 5,5 мес. (всего было 8 сессий, на некоторых из них присутствовал ее муж) она достигла устойчивого прогресса: приобрела способность получать оргазм посредством мастурбации, стала женщиной и забеременела. Сообщается, что эта пара была способна продолжать "сексуальную интимность" на всем протяжении беременности, а также в послеродовой период.

Отмечается, что данный случай иллюстрирует очень хороший результат использования бихевиорального терапевтического подхода, который потребовал редких контактов с одним терапевтом. Как подчеркивается в данной публикации, в литературе одобряется поведенческий подход к терапии [9, 24], когда встречи осуществляются с частотой от ежедневных до двух раз в неделю [22]. Кроме того, данные, представленные в специальной литературе, наводят на мысль о плохом прогнозе для сексуальной аверсии, особенно, как в представленном случае, когда она (аверсия) являлась "глобальной", длилась на протяжении всей жизни и ассоциировалась с депрессией и аноргазмией [8]. Отмечается, что факторами, способствующими достижению благоприятного результата в описываемом случае, явились положительное отношение супругов друг к другу, высокая терапевтическая мотивация, отсутствие в анамнезе сексуальных травм и прямое вовлечение пациентки в создание и изменение иерархий.

Обсуждая проблему сексуальной аверсии, R.Crooks и K.Baur [10] сообщают, что данное расстройство может варьировать от ощущений дискомфорта до чрезмерного иррационального страха сексуальной активности. Даже мысль о сексуальном контакте может приводить к интенсивной тревоге и панике. Сексуальная аверсия может

сопровождаться такими физиологическими симптомами, как потение, учащенное сердцебиение, тошнота, головокружение, дрожь и диаррея, что является проявлением страха.

Анализируя причины сексуальной аверсии и сопряженного с ней страха, названные авторы отмечают, что это могут быть следующие факторы:

- 1) негативные родительские сексуальные взаимоотношения;
- 2) психосексуальные травмы, такие, как инцест или изнасилование, часто предваряющие сексуальную аверсию [21];
- 3) постоянное психологическое давление и переговоры с целью принуждения к сексу;
- 4) повторные безуспешные усилия радовать сексуального партнера или попытки, направленные на преодоление сексуальной проблемы;
- 5) беспокойство, связанное с неразрешенными конфликтами сексуальной идентичности или ориентации, которое способно продуцировать интенсивный страх в ожидании/предвкушении сексуальных переживаний/опыта.

Г.Ф.Келли [3] отмечает, что к сексуальной аверсии может вести чувство беспокойства/фобия по отношению к сексуальному контакту. Некоторые мужчины и женщины начинают бояться или избегать сексуальных контактов или их возможных последствий и в конце концов у них развивается немотивированное отвращение к сексу. Это может быть обусловлено психологическим стрессом, вызванным, в свою очередь, пуританским воспитанием, религиозным окружением, беспокойством по поводу своего здоровья, физическим и/или сексуальным насилием, которому человек подвергался в прошлом. Часто устанавливая близкие отношения с другими людьми, которые способны привлечь к себе их внимание, однако, если отношения становятся более интимными и доверительными, рано или поздно наступает момент, когда они начинают испытывать страх перед сексом. В этом случае их поведение направлено

на поиск предлогов для уклонения от контактов или обвинения в чем-либо своего партнера. Это делается для того, чтобы оправдать свое нежелание заниматься сексом. Например, может возникнуть чрезмерная раздражительность или разборчивость, результатом которых могут стать постоянные конфликты с партнером.

Как мужчины, так и женщины испытывают сексуальную аверсию, но более часто она имеет место у женщин [19]. Существуют данные, согласно которым неприятие сексуальных контактов у женщин проявляется в целом чаще, чем у мужчин. Они более часто сообщают о неприятных ощущениях, связанных с сексуальными контактами, избегании последних, чаще испытывают страх перед половым сношением и больше беспокоятся в связи с возможностью заразиться СПИДОМ, а также из-за вероятности нежелательной беременности [15].

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что в генезе сексуальной аверсии большую роль может играть нарушение межличностных отношений между супругами/сексуальными партнерами, когда сексуальная аверсия является лишь одним из проявлений общего негативного отношения. Ее причинами может стать и грубое поведение мужчины вне и во время интимной близости, неадекватная сексуальная техника, которая препятствует наступлению оргазма у женщины, а также невозможность возникновения последнего в связи с преждевременным семяизвержением.

Нами наблюдалась молодая женщина, у которой к моменту замужества еще не сформировался сексуальный компонент либидо, т.е. она не испытывала физиологической потребности в половых актах, хотя платонический и эротический компоненты либидо достигли своего полного развития. Поэтому ласки и поцелуи предварительного периода приносили ей огромное наслаждение, а собственно половой акт воспринимался как необходимое, но ничего не дающее в плане дальнейшего роста сексуального возбуждения продолжение. Спустя

небольшой период времени из-за плохих отношений с мужем, а также его неадекватной сексуальной техники ласки и поцелуи не только перестали приносить ей наслаждение, но, более того, стали крайне неприятны.

Также нами наблюдался случай, когда поводом для возникновения сексуальной аверсии у женщины по отношению к мужу послужил минет, осуществленный без предварительной гигиенической подготовки пениса. Эта женщина влюбилась в другого мужчину. Своего же мужа она вообще никогда не любила, вышла за него замуж лишь потому, что он ее любил и очень хорошо к ней относился, однако определяющим фактором для принятия решения о заключении брака было желание остаться в Харькове после окончания института. Когда же она начала встречаться с другим мужчиной, безразличие к мужу как к сексуальному партнеру трансформировалось в сексуальную аверсию.

Интерес представляет случай, когда молодой человек испытывал выраженное отвращение при осуществлении полового акта со своей женой, причиной чего оказались густо растущие волосы у нее на ногах. Это вызывало у него сексуальную аверсию. По этой причине, в самом инициальном периоде интимной близости он даже закрывал глаза, чтобы не видеть ее ноги (женился на этой женщине по рекомендации родителей). Он и его жена — представители одной из национальностей, проживающих в Дагестане. Незадолго до женитьбы встречался с девушкой-славянкой, любил ее и хотел на ней жениться, однако затем они расстались. Родители ему постоянно говорили о том, что он должен жениться именно на девушке своей национальности. После разрыва отношений с любимой очень переживал, настроение было резко снижено. Находясь в таком состоянии, послушал родителей и женился на девушке, которую толком не знал и не успел хорошо рассмотреть перед свадьбой. Таким образом, одной из причин сексуальной аверсии также может быть негативное восприятие физических особенностей сексуального партнера.

По нашим наблюдениям, сексуальная аверсия может быть как тотальной (выраженной по отношению ко всем сексуальным партнерам), так и селективной (отмечаемой только по отношению к определенному сексуальному партнеру). Естественно, что по закону реципрокной ингибции (неприятные переживания подавляют приятные и наоборот) при тотальном варианте сексуальной аверсии можно констатировать снижение полового влечения, в то время как при ее селективном варианте это снижение выражено только по отношению к определенному сексуальному партнеру. Кроме этого, согласно нашим наблюдениям, сексуальная аверсия не всегда сочетается со страхом половой близости. Тем не менее наличие этого страха может приводить к появлению сексуальной аверсии. Последняя также может способствовать возникновению страха. Кардинальным признаком сексуальной аверсии, как это следует из названия данной патологии, следует считать отвращение к сексуальным контактам, которое поведенчески проявляется их избеганием. Это избегание может достигаться, например, использованием отговорок со ссылкой на различные мнимые причины, по которым половая близость нежелательна или даже невозможна, а также провокаций ссор, исключающих возможность ее реализации.

Проблема сексуальной аверсии являлась предметом ряда специальных исследований. Так, работа R.C.Katz и соавт. [17] предоставляет дополнительную информацию относительно психометрических свойств шкалы сексуальной аверсии (the Sexual Aversion Scale; SAS). Полученные результаты наводят авторов на мысль о позитивных взаимоотношениях между сексуальной аверсией, генерализованной тревогой и историей сексуального преследования. Отмечается, что женщины сообщали о значительно большей сексуальной тревоге, чем мужчины. Авторы делают вывод, что сексуальная аверсия является многоаспектной проблемой, по меньшей мере, с тремя или, возможно, четырьмя различными измерениями.

R.C.Katz и соавт. [16] провели сравнительное обследование студентов колледжа в 1988, 1991 и 1992 гг. (N = 810). Диагностика базировалась на использовании SAS-и критериев DSM-III-R для сексуальной аверсии. Было выявлено значительное усиление "сексуальной тревоги" в течение этого периода, которая в большинстве случаев могла быть отнесена к страху заражения СПИДом. Хотя женщины в целом сообщали о сексуальном страхе чаще, чем мужчины, различия в выявляемости страха заражения этим заболеванием не отмечались. Полученные данные, по мнению авторов, могут предвещать рост расстройств полового влечения и других сексуальных дисфункций.

Сексуальную аверсию выявляют при психических расстройствах невротического и психотического уровня. Так, например, ее диагностировали у больных шизофренией [2]. Отмечается, что при приступообразном течении шизофренического процесса как депрессивные, так и сексуальные нарушения более выражены: отмечается резкое снижение или отсутствие либидо и оргазма, а также "нежелание жить половой жизнью вплоть до отвращения к половому акту". Сексуальную аверсию диагностировали (редко) и у больных эпилепсией [27]. Данное расстройство, так же как и ослабление либидо, наблюдали и у женщин, страдающих нервной анорексией [12, 23, 25, 28]. Сообщается, что сексуальная аверсия бывает обусловлена употреблением алкоголя и наркотиков, страхом беременности и депрессией.

Сексуальную аверсию выявляют и при других заболеваниях, а также при последствиях их лечения. Так, M.S.Green и соавт. [13] провели пилотное исследование по оценке сексуальной дисфункции у женщин после вульвэктомии (вульва — наружные половые органы). Опрос, состоящий из 88 вопросов, был проведен для оценки представлений образа тела (body image). В качестве клинических диагностических ориентиров использовались критерии, предусмотренные DSM—IV для сексуальных дисфункций. Сорок семь женщин согласились участвовать в

исследовании, а 41 (87%) предоставила отчет о нем. После вульвэктомии у этих женщин было выявлено значительное повреждение образа тела ($p=0,004$). Частота их половой жизни уменьшилась после хирургического вмешательства ($p=0,001$). Также отмечались выраженные сексуальные дисфункции, которые были представлены сексуальной аверсией (sexual aversion disorder; $p=0,01$), расстройством возбуждения (arousal disorder; $p=0,02$) и снижением полового влечения (hypoactive sexual disorder; $p=0,001$). Степень хирургического вмешательства не коррелировала со степенью сексуальной дисфункции ни в одной из категорий. Женщины, у которых во время опроса имела место депрессия, определявшаяся посредством the PRIME-MD scale, были более вероятными кандидатами для развития сексуальной аверсии ($p=0,05$) и имели тенденцию к более частому возникновению расстройств образа тела (body image disturbance, $p=0,1$), а также "глобальной сексуальной дисфункции" (global sexual dysfunction; $p=0,06$). Таким образом, у женщин после вульвэктомии отмечались значительные половые расстройства, однако степень хирургического вмешательства или тип вульвэктомии не коррелировали со степенью сексуальной дисфункции.

Сообщается о возможности существования так называемых специфических аверсии, например по отношению к эрегированному половому члену.

Приведем подробное описание случая сексуальной аверсии из нашей клинической практики, которая, помимо общих проявлений, обладала весьма выраженной специфичностью.

Больная Г., 38 лет, замужем, имеет двух детей (дочь и приемного сына), по образованию медицинская сестра (в настоящее время не работает по специальности). Обратилась за лечебной помощью в связи с сексуальными проблемами (отсутствие полового влечения, резко ослабленный оргазм и др.).

При активном расспросе в связи с этим сообщает: "Мужчина мне не нужен. Мне никогда не хочется, даже когда меня ласкают. При этом мысли заняты совершенно другим". Однако, отмечает, что если муж к ней "пришел, то будь добр, отработай, как положено".

Вместе с тем желание может у нее возникнуть при просмотре эротических фильмов: "во мне что-то загорается, но пока дойду до спальни, мне уже ничего не надо, кроме сна". Иногда во время месячных может испытать кратковременное (1—2 мин) желание интимной близости. Уже в течение года не спит с мужем в одной постели ("убежала от него на второй этаж"). Отмечает, что при половом акте возбуждение наступает: это какое-то "чисто внутреннее ощущение, не сопровождающееся сексуальной тягой. Лежу и думаю, надо его хоть по спинке погладить, ну что я уже совсем как бревно лежу. Надо же человеку отдать должное, ну хоть чуточку". После того как у нее наступил оргазм, муж вводит половой член во влагалище и совершает фрикции. "Это для меня пытка". После полового акта чувствует себя обозленной. Характеризуя свой оргазм, отмечает: "Я получаю оргазм, но только кли-торально и обязательно оральным способом". При оргазме ощущает сокращение мышц, прилив, какое-то напряжение, потом это напряжение снижается за счет сокращения мышц. Но никогда при этом не испытывает полового влечения к мужу. "Никакого ощущения разрядки нет. Что-то слегка приятное есть, но что именно объяснить не могу. Но все равно после полового акта злая, так как удовольствия не получаю: ну посокращались мышцы и по-сокращались. Я никуда не летаю, я ничего не ощущаю. Его (мужа) я во время разрядки не чувствую и меня к нему не тянет". Отмечает, что первые годы совместной жизни с мужем "делала вид, что мне хорошо и приятно во время полового акта. Влагалище увлажнялось, но не более того. Имитировала половое возбуждение и оргазм. Закончилось это тем, что пошла к сексопатологу". Было назначено лечение: массаж клитора, упрощенный вариант упражнений по А.Кegel, пантокрин внутрь

и инъекционно. Через 4 месяца после начала лечения возник оргазм. Это произошло спустя 5 лет после замужества.

Кроме охарактеризованных сексуальных дисфункций, пациентка испытывает выраженное отвращение к сперме (больше к ее виду и меньше к ее запаху), что проявляется при половых контактах с мужем. В связи с названным аверсивным феноменом, а также резко ослабленным половым влечением всякий раз старается уклониться от интимной близости. Об этом, в частности, свидетельствуют следующие ее высказывания: "У меня прекрасный муж, но я его гоняю. Могу придрасться к ерунде и раздуть такой скандал, лишь бы он меня не трогал в сексуальном плане. Иногда иду по дороге и думаю, к чему бы прицепиться, с чего начать, чтобы он ко мне вечером не пришел". Также отмечает, что они с мужем и друзьями периодически выезжают на вылазки. Обычно эти вылазки заканчиваются скандалом, который она специально провоцирует. Так поступает в связи с тем, что, когда муж выпьет, у него возникает желание к сексуальному общению. Своим поведением она срывает его возможные приставания. Отмечает, что когда выпьет хотя бы один глоток, то это подавляет даже те минимальные сексуальные потребности, которые у нее есть.

Сообщает, что мужа в связи с ее сексуальным расстройством и поведением гнетет чувство одиночества ("Я тебе нужен как добытчик, как движущая сила. Если бы я этого не делал (имеет в виду бизнес и ведение хозяйства), ты бы меня бросила. Я боюсь, что почувствую тепло (имеет в виду другую женщину), и тогда я уйду от тебя. Хотя я тебя люблю и не представляю свою жизнь без тебя").

Отмечает, что "ужасно ревнива". Муж "изнывает" от нее, считает, что это связано с тем, что из-за ее расстройства она боится его потерять. Сама же больная говорит: "Боюсь его потерять, боюсь, что его кто-то уведет. Когда он танцует с кем-то, я бы эту женщину, с которой он танцует, задавила бы, патлы бы ей поотрывала". Если по телевизору показывают

женщину, то она "с ума сходит", особенно когда речь идет о "голых бабах". Он вообще о женщинах, которых видит по телевизору, ничего положительного не говорит, так как боится ее реакции.

Характеризуя свое отношение к супругу, сообщает: "Очень жестоко отношусь к мужу. Вижу в нем движущую силу и добытчика, но не мужчину. Хотя ему нужно отдать должное. Он всю жизнь положил к моим ногам, а я стараюсь к чему-нибудь прицепиться, завестись и это только для того, чтобы не иметь половой связи. Мне противно. Не он противен, а сам процесс полового акта, и особенно, когда у него наступает оргазм. Меня всю выворачивает наружу. Я с трудом удерживаю рвоту. К концу полового акта я всегда думаю: так, теперь только бы не вырвать. И вместо того, чтобы заниматься любовью и приласкать мужа, я начинаю мысленно перелопачивать всю свою бабскую жизнь. Иногда я дарю ему кусочек нежности и ласки, но не потому, что мне этого очень хочется, а вроде как обязана. Все-таки обязанности жены хоть изредка, но выполнять нужно. Тем более, я прекрасно знаю, что человека лучше, чем он, я себе не найду. И если я останусь одна, то кроме нищенского существования ничего не обрету. Сейчас я в семье похожа на мегеру, и вопрос стал ребром: или я пойду лечиться и хоть чуточку стану женщиной, или развод (муж говорит, что любит, но больше терпеть у него нет сил). Делать вид, что мне хочется и что мне хорошо, у меня больше нет сил, да и желания тоже. Зачем всю жизнь врать самой себе и мучить возле себя человека?"

Сообщила, что год или два назад муж напомнил, что взял ее замуж не девушкой. Тогда она расплакалась, а потом сказала ему: "Я вас всех сук ненавижу, я тебе за всех отомщу. Я на тебе все вымешу". После этого отношения еще больше ухудшились. "До этого я его доставала, а после этого стала доставать еще больше. У меня болит и кипит. И вообще этот его упрек был как нож в глубину сердца". Потом, когда он пришел к ней извиняться, ответила: "Иди ищи себе девственницу и живи с ней".

В процессе курса лечения мы побеседовали с мужем пациентки. Из этой беседы следовало, что он никогда не изменял жене, находится к ней в подчиненном положении. Несмотря на то, что сексуальное расстройство имеет место у супруги, а не у мужа, она упрекает его в сексуальном отношении и даже называет "сексуальным уродом".

Характеризуя себя, пациентка сообщила, что очень красиво декламирует и всегда в школе вела концерты. Очень хорошо танцует (училась этому), имеет 1-й взрослый разряд по бегу. В школе занималась средне. Лучше давались гуманитарные предметы. В медицинском училище занималась хорошо. По характеру "агрессивная, темпераментная, подвижная (бабушка по отцовской линии была мексиканка)". Лидер в семье. Занимается всеми финансами и контролирует их "до последней копейки". Также говорит, что она "властная, жесткая, но не жестокая, и конкретная. Если что сказала, то дети знают ...". Считает, что это не очень хорошо для женщины. Женщина, по ее мнению, должна быть мягче. Характерологические особенности пациентки (ее выраженный эгоцентризм) подчеркивает и тот факт, что по мере нормализации/улучшения ее сексуальных функций в процессе лечения муж не замечал положительных сдвигов. Это было связано с тем, что свое увеличившееся сексуальное возбуждение она никак не проявляла по отношению к нему в процессе полового акта: сосредоточиваясь на этом возбуждении и связанных с ним переживаниях, она никак не выражала их внешне.

При опросе выяснилось, что в возрасте 16 лет пациентка была изнасилована. После этого испытывает неприязнь ко всем мужчинам, кроме мужа, с которым у нее хорошие отношения. Однако впоследствии оказалось, что последнее утверждение больной не полностью соответствовало действительности. Об этом, в частности, свидетельствовало ее замечание, что когда она ласкает супруга, то думает

при этом: "Ты такой же зараза, как и те, кто меня насиловал".
Обстоятельства изнасилования были следующими.

В 16 лет познакомилась с парнем (ему было 18—19 лет). Немного с ним повстречались (2 недели). На одно из свиданий он приехал на мотоцикле (подъехал к ее дому в 4—5 часов дня) и предложил покататься. Она согласилась. Молодой человек повез ее в лес, где их ожидали его друзья, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения. Сначала обстановка была спокойной, однако прием алкогольных напитков продолжался и "изрядно набравшиеся мальчики решили порезвиться".

Повода для грубого обращения девушка не давала, однако они стали приставать к ней с целью изнасилования. Так как она сопротивлялась, то ее сильно избили. Два человека били, разорвали платье. Били в живот, по печени, "которая болит по сегодняшний день". Насиловал только "ее" парень. Он ввел член во влагалище, который находился там всего пару секунд. Семязвержение не произошло. Сказал, чтобы она не строила из себя девушку (почему-то не было крови, хотя ранее в сексуальном контакте ни с кем не была). Начал на нее кричать, назвал "сукой", использовал другие оскорбления, обвинил ее в том, что она вступает в интимные отношения со всеми. После этих слов "обмякла".

Когда все это происходило, то один из ребят сказал другим, что с ней не следует так себя вести, так как она не проститутка. Однако те не изменили свое поведение после его слов, и он начал с ними драться. Потом этот парень отвел ее домой. Там она быстро передела платье, никому ничего не рассказала из-за того, что крови при введении члена не было (считала, что должна быть).

После изнасилования дважды лежала в больнице по поводу болей в области печени, но никогда не говорила медперсоналу о том, с чем она их связывает. Произошедшее привело к тому, что стала избегать встреч с ребятами, но в скором времени в школе познакомилась с парнем, который стал ее мужем сразу после ее окончания. Отмечает, что замуж вышла "по

любви" и обоюдному согласию, а также в связи с тем, что к тому времени забеременела (в 17 лет). Беременность только ускорила регистрацию брака. Окончила медицинское училище. Первый половой акт с будущим супругом был по ее согласию, но кроме страха и скованности ничего не испытала. Она рассказала о произошедшем с ней несчастье еще до их первого коитуса. Тогда он сказал, что, по его мнению, она осталась девушкой (ведь крови не было). Сообщил, что знал от зачинщика изнасилования о ее первом половом акте, обещал ей, что никогда этим не попрекнет и одновременно говорил: "Не надо меня считать за дурака, ты думаешь я не понимаю, что у тебя до меня были мужчины. Я тебя взял не девочкой". В последующем об этом не напоминал и это не отразилось на его отношении к ней.

Роды в сексуальном плане ничего не изменили. Неприязнь и озлобление к мужскому полу нарастали, хотя рядом с ней был любящий и внимательный муж.

В 18 лет с ней произошло важное для понимания этого случая событие. Ей предложили посмотреть порнографический журнал, на обложке которого она увидела женщину, у которой во рту был мужской половой член, и сперма стекала изо рта по лицу к шее (в дальнейшем в качестве эквивалента используется слово "картинка"). Тогда подумала: "Какая гадость, какая мерзость", в течение дня неоднократно отмечалась рвота (около 5—6 раз), долго не могла есть.

С того времени при одном воспоминании об этой картинке возникает выраженная рвотная реакция (рефлекс), которую она подавляет. Отвращение к виду спермы и ее запаху существует по сегодняшний день.

То же самое происходит, когда предполагается выброс спермы в ее рот или влагалище. В связи с этим отмечает, что, когда у мужа наступает оргазм, она не видит сперму и не ощущает ее запах, но ее "начинает воротить от одной мысли об этом" и она видит картинку, что и вызывает рвотную реакцию. В этот момент у нее возникает следующая мысль:

"Сейчас финал и главное не вырвать, удержаться, как-то себя сдерживать и не показывать..."

В процессе дальнейшего расспроса больная сообщила, что со временем к негативному визуальному воздействию спермы (реальному или репродуцируемому) присоединилось неприятное воздействие ее запаха. Удалось выяснить, что пациентка не исключает связи такого воздействия картинку с изнасилованием, но все же утверждать этого не может. Позже в процессе психотерапии ей удалось осознать эту связь. Оказалось, что во время полового акта она думает, что мужчина не только получает удовольствие, "но еще и извергает всякие ... ". Часто в это время возникают следующие мысли: "Это еще нюхай, глотай, доставляй тебе удовольствие; все мужчины насильники, идиоты..." и т.п.

Вспомнила, что когда увидела картинку, то подумала: "Чтобы доставить Вам наслаждение, мы должны подвергаться такому оскорблению, такой гадости". Муж знает, что у нее возникает рвотная реакция на сперму, хотя она и пытается это скрывать. Однажды при интимной близости он прикоснулся к животу супруги и почувствовал ее позыв на рвоту. После этого в течение месяца не предпринимал никаких попыток к совершению с ней полового акта. Знает о наличии такой реакции у жены давно и интерпретирует это явление как следствие ее неприязни по отношению к нему. Пациентка отмечает, что очень брезгливая, и с возрастом брезгливость нарастает.

Также сообщает, что во время полового акта часто вспоминает поездку в лес с человеком, которому верила. Дополнительно к вышеизложенному было установлено еще одно важное обстоятельство. Оказалось, что с того времени, как пациентка увидела упомянутую картинку на обложке журнала, у нее возникло отвращение по отношению ко всем другим мужским выделениям (слюна, выделения из носа и т.п.).

Сообщает, что после окончания медицинского училища 5 лет работала заведующей молочной кухней у себя в поселке, а потом в течение 8—10 лет

в детском отделении больницы. Затем это отделение закрыли и предложили ей работу медицинской сестры либо в поликлинике, либо в терапевтическом отделении. В этом отделении она не могла работать из-за своей повышенной брезгливости. Однако потом, как отмечает больная: "Я попала работать в противотуберкулезный диспансер (проработала там 2 года). Каждое дежурство у меня выворачивало кишки" (имеет в виду мокроту больных).

При целенаправленном уточняющем расспросе в очередной раз указала, что названное отвращение возникло по отношению ко всем мужским выделениям еще до начала работы в противотуберкулезном диспансере, с того времени, как увидела картинку на обложке журнала. Более того, пациентка сообщила следующее: "Я даже кисель не пью, не ем овсяную кашу. Я ее так любила, мать ее так вкусно готовила. Не ем сейчас из-за того, что в овсянке есть слизь".

На вопрос о том, что, может быть, она трудилась не по призванию, больная ответила: "Да нет, когда я работала в детском отделении, то не брезговала ни соплями, ни калом детей". В подтверждение того, что она спокойно относится к детским выделениям, пациентка сообщила: "Мы усыновили мальчика и к его различным выделениям у меня тоже нет какого-нибудь отрицательного отношения". Также удалось выяснить, что к женским выделениям она относится гораздо спокойнее, чем к мужским.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет. В отношении времени пробуждения эротического компонента либидо четкого ответа не удалось получить. Пробуждение сексуального либидо на момент проведения обследования так и не удалось констатировать.

Отмечает, что в детстве секс был запретной темой. Первые месячные — с 13—14 лет. Потом в течение 6—8 месяцев их не было, а потом они стали наступать регулярно и были безболезненными. В настоящее время болеет поликистозом яичников. Три последних года имеют место частые маточные кровотечения, в связи с чем принимает гормональное

противозачаточное средство трик-вилар (triquilar), которое дает хороший эффект. Обращает на себя внимание избыточный рост волос на теле, в том числе и на ногах, но мужу это нравится.

Таким образом, на основании анализа этого наблюдения можно сделать вывод о том, что изнасилование явилось для больной мощной сексуальной психотравмой, которая привела к возникновению у нее сексуальных дисфункций, а также (по механизму генерализации) негативному отношению ко всем мужчинам. Это в значительной мере распространилось и на ее мужа, которого она воспринимала неоднозначно. Хорошее отношение к нему как к человеку сочетается с негативным к нему отношением, так как он репрезентировал для нее всех мужчин вообще. Увиденная спустя 2 года картинка на обложке журнала привела к появлению многократной рвоты, а затем к многолетней аверсии к сперме. Этот фактор (уиденная картинка) следует рассматривать в качестве разрешающего, так как внутреннее напряжение, обусловившее болезненное состояние, было вызвано изнасилованием и сопряженной с ним ситуацией. В тот момент, когда пациентка увидела картинку на обложке журнала, произошла ассоциация уиденного и психотравмирующего влияния изнасилования, что было осознано больной в полной мере только в ходе психотерапии, которая проводилась много лет спустя. По механизму генерализации отвращение распространилось на все выделения мужского организма (мокрота, слюни и т.п.) и, более того, на те продукты питания, слизистая консистенция которых ассоциировалась с видом спермы.

Для ликвидации отвращения больной к сперме (в контексте данной публикации мы фиксируем внимание именно на ликвидации сексуальной аверсии), а также других сексуальных дисфункций была выработана следующая лечебная программа, включающая 7 структурных компонентов.

1. Изменение отношения к сперме. В связи с этим внимание пациентки фиксировали на том, что сперма весьма ценна по своему составу, так как содержит белки, липиды (жиры), углеводы, витамины, микроэлементы и другие компоненты и наряду с яйцеклеткой является первоосновой для создания новой человеческой жизни.

2. Изменение отношения больной к половому акту в том смысле, чтобы он не воспринимался ею как издевательство над женщиной. В связи с этим ей было сообщено, что мужчины во время интимной близости извергают сперму, теряя, таким образом, весьма ценное вещество, чего не происходит с представителями женского пола, которые при половом акте не лишаются своих яйцеклеток. В результате семяизвержения мужчина расходует большое количество энергии и в подавляющем числе случаев в течение некоторого времени (отличающегося у различных мужчин) не способен к проведению повторного полового акта. Поэтому даосизм предлагает мужчинам осваивать определенные психофизиологические приемы, препятствующие извержению ими спермы во время сексуальных контактов [6].

Пользуясь этими рекомендациями, некоторые далеко продвинутые последователи данной системы имеют только несколько эякуляций в течение всей своей жизни. В соответствии с положениями даосизма "...основные потери энергии у мужчины происходят во время эякуляции, в то время как основные потери энергии у женщины имеют место не во время полового акта, а во время менструаций" [7]. Из этого следует, что половой акт скорее следует рассматривать не как то, в результате чего "выигрывает" мужчина, а совсем напротив ("После того, как у него наступило семяизвержение, он уже ни на что не способен").

В результате таких разъяснений у нашей пациентки зафиксировалась мысль, что "когда мужчина кончит, то это значит, что я его, а не он меня "насилует"".

3. Еще одним направлением в ликвидации аверсии к сперме было применение метода взмаха.

Проведенный нами сеанс протекал следующим образом.

Вначале попросили пациентку увидеть названную картинку на обложке журнала с изливающейся на лицо женщины спермой. Затем сеанс был продолжен.

Вран: Теперь я хочу, чтобы вы увидели эту картинку по-другому, образ себя такой, которая смотрит на это спокойно, с новым знанием, пониманием, как бы Вы хотели это видеть, как бы хотели воспринимать.

Пациентка: Нет, сдвиг есть (имеет в виду результат проведенной ранее когнитивно-ориентированной работы — 1-й и 2-й компоненты психотерапии), потому что если бы мне раньше об этом говорили, то у меня бы сейчас возникла рвотная реакция (это представление хотя и вызвало отрицательную реакцию, но меньше, чем предыдущая картинка).

Врач (продолжая): Я хочу, чтобы Вы увидели образ себя иной, с новым знанием, пониманием смотрящей на сперму.

Затем вновь был вызван яркий образ/сцена, когда она впервые увидела картинку на обложке журнала. Это, однако, не сопровождалось выраженной аверсивной реакцией, т.е. хотя реакция и была негативной, но ее интенсивность была небольшой. В этом репродуцированном образе нашли маленькое темное пятно на ее лице, по форме напоминающее пуговицу, освещенность которого была гораздо меньше, чем всего остального образа.

Побудили пациентку увидеть там образ женщины с иным, альтернативным отношением к сперме. Затем увеличили этот образ в размерах, интенсифицировали его яркость и "смахнули" им предыдущий образ. Вследствие этого новое яркое изображение заняло весь экран. Тем не менее, появление образа женщины, по-другому смотрящей на сперму, вновь сопровождалось возникновением неприятных ощущений. После этого пациентка получила инструкцию открыть глаза.

Аналогичным образом "взмах" был проведен еще дважды. Затем при выполнении 4-го "взмаха" мы попросили ее увидеть в темном пятне, расположенном на лице ее изображения на экране, женщину, похожую на нее, которая совершенно спокойно реагирует на сперму. По мере выполнения "взмаха" мы сказали ей, что она и есть эта женщина, и она увидела свое лицо вместо лица этой женщины. Пациентка отметила, что относится к этой картинке спокойно.

5-й "взмах" проводился точно по такому же сценарию, как и предыдущий. Реакция на сперму в новом изображении, которое "смахнуло" старое, когда пациентка видела себя в 18 лет, смотрящей на картинку на обложке журнала, была аналогичной, т.е. никакой аверсии по отношению к сперме отмечено не было.

4. Следует отметить, что охарактеризованные выше психотерапевтические воздействия были не единственными. Дело в том, что еще до использования метода "взмаха" пациентке был проведен первый сеанс гипнока-тарсиса, когда ее "погрузили" в ситуацию изнасилования и она пережила ее вновь. В дальнейшем (после того, как метод "взмаха" был осуществлен) мы провели еще 2 таких сеанса. Терапевтическое влияние гипнокатарсиса на аверсию к сперме также следует учитывать, так как он освобождает организм от неотрагированной патогенной энергии, питающей невротические симптомы.

Хотелось бы специально отметить, что после проведения второго гипнокатартического сеанса, когда больная еще находилась в гипнотическом состоянии, мы попросили ее вновь вспомнить себя в 18-летнем возрасте в тот момент, когда она впервые увидела на обложке журнала картинку, о которой идет речь. Это было сделано для того, чтобы пациентка точно восстановила в памяти, что конкретно тогда вызвало рвоту. Когда репродуцировали эту ситуацию, она сказала, что когда увидела сперму, то подумала: "Мало того, что мужчины издеваются над

женщинами, так еще плюс к этому физическому насилию такая мерзость, такая гадость".

5. Также больной была проведена психотерапевтическая техника, направленная на частичное "изменение биографии". Она заключалась в том, что под влиянием наших внушений пациентка в гипнотическом состоянии пережила события, альтернативные изнасилованию и тому, что непосредственно было связано с ним. Мы внушали ей (и она видела этот сюжет), что еще перед тем, как инициатор изнасилования (парень с которым она встречалась) приехал к ней на мотоцикле, начала терять к нему интерес и при его ласках и поцелуях ничего приятного не чувствовала. Когда же он приехал на мотоцикле, чтобы повезти ее в лес, она сказала, что занята. Сослалась на то, что мать ей поручила какую-то работу по дому и она ее должна выполнить, ей вовсе не хотелось с ним встречаться. Также, в соответствии с проводимыми внушениями, когда они разговаривали с мотоциклистом, вышла мать и напомнила ей о своем поручении. Кроме того, пациентка своим поведением дала понять парню, что не хочет с ним встречаться. Он уехал и потом к ней больше не приезжал. Только несколько раз видела его издали, хотя они и жили в одном поселке.

После проведения этой техники отмечала, что к факту изнасилования стала относиться абсолютно безразлично.

6. Также в связи с описанными выше неадекватными сексуальными дисфункциями проводилось гипносуггестивное программирование успешно протекающего полового акта (с момента начала предварительного периода и до наступления оргазма) и моделирование в гипнотическом состоянии нормального течения предварительного периода [4].

7. Осуществлялись рекомендации по оптимизации сексуальной техники и межличностных отношений в супружеской паре.

Проведенное лечение было эффективным: ликвидировалось отвращение к сперме и негативное отношение к мужчинам, усилилось половое влечение и явно проявился его сексуальный компонент, увеличилось половое возбуждение, улучшились характеристики оргазма.

Список литературы

- 1. Бэндлер Р. Используйте свой мозг для изменения. Нейро-лингвистическое программирование/ Под ред. К. Андреас и С. Андреаса: Пер. с англ. — СПб.: Ювента. 1994. — 168 с.**
- 2. Голубцова Л.И. Малопрогоидиентная шизофрения с сексуальными нарушениями у женщин: Автореферат дисс. на соискание уч. степени к.м.н. — М., 1988. — 15 с.**
- 3. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии/ Пер. с англ. - СПб.: Питер, 2000. - 896 с.**
- 4. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия: Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. - С. 47-66.**
- 5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — СПб.: АДИС, 1994. - 304 с.**
- 6. Цзя М., Арава ДА. Сверхвозможности мужчины, доступные каждому. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина / Пер. с англ. — М.: Либрис. 1996. — 320 с.**
- 7. Цзя М., Цзя М. Даосские секреты. Совершенствование женской сексуальной энергии/ Пер. с англ. — М.: Либрис, 1995. - 400 с.**
- 8. Crenshaw T.L. The sexual aversion syndrome// J. Sex. Marital Ther. - 1985. - Vol. 11 (4). - P. 285-292.**

9. **Crenshaw T.L., Goldberg J.P., Stern W.C. Pharmacological modification of psychosexual dysfunction// J. Sex. Marital Ther. — 1987 - Vol.13 (4). — P. 239-252.**
10. **Crooks R., Baur K. Our Sexuality. Fourth Edition. — The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. — 850 p.**
11. **Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Fifth printing. — Washington: American Psychiatric Association, 1996.**
12. **Female Sexual Disorders: Psychiatric Aspects// Canadian Journal of Psychiatry. - 2002. — Vol. 47, Issue 5. - P. 419-425.**
13. **Green M.S., Naumann R.W., Elliot M., Hall J.B., Higgins R.V., Gnesby J.H. Sexual dysfunction following vulvectomy// Gynecol. Oncol. - 2000 Apr. -77(1). - P. 73-77.**
14. **Kaplan H. The Illustrated Manual of Sex Therapy. — New York: Brunner/Mazel, 1987.**
15. **Kaplan H.S. The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation. — New York: Brunner/Mazel, 1995.**
16. **Katz RC, Frazer N., Wilson L. Sexual fears are increasing// Psychol. Rep. - 1993 Oct. - 73(2). - P.476-478.**
17. **Katz RC, Gipson M., Turner S. Brief report: recent findings on the Sexual Aversion Scale// J. Sex Marital Ther. — 1992 Summer. - 18(2). - P. 141-146.**
18. **Katz RC, Jardine D. The relationship between worry, sexual aversion and low sexual desire// J. Sex Marital Ther. — 1999. — Vol. 25. - P.293-296.**
19. **Kolodny R., Masters W., Johnson V. Textbook of Sexual Medicine. — Boston: Little, Brown, 1979.**
20. **LETTERS TO THE EDITOR// Canadian Journal of Psychiatry. - 2001. - Vol.46, Issue 6. - P.559-564.**

21. LoPiccolo J. Advances in diagnosis and treatment of sexual dysfunction. Paper presented at the Twenty-Eighth Annual Meeting of the Society for the Scientific Study of Sex. — San Diego, 19—22 Sept. 1985.
22. Marks I.M. Review of behavioural psychotherapy. II: sexual disorders//Am. J. Psychiatry. - 1981. - Vol. 138. - P.750-756.
23. Morgan J.F., Lacey J.H, Reid F. Anorexia nervosa: changes in sexuality during weight restoration// Psychosom. Med. — 1999. — Vol. 61. - P. 541-545.
24. Ponticas Y. Sexual aversion versus hypoactive sexual desire: a diagnostic challenge// Psychiatr. Mecf. — 1992. — 10(2). — P. 273-281.
25. Raboch J.S. Faltus F. Sexuality of women with anorexia nervosa // Acta Psychiatr Scand. — 1991. - Vol. 84. - P. 9-11.
26. Schover L.R., LoPiccolo J. Treatment effectiveness for dysfunctions of sexual desire//J. Sex. Marital Titer. - 1982. - Vol. 8(3). - P. 179-197.
27. Silva H.C., Carvalho M.J., Jorge C.L., Cunha Neto M.B., Goes P.M., Yacubian E.M. Sexual disorders in epilepsy. Results of a multidisciplinary evaluation// Arq. Neuropsiquiatr. — 1999 Sep. — 57(3B). - P. 798-807.
28. Wiederman M.W, PryorT., Morgan CD. The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa and bulimia nervosa // Int. J. Eat. Disord. - 1996. - Vol. 19. - P. 109-118.

SEXUAL AVERSION: MODERN ANALYSIS OF THE PROBLEM

KOCHARYAN G.S.

The definitions and characteristics of the sexual aversion disorder are given according to the last international (ICD-10) and US (DSM-IVTM) classifications. Descriptions of this pathology by the different authors, data on some scientific researches of the named pathology, and its clinical illustrations are adduced also. Thus, the sexual aversion problem is submitted at the modern development stage of the sexual disturbances teaching.

**Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Сексуальная
аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. –
2003. – №9. – С. 7–14.**