


# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ



Майкл Э. Мец,  
Норман Б. Эпштейн,  
Барри Маккарти

КОГНИТИВНО-  
ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ  
ТЕРАПИЯ  
**СЕКСУАЛЬНЫХ  
ДИСФУНКЦИЙ**

**COGNITIVE-  
BEHAVIORAL  
THERAPY  
for **SEXUAL**  
**DYSFUNCTION****

**Michael E. Metz,  
Norman B. Epstein,  
Barry McCarthy**

# КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

**Майкл Э. Мец,  
Норман Б. Эпштейн,  
Барри Маккарти**

Київ  
Видавництво  
“НАУКОВИЙ СВІТ”  
2023

УДК 616.89-008.442(075)

M55

Перевод с английского и редакция Ю.В. Максименко

Научный консультант А.А. Назаралиева,  
врач-психотерапевт, сексолог, ведущий специалист Mental Health Center

**Мец, Майкл Э., Эпштейн, Норман Б., Маккарти, Барри.**

M55 Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных дисфункций/  
Майкл Э. Мец, Норман Б. Эпштейн, Барри Маккарти; пер. с англ.  
Ю.В. Максименко. — Киев. : “Науковий Світ”, 2023. — 370 с. : ил. —  
Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-550-089-7 (укр.)

ISBN 978-0-415-87408-3 (англ.)

В книге описана всеобъемлющая биопсихосоциальная модель полезных, практических, проверенных опытным путем стратегий и методов для решения распространенных сексуальных дисфункций у клиентов. Это самое полное издание, описывающее когнитивно-поведенческий подход для работы с парой к оценке, лечению и предотвращению рецидивов сексуальной дисфункции. Основное внимание уделяется сексуальному влечению и удовлетворению с упором на модель “достаточно хорошего секса”, взаимообмен сексуальным удовольствием, а не индивидуальный тест на совершенство.

УДК 616.89-008.442(075)

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Routledge.

Copyright © 2018 Taylor & Francis.

All Rights Reserved.

Authorized translation from the English language edition published by Routledge, a member of the Taylor & Francis Group.

No part of this book may be reprinted or reproduced or utilized in any form or by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying and recording, or in any information storage or retrieval system, without permission in writing from the publishers.

ISBN 978-617-550-089-7 (укр.)

ISBN 978-0-415-87408-3 (англ.)

© ООО “Науковий Світ”, перевод, 2023

© 2018 Taylor & Francis

---

# Оглавление

---

Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных дисфункций	15
Предисловие	17
Глава 1. Что такое сексуальная дисфункция и секстерапия	21
Глава 2. Вовлечение клиентов, проведение оценки, диагностики и планирование лечения	67
Глава 3. Обзор стратегий КПТСД	109
Глава 4. Разбор терапевтических стратегий КПТСД	149
Глава 5. Лечение женских сексуальных дисфункций	211
Глава 6. Лечение мужских сексуальных дисфункций	271
Глава 7. Профилактика рецидивов. Сохранение достижений и усиление внутренней сексуальности	327
Список литературы	353

---

# Содержание

---

<b>Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных дисфункций</b>	15
<b>Предисловие</b>	17
<b>Глава 1. Что такое сексуальная дисфункция и секстерапия</b>	21
Секстерапия как исключительная клиническая возможность улучшить отношения	22
Сексуальная дисфункция как проблема взаимоотношений	24
Взаимодействие сексуальной дисфункции, индивидуальных психологических функций и проблем в отношениях	24
Базовые компетенции секстерапии	24
Актуальность терапии в контексте сексуальной ориентации	25
Сексуальная дисфункция и сексуальное здоровье	25
Трудности в сексе	27
Распространенность сексуальной дисфункции	28
Чем отличаются пары, у которых присутствует сексуальная дисфункция	31
Удовлетворенные пары имеют реалистичные сексуальные сценарии	31
Интеграция основанных на фактах знаний и основанной на качестве практики	33
Когнитивно-поведенческая терапия	33
Современная секстерапия: когнитивные, поведенческие, эмоциональные и реляционные особенности	36
Процесс КПТСД	37
Классический цикл сексуальной реакции человека	39
Влечение	40
Возбуждение	40
Плато	41
Оргазм	41
Удовлетворение	41
Новая вдохновляющая модель женской сексуальности: ответное сексуальное влечение	41
Важность понимания моделей сексуальной функции и дисфункции	43

КПТСД в рамках интегративной модели	44
Понимание СД через расширенный когнитивно-поведенческий и эмоциональный подход	47
Когниции	47
Поведение	48
Эмоции	48
Пять видов когниций, связанных с отношениями	49
Вредные когниции при работе с СД	50
Примеры из практики: сценарии КПЭ	51
Что нужно знать специалистам: сексуальное поведение	52
Точная информация — это сила	53
Частота и продолжительность секса	53
Предпочтения в сексе	54
Мастурбация у взрослых	55
Сексуальная верность	56
Оргазм	56
Применение дополнительных средств в сексе	57
Здоровую сексуальность можно развить	57
Пошаговое прогрессивное сексуальное обучение	58
Детский сексуальный опыт	59
Сексуальная идентичность	61
Секс на протяжении всей жизни	62
Точные данные о сексе обеспечивают перспективу	63
Здоровый, приносящий удовлетворение секс отличается по качеству	63
Аксиомы современной секстерапии	64
Когнитивно-поведенческие психосексуальные навыки	65
Важнейшие особенности КПТСД	65
Резюме	66
Ключевые моменты	66

<b>Глава 2. Вовлечение клиентов, проведение оценки, диагностики и планирование лечения</b>	67
Использование всех доступных биопсихосоциальных ресурсов	67
Стратегии привлечения партнера	68
Роль и ответственность терапевта	69
Координация оказания помощи клиента с другими специалистами	70
Психообразование в отношении сексуальной функции и СД	70
Базовые принципы оценки СД	71
Комплексная оценка	72
Три этапа оценки	72
Важность детальной когнитивно-поведенческой оценки секса	73
Построение клинического взаимопонимания: комфорт и структура истории секса	75
Барьеры у клиента на пути к комфорту	75
Ослабление дискомфорта клиента	76

## 8 Содержание

Общие барьеры на пути к созданию комфорта у профессионала	78
Сложности в проведении интервью	85
Краткий сбор информации о сексуальном опыте	85
Расширенный сбор информации о сексуальном опыте	88
Проведение комплексной оценки сексуальной дисфункции	89
Понимание сложности СД	89
Выявление причинных факторов	89
Пожизненная или приобретенная СД	91
Оценка биофизиологических факторов	91
Физиология — это основа	94
Оценка психологических факторов и факторов взаимоотношений	95
Выявление коморбидных или множественных СД	97
Комплексная оценка: когнитивные, эмоциональные, индивидуально-поведенческие компоненты и взаимодействия в паре	98
Отношения и сексуальные когниции	99
Личное удовлетворение и благополучие в паре	100
Оценка когнитивных компонентов в СД	102
Самоотчеты о паттернах возбуждения/эротизма	103
Оценка эмоциональных компонентов	104
Оценка тяжести СД	105
Комплексный план лечения	105
Планирование лечения на основе оценки факторов и тяжести состояния	105
План лечения составляется с учетом аспектов личности и пары	106
Обобщение результатов обследования пары и разработка структуры лечения	106
Создание плана предотвращения рецидивов	107
Ключевые моменты	108
<b>Глава 3. Обзор стратегий КПТСД</b>	109
Биологические и медицинские факторы сексуальной дисфункции и стратегии лечения КПТСД	109
Физиологические заболевания и инвалидность	110
Побочные эффекты лекарств	111
Бесплодие	113
Менопауза	113
Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП)	115
Поведенческие проблемы со здоровьем: злоупотребление психоактивными веществами, курение, ожирение	116
Индивидуальные психологические и жизненные стрессовые факторы	116
Проблемы психического здоровья	117
Превратности и обязанности повседневной жизни	118
Эмоциональная дисрегуляция: выражение негативных эмоций	119
Сексуальная дисрегуляция	119
Сексуальная дисрегуляция как индивидуальная проблема	121

Сексуальная дисрегуляция как проблема в отношениях	122
Степень нерегулируемого сексуального поведения	123
Самооценка: образ тела и старение	123
Сексуальные секреты	124
Альтернативное возбуждение (атипичное сексуальное поведение)	125
Девиантное возбуждение	126
Проблемы с сексуальным возбуждением различаются по степени тяжести	126
Альтернативное возбуждение — вызов для близости	127
Проблемы лояльности: сексуальные и эмоциональные связи на стороне	128
Конфликт из-за сексуальной ориентации	130
Мастурбация/использование порнографии	131
Травма: непроработанная история физического/сексуального насилия или пренебрежения	131
Факторы отношений в сексуальной дисфункции	132
Неточные и неуместные когниции, способствующие слабой эмпатии и негативной реакции на поведение партнера	133
Дефицит навыков общения и разрешения конфликтов, подрывающий сотрудничество и сплоченность команды	134
Пути между разрешением конфликтов и сексуальной дисфункцией	138
Оценка конфликта в отношениях при СД	139
Терапия конфликта отношений в КПТСД	143
Проблемы реализации КПТСД	146
Интимное принуждение и сексуальные требования	147
Секс после конфликта	147
Дефицит эротизма	148
Резюме	148
<b>Глава 4. Разбор терапевтических стратегий КПТСД</b>	149
Тенденции КПТСД в исследовании результатов секстерапии	149
Почему так мало данных о результатах, подтвержденных опытным путем	152
Краткий обзор медикаментозного лечения СД	153
Медицинские интервенции	154
Медицинские интервенции, интегрированные в отношения	154
Описание психотерапии	155
Обучение клиентов	155
Личная ответственность	155
Устранение индивидуальных факторов и факторов взаимоотношений, которые мешают сексуальной функции	156
Важность разрешения конфликта в паре	157
Стратегии КПТСД	157
Интервенции во время сеанса и домашние задания	159
Фокус на чувственность и удовольствие	160

Клиническое воздействие с помощью фокуса на чувственность/ удовольствие	163
Описание преимуществ когнитивно-поведенческих мер	164
Психообразование в КПТСД	166
Терапия основана на фундаменте взаимоотношений, сотрудничества и близости	168
Здоровая сексуальность включает в себя принятие и позитивную ценность тела и секса	168
Цели секстерапии основаны на реалистичных ожиданиях индивидуального и парного функционирования	169
Каждый партнер берет на себя личную ответственность за свое сексуальное “я”	169
Секстерапия включает в себя точную и реалистичную информацию о сексуальной анатомии и физиологии	170
Важность релаксации для сексуальной функции	170
Сосредоточение внимания на удовольствии, а также на сексуальной функции	172
Построение сотрудничества в интимной сексуальной команде	173
Поддержание вариативности, адаптации и альтернативных сексуальных сценариев	173
Пять целей секса	174
Помощь паре в создании сценариев, в которых секс входит в их реальную жизнь, а реальная жизнь — в секс	176
Поддержка “клея” отношений через сексуальную игривость	176
Помощь паре в разработке плана предотвращения рецидивов для обеспечения долгосрочного сексуального удовлетворения	177
Когнитивная реструктуризация	177
Работа с каскадными негативными мыслями	177
Поэтапный процесс КПТСД	179
Прогрессивные этапы КПТСД	179
Реализация упражнений КПТСД	182
Этап 1. Развитие чувства комфорта в сексе	183
1.1. Формирование ощущения комфорта в паре	183
1.2. Тренировка ума и тела в расслаблении	184
1.3. Тренировка мышц таза	185
Этап 2. Стимулирование влечения, удовольствия и возбуждения	186
2.1. Расслабленное удовольствие	187
2.2. Исследование гениталий партнера и ощущение комфорта	191
Этап 3. Усиление возбуждения и эротизма	195
3.1. Когнитивная карта эротического потока	195
3.2. Эротическое наслаждение пары	197
Этап 4. Наслаждение эротизмом и вариативным сексуальным взаимодействием	199
4.1. Начало расслабленного полового акта	199
Что делать, если у мужчины возникают проблемы во время полового акта	200

4.2. Интимный и чувственный половой акт и другие формы возбуждающего сексуального поведения	201
Чувственные занятия любовью	202
4.3. Сексуальная игривость	203
4.4. Общество взаимного восхищения	206
Этап 5. Профилактика рецидивов	207
5.1. Сохранение достигнутого	207
Творческие альтернативы и дополнительные инструменты для КПТСД и предотвращения рецидивов	209
Усиленное соблюдение протокола КПТСД и стратегии предотвращения рецидивов	209
Резюме	210
<b>Глава 5. Лечение женских сексуальных дисфункций</b>	211
Женские анатомические и физиологические факторы сексуальной функции	211
Знание и принятие тела	212
Ответная сексуальная реакция: новая модель женской сексуальности	212
Физиологические различия у полов	213
Принятие гендерных различий в сексуальной реакции	213
Психологические факторы женской сексуальной дисфункции	217
Низкая самооценка, плохое представление о своем теле, низкая сексуальная уверенность в себе и страх провала	217
Мониторинг себя и партнера	218
Неточные и нереалистичные сексуальные когниции	219
Склонность легко отвлекаться и быть озабоченной чем-то другим	220
Неадекватные стратегии управления жизненными стрессами	221
Недостаточные знания и навыки для физического и эмоционального расслабления	222
Плохое осознание собственного тела	222
Сексуальная неопытность	222
История физического и сексуального насилия	223
Внутренние конфликты по поводу секса	223
Нехватка самоудовлетворения	224
Стратегии КПТСД по работе с женской сексуальной дисфункцией	224
Повышение самооценки, образа тела и сексуальной уверенности в себе	225
Устранение “эффекта наблюдателя”	226
Когнитивная реструктуризация для устранения неточных и нереалистичных сексуальных представлений	226
Уменьшение склонности отвлекаться и быть озабоченными чем-то	228
Стратегии управления стрессом и обучение релаксации	229
Улучшение осознания тела	230
Интервенции в контексте факторов взаимоотношений при сексуальной дисфункции	233

## 12 Содержание

Улучшение психосексуальных навыков и сотрудничества в паре	234
Исцеление от дефицита в эмоциональной близости	235
Взаимное разрешение конфликта отношений: сотрудничество	235
Усиление эротизма	236
Расширение свободы сексуальных отношений против токсичного секса по требованию	237
Установление регулярности как катализатора реалистичного, удовлетворяющего секса	237
Создание удовлетворяющих альтернативных сексуальных сценариев	238
Лечение специфических сексуальных дисфункций	240
Фундамент интервенций КПТСД	240
Проблемы с сексуальным влечением	240
Расстройство сексуального интереса/возбуждения	241
Распространенность	242
Клиническое представление	243
Адекватные ожидания: что нормально?	243
Подходы к лечению	243
Стратегии и интервенции для удовольствия, возбуждения и эротизма	244
Наведение мостов к влечению	245
Эмпатическое общение	246
Ценить присущую изменчивость в удовлетворяющем сексе	246
Упражнения на психосексуальные навыки	247
Автономия и сплоченность: ее “голос” и партнерское сотрудничество	248
Структурированные упражнения для пары как интимной сексуальной команды	250
Клинические трудности	250
Расхождения пар в сексуальном влечении	252
Отвращение к сексу	254
Рекомендации по лечению	255
Заторможенное возбуждение	257
Распространенность	257
Лечение	258
Усиление эротизма	258
Оргазмическая дисфункция	259
Клиническая точка зрения	259
Распространенность	260
Негативные когниции и эмоции, связанные с оргазмической дисфункцией	260
Подход пары к оргазмической реакции	262
Болевое пенетрационное расстройство	265
Распространенность	266
Лечение	266
Физиотерапия	267
ТМ и дилататорная терапия	267
Терапия для пары	268
Резюме	268

<b>Глава 6. Лечение мужских сексуальных дисфункций</b>	271
Оценка определяет лечение	273
Физиологические факторы	274
Психологические факторы	280
Межличностные факторы	282
Факторы окружающей среды	283
Стратегии оказания помощи при мужской сексуальной дисфункции	284
Предоставление точных знаний, формирование разумных ожиданий и стандартов	285
Изменение когнитивных заблуждений, катастрофических ожиданий, нереалистичных предположений и стандартов	285
Повышение самооценки и преодоление избегания	285
Уменьшение страха провала и “эффекта наблюдателя”	286
Улучшение психосексуальных навыков	286
Усиление позитивной динамики в паре	287
Лечение гипоактивного расстройства сексуального влечения (ГРСВ)	288
Клиническая перспектива	288
Распространенность	288
Индивидуальное лечение	289
Лечение пары	291
Лечение эректильной дисфункции	292
Клиническая перспектива	292
Распространенность	293
Индивидуальное лечение	293
Лечение пары	293
Медицинские/физиологические интервенции при ЭД	294
Психологические и межличностные интервенции при ЭД	298
Лечение преждевременной эякуляции	302
Клиническая перспектива	302
Распространенность	305
Фармакологические средства для лечения проблем с эякуляцией	305
Ожидаемая эффективность	306
Индивидуальное лечение	307
Лечение пары	308
Когнитивно-поведенческие психосексуальные методы при работе с ПЭ	308
Лечение задержанной эякуляции	312
Распространенность	313
Определение тяжести задержки эякуляции	313
Стратегии лечения	314
Мотивация к изменению	315
Психосексуальные навыки для лечения задержанной эякуляции	316
Вторичная задержанная эякуляция	319
Лечение боли во время секса у мужчин	321
Лечение мужского гиперсексуального поведения	321

## 14 Содержание

Клиническая перспектива	321
Распространенность	322
Сексуальная компульсивность как проблема в отношениях	323
Оценка и лечение	324
Резюме	325
<b>Глава 7. Профилактика рецидивов. Сохранение достижений и усиление внутренней сексуальности</b>	327
Профилактика рецидивов и сексуальная дисфункция	327
Стратегии ПР: сохранение и долгосрочные цели роста	328
Почему предотвращение рецидивов так важно	329
Создание индивидуального плана ПР	331
Стратегии и руководящие принципы ПР	332
Когнитивные, поведенческие и эмоциональные компоненты плана ПР	334
План ПР для преодоления провалов	339
1. Проведение совместных “мотивационных встреч”	341
2. Проведение встреч для “проверки”	341
3. Планирование свиданий	342
4. Планирование прикосновений и встреч для получения удовольствия	342
5. Планирование “регулярного секса”: бронирование времени и энергии для этого	343
Разработка стратегий пожизненного роста	345
Принципы пожизненной сексуальной удовлетворенности	346
Структура плана ПР	348
Компоненты письменного плана ПР	348
<b>Список литературы</b>	353

---

# Когнитивно-поведенческая терапия сексуальных дисфункций

---

В данной книге вниманию специалистов в области психического здоровья представляется всеобъемлющая биопсихосоциальная модель полезных, практических, подтвержденных опытным путем стратегий и методов для решения распространенных сексуальных дисфункций. Это наиболее полное издание, описывающее когнитивно-поведенческий подход в работе с парой к оценке, лечению и предотвращению рецидивов сексуальной дисфункции. Основное внимание уделяется сексуальному влечению и удовлетворению с упором на модель “достаточно хорошего секса”, где делается акцент на взаимное сексуальное удовольствие, а не на половой акт как индивидуальный тест на совершенство. Название книги отражает вклад Майкла Э. Меца в развитие парной секстерапии.

**Майкл Э. Мец** — д-р философии, работал исследователем, психологом, супружеским консультантом и сексопатологом в частной практике в Миннеаполисе и Сент-Поле, шт. Миннесота. Он опубликовал более 60 профессиональных статей и четыре книги, в том числе *Enduring Desire*, получившую награду Американской ассоциации педагогов, секс-консультантов и терапевтов за лучшую книгу 2011 года. Он был сторонником интеграции парной терапии, секстерапии и духовности. Доктор Мец скончался в 2012 г. Эта книга — дань уважения его профессиональному наследию.

**Норман Б. Эпштейн** — д-р философии, профессор кафедры семейной медицины в Университете Мэриленда в Колледж-Парке и директор аккредитованной в США программы клинической подготовки по парной и семейной терапии. Он является автором и редактором четырех книг, опубликовал 62 статьи и 58 обзоров по проблемам партнерских и семейных отношений и парной терапии. Также д-р Эпштейн представил более 120 исследовательских работ и провел 90 учебных семинаров по парной и семейной терапии на национальном и международном уровне.

**Барри Маккарти** — профессор психологии Американского университета, признанный специалист в области клинической психологии и секстерапии, сертифицированный семейный терапевт. Он опубликовал более сотни профессиональных статей, 26 обзоров и 14 книг. Доктор Маккарти провел более 400 профессиональных семинаров на национальном и международном уровнях. В 2016 г. он получил премию имени Мастерса и Джонсон за вклад в развитие секстерапии.

---

# Предисловие

---

Эта книга, являясь данью профессиональному наследию д-ра Майкла Э. Меца, представляет собой руководство по практике секстерапии в контексте отношений. Данная работа основана на достоверных данных, подтвержденных опытным путем, и обширном клиническом опыте авторов. В ее основе лежит всеобъемлющий биопсихосоциальный подход к паре, который д-р Мец считал важнейшим для оценки, лечения сексуальных дисфункций и предотвращения рецидивов. Он применял такой подход в своей обширной клинической практике, подробно описывал в научных трудах и семинарах по профессиональному обучению. Первоначально д-р Мец и Норман Б. Эпштейн разработали структуру и содержание книги. Затем Майк написал первые наброски глав при участии Нормана, включая фрагменты, касающиеся когнитивно-поведенческих и парных динамических аспектов. После того как Майк скончался в 2012 г., проект застопорился. В конце концов Барри Маккарти, давний соавтор д-ра Меца, написавший с ним несколько книг по самопомощи для мужчин и пар в лечении сексуальных проблем, присоединился к проекту, чтобы поделиться собственными богатыми знаниями и опытом, при этом поддерживая биопсихосоциальный подход Майкла. Мы, Норман и Барри, в дальнейшей работе ориентировались на фундаментальную работу Майка, а также дополнили материал результатами новых исследований в этой области. Остаться верными мышлению и клиническим методам д-ра Меца временами было непросто, так как случались моменты, когда нам снова хотелось сесть с Майком за стол и обсудить с ним вопросы, возникающие во время написания книги, оказаться в его компании, поговорить по-дружески, еще больше обогатиться его опытом.

Уникальный взгляд Майка на роль и значение сексуальности в жизни людей объединил когнитивно-поведенческие факторы (мысли людей о себе и своих отношениях, эмоциональные реакции в отношении секса, а также модели поведения и навыки) с основными человеческими потребностями

в близости, игривости и духовности. Его подход учитывал важность пары как близких людей и эротических партнеров, а также решающую способность пар конструктивно справляться с разногласиями и конфликтами. Майк подчеркивал сексуальность как процесс развития отношений в паре, в котором на субъективное влечение и удовлетворение партнеров влияют биологические, психологические и межличностные факторы. Интегративная биопсихосоциальная модель, описанная в этой книге, представляет собой развитие области секстерапии, историю которой мы кратко также излагаем. Хотя здесь особое внимание уделяется когнитивно-поведенческим концепциям и клиническим методам, другие стратегии и техники актуальны для терапевтов, использующих различные теоретические модели. Мы фокусируемся на психологических процессах и динамике пары, но биомедицинские факторы тоже являются критически важными для понимания сексуальной функции и дисфункции. Социальные и реляционные факторы, а также когнитивные и эмоциональные реакции партнеров, безусловно, рассматривались в литературе по секстерапии, но их значение часто преуменьшается. Майк же считал, что они имеют решающее значение для понимания сексуальной реакции человека. Сексуальность касается не только физической функции, поскольку на физические реакции и субъективное удовлетворение сильно влияют значения, которые партнеры придают своим сексуальным отношениям и отношениям вообще, а также эмоциональные реакции и поведенческие модели пары. Следовательно, методы оценки, описанные в этой книге, уделяют большое внимание когнитивным способностям, эмоциональным реакциям и поведенческим навыкам индивидуума (для общения, решения проблем и вопросов эротики/сексуального удовольствия). Мы также придаем особое значение систематической оценке парных взаимодействий, таких как паттерны требования и отстраненности, которые могут развиваться в ответ на сексуальную проблему или вызывать и поддерживать дисфункцию. Аналогичным образом подходы к лечению, описанные в этой книге, подчеркивают важность совместных интервенций, направленных на уменьшение паттернов взаимодействия в паре, способствующих сексуальной дисфункции, и на усиление эротики и сексуального удовольствия. Таким образом, когнитивно-поведенческая секстерапия для пар представляет собой последовательную интеграцию подходов к индивидуальному функционированию и парной динамике. Для реализации требуются знания и навыки как для индивидуальной, так и для парной терапии, чтобы снизить как личные, так и связанные с отношениями барьеры на пути к радостным сексуальным отношениям.

Доктор Мец был опытным практиком, исследователем и педагогом, который заботился о том, чтобы помочь парам развить удовлетворяющие сексуальные отношения и отношения в целом. Он считал, что концепции и методы когнитивно-поведенческой секстерапии для пар обладают большим потенциалом для расширения возможностей различных пар с точки зрения сексуальной ориентации, расы, этнической принадлежности и статуса партнера, развития здоровых и полноценных интимных сексуальных отношений. Это подход, основанный на сильных сторонах, поощряет и направляет пары к сотрудничеству в команде для улучшения отношений. Хотя пары обычно обращаются к терапии из-за проблем и эмоционального дистресса, связанного с сексуальной дисфункцией, оптимистичный и прямой подход клинициста помогает вселить надежду и создать позитивную мотивацию. Терапевт играет активную роль как педагог, но также постоянно сотрудничает с парой для достижения их личных целей в отношениях. Терапевтический стиль Майка был эмпатическим и уважительным к личным, парным, культурным и ценностным различиям. Мы попытались сплести те качества, которые разделяем, в этой законченной версии любимого детища Майка. Данная книга дополняет значительный вклад д-ра Меца в качестве полезной для профессионалов схемы изучения человеческой сексуальности и деликатного лечения сексуальной дисфункции. Сексуальные проблемы открывают уникальные возможности для психологического, реляционного и сексуального роста, поскольку первоначальное внимание пар к физическим функциям расширяется, а удовлетворение эмоциональной, внутренней сексуальности становится краеугольным камнем их личной связи. Диадическая направленность когнитивно-поведенческой парной секстерапии одновременно приносит пользу психическому здоровью каждого партнера и качеству отношений в целом.

Мы надеемся, что эта книга побудит опытных практиков и исследователей, а также начинающих специалистов внедрить секстерапию в основное русло своей работы. Сложности сексуальной функции являются одними из наиболее распространенных и тревожных проблем, с которыми сталкиваются люди в целом, независимо от того, является ли состояние основным заболеванием или всплывают при проведении оценки других трудностей. Эта книга является детищем д-ра Меца, представляя теоретический подход и клинические методы, в разработке и внедрении которых он сыграл центральную роль.

*Норман Б. Эпштейн и Барри В. Маккарти*



# Что такое сексуальная дисфункция и секстерапия

---

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

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

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

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

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

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

## **Секстерапия как исключительная клиническая возможность улучшить отношения**

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

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

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

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

## Сексуальная дисфункция как проблема взаимоотношений

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

## Взаимодействие сексуальной дисфункции, индивидуальных психологических функций и проблем в отношениях

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

## Базовые компетенции секстерапии

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

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

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

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

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

## **Актуальность терапии в контексте сексуальной ориентации**

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

## **Сексуальная дисфункция и сексуальное здоровье**

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

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

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

### **Сексуальные дисфункции по DSM-5.**

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

Определение СД включает три компонента:

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

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

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

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

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

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

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

## **Трудности в сексе**

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

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

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

**Таблица 1.1.** Сексуальные трудности, связанные с расхождениями в предпочтениях

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

## Распространенность сексуальной дисфункции

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

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

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

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

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

---

*Распространенность дисфункции среди женщин (%)*

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

*Распространенность дисфункции среди мужчин (%)*

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

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

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