

Содержание

<i>От автора</i>	5
<i>Глава 1,</i> в которой выясняется, что с нами все нормально.....	7
<i>Глава 2,</i> в которой мы отделяем сексуальные проблемы от медицинских.....	17
<i>Глава 3,</i> в которой всем не до секса.....	27
<i>Глава 4,</i> в которой мы ищем белые пятна на карте сексуальности, а находим точку G.....	43
<i>Глава 5,</i> в которой люди учатся говорить о сексе.....	65
<i>Глава 6,</i> в которой мы спасаем секс от супружеского долга.....	93
<i>Глава 7,</i> в которой секс предстает максимально разнообразным.....	117
<i>Глава 8,</i> в которой будет немного больно.....	141

<i>Глава 9,</i> в которой техника в сексе все равно не главное.....	155
<i>Глава 10,</i> в которой все учатся и просвещаются.....	167
<i>Заключение</i>	181

От автора

Такой книги о сексе и сексуальности в России еще не было. Я пишу о сексе не как о физиологическом процессе, а как о важной части жизни людей, как о языке общения, которое доставляет удовольствие и позволяет понять друг друга. В этой книге нет технических приемов, нет идеальных пар и героев-любовников. Ведь на самом деле большинство людей интересуют совсем другие проблемы. Что влияет на нашу сексуальность? Как принять свое тело и тело партнера со всеми особенностями, включая вес и возраст? Какие бывают оргазмы, как их получить и всегда ли это необходимо? Как говорить с партнером о том, что нравится, а что нет? Как отказаться от секса, если сейчас не хочется, и при этом сохранить отношения? Как поддерживать свежесть сексуальности в многолетнем браке, в том числе после появления детей? Можно ли заниматься сексом со множеством партнеров, быть полигамным и полиаморным? Что такое парафилия? Как соотносятся пол, гендер, ориентация и сексуальность? Как связаны секс, агрессия и боль? Нормально ли быть асексуалом? Как выбрать хорошего сексолога? Каким станет секс через 10, 50 и 100 лет? Для нас нет запретных тем. Эта книга для любознательных, для тех, кто хочет понять, как меньше стыдиться, больше принимать и разговаривать с партнером и получать истинное удовольствие от сексуальной сферы жизни. Реальные кейсы и вопросы клиентов придают повествованию живость и остроту. Эта книга про:

- незабываемые ощущения несовершенных людей, которые можно углубить и разнообразить;
- реальность, в которой удовлетворяющего секса меньше, чем нам бы хотелось;
- глубокий контакт между партнерами, и неважно — одна ли это ночь или 50 лет брака.

Глава 1, в которой выясняется, что с нами все нормально

Сексуальные проблемы: что мы под этим понимаем

Ко мне приходят люди, которые определяют свои сложности как «проблемы в сексе», «проблемы с сексом», «сексуальные проблемы». Хотя клиенты одинаково называют свои проблемы сексуальными, на самом деле они очень разнородны. Так происходит потому, что на сексуальную сферу человека влияет множество факторов: физиологических, психологических, бытовых, социальных и т. д. Внутри каждой группы факторов формируются сотни причин, по которым возникает то, что человек называет «сексуальной проблемой». Часто кажется, что эти факторы и причины далеки от сексуальности в узком смысле слова, хотя к проблеме приводят именно они.

Факторы, из-за которых возникают проблемы с сексом:

1. Общее физическое и психическое здоровье, степень удовлетворенности физиологических потребностей в пище, сне, безопасности.
2. Недостаточно гибкие представления о том, каким может быть мое тело, тело партнера и сам секс; жесткие нормы и стереотипы, комплексы, психотравмирующий опыт, скрытое негативное отношение к телесности и сексуальности в целом.

3. Неумение или нежелание партнеров (или одного из них) договариваться о том, как заниматься сексом так, чтобы каждому было хорошо.

Чтобы понять, где корни вашей проблемы, задайте себе следующие вопросы:

1. Испытываете ли вы боль, неприятные ощущения во время секса? Чувствуете ли вы себя в безопасности со своим партнером или он плохо к вам относится (бьет, оскорбляет)? Есть ли в вашей жизни постоянная тревога, страх, апатия? Есть ли сейчас какая-то серьезная проблема, которую вы вынуждены решать (болезнь близкого, трудности на работе и т. п.)? Насколько велика ваша усталость или ежедневный уровень стресса?

Если у вас много ответов «да», то, скорее всего, ваши сексуальные проблемы лишь часть другой, более общей проблемы. Об этом мы поговорим в главе 3.

2. Есть ли у вас жесткие негативные убеждения по поводу секса, которые вы вынесли из семьи (например, секс до брака неприемлем, секс — это грешно, мужчины опасны, удовольствие получать не обязательно и т. п.)? Вы выросли в консервативной, религиозной семье, где вопросы сексуальности были табуированы и никак не обсуждались? Вы подвергались насилию, вас принуждали к сексу? Был ли у вас сексуальный опыт, которого вы стыдитесь? Может быть, вы не принимаете свое тело, вам не нравится ваша внешность? Есть ли у вас убеждения насчет возраста или гендерного поведения, своего или партнера (например, «женщина не должна...», «в моем возрасте нельзя/пора...»)? Кто-либо критиковал ваше тело, сексуальность, манеру поведения (в частности, «ты ведешь себя как шлюха», «ты слишком жирная», «ты импотент»)?

Если здесь много ответов «да», то проблемы вашей сексуальности лежат в области чувств, эмоций, возможно, травм, неосознанных комплексов и стереотипов. Мы поговорим об этом в главе 4.

3. Вам нравится секс, но не удовлетворяет имеющийся? Вы не можете сказать партнеру о своих желаниях во время секса или «на берегу»? Вы говорите с партнером, тогда как он не слушает вас и делает то, что вас не устраивает? Вы часто чувствуете обиду, злость на партнера, в том числе после секса (или вместо секса, если он не случился)?

Если вы отвечаете «да» на эти вопросы, то у вас и вашего партнера проблемы с коммуникацией, общением, формированием партнерской нормы. В главе 5 мы охватим эту обширную и сложную тему.

Что такое хороший секс

Хороший секс в обычном понимании — это нечто противоположное сексуальным проблемам. Хотя многие люди, которых удовлетворяют их сексуальные отношения, все-таки не считают свой секс хорошим. Они беспокоятся, что эти отношения неправильные, а секс у них ненормальный: например, люди, не практикующие проникающий секс, мужчины, которые кончают «слишком быстро», или женщины, испытывающие оргазм только при мануальной стимуляции клитора, а не во время пенетрации.

Существуют ли объективные критерии, по которым можно точно определить, хороший у вас секс или нет и есть ли с ним проблемы?

Совершим маленький экскурс в историю сексологии, чтобы увидеть, как менялось понятие сексуальной нормы на протяжении последних ста лет.

Впервые в рамках научного подхода попытки изучить сексуальное взаимодействие людей были предприняты в конце XIX в. немецким психиатром Рихардом фон Крафтом-Эбингом. В 1886 г. он опубликовал книгу «Половая психопатия»* (Psychopathia Sexualis), где была предложена классификация половых расстройств и основное внимание было направлено на радикально отклоняющиеся формы сексуального поведения (убийства на сексуальной почве, некрофилию, каннибализм). Работа выдержала 12 изданий, и автор считается основателем современной сексологии.

В конце XIX — начале XX в. изучением сексуальной жизни занимались такие врачи, как Август Форель (Швейцария), Альберт Молль, Иван Блох и Магнус Хиршфельд (Германия), Зигмунд Фрейд (Австрия), Генри Хэвлок Эллис (Англия). Они сталкивались со множеством трудностей, подвергались насмешкам, их труды запрещались цензурой, а основанный в 1919 г. Хиршфельдом Институт сексуальных наук впоследствии был разгромлен фашистами. Несмотря на все препятствия, фундамент для научных исследований сексуальности был заложен, хоть и с оговоркой: все указанные врачи работали в рамках не сексологии, а сексопатологии, изучая крайние, отклоняющиеся и редко встречающиеся варианты сексуального поведения: например, у людей с психическими расстройствами или осужденных за преступления на сексуальной почве.

Постепенно клинические рамки сексологии расширились. В конце 1930-х гг. американский ученый Альфред Кинси начал масштабнейшее по тем временам исследование сексуального поведения. Он провел около 19 000 интервью с мужчинами и женщинами и опубликовал итоги своей работы в книгах «Сексуальное поведение самца человека (Sexual Behavior in the

* Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. — М.: Родина, 2019.

Human Male, 1948) и «Сексуальное поведение самки человека»* (Sexual Behavior in the Human Female, 1953). В сексологии впервые появились количественные данные, но Кинси заплатил за это очень дорого. Публикация его работ вызвала огромный скандал. Кинси критиковали за аморальность и безнравственность, он был обвинен в антиамериканской деятельности и создании почвы для коммунистического переворота. В 1956 г. он умер от сердечного приступа, и лишь позже его заслуги были оценены в полной мере. Основанный им Институт сексологии при Индианском университете до сих пор остается крупным исследовательским центром.

По мере развития науки исследователи сексуального поведения расширяли арсенал методов. От опросов и анкетирования ученые перешли к лабораторным исследованиям.

В 1957 г. американский гинеколог Уильям Мастерс и психолог Вирджиния Джонсон начали наблюдать и регистрировать физиологические реакции человека во время полового акта. Спустя девять лет ими были собраны материалы по 10 000 эпизодов сексуальной активности у 382 женщин и 312 мужчин. Эти данные легли в основу опубликованной в 1966 г. статьи «Сексуальные реакции человека». Мастерс и Джонсон впервые объективно описали и сформулировали основные фазы копулятивного цикла: возбуждение, плато, оргазм и разрешение, а также оценили отдельные физиологические параметры для каждой фазы. На основании этой модели была разработана парная секс-терапия для лечения сексуальных дисфункций — метод, показавший высокую эффективность.

В середине 1970-х гг. доктор медицины и психологии Хелен Сингер Каплан, профессор Корнеллского медицинского колледжа и сексотерапевт, добавляет к модели копулятивного цикла еще

* Батлер-Боудон Т., Кинси А. Сексуальное поведение самки человека. — М.: Бомбора, 2018 (цифровая аудиокнига).

одну фазу — влечение и продолжает совершенствовать методы лечения сексуальных проблем.

Подходы Каплан, Мастерса и Джонсон долгое время были ведущими в понимании сексуального взаимодействия людей. Однако со временем стали заметны ограничения этих моделей.

Во-первых, многие специалисты рассматривали другие варианты сексуального взаимодействия (например, когда пара не занимается проникающим сексом или проскакивает какую-то из фаз) как нарушения, которые надо лечить. Понятие сексологической нормы становилось все более жестким, появлялись новые диагнозы. В научном сообществе обсуждались вопросы: какое количество половых актов в неделю считать нормальным, а в каких случаях говорить о гипер- или гипосексуальности. Люди, которые не проявляли интереса к сексу (асексуалы), стали расцениваться как нездоровые, даже если они сами не рассматривали свою особенность как отклонение.

Во-вторых, стало заметным влияние господствующей патриархальной культуры. Сексуальное взаимодействие поделилось на *собственно секс*, включающий фрикции и семяизвержение, и *предварительные ласки*. Таким образом, главной фигурой в сексе по умолчанию оставался мужчина, и все фазы и нормативы секса рассматривались исходя из процессов, происходящих с мужчиной. При этом женское сексуальное удовольствие часто рассматривалось как труднодостижимое и необязательное.

В-третьих, в центре внимания сексологов оказалась *физиология* полового акта. Сексуальное взаимодействие определялось преимущественно как процесс в области гениталий, особенности психики партнеров учитывались мало. Сексуальная терапия фокусировалась на конкретных технических приемах достижения оргазма или усиления возбуждения. А такие факторы, как, например, влияние пережитого сексуального насилия на влечение, часто оставались за кадром консультации.

Культурные и социальные сдвиги, связанные с увеличением роли женщины в обществе и с нормализацией практик, которые раньше считались маргинальными, нередко запретными и постыдными, привели к постепенному пересмотру сексологами жестких нормативов секса. Понятие сексуального взаимодействия расширяется, как и список факторов и причин, которые могут обуславливать сексуальное поведение. Сексология становится междисциплинарной наукой.

В России до сих пор сексологом часто называют врача-психиатра со специализацией в сексопатологии. Это важное различие в мировоззрениях и подходах. Сексопатолог традиционно ориентирован на то, чтобы находить физиологические и психологические *отклонения от нормы* и *лечить* их. Сексопатолог не работает с парами, таким образом не вполне правомерно разграничиваются проблемы с сексуальной функцией отдельного человека и проблемы в отношениях.

Напротив, в Европе и США сексолог и сексотерапевт не врач, сравнивающий секс своего клиента с нормативами и лечащий отклонения, а психолог и психотерапевт со специализацией в сексологии, который выясняет, что мешает человеку или паре получать от секса максимальное удовольствие. Он достаточно квалифицирован, чтобы в результате беседы заподозрить медицинскую проблему и направить человека к врачу (психиатру при депрессии, урологу или эндокринологу при функциональных нарушениях работы соответствующих систем организма), а с сексуальностью индивида и комфортом в паре работает сам.

И главное: критерии хорошего секса изменились с нормативных (как должно быть) на субъективные (почему конкретной паре или конкретному человеку хорошо или плохо).

Это называется **партнерской нормой**.

Партнерская норма в сексе — это норма в отношениях конкретных половозрелых людей, которые договорились, что все происходящее между ними осуществляется по обоюдному желанию и доставляет им удовольствие.

В наше время партнерская норма и есть тот золотой стандарт, к которому сексолог хочет привести своего клиента. Никаких других норм не существует.

Множество людей договариваются о границах, знают, что именно в их паре называется сексом, с удовольствием занимаются им, и эта сексуальная жизнь их в целом устраивает. И даже если мы встанем со свечкой над каждой парой, строго задокументируем «обычный секс большинства» и выведем средние показатели, это не поможет получить больше удовольствия конкретному человеку, которому нравится заниматься сексом реже или чаще, делать это дольше, получать или не получать оргазмы определенным способом.

Абсолютно нормально:

- хотеть секса много раз в день, раз в неделю, раз в месяц или не хотеть его вообще (есть вполне здоровые асексуальные люди);
- иметь одного партнера, нескольких партнеров, множество партнеров в течение жизни или в течение одного полового акта;
- продлевать половой акт или заканчивать его быстро;
- быть девственником или девственницей в любом возрасте;
- возбуждаться в определенных (любых) обстоятельствах и при определенных (любых) условиях;
- хотеть прикосновений, а не проникающего секса;

- получать оргазм только от мастурбации или не получать его вообще, если отсутствие оргазма не приносит дискомфорта;
- хотеть людей своего пола, другого пола и тех и других;
- возбуждаться от каких угодно фантазий, в том числе агрессивных, постыдных, запретных или абстрактных;
- менять свои сексуальные предпочтения на протяжении жизни в зависимости от обстоятельств, партнеров и их желаний;
- и многое другое.

Список критериев нормального и хорошего секса — открытый. Повторю еще раз: в сексе не существует объективных норм. Они не работают, когда мы говорим о живых людях с их различиями и желаниями. Есть только партнерская норма, которая будет разной даже для одного человека с разными партнерами. Она возникает между людьми в процессе коммуникации, в общении.

.....

Если вас в сексе все устраивает, но вы, прочитав статью или книгу, выслушав рассказы приятелей или подруг, начинаете опасаться, будто с вами что-то не так, — помните: возможно, вам просто хотят что-то продать или же кто-то за ваш счет стремится поднять собственную самооценку. Идея ненормальности хорошо работает в бизнесе. Есть курсы, на которых людям внушают: «Вы не умеете нормально получать удовольствие, мы вас научим». Не ведитесь.

.....

Глава 2, В которой мы отделяем сексуальные проблемы от медицинских

В предыдущей главе я написала, что сексологом в России может называться как врач, так и психолог, имеющий соответствующую специализацию. В дальнейшем, говоря о сексологах, я буду иметь в виду именно психологов, имеющих специализацию в области сексологии. Тем не менее на секс влияет множество факторов, связанных с физиологией человека, его здоровьем. Если сексолог видит, что проблема всецело или отчасти связана с медициной, он может порекомендовать человеку обратиться к специалисту. Для этого он должен хорошо знать, что именно в сфере физиологии и здоровья человека может повлиять на секс.

Сексуальное поведение и гормоны

Прежде всего на сексуальную сферу влияют половые гормоны — андрогены (главным образом тестостерон) и эстрогены, причем и у женщин, и у мужчин вырабатываются и те и другие.

Тестостерон у животных напрямую влияет на сексуальную активность: его высокий уровень вызывает поисковое поведение. У людей влияние тестостерона не столь непосредственно. Тому есть несколько причин:

1. На сексуальное поведение людей воздействует много других факторов помимо физиологических, поэтому у человека высокий уровень тестостерона влияет не столько на поведение, сколько на уровень возбуждения и интенсивность удовольствия. Мужчина с высоким уровнем тестостерона не обязательно будет иметь в неделю больше половых актов, чем мужчина с низким*. У женщин тестостерон вырабатывается в яичниках и коре надпочечников; уровень тестостерона у женщин в среднем ниже, чем у мужчин, а чувствительность рецепторов к нему выше. Тестостерон усиливает у женщины желание, чувствительность эрогенных зон, повышает частоту мастурбаций и фантазий, но опять-таки — не оказывает существенного влияния на поиск секса**.
2. У уровня половых гормонов разный коридор индивидуальных значений. Существуют референсные показатели, однако они условны: даже если уровень тестостерона ниже нормы, сексуальная активность может оставаться высокой. Например, у внуков в гареме уровень тестостерона был очень низким, но многие из них занимались сексом с наложницами.
3. Существует как прямая, так и обратная закономерность: уровень тестостерона вырастает на какое-то время после каждого полового акта, то есть если человек часто занимается сексом, уровень тестостерона у него будет выше, чем у тех, кто занимается им редко, и что тут курица, а что яйцо, непонятно.

.....

* Об этом, в частности, сделал исследование Sari van Anders «Testosterone and sexual desire in healthy women and men» (Departments of Psychology & Women's Studies, Program in Neuroscience, Reproductive Sciences Program, University of Michigan, Ann Arbor, MI 48109, USA).

** Кроме исследования van Anders, о социокультурном смягчении влияния гормонов на секс есть исследование Edelstein, Chopic, Kean «Sociosexuality moderates the association between testosterone and relationship status in men and women» (Department of Psychology, University of Michigan, Ann Arbor, MI 49109, USA).

Эстрогены влияют на сексуальное поведение еще более опосредованно. У женщин при достаточном уровне эстрогенов слизистые влагалища становятся увлажненными и эластичными, обеспечивая комфорт во время полового акта с проникновением. Если уровень эстрогенов понижен (например, в менопаузе), слизистые влагалища становятся сухими, но на влечение это может и не влиять. Заниматься сексом с проникновением становится дискомфортно, и эта проблема решается с помощью лубрикантов. Повышенный уровень эстрогенов может угнетать сексуальность женщины.

У мужчин повышенный уровень эстрогенов может быть вызван, например, висцеральным ожирением, при котором на животе откладывается жировая ткань, продуцирующая эстрогены. Слишком высокий уровень эстрогенов у мужчин может неблагоприятно сказываться на потенции.

Могут воздействовать на сексуальность и другие гормоны, и сейчас науке известны механизмы этого влияния. Например, избыток **пролактина** (гормона, который повышается при грудном вскармливании) *может* снижать влечение; высокий уровень **окситоцина** (гормона, вызывающего сокращение матки в родах) *может* заставлять ощутить более тесную связь с партнером; стабильно повышенный уровень **кортизола** (гормона стресса) *может* снижать либидо, а резкий его подъем — временно усиливать. Вопрос в том, *насколько* значимо влияние уровня гормонов по сравнению с другими физиологическими и психологическими факторами.

На практике я вижу, что это влияние различно. Возьмем для примера беременность. В этот период референсные значения уровня половых гормонов подчиняются строгим законам. Если бы гормональный фон всецело определял сексуальное влечение, то у большинства беременных женщин сила влечения менялась бы примерно одинаково. Но этого не происходит. Некоторые женщины во время беременности начинают хотеть секса больше, другие — меньше. По моим наблюдениям, это

связано не столько с гормональным фоном, сколько с другими причинами: наличием или отсутствием токсикоза, восприятием своего изменившегося тела, отношениями с партнером, тревогой за внутриутробное развитие ребенка и т. д.

То же можно отнести и к другим состояниям, вызывающим подъем или уменьшение уровня какого-либо гормона.

Эндокринная система человека и его сексуальная сфера тесно связаны, хотя связь эта не так однозначна и хорошо изучена, как нередко считается. Гормоны влияют на сексуальное поведение, но измерение их уровня не может однозначно предсказать, насколько сильным будет это влияние и будет ли оно заметным и решающим у конкретного человека в конкретной ситуации.

Например, в период менопаузы удовольствие от полового акта может снижаться (в том числе и за счет снижения выработки эстрогенов), но у конкретной женщины оно может и повыситься за счет улучшения жизненной ситуации, появления нового партнера или иных факторов. Если влечение в период менопаузы снизилось, мы не всегда можем сказать, произошло ли это *в результате* снижения уровня эстрогенов или из-за уверенности женщины, что она стала менее привлекательной для партнера.

Перечислю эндокринные нарушения, которые могут вызывать сексуальные проблемы.

Эндокринные нарушения, влияющие на влечение:

- у мужчин: андрогенная недостаточность, первичная (патологические изменения в тестикулах) и вторичная (патология гипофиза и гипоталамуса); первичный и вторичный гипогонадизм; пролактинсекретирующие опухоли гипофиза;
- у женщин: эстрогенная недостаточность (дисфункция яичников, их удаление); патология надпочечников; гипоталамо-гипофизарная недостаточность.

Эндокринные нарушения, влияющие на потенцию у мужчин:

- гипоталамо-гипофизарная недостаточность;
- гормонально активные опухоли гипофиза (пролактинсекретирующая аденома);
- гиперэстрогения при эстрогенсекретирующих опухолях или проведении противоопухолевой терапии, при алкогольном циррозе печени;
- врожденные тестикулярные нарушения (тестикулярная агенезия, билатеральный крипторхизм, синдром Клайн-фельтера);
- приобретенные тестикулярные нарушения (последствия паротитного или бактериального орхита, травмы яичек);
- опухоли надпочечников;
- общие эндокринопатии (сахарный диабет, акромегалия, гипотиреоз, гипертиреоз, гиперкортицизм).

Связь сексуальных проблем с другими соматическими заболеваниями

Многие люди, у которых есть проблемы с сексуальной функцией (боль, дискомфорт во время секса, трудности с потенцией, аноргазмия) считают, что всегда можно найти медицинскую проблему, которая и является первопричиной.

Действительно, часто сексуальные дисфункции сопровождаются урологическими и гинекологическими заболеваниями, иногда неврологическими и сердечно-сосудистыми патологиями. Но и тогда, как и в случае с уровнем гормонов, далеко не обязательно заболевание будет причиной, и тем более единственной, сексуальных проблем.

Возьмем, например, двоих мужчин-ровесников с гипертонией одинаковой тяжести. Они принимают одни и те же

гипотензивные препараты (снижающие артериальное давление, побочным эффектом которых может быть угнетение потенции) — то есть у них примерно одинаковое состояние здоровья и идентичная терапия. Однако один из них занимается сексом охотно и часто, а другой вообще им не интересуется. Можно ли говорить, что гипертония и ее лечение никак не влияют на сексуальность второго мужчины? Нельзя, медицинская проблема, конечно же, воздействует, но решающая причина, возможно, в чем-то другом.

Другой пример. Женщина обратилась к гинекологу с жалобами на боль во время полового акта. Гинеколог дал свое объяснение: во всем виноваты полипы эндометрия. Полипы были удалены, теперь гинекологически все благополучно, но боль во время проникающего секса осталась. Важно, что множественные полипы эндометрия (или крупная киста яичника, или другие гинекологические проблемы) действительно могут давать такой симптом, но не обязательно. И наоборот: наличие заболевания не означает, что симптом вызван именно им. Если говорить о болях во время полового акта, то они могут быть связаны и с переживаниями, и с партнером, и с недостаточностью возбуждения и смазки по самым разным немедицинским причинам. Поэтому причины боли лучше уточнить и у гинеколога, и у сексолога.

Медицинские объяснения сексуальных проблем редко бывают исчерпывающими. Соматические заболевания вносят свой вклад в нашу сексуальность, но не обуславливают ее особенности целиком. Лечение может помочь устранить другие симптомы заболевания, но не всегда помогает увеличить влечение и удовольствие. Влияние психологических факторов на сексуальность, как правило, значительнее, чем соматических. Это не значит, что врач при сексуальных проблемах не нужен. Это значит, что нужен не только врач, но и сексолог.

К неэндокринным соматическим заболеваниям, которые могут оказать серьезное влияние на развитие сексуальных проблем у женщин и мужчин, относятся:

1. Сосудистые заболевания:

- артериальная патология: атеросклеротические поражения артерий; посттравматические повреждения артерий малого таза (например, после перелома костей малого таза); ятрогенные повреждения артерий (при хирургических операциях на органах малого таза, последствия лучевой терапии опухолей простаты или прямой кишки); врожденные особенности (дисплазии артерий);
- венозная патология: кавернозно-венозная идиопатическая недостаточность; врожденные аномалии венозного оттока; приобретенные аномалии нетравматического характера (например, болезнь Пейрони); посттравматическая венозная недостаточность.

2. Неврологические заболевания:

- церебральные нарушения: височная эпилепсия, болезнь Паркинсона, опухоли и сосудистые поражения головного мозга;
- спинномозговые нарушения: сирингомиелия, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, межпозвонковые грыжи, опухоли спинного мозга;
- экстраспинальные нарушения: невриты, периферические нейропатии при сахарном диабете, повреждения в результате травм, операций в урологической сфере и на нижних отделах кишечника;
- височная эпилепсия;
- черепно-мозговые травмы;
- опухоли головного мозга.

3. Урологические заболевания:

- особенности развития, опухоли и травматические повреждения половых органов;
- заболевания мочеполовых органов (острый и хронический кавернит, болезнь Пейрони и др.);
- фиброз и склероз кавернозной ткани разной этиологии (травмы, перенесенные воспаления и др.);
- заболевания почек с симптомами хронической почечной недостаточности.

Кроме того, существуют возможные органические причины преждевременной эякуляции:

- заболевания предстательной железы застойного или воспалительного генеза;
- синдром парацентральных долек;
- региональный симпатоз (неврологическое осложнение хронического простатита).

Связь сексуальных проблем с психиатрическими заболеваниями

О том, как действуют на сексуальность депрессия, тревога, нарушения пищевого поведения и некоторые другие состояния, я подробно расскажу в главе 3. Здесь же лишь отмечу очевидный факт: психиатрические заболевания могут серьезно влиять на влечение и удовольствие. Даже легкая депрессия и тревога могут приводить к тому, что секса не хочется и он не приносит радости. Другие состояния (мания при биполярном расстройстве, обострение при некоторых видах шизофрении) могут сопровождаться саморазрушающим поведением, беспорядочной сексуальной активностью без предохранения.

Заметно влияет на сексуальную сферу злоупотребление психоактивными веществами и зависимости, в том числе и табакокурение.

Снижение влечения как осложнение фармакотерапии

Могут снижать влечение:

- психотропные препараты;
- гипотензивные средства;
- антиаритмические препараты;
- антиандрогены;
- диуретики;
- ингибиторы синтеза простагландинов;
- антигистаминные препараты;
- блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов желудка;
- оральные контрацептивы;
- прочие препараты: фенобарбитал, метронидазол, дигоксин, противопаркинсонические средства, церукал, спазмолитики (баралгин, спазмалгон), кортикостероиды, антибиотики в высоких дозировках при длительных курсах лечения.

Итак, хотя сексолог не врач, медицинские проблемы являются важным фактором, который обязательно нужно учитывать при решении проблем сексуальных. И не только потому, что они могут влиять на сексуальность напрямую. Есть и другой аспект: проблемы тела и психики могут сильно воздействовать на наш образ жизни и восприятие собственного тела. Об этом пойдет речь в двух следующих главах.

Глава 3, в которой всем не до секса

Потребность высшего уровня и базовые потребности

Многие люди считают, что секс — такая же физиологическая потребность, как еда, сон, воздух и вода. Существуют распространенные словосочетания: сексуальный голод, половой инстинкт.

Посмотрим, однако, на определение физиологической потребности: «Физиологическая потребность — это потребность, существенная для физического выживания человека»*. Такие потребности работают как биологические механизмы, направленные на поддержание гомеостаза в организме. Иными словами, если такая потребность долгое время не удовлетворяется, то дискомфорт становится очень сильным, а затем жизнедеятельность организма прекращается. Мы не способны дольше определенного времени сознательно отказываться от дыхания и сна, — эти потребности удовлетворяются рефлекторно. Голод, как знак неудовлетворенной потребности в еде, побуждает нас искать пищу. Итак, физиологические потребности направлены на выживание организма.

С сексом дело обстоит иначе. Несмотря на то, что долгое время ученые считали секс физиологической потребностью человека (так, например, определяла сексуальное влечение Хелен Каплан),

Психология человека от рождения до смерти / Под общей редакцией А. А. Реана. — СПб.: ПРАЙМ-ЕВРОЗНАК, 2002.

в 1956 г. психолог Фрэнк Бич в статье «Характеристики мужского сексуального влечения» убедительно показал, что это не так. Когда речь идет о биологической потребности, нами движет ощущение дискомфорта (например, голод), а удовлетворение потребности означает возврат к базовому состоянию. Напротив, сексуальное влечение относится к поощрительной системе: нами движет не дискомфорт, а желание получить удовольствие. (Кстати, когда мы хотим не просто есть, а съесть что-то определенное, вкусенькое, это также не относится к биологической потребности и называется не голод, а аппетит.)

Можно сделать осторожное предположение. Скорее всего, идея о том, что секс является физиологической потребностью (наравне с едой и сном), появилась потому, что сексология долгое время была сосредоточена на проблемах мужчин. Именно они, по мнению многих авторов, испытывают физические страдания от недостатка секса. Но что это за физиологическая потребность, которая существует только у половины популяции? В бангкокском исследовании* 2013 г. доказывается, что восприятие секса как «насущной жизненной потребности мужчины» является одной из причин сексуальной агрессии в отношении женщин. Возможно, изменение общественных стереотипов в этой сфере приведет нашу культуру к снижению принятия сексуальных злоупотреблений.

Вы можете мне возразить, сказав, что у многих в жизни были ситуации, когда отсутствие секса воспринималось крайне дискомфортно, в том числе и на уровне телесных ощущений. Разве это не делает секс физиологической потребностью?

* Fulu Emma, Xian Warner, Stephanie Miedema, Rachel Jewkes, Tim Roselli, and James Lang. *Why Do Some Men Use Violence Against Women and How Can We Prevent It? Quantitative Findings from the United Nations MultiCountry Study on Men and Violence in Asia and the Pacific* (Bangkok: UNDP, UNFPA, UN Women and UNV, 2013).

Все-таки нет. Дискомфорт в таких ситуациях связан не столько с отсутствием секса или его отменой, сколько с фрустрацией. Мы хотим испытать удовольствие, но, раз за разом встречаясь с неудачей, испытываем досаду, разочарование и злость. Наши телесные ощущения в этот момент также могут причинять нам страдания, но они не аналогичны сильной жажде при отсутствии воды. Их можно пережить, и даже длительное отсутствие секса или многочисленные неудачи не запускают в организме каскад физиологических процессов, приводящий к смерти. Гораздо сильнее в этой ситуации наша психическая неудовлетворенность из-за того, что мы не можем получить желаемое.

Считать, что потребность в сексе имеет исключительную физиологическую обусловленность, — недопустимое упрощение, искажение сути явления. Сексуальная потребность человека находится не в сфере инстинктов, а в другой, более высокой психической сфере — в сфере коммуникации, контакта с другим и с собой.

Из этого следует важный вывод: наша психика воспринимает сексуальное желание как потребность менее приоритетную, чем физиологические, такие как еда, сон, безопасность. Сначала они — потом секс. Мы будем хотеть секса, и он будет для нас удовольствием только в том случае, если наши базовые потребности будут удовлетворены. Если мы чувствуем, что более важные вещи требуют нашего внимания или разладились (неважно, так ли это на самом деле), сексуальность просто выключается.

Слова *воспринимаем* и *чувствуем* тут очень важны. Может быть, в холодильнике есть еда, чтобы утолить голод прямо сейчас, но, если человека сегодня уволили с работы и он не знает, что

будет есть через неделю, он может воспринимать свою базовую потребность как неудовлетворенную (или наоборот — зависит от характера).

В моей практике часто встречаются жалобы на плохой секс, а потом оказывается, что причина неудовлетворенности сексом кроется не в самом сексе, а в том, что люди ощущают неудовлетворенность своих базовых потребностей, и это тормозит их сексуальность. Поговорим о самых распространенных причинах.

Депрессия

Депрессия за последние десятилетия стала одной из важнейших причин утраты трудоспособности и снижения качества жизни людей, опередив по суммарному числу лет, потерянных для полноценной жизни, даже алкоголизм и болезнь Альцгеймера.

Триада симптомов классической депрессии — сниженное настроение, идеаторная и моторная заторможенность (замедление мыслей и снижение двигательной активности). В зависимости от вида и степени депрессии эти симптомы могут проявляться с разной степенью выраженности и дополняться другими.

Человека может настигнуть эндогенная депрессия (вызванная особенностями нейромедиаторного обмена) или психогенная (развивающаяся в ответ на горе, длительный стресс или психотравму). Далеко не у всех депрессия проходит в тяжелой форме, чаще она смазанная, и при этом мешает жить и заниматься сексом. Ее симптомы наверняка многим знакомы:

- Нарушения сна. Это могут быть трудности с засыпанием: человек долго не может заснуть, ворочается, в голове крутятся навязчивые мысли, часто беспокойные, тревожные или мрачные. В других случаях человек просыпается в три–четыре часа ночи и до утра не может уснуть. Обычно это

сочетается с усилением чувства тоски и безнадежности. При депрессиях средней тяжести люди порой не могут себя заставить лечь спать и убивают время, например, в соцсетях или за просмотром сериалов. Эта привычная активность маскирует тоску и тревогу, давая кратковременное удовлетворение, но не улучшая состояния.

- Нарушения аппетита. Иногда аппетит снижается настолько, что голод не чувствуется совсем. В некоторых случаях человек полностью или частично теряет ощущение вкуса еды. Часто он бессознательно выбирает сладкое и соленое, чтобы хоть что-то почувствовать. При депрессиях средней тяжести аппетит может быть и повышен, так как еда остается одной из немногих вещей, доставляющих хоть какое-то кратковременное удовольствие, тем самым человек как бы заедает депрессию.
- Хронические жалобы на здоровье, причины которых не выявляются медицинским обследованием. Например, субфебрильная температура, боли в мышцах и суставах, головная боль и головокружения, расстройства стула и многое другое. Если тщательные исследования и анализы не показывают нарушений, а страдания продолжаются, — возможно, это симптом так называемой соматизированной депрессии. Так проявления недуга маскируются под соматические заболевания.
- Ослабление позитивных переживаний. Иными словами, отсутствие радости. При разных видах и степенях депрессии этот симптом проявляется по-разному, но почти всегда человек отмечает, что его восприятие жизни стало менее ярким. «Все тускло, угасло, неинтересно». Иногда человек отмечает свое равнодушие к тому, что раньше приносило удовольствие. При тревожных депрессиях нередко навязчивые мысли о смертельном заболевании, своем или

близких, о финансовом крахе, в тяжелых случаях даже о конце света. Если депрессия эндогенная, люди жалуются на характерный «тоскливый ком в груди», почти физическую тяжесть и постоянные черные мысли, в том числе суицидальные. При депрессиях средней тяжести на первый план выступает раздражительность, человек может срываться на близких, часто плакать. При тяжелой депрессии нет уже и слез.

К этим симптомам могут присоединяться многие другие. Сама суть депрессии в том, что базовые потребности снижены или доступ к их удовлетворению закрыт. Человек не хочет или не может есть и спать и тем более ему не хочется заниматься сексом. Сначала должен проснуться вкус к жизни вообще, а с ним вернется и желание.

Депрессию можно вылечить. Психиатры в наше время считают, что наиболее эффективный способ лечения депрессии — сочетание антидепрессантов с когнитивно-поведенческой психотерапией. Часть антидепрессантов дают побочный эффект — временное снижение либидо, но жизнь в депрессии снижает его гораздо сильнее и на более длительное время.

Нарушения пищевого поведения

Еда — базовая потребность человека, сексуальность — надстройка. Поэтому неполадки с самым важным (а еда жизненно важна для организма) часто приводят к проблемам с сексом.

- Когда человек сидит на диете, жестко ограничивая себя, его организм воспринимает это как ситуацию голода, и сексуальное влечение и удовольствие могут резко снижаться.
- Расстройства пищевого поведения наносят ощутимый вред здоровью. Появляются проблемы с пищеварением, авита-