

ОГЛАВЛЕНИЕ

Об авторах	31
Предисловие к первому изданию	35
Предисловие ко второму изданию	45
Предисловие к третьему изданию	47
Раздел I. Фундаментальные знания и умения	49
Глава 1. Интуитивное понимание: почему секс важен	51
Глава 2. Повествование о сексе: история, которую нужно рассказать	63
Глава 3. Пересечение границ в клинической практике	87
Глава 4. Богатая двусмысленность ключевых концепций: выявляем различия	103
Раздел II. Лечение	115
Часть А. Основные сексуальные проблемы женщин	117
Глава 5. Клинические проблемы сексуального влечения у молодых женщин	119
Глава 6. Проблемы с достижением оргазма	147
Глава 7. Болезненный секс	167
Глава 8. Сексуальность и менопауза	191
Часть Б. Основные сексуальные проблемы мужчин	205
Глава 9. Слабое сексуальное влечение у мужчин	207
Глава 10. Сексуальные проблемы у мальчиков-подростков и молодых мужчин	233
Глава 11. Лечение проблем с эрекцией специалистом в области психического здоровья	255
Глава 12. Преждевременная эякуляция	275
Глава 13. Задержанная эякуляция	301
Глава 14. Проблемное сексуальное поведение	323

Часть В. Общие проблемы для обоих полов	347
Глава 15. Сексуальные проблемы и дисфункции, связанные с сексуальной травмой в прошлом	349
Глава 16. Сексуальные проблемы при нарушении репродуктивной функции и беременности	375
Глава 17. Работа с изменами	399
Глава 18. Переходы: то одиночество, то новый партнер	421
Глава 19. Проблемы сексуальной жизни после рака груди и простаты	445
Глава 20. Помощь людям с умственными ограничениями	469
Глава 21. Депрессия и сексуальная жизнь	493
Глава 22. Распознавание и устранение побочных эффектов лекарств на половую жизнь	511
Раздел III. Разнообразие сексуальной жизни	531
Глава 23. Биологические основы сексуальной ориентации	533
Глава 24. Мужчина-гей	543
Глава 25. Уникальные клинические проблемы лесбиянок	569
Глава 26. Оптимальная эротическая близость: уроки выдающихся любовных пар	585
Глава 27. Феномен трансгендерности	607
Глава 28. Успешное и эффективное лечение парафильных расстройств: как меняется парадигма	631
Глава 29. Наука и принципы диагностики: обзор рабочей группы DSM-5 по расстройствам сексуальной и гендерной идентичности (гендерного несоответствия)	661
Раздел IV. Перспективы	671
Глава 30. Сотрудничество с фармацевтическими компаниями: передовые технологии	673
Глава 31. Постоянное генитальное возбуждение	681
Глава 32. Синдром посторгазмического недомогания	689
Глава 33. Асексуальность как ориентация	697
Глава 34. Социальные тенденции и их влияние на сексуальность	703
Список литературы	709

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторах	31
Предисловие к первому изданию	35
Предисловие ко второму изданию	45
Предисловие к третьему изданию	47
Раздел I. Фундаментальные знания и умения	49
Введение	49
Глава 1. Интуитивное понимание: почему секс важен	51
Введение	51
Вербализуем интуитивное понимание	52
Как взрослые растут в сексуальных отношениях	52
Как создается психологическая близость	53
Что можно узнать через секс	55
Как объяснить удовольствие от секса	55
Почему секс так важен	56
Почему сексуальный опыт нестабилен	57
Что такое сексуальное равновесие пары	57
Что такое чувственность	58
Возможна ли жизнь, полная сексуального удовольствия	58
Что такое сексуальное здоровье	59
Каковы источники дистресса в сексе	60
Как эти концепции облегчают терапию	60
Глава 2. Повествование о сексе: история, которую нужно рассказать	63
Введение	63
Зачем это изучать	64
Почему я не хочу касаться темы секса	64
Кому нужно задавать вопросы о сексе	66
Когда нужно спрашивать	67
Как задавать вопросы о сексе правильно	68
Использование инструментов оценки тенденций в сексе	70
Общение с парами	71

8 Содержание

Компоненты сексуального выражения	74
Сексуальная идентичность	74
Сексуальная функция	80
Резюме	85
Глава 3. Пересечение границ в клинической практике	87
Я пересекаю границы	87
Что такое границы	88
Пересечение границ и нарушение границ	90
Концепция скользкого пути	90
Какова роль терапевта	91
Есть ли границы для пациента	93
Резюме	94
Опасность двойственных отношений	95
Самораскрытие	97
Кто занимается сексом с пациентом	100
Резюме	102
Глава 4. Богатая двусмысленность ключевых концепций: выявляем различия	103
Введение	103
Сексотерапия, сексуальная медицина, сексология	104
Этиология, патогенез, психодинамика, идеология	106
Сексуальное удовлетворение, сексуальный дистресс	107
Сексуальное влечение, желание, мотивация, ценности	110
Любовь	112
Сексуальная неверность	112
Сексуальная зависимость, гиперсексуальность, сексуальная импульсивность, сексуальная компульсивность	113
Резюме	114
Раздел II. Лечение	115
Часть А. Основные сексуальные проблемы женщин	117
Глава 5. Клинические проблемы сексуального влечения у молодых женщин	119
Введение	120
Множественные стимулы для секса: преобладание эмоциональной близости	121

Современная модель сексуальной реакции	124
Эмоциональная близость крайне важна, но недостаточна	124
Любое ли влечение находит ответ	125
Определение расстройства сексуального интереса-возбуждения в DSM-5	128
Ключ — как пары договариваются о распространенных противоречивых сексуальных желаниях	129
Стресс и сексуальное влечение	130
Могут ли женщины отличить сексуальное влечение от сексуального возбуждения	131
Что меняет возбуждение. Клинические, экспириентальные и нейровизуализационные данные	132
Сложности сексуального возбуждения у женщин	134
Дальнейшие биологические аспекты возбуждения	136
Роль андрогенов	137
Женская сексуальность: контекстуальный и реляционный “новый взгляд”	139
Истоки отвращения	139
Когда нехватка “спонтанного влечения” является расстройством	140
Лечение	141
Ваши пациентки сообщают, где прерывается их цикл реакции: начало терапии	141
Обращение к межличностным отношениям	141
Просвещение	142
Повышение внимания к сексуальным сигналам через осознанность	142
Оптимальное лечение сопутствующей депрессии	143
Перспективы в фармакологическом лечении	144
Вопрос о предписании тестостерона женщинам в пременопаузе	144
Резюме	145
Глава 6. Проблемы с достижением оргазма	147
Введение	147
Случай 1. Лора	148
Случай 2. Барбара	149
Случай 3. Эллен	149

10 Содержание

Определение и диагностические термины	150
Оценка оргазмической дисфункции	151
Основные жалобы	151
Проверка сексуального статуса	153
Личная история секса	155
Медицинский/психиатрический анамнез и лекарственные препараты	157
Лечение	158
Случай 1. Лечение Лоры	158
Случай 2. Лечение Барбары	162
Случай 3. Лечение Эллен	163
Резюме	165
Глава 7. Болезненный секс	167
Введение	167
Многие аспекты болезненного секса	168
Что со мной не так? Сопутствующие трудности	170
Исторический обзор	172
Актуальные варианты терапии	173
Как работать с женщинами, страдающими от болезненного секса	177
Многомерная оценка	179
Начальная фаза терапии: психообразование, построение альянса и определение целей	181
Стратегии лечения для уменьшения боли и сексуальной дисфункции	183
Четыре распространенные проблемы сопротивления	187
Ожидаемые результаты лечения в клинических условиях	189
Профессиональные преимущества при работе с генитальной болью	190
Глава 8. Сексуальность и менопауза	191
Введение	191
Основные знания о менопаузе	192
Стадии менопаузы	193
Противоречия, возникающие в связи с инициативой по охране здоровья женщин	196

Профилактика и лечение атрофического вагинита, одного из состояний МСМ	197
Потеря сексуального влечения	199
Лечение тестостероном и влечение	201
Побочные эффекты и данные о безопасности использования тестостерона при гипоактивном расстройстве сексуального влечения	203
Резюме	204
Часть Б. Основные сексуальные проблемы мужчин	205
Глава 9. Слабое сексуальное влечение у мужчин	207
Введение	207
О чем пойдет речь	208
Распространенность	209
Обновление руководства DSM	210
Андрогенный дефицит	213
Разногласия в отношениях	214
Депрессия	214
Асексуальность	215
Концептуализация слабого сексуального влечения	216
Общая оценка	217
Физиологическая оценка	218
Психологическая оценка	219
Сексуальные тайны и ложь	220
Культурная оценка	222
Оценка переноса	222
Межличностная оценка	223
Оценка контекста	224
Варианты лечения	224
Резюме	230
Глава 10. Сексуальные проблемы у мальчиков-подростков и молодых мужчин	233
Введение	233
Половое воспитание	234
Метафора трехногого табурета	235

12 Содержание

Случай Грега: старшеклассник с блоком в сексе	235
Случай Джеймса: эмоциональное развитие прервано	238
Случай Билла: проблема не всегда в уме	241
Случай Макса: если вы не спросите, они не скажут	242
Случай Брэда: мне 19 лет, и я не могу достичь оргазма во время секса	244
Дэвид: гей, но не такой, как вы думаете	246
Сэм: постоянный страх и тревога в 17 лет	249
Порнография: бесконечный секс в Интернете	252
Резюме	253

Глава 11. Лечение проблем с эрекцией специалистом в области психического здоровья	255
Основные клинические предположения	257
Три всеобъемлющие этиологические категории ЭД	257
Перспективы	257
Должен ли быть стандартный подход к ЭД у всех специалистов?	258
Ожидание неудачи — последний общий путь ко всем формам ЭД	261
Большинство случаев психогенной ЭД следует за периодом лучшего функционирования	261
Психогенная ЭД на протяжении всей жизни у женатых и разведенных мужчин	262
Три важных ограничения в отношении этих концепций	265
Важно рассматривать приобретенную ЭД как что-то исключительное	267
Спектр методов лечения ЭД	268
Как проводить психотерапию с мужчинами и парами при ЭД	268
Устранение препятствий	269
Преобладающий взгляд на ЭД	271
Обоснование приема препаратов ФДЭ-5	272
Резюме	274
Глава 12. Преждевременная эякуляция	275
Введение	275
Психотерапевтическое лечение	276

Фармакологическое лечение	279
Определения	280
Нейробиологический подход	281
Испытания на животных	282
Нейроанатомия	283
Биологические вариации времени задержки эякуляции	284
Генетическое влияние на продолжительность ВЗИЭ	287
Гипотеза порога эякуляции	288
Изменение ранней эякуляции в течение жизни	289
Типы преждевременной эякуляции	290
Пожизненная преждевременная эякуляция — это больше, чем просто ранняя эякуляция	292
Преждевременная эякуляция и эректильная дисфункция	294
Выводы о пожизненной преждевременной эякуляции	295
Приобретенная преждевременная эякуляция	296
Остерегайтесь клинической ловушки	299
Субъективная преждевременная эякуляция	299
Резюме	300
Глава 13. Задержанная эякуляция	301
Введение	301
Точное определение ЗЭ	302
Этиология	305
Диагноз	310
Лечение	312
Случай 1. Джеймс	315
Случай 2. Джон	317
Случай 3. Майк	318
Резюме	321
Глава 14. Проблемное сексуальное поведение	323
Определение проблемного сексуального поведения	323
Что объясняет сексуальное отыгрывание	324
Коморбидность	326
ПСП среди сексуальных меньшинств	326

Мультимодальное лечение	327
Проверка близости в индивидуальной психотерапии	327
Терапия 3R	328
Отношения (Relationship)	328
Соппротивление (Resistance)	330
Реальность (Reality)	331
Переход от оценки к первому этапу лечения	332
Следующий этап лечения	339
Построение альянса/получение немедленного облегчения	339
Удержание клиента на терапии	340
Преодоление стыда	340
Прекращение и переход на другой метод лечения	342
Успокоение, не использование	343
Дальнейший курс	343
Резюме	344
Часть В. Общие проблемы для обоих полов	347
Глава 15. Сексуальные проблемы и дисфункции, связанные с сексуальной травмой в прошлом	349
Введение	349
Сексуальное насилие	350
Другие формы насилия	351
Варианты реакций	352
ПТСР в DSM-5	352
Диссоциация	353
Последствия инцеста (сексуального насилия над детьми)	355
Сексуальные последствия инцеста (сексуального насилия над детьми) и других видов сексуальных нападений	356
Паттерны избегания	363
Оказание помощи с учетом травм	365
Три основных этапа лечения	367
Общая оценка	368
Специализированная оценка	370
Другие подходы в лечении	372
Резюме	374

Глава 16. Сексуальные проблемы при нарушении репродуктивной функции и беременности	375
Мой первый день	376
Сексуальные проблемы могут вызвать бесплодие	378
Невежество может вызвать бесплодие	379
Сексуальное поведение может вызвать бесплодие	379
ЗППП могут вызвать бесплодие	380
Скрытый мужской гомосексуализм может вызвать бесплодие	381
Если за лечением бесплодия обращается одинокий человек	381
Определенные сексуальные расстройства влияют на бесплодие	382
Психосексуальные проблемы при бесплодии	385
Сексуальные расстройства при бесплодии	388
Сексуальная дисфункция во время и после беременности в результате лечения бесплодия	392
Резюме	397
Глава 17. Работа с изменами	399
Романы случаются часто и по множеству причин	399
Вам нужен путеводитель	401
Если можно сделать лишь что-то одно, тогда делайте это	403
Установите границы	404
Продвигайте заботу о себе	405
Обучайте техникам тайм-аута и расслабления	406
Помогите партнерам обсудить последствия романа	406
Объясните, что такое флэшбеки	407
Для восстановления отношений доверия требуется больше	407
Изучите факторы, потенциально способствующие измене	409
Помогите партнерам построить общее повествование	410
Помогите им двигаться дальше (вместе или по отдельности), оставив боль позади	411
Помогите партнерам изучить трудности, связанные с прощением	413
Изучите факторы, влияющие на решение партнеров продолжить свои отношения	414

16 Содержание

Остерегайтесь ловушек	415
Изучите феномен измен и познайте себя	415
Четко определите, кого вы считаете своим клиентом	416
Заблаговременно изложите свою политику в отношении конфиденциальности	416
Вы не можете помочь всем	417
Резюме	420
Глава 18. Переходы: то одиночество, то новый партнер	421
Введение	421
Демографическая картина	422
Что значит быть холостым	423
Свидания: аспект развития	423
Какими бывают свидания в разные возрастные периоды	425
Необходимость осознать горе	427
Различные препятствия на пути к новым отношениям	428
Влияние гендерных ролей	428
Пример 1	429
Проблемы свиданий у холостых, разведенных людей и членов смешанных семей	431
Пример 2	432
Другие препятствия для родителей	433
Где чаще всего завязываются новые отношения	434
Быстрые знакомства	434
Взаимодействие через Интернет	435
Вечная проблема — сексуальное здоровье	437
Вопросы контрпереноса касательно ЗППП	438
Одиннадцать предложений	439
Установление целей	439
Определение ценностей	440
Работа с горем	440
Оценка опыта прошлых отношений	440
Содействие своевременной честности в период ухаживания	440
Исследование нового “я”	441

Поддержание тела	441
Определение роли социальной поддержки	441
Выявление серьезных проблем психического здоровья	442
Влияние проблем с детьми	442
Проведение полового воспитания, особенно в вопросах ЗППП	442
Пример 3	443
Резюме: контрперенос неизбежен	444
Глава 19. Проблемы сексуальной жизни после рака груди и простаты	445
Сексуальность и рак: обзор	446
Влияние лишаящего прав и возможностей горя	446
Тирания позитивного мышления	447
Влияние времени от постановки диагноза	449
Влияние неадекватных ресурсов/доступа к медицинской помощи	450
Воздействие местного лечения: хирургия и лучевая терапия	451
Влияние операций на груди	451
Влияние операции по реконструкции груди	452
Влияние простатэктомии	453
Влияние лучевой терапии	454
Воздействие системного лечения	455
Гормональные изменения у женщин	455
Андроген-депривационная терапия при раке простаты	458
Общее влияние ЭД на сексуальное влечение	459
Безопасность гормонального лечения больных раком простаты	460
Безопасность гормонального лечения больных раком груди	460
Негормональное лечение больных раком груди	461
Альтернативные методы лечения ЭД у пациентов с раком простаты	462
Другие переменные, влияющие на сексуальность	462
Влияние возраста, когда поставлен диагноз	462
Влияние депрессии/тревоги	463

18 Содержание

Влияние проблем в отношениях	464
Влияние стадии заболевания	464
Влияние расы и культуры	465
Влияние на сексуальность у геев	466
Влияние на сексуальность у лесбиянок	466
Резюме	468
Глава 20. Помощь людям с умственными ограничениями	469
Введение	469
История сексуальности в контексте умственных ограничений	471
Системные трудности	471
Оценка и лечение	472
Первый этап	473
Второй этап	473
Третий этап	474
Групповая терапия	474
Прием препаратов	475
Сеансы индивидуальной терапии	475
Сексуальная ориентация	476
Пример 1	476
Пример 2	477
Гендерная дисфория	479
Пример 3	479
Сексуальные дисфункции	480
Ведение групп обучения социальным навыкам	481
Групповая терапия	482
Пример 4	482
Парафильные расстройства	485
Пример 5	485
Рекомендации по работе с пациентами с умственными ограничениями	487
Открытие 1. Расследовать то, что выходит за рамки умственных ограничений	487
Открытие 2. Создать терапевтический альянс с пациентом	488
Открытие 3. Использовать доказанные схемы оценки и лечения людей с умственными ограничениями	488

Открытие 4. Правильно оценивать важность проблемы	488
Открытие 5. Повторять и обобщать приобретение навыков	489
Открытие 6. Не полагаться на прошлый опыт — мыслить нестандартно	489
Открытие 7. Двигаться вперед, исследовать дополнительные области	490
Резюме	490
Глава 21. Депрессия и сексуальная жизнь	493
Введение	493
Важность метаанализа	494
Наша клиническая рекомендация	495
Распространенность, возраст и дистресс среди женщин	495
Половые стероиды и жизненный цикл женщин	496
Заболевания, СД и депрессия	497
Диабет	498
Другие заболевания	498
Пример 1	499
Антидепрессанты и СД	500
Пример 2	500
Нейробиология сексуального поведения	501
Влияние генетики на СД	502
Исследования в нейровизуализации	503
Путаница нозологии и тонких различий	504
Психосоциальные факторы	505
Инструменты скрининга	506
“Полная” сексуальная история	507
Влияние партнера	508
Варианты лечения женщин с СД, спровоцированной действием антидепрессантов	509
Резюме	510
Глава 22. Распознавание и устранение побочных эффектов лекарств на половую жизнь	511
Введение	511
Пример 1	512
Пример 2	513

Личное достоинство и сексуальная дисфункция	513
Диагностика сексуальной дисфункции, вызванной лекарствами	514
Явные ситуации	514
Четыре сложные ситуации	515
Психотропные препараты, способные вызвать сексуальную дисфункцию	516
Выявление сексуальной дисфункции, вызванной лекарствами	516
Антидепрессанты	517
СИОЗС	518
Другие антидепрессанты	519
Воздействие на сексуальную дисфункцию, вызванную приемом антидепрессантов	520
Применение антидотов	521
Транквилизаторы/анксиолитики	522
Нейролептики	523
Приапизм	524
Нормотимики	525
Непсихотропные препараты	526
Лечение рака	527
Злоупотребление наркотиками и алкоголем	528
Алкоголь и табак: легальные наркотики	528
Запрещенные наркотики	529
Резюме	529
Раздел III. Разнообразие сексуальной жизни	531
Глава 23. Биологические основы сексуальной ориентации	533
Генетические факторы	533
Факторы неврологического развития	535
Различия в мозге	538
Резюме	540
Глава 24. Мужчина-гей	543
Гомосексуальность — не болезнь	543
Необходимость обсуждения данной темы	544

Проблема старых предрассудков	545
Определения	546
Важность знания мифов о гомосексуализме для клиницистов	548
Терапевтические сложности	550
Издевательства, стигматизация и дискриминация	550
Каминг-аут	551
Клинические предостережения	551
Первые шаги на пути к осознанию гомосексуальности	552
Истоки внутренней гомофобии	553
Негативное влияние на некоторых подростков	554
Самоубийства	555
Насилие	556
Информирование родителей	557
Принятие гей-сообществом	558
Семья по выбору	559
Жизнь гея после гетеросексуального брака и рождения детей	559
Ухаживание и проблемы во взаимоотношениях	560
Обобщения о геях	561
Длительные отношения	561
Сексуальные трудности	562
ВИЧ	562
Неравенство в медицинской помощи для мужчин-геев	564
Старение	565
Следует ли терапевту раскрывать свою сексуальную ориентацию	566
Репаративная терапия	567
Резюме	568
Глава 25. Уникальные клинические проблемы лесбиянок	569
Введение	569
Самоопределение и ярлыки	570
Терапевтические отношения с клиенткой-лесбиянкой	572
Укрепление доверия: узнайте свои предубеждения и предположения	572
Самораскрытие	573

Клинические проблемы лесбиянок	574
Признаться самой себе	574
Признаться другим	575
Отношения	577
Сексуальная близость	577
Постоянные отношения/брак	579
Беременность	579
Романы на стороне	579
Безопасный секс	580
Зависимость от веществ	581
Насилие	581
Старение	581
Здоровье/болезни	581
Смерть постоянной партнерши	582
Резюме	582

**Глава 26. Оптимальная эротическая близость:
уроки выдающихся любовных пар**

уроки выдающихся любовных пар	585
Оптимальная сексуальность и люди зрелого возраста	586
Суть исследований	587
Восемь компонентов оптимального сексуального опыта	588
Уроки оптимальной сексуальной близости от “экспертов”	589
Великими любовниками не рождаются, а становятся	589
Оптимальная сексуальная близость возрастает в контексте отношений, углубляющихся со временем	592
Не соглашаться на меньшее	593
Отличный секс требует много времени, преданности и целенаправленности	593
Важны и новизна, и узнавание друг друга заново	594
Старение, хронические заболевания и инвалидность не обязательно препятствуют оптимальному сексуальному опыту	595
На более высоких уровнях эротической близости у мужчин и женщин нет различий	597
Задачи терапевтов	598
Знайте, что неудовлетворительная сексуальная жизнь может измениться	598

Помогите пациентам переосмыслить секс	598
Поощряйте клиентов отказываться от секса, если они не полны желанием	599
Сосредоточьтесь на качестве, а не на количестве	600
Сообщите пациентам, что эмоциональная близость необходима для качественного секса	601
К ключевым навыкам относятся эмпатия и мгновенная связь	601
Не преуменьшайте разочарования	602
Помогите клиентам достичь желаемого секса	602
Забудьте слова “естественный” и “спонтанный”: секс требует усилий	603
Сексуальная функция и оптимальный сексуальный опыт — разные понятия	605
Резюме	606
Благодарности	606
Глава 27. Феномен трансгендерности	607
Моя вовлеченность в оказание помощи трансгендерам	607
Что такое гендерная дисфория	609
Бинарная концептуализация ГД	610
ГД с ранним и поздним наступлением	611
Официальные диагнозы	611
Клиническая картина	613
Дети	613
Подростки	614
Взрослые	614
Наступление и развитие ГД	615
Ответ психотерапевта на запрос о лечении	618
Происхождение ГД	618
Лечение	619
Дети	619
Взрослые: классический подход	621
Взрослые: другие подходы	624
Подавление полового созревания у подростков	625
Помогает ли лечение	627

Роль немедицинских интервенций	627
Текущие дебаты	628
Дополнение	630

Глава 28. Успешное и эффективное лечение парафильных расстройств: как меняется парадигма 631

Введение	631
Определения в рамках разных парадигм	634
Тонкие различия между похожим поведением	635
Определение генетики, гендера, ориентации, влечения, сексуального интереса	639
Альтернативные парадигмы этиологии	640
Рекомендации по оценке и лечению	643
Четко сообщайте пациенту/клиенту, на кого вы работаете	643
Будьте честны в отношении границ конфиденциальности	650
Не пытайтесь провести собственное полицейское расследование или судебный процесс	651
Получите как можно больше информации	652
Набор инструментов для оценки в Клинике сексуального поведения Оттавы	652
Не направляйте кого-либо к специалисту вместо выполнения обязательства сообщить о правонарушении	653
Не оправдывайте незаконную деятельность даже случайно	654
Не говорите никому из пациентов, что они неизлечимы	655
Варианты групповой психотерапии	655
Варианты фармакотерапии	656
Почему в лечении парафилий важен оптимизм	657
Резюме	658

Глава 29. Наука и принципы диагностики: обзор рабочей группы DSM-5 по расстройствам сексуальной и гендерной идентичности (гендерного несоответствия) 661

Отбор рабочей группы	662
Результаты работы	663
Наука и принципы диагностики	664
Сексуальные дисфункции	665

Парафилии	666
Расстройства гендерной идентичности (гендерное несоответствие)	668
Вне DSM-5	670
Раздел IV. Перспективы	671
Глава 30. Сотрудничество с фармацевтическими компаниями: передовые технологии	673
Введение	674
Несколько фактов о разработке лекарств	675
Разработка опросников	676
Взаимодействие с регулирующими органами	678
Резюме	679
Глава 31. Постоянное генитальное возбуждение	681
Введение	681
Краткая история	682
Возможные этиологии	682
Некоторые случаи	683
У кого возникает ПГВ и насколько это распространено	684
Личное восприятие и понимание ПГВ	684
Оценка пациентов с ПГВ	685
Физиологические ассоциации	685
Психологические ассоциации	686
Лечение	686
Последствия	686
Дискуссии	687
Резюме	687
Глава 32. Синдром посторгазмического недомогания	689
Введение	689
Симптомы синдрома посторгазмического недомогания	690
Пять предварительных критериев	691
Две формы СПН	691
Семь кластеров критерия 1	692

26 Содержание

Кожная пунктионная проба с собственной спермой пациента	693
Лечение	694
Резюме	696
Глава 33. Асексуальность как ориентация	697
Глава 34. Социальные тенденции и их влияние на сексуальность	703
Список литературы	709

ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ГРАНИЦ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кэндис Б. Райзен, доцент

Я пересекаю границы

Я остро осознала проблему пересечения границ в терапии в начале своей карьеры, когда работала в клинике помощи при сексуальных дисфункциях больницы университета Кливленда. Тогда в моем кабинете сексуальные чувства и поведение были главной темой и преобладающей силой. Я не могла игнорировать эту тему. Со временем я начала встречаться с профессионалами, которые занимались сексом со своими пациентами, клиентами, сотрудниками, прихожанами или другими людьми, для которых они являлись источником доверия и авторитета. Я провела бесчисленные часы, пытаясь понять, как и почему они решились на это. Я пришла к постижению сексуальной эксплуатации пациента как к пересечению границ, и поняла это только после долгого изучения других менее вопиющих нарушений границ, сексуальных и не сексуальных, которые никогда не признавались и не рассматривались. Вот некоторые примеры таких нарушений: наблюдение за пациентом в течение более длительных, чем нужно, периодов времени или в нерабочее время, отказ от взимания платы за сеанс, чрезмерное раскрытие информации, изучение интимных деталей без видимой причины, высказывание комментариев о привлекательности пациента, принятие личных комментариев вне рамок обследования, объятия и контакты за пределами клиники или кабинета. В конце концов я поняла, что эти вещи часто были реакцией на сильные чувства с обеих сторон, действия без осознания, признания или проверки.

Этот опыт заставил меня признать тот факт, что за годы моей практики я тоже пересекала границы, не осознавая этого и не понимая последствий того, что делала. Это не всегда означает, что все эти случаи

имели негативные последствия. Фактически я часто ощущала, что пересечение определенной границы было терапевтически показано и, возможно, даже необходимо для укрепления отношений с пациентом. Но когда я сомневалась, то редко обращалась за советом к коллеге или супервизору из-за смущения, боязни показаться глупой или наивной, а также из-за нежелания раскрыть свои личные чувства. Однако мне посчастливилось работать в учреждении, где большое внимание уделялось индивидуальному и групповому контролю. Во время наших рабочих совещаний дважды в неделю часто поднимались вопросы о чувствах и поведении пациентов и терапевтов. Обсуждение тонкостей совладания с сильными эротическими, романтическими или враждебными чувствами поощрялось без страха наказания. Я обнаружила, что трудно сформулировать, почему что-то кажется неправильным, особенно когда предлагается исключить *неправильное, плохое* и *неуместное* из своего словарного запаса. Казалось, что все мы опирались на концепцию “неуместности” в обучении, но я пришла к выводу, что это слово вызывает чувство стыда без более глубокого понимания.

Передо мной стояла задача проанализировать ответы как терапевтические или антитерапевтические, и я научилась оспаривать обе точки зрения, прежде чем сделать вывод. Это укрепило идею о том, что, за некоторыми исключениями, выбор дальнейших действий не является абсолютным. Моя стратегия повествования в этой главе состоит в том, чтобы проиллюстрировать данный процесс.

Что такое границы

Сильные несексуальные и сексуальные переживания возникают в течение любой терапии, а не только при лечении сексуальных проблем. И все же в большинстве случаев они редко обсуждаются напрямую. Правила проведения терапии — то, что я называю границами, — часто рассматриваются только как набор норм и процедур. То, что терапевт может и не может делать, определяется законом, профессиональными этическими стандартами, политикой учреждения и местными обычаями. Однако я надеюсь убедить вас в том, что в конечном итоге принятие решений в рамках индивидуальной терапии должно быть отражением нашего собственного здравого смысла.

Граница — это линия, проведенная между двумя пространствами. Это может быть вопросом безопасности; например, ребенок не может переходить улицу один, и бордюр тротуара — его граница. Это может быть связано с владением; например, собственность до этой линии — моя, а дальше — чужая. Или это может быть связано с установлением ограничений, набором правил, разработанных для поощрения социально приемлемого поведения.

Невидимые поддерживающие структуры терапии, ее рамки, конструируются с помощью границ. Два или более человек объединяются на сеансе терапии, чтобы достичь согласованной цели по повышению благосостояния пациента. Эта рамка может характеризоваться по-разному: несбалансированные властные отношения [7], отношения, основанные на доверии [10], или односторонняя близость [9]. Мы, профессионалы, отвечаем за судьбы пациентов. “Сила, которую мы имеем, — это сила, которую они нам дают; это не обязательно власть, которую мы берем на себя. Скорее всего, мы окажем влияние на наших клиентов, выходящее далеко за рамки наших намерений или осведомленности” [10].

Когда мы исследуем базовую рамку терапии более внимательно, становятся очевидными новые структурные грани. Они определяют приемлемое поведение в клинических условиях [6]. Эти грани включают ожидания относительно того, где, когда и почему проводится терапия; что может или не может иметь место, пока терапия длится; и как достичь терапевтических целей. Каждый из этих структурных компонентов защищает благополучие пациента и позволяет продолжать работу. Есть и другие, казалось бы, второстепенные подструктуры рамки: как мы оборудуем свой кабинет, что мы надеваем, в какое время дня или дней недели мы принимаем пациентов, связываемся ли мы с пациентами через электронную почту, мессенджеры или текстовые сообщения. Пациенты могут чувствовать наши внутренние границы по тому, о чем мы говорим. Болтаем ли мы о спорте или легко сосредотачиваемся на конфликтах клиентов? Делимся ли мы личной информацией? Если да, то когда и с какой целью? Возможно, рамки нашей работы, уникальная интерпретация границ отражает нашу профессиональную этику и личные ценности. И, не осознавая, мы также часто нарушаем некоторые из этих условных границ.

Пересечение границ и нарушение границ

Пересечение границ происходит, когда терапевт или пациент говорит или делает что-то, что выходит за рамки прототипических терапевтических отношений. Терапевт рассказывает что-то о личной жизни, принимает подарки или выходит из себя. Пациент тянется к терапевту, чтобы обнять его, приглашает терапевта на праздники к себе или звонит терапевту домой. Границы пересекаются — иногда намеренно, иногда случайно, а иногда из-за сбивающей с толку потери контроля над ситуацией.

Нарушение границ — это плохо продуманные пересечения, которые удовлетворяют насущные потребности пациента без учета долгосрочных последствий, удовлетворяют потребности терапевта за счет пациента, наносят вред пациенту или грозят ущербом будущей работе. Пересечение границы с одним пациентом может быть нарушением границ с другим, например, сравните объятие пожилого человека с депрессией с объятием того, кто пережил сексуальное насилие.

Концепция скользкого пути

Со временем мне стало очевидно, что большинство профессионалов, совершивших серьезные сексуальные проступки, описывали в своей работе все большее размывание границ в течение длительного периода времени. Габбард [1] описал это как “скользкий путь”, процесс, посредством которого пересечение небольших и, казалось бы, безобидных границ без очевидных негативных последствий может привести к тому, что станет легче допускать все более серьезные и опасные нарушения границ. Последующие исследования подтвердили идею о том, что почти всем опасным нарушениям границ предшествовали незначительные пересечения границ [18]. Некоторые авторы пошли дальше и пришли к выводу, что эти мини-пересечения границы (самораскрытие, подарки, объятия и т.п.) неизбежно приводят к нарушению границ, и поэтому их следует избегать любой ценой. Это вызвало противоречие между идеями о том, что терапия должна характеризоваться жестким процессом, связанным с правилами, и о том, что своевременное пересечение границ может иметь высокую клиническую ценность и положительно влиять на терапевтический альянс и результат лечения [18]. Большинство клиницистов придерживаются второй позиции и считают, что позитивный

терапевтический альянс является ключевым фактором в прогнозировании успешного исхода. Сохранение жесткой и связанной с правилами позиции часто рассматривается как холодное и лишенное заботы о пациенте антитерапевтическое действие.

Является ли конкретное пересечение границ полезным или вредным, может зависеть от пациента, терапевта, теоретической ориентации, обстановки и, что наиболее важно, от того, будет ли когда-либо признаваться и обсуждаться его значение. Однако это относительное положение имеет одно важное исключение. Никакая терапия не должна включать возможность секса между пациентом и терапевтом. Сексуальный контакт меняет цель и процесс терапии и может нанести серьезный вред пациенту и терапевту в долгосрочной перспективе.

Какова роль терапевта

Роль терапевта состоит в том, чтобы инициировать и организовать серию словесных взаимодействий с целью повышения согласованных потребностей роста. Роли терапевта и пациента не сбалансированы. Терапевт должен помочь пациенту, но пациент не обязан помогать терапевту. Роль терапевта состоит в том, чтобы задавать вопросы, исследовать и ставить задачи для развития психики пациента с намерением интерпретировать, прояснять и подтверждать потребности и желания пациента. Этой роли присуща вера в то, что такое объективное и полезное вмешательство возможно только в том случае, если личные потребности и желания терапевта не имеют значения. Это определено как правило воздержания — терапевт имеет право на вознаграждение и довольство от искренней попытки помочь, но не более того!

Цель терапии — помочь пациенту лучше жить при взаимодействии с миром. Терапевтические отношения состоят из кусочков прошлых отношений клиента, часто называемых *переносом*, смешанных с текущим взаимообменом между терапевтом и пациентом. Это непосредственный опыт терапевта того, как пациент относится к жизни. Но он не предназначен для замены реальной жизни. Терапевты не могут и не должны пытаться быть заменой родителей, лучшим партнером или другом либо ответом на молитвы пациента, как бы нам иногда этого не хотелось. Хотя пациенты могут стремиться к этому и заставлять своего терапевта взять на себя подобную роль, подчинение их

желаниям в конечном итоге приводит к трудностям. Чем лучше терапевт выступает в роли замещающего родителя, партнера или друга, тем меньше у пациента причин для внесения необходимых изменений в свою жизнь для удовлетворения этих потребностей. К сожалению, часто бывает трудно провести границу между потребностями пациента в тепле, понимании и утверждении, на которые он имеет полное право, и иррациональными потребностями человека в том, чтобы терапевт стал родителем, партнером или лучшим другом.

Пациентка просит терапевта сопровождать ее, когда она появляется в суде на слушании дела о разводе. Ее муж подвергал женщину физическому насилию, и она боится предстать перед ним в суде одна. У нее нет друзей, которых она могла бы попросить об этом. Должен ли терапевт согласиться на ее просьбу?

За

Терапевтическая цель заключалась в том, чтобы пациентка могла развить достаточно сил и чувство собственного достоинства, добившись развода. Этот день в суде — кульминация упорной работы пациента в рамках терапии.

У пациентки действительно больше никого нет, но она стремится к новой жизни и полна решимости развивать здоровые отношения в будущем.

Терапевт неоднократно заверял пациентку в том, что она не одинока, что он рядом с ней, когда она борется со своими страхами. Приход в суд может быть конкретной демонстрацией этого сообщения.

Если терапевт откажется пойти в суд, пациентка может почувствовать себя брошенной и/или преданной, не имея навыков, чтобы справиться с чувствами и сохранить терапевтический альянс.

Терапевтический альянс будет укреплен этой конкретной демонстрацией поддержки и приведет к дальнейшему развитию.

Против

Терапевт создает прецедент того, что он доступен вне кабинета, чем рискует усилить зависимость пациентки от него и сделать менее критичным общение с другими.

Пациентка действительно может регрессировать из-за присутствия своего терапевта, т.е. у нее будет меньше мотивации преодолеть страхи и отстаивать свои желания.

Выбор терапевта мотивирован чрезмерной потребностью держать пациентку в зависимости, чтобы чувствовать себя важным.

Если терапевт возьмет за это плату, пациентка может почувствовать стыд и негодование из-за того, что ей пришлось “нанять друга”.

Если терапевт не возьмет за это плату, пациентка может рассматривать это как акт “дружбы”, что может стать причиной замешательства в будущем.

С другой стороны, пациентка может чувствовать себя обязанной терапевту и неспособной выразить негативные чувства.

Терапевту могут не понравиться повышенные требования к затратам его времени и проявлять это в той или иной форме негативной реакции контрпереноса.

Вы можете поддерживать ту или иную позицию, но я думаю, что любую из них можно отстоять в зависимости от конкретного пациента, характера терапевтических отношений и уникальных обстоятельств. Важнее всего то, что откровенное обсуждение вопроса с пациентом с учетом обеих точек зрения до и после события имеет решающее значение. Даже если терапевт или пациент позднее заключат, что принятое решение было ошибкой, это обсуждение может быть положительной и значимой частью терапевтического процесса.

Есть ли границы для пациента

Да, хотя у пациентов гораздо больше свободы действий. Как правило, от них ожидается, что они будут посещать прием, вести целенаправленную беседу в меру своих возможностей, своевременно предупреждать, если им нужно отменить встречу, оплачивать счета за терапию и вести себя таким образом, чтобы не подвергать опасности отношения с терапевтом. Это последнее обязательство является сложным, поскольку мы часто убеждаем пациентов: они могут говорить все, что угодно, быть открытыми и честными, не опасаясь наказания. В то же время мы ожидаем, что они будут выражать свои чувства не деструктивным образом и будут готовы работать с тем, что они выражают. Но что, если пациент высказывает словесные оскорбления и не хочет участвовать в обсуждении значения своего гнева? Что, если пациент продолжает добиваться интимной связи с терапевтом в провокационной манере и не желает исследовать природу и мотивы

своих стремлений? Как долго терапевт должен позволять пациенту выражать все чувства без ограничений, прежде чем прекратить это? Терапевт должен уравнивать пациента, позволяя достаточно выражать чувства, которые тот хочет выразить, и в то же время пытаться исследовать, понимать и объяснять истинное значение этих чувств. При этом важно, чтобы терапевт контролировал процесс и мог объяснить пациенту, почему тот не может продолжать выражать свои эмоции в прежней манере.

Вижу, вы злитесь на меня. Я пытаюсь понять, почему вы чувствуете именно это. Но, продолжая кричать и ругать меня, вы осложняете мне работу. Я хочу разобраться вместе с вами и помочь нам обоим пройти через это. Можете ли вы остановиться на минуту и позволить нам вникнуть в проблему? Вы говорите, что хотите построить другие отношения со мной, и что чувствуете себя отвергнутым, когда я не отвечаю так, как вы хотели бы. Можете ли вы представить себе, что есть другой способ понять, что вы чувствуете? Я хочу изучить это вместе с вами.

Пациенты обладают большей или меньшей способностью реагировать на такие вмешательства, и бывают случаи, когда у терапевта нет выбора, кроме как твердо стоять на сохранении границ, даже если это означает прекращение обсуждения или сеанса. Даже необходимость прервать сеанс может быть полезна, но не из-за гнева или беспокойства.

Давайте закончим на сегодня и попробуем взглянуть на это в другой раз. Возможно, тогда мы сможем обсудить это так, как нам будет удобнее.

Резюме

Рольевые определения как для терапевта, так и для пациента образуют общую границу или структуру терапевтической работы. Терапия является целенаправленным процессом. Ее внутренняя структура больше похожа на отношения родителя и ребенка, чем на дружбу, потому что ее упор делается на потребности пациента. Кроме того, терапия проводится в относительной изоляции от личных миров любой из сторон. Чаще всего терапевт и пациент не знают друг друга до начала терапии и не имеют близкого контакта друг с другом вне терапии. Существуют границы, позволяющие пациенту получить

максимальную пользу от терапии, какой бы значительной или ограниченной она ни была для каждого пациента.

Опасность двойственных отношений

Термин *двойственные отношения* в психотерапии относится к любой ситуации, в которой существует множество ролей для терапевта и клиента [12]. Двойственные отношения возникают, когда:

- 1) друзья, члены семьи, коллеги, члены группы и другие люди соглашаются вступить в терапевтические отношения;
- 2) терапевт и клиент вступают в параллельные отношения иного толка, такие как отношения между работодателем и сотрудником, другом или членом группы;
- 3) терапевт и бывший клиент впоследствии формируют другой тип отношений, например отношения друзей.

Терапевты часто избегают общения с клиентом, которого они уже знают в другом контексте, поскольку в таком случае нет возможности обеспечить объективность и профессиональную дистанцию, чтобы делать свою работу наилучшим образом. Потенциальные клиенты также часто интуитивно понимают это, прося друга или члена семьи направить его к другому терапевту. Но так бывает не всегда. Бывают ситуации, когда есть только один источник терапии, и у человека нет другого выбора, кроме как обратиться за помощью к хорошо известному человеку в местном сообществе или к тому, с кем ранее встречался. Примеры этого — жители сельских общин, где может быть только один практикующий терапевт, или в сплоченных этнических или религиозных общинах, члены которых будут искать помощи только у “своего”. Также существуют обстоятельства, связанные с употреблением психоактивных веществ или сексуальным насилием, когда пациенты могут чувствовать себя комфортно, разговаривая только с кем-то, кого они уже знают как человека с подобным опытом. Во всех этих случаях двойственные отношения будут работать лучше всего, если обе стороны будут помнить о потенциальных конфликтах и обсуждать их.

Большинство терапевтов и пациентов избегают ситуаций, в которых они могут вступить в отношения иного характера. Например, терапевт

намеренно не нанял бы своего пациента в качестве ландшафтного дизайнера, даже если бы этот пациент был очевидным или оптимальным выбором в противном случае. Терапевт и пациент, оба заядлые велосипедисты, могут вместе решить, что они присоединятся к двум разным велосипедным командам, по крайней мере на время терапии. Почему? Потому что двойственные отношения усложняют терапевтический процесс. И пациент, и терапевт сталкиваются с противоречивыми чувствами, которые могут подорвать терапию.

Терапевт 1

Что делать, если мой пациент плохо покосит мой газон? Как я смогу ему об этом сказать? Мой пациент будет знать, где я живу. Он может столкнуться с моим супругом или детьми. Он узнает подробности моей личной жизни. Это доставляет мне дискомфорт.

Пациент

Что, если мой терапевт будет разочарован моими услугами? Мне придется очень сильно постараться, и это беспокоит меня. Меня возмущает, что я плачу ему XXX долларов за каждый час терапии, а он заплатит мне X долларов за стрижку лужайки. Я чувствую себя неполноценным, и это меня злит, но я не смогу ему этого сказать.

Терапевт 2

Если мы являемся членами одного клуба, мой пациент увидит, что я лучше/хуже езжу на велосипеде. Я буду беспокоиться о том, чтобы двигаться вперед/не отставать. Я не смогу так же свободно разговаривать с друзьями по команде, если рядом будет мой пациент. Будет ли мой пациент чувствовать себя отвергнутым, если я захочу покататься с другими? После поездки наша команда обычно отправляется выпить пива и поесть бургеров. Мне будет неловко, если к нам присоединится мой пациент.

Пациент

Если окажется, что я лучше езжу на велосипеде, чем мой терапевт, он будет выглядеть слабым, а мне не нравится видеть его таким. А если мой терапевт намного лучше ездит на велосипеде, то я почувствую себя неполноценным, и от этого станет только хуже. Он увидит меня слабым и жалким. Я чувствую себя так, словно мы храним постыдный секрет, когда вместе едем с командой. Никто не знает, что я его пациент, и я не хочу, чтобы они это знали. Я просто хочу покататься на велосипеде.

Иногда вступления в отношения иного характера нельзя избежать без значительных затрат. Примером этого является академическая среда, где профессионалы часто пересекаются, и от этого возникают конфликтные ситуации. Стажеры-психотерапевты или молодые врачи часто обращаются за помощью к более опытным клиницистам, с которыми они контактируют, получают обучение, проводимое только их терапевтом, или ищут работу там, где работает их терапевт. В подобных ситуациях совершенно необходимо, чтобы и пациент, и терапевт поддерживали активный диалог о мыслях и чувствах, которые могут сопровождать двойственные отношения.

Отношения между терапевтом и пациентом без секса, которые возникают после прекращения лечения, могут быть более или менее проблематичными в зависимости от таких факторов, как продолжительность и интенсивность терапии и промежуток времени после прекращения. Вступление в социальные отношения через год после 2 или 3 встреч для обсуждения конкретного кризиса с меньшей вероятностью вызовет трудности, чем вступление в деловое партнерство через 2 месяца после окончания длительной психотерапии. Следует помнить, что установление двойственных отношений может лишить пациента возможности вернуться для продолжения психотерапии [2]. Также важно понимать, что терапевтический альянс не заканчивается после прекращения терапии. Мысли и чувства пациента по поводу той роли, которую терапевт и терапевтический процесс сыграли в его жизни, остаются с ним навсегда. Спустя десятилетия после того, как моя собственная терапия закончилась, я была застигнута врасплох, когда встретила со своим терапевтом в одной компании. Я была удивлена тем, насколько эмоциональным был этот момент для меня, когда на меня обрушился прилив чувств — воспоминания об эмоциональной боли и уязвимости, смешанные с привязанностью и благодарностью. Словно все это было лишь вчера.

Самораскрытие

Когда я начинала свою карьеру, меня проинструктировали избегать *самораскрытия*. Самораскрытие было потаканием своим желаниям, и оно забирало время, которое следовало потратить на жизнь пациента (*хватит о вас, позвольте мне рассказать вам о своих страданиях*). Оно

смешивалось с проекциями мыслей и чувств пациента о терапевте, потому что заполняло пробелы (*я не знала, что у вас нет детей; я предполагала, что есть*). Также это препятствовало самораскрытию пациента (*теперь, когда я знаю, что вы демократ, я не могу сказать вам, что я республиканец*). Для многих из нас, кому было неудобно делиться аспектами своей личной жизни, это правило было чем-то, на что мы могли положиться. Оглядываясь назад, кажется, теперь могу сказать, что это было неудачным введением в терапию, поскольку самораскрытие, если оно сделано вдумчиво и целенаправленно, может быть чрезвычайно полезным. Если мы хотим верить, что позитивный терапевтический альянс является важным лечебным фактором, мы должны вести себя как реальные люди, справляющиеся с собственными конфликтами и дилеммами, а не как роботы, чья жизнь проходит без проблем.

Часто проблемы самораскрытия возникают еще до начала терапии. У потенциальных пациентов могут быть определенные требования, кого они хотят видеть своим терапевтом, с учетом пола, возраста, семейного положения, религиозного происхождения, профессиональной деятельности, методов практики и типа личности. Это особенно верно в отношении представителей субкультур или расовых меньшинств, таких как ортодоксальные евреи или афроамериканцы, или людей с определенными физическими недостатками, например людей с нарушениями зрения или слуха, которые могут не доверять тому, что им придется довериться кому-то вне их идентичности. В значительной степени пациенты имеют право на получение такой информации, и терапевты обычно отвечают на эти вопросы, чтобы пациент мог сделать осознанный выбор. Однако часто бывает полезно сначала выяснить, почему пациента волнует тот или иной фактор, поскольку причина этого не всегда рациональна или не имеет отношения к качеству помощи. Например, пациент может настаивать на посещении психиатра, а не психолога или социального работника, или наоборот, потому что у него есть предвзятые представления о том, кто лучше лечит. Или люди могут подумать, что только семейный психотерапевт может консультировать по вопросам супружеской жизни, только семьянин с детьми может консультировать родителей. Осторожный опрос может прояснить их опасения и, если возможно, опровергнуть их через рассмотрение с иной точки зрения. Очевидно, что последнее слово остается за пациентами, даже если их выбор не кажется разумным.

Терапевты так же могут многое раскрыть о себе с самого начала терапии, исходя из местоположения своей практики, обстановки в кабинете, манеры одеваться и стиля межличностного общения. Это действительно уравнивающий акт, состоящий в том, чтобы внимательно относиться к тому, как мы относимся к пациентам (не одеваться слишком небрежно или слишком формально, украшать свой кабинет, но не превращать его в демонстрационный зал своей личной жизни). Важно быть верным себе с одной стороны, но оставаться живым человеком с другой.

В ходе терапии самораскрытие может принимать несколько форм. Можно рассказать историю своей жизни, чтобы продемонстрировать личное понимание истории, которой делится пациент.

Пациентка (плачет). Мне жаль, что мне пришлось отменить прием на прошлой неделе, но моя собака заболела, и я не могла ее бросить. На следующий день мне пришлось усыпить ее, и я не могла перестать плакать.

Психотерапевт. Представляю, как ужасно вы себя чувствовали. Однажды у меня была собака, которую мне пришлось усыпить, и это долго не давало мне покоя.

Пациентка. Я так рада, что вы это сказали. Мой муж думает, что я должна уже это забыть, и даже мои друзья, кажется, не понимают моих чувств.

Обратите внимание на то, что терапевт не заводит длинную историю о потере своей собаки. Это не разговор между друзьями, которые пытаются излить душу друг другу и посочувствовать в беде. Комментарий терапевта просто передает реакцию сочувствия на горе пациента. Самораскрытие также может принимать форму обмена реакциями на что-то, что пациент говорит или делает. Это может быть терапевтически полезным, если выражается с целью лишь понять, что может происходить с пациентом.

Терапевт. Сегодня вы сделали несколько небрежных комментариев, из которых можно предположить, что вы, вероятно, сердитесь на меня почему-то.

Пациент. Правда? Да я просто шутил. Вы не понимаете шуток?

Терапевт. Думаю, понимаю. Но как вы думаете, вы могли бы на меня за что-то сердиться?

Пациент. Нет, абсолютно нет. Я думаю, у вас просто плохое настроение.

Терапевт. На прошлой неделе наш прием прошел непросто, и прямо перед уходом вы сказали, что не знаете, стоит ли приходить сюда снова. Интересно, расстроились ли вы из-за моих попыток заставить вас встретиться лицом к лицу с довольно болезненными чувствами? Один из способов убедиться, что того же не произойдет сегодня, — это задеть меня и держаться на расстоянии.

Пациент. На прошлой неделе я был очень расстроен. Но я думал, что преодолел это. Как я могу обвинять вас в том, что вы делаете свою работу? Но вы правы. Мне действительно не хотелось приходить сегодня. Даже почти удалось найти предлог, чтобы отменить прием.

В этом случае терапевт не занял оборонительную позицию, когда пациент ненадолго выступил против него, предположив, что у того был неудачный день. Однако для этого типа интервенции требуется сначала свериться с самим собой, чтобы убедиться, что чувства терапевта являются реакцией на то, что делает пациент, а не просто результатом плохого настроения или чего-то еще, происходящего в его собственной жизни или независимо от пациента.

Кто занимается сексом с пациентом

Большинство из нас никогда не будет вступать в половую связь с пациентом. Верно также и то, что большинство терапевтов, которые в конечном итоге нарушают эту границу, никогда не предполагали, что будут действовать таким образом. Если есть личные предпосылки или ситуации, с которыми мы или наши пациенты сталкиваемся, делающие нас более уязвимыми для нарушения этого типа границ, было бы, безусловно, полезно знать, каковы эти риски. Однако есть предостережение: ретроспективный взгляд на факторы, которые могли способствовать нарушению границ, не может использоваться для формулирования прогнозов потенциальных нарушений в будущем на основе существующих условий.

Факторы риска, которые способствуют нарушению границ, рассматривались несколькими авторами [2; 13–15], специализирующимися на таких проблемах. Согласованные риски включают недостаток подготовки, психическое заболевание, серьезную патологию личности и наличие сексуального принуждения или зависимости. Многие авторы приходят к выводу, что подавляющее большинство терапевтов, которые нарушают границы, делают это на пике личного кризиса, во время которого их собственные потребности не рассматриваются и не учитываются.

Среди терапевтов широко известна мысль, что для эффективной заботы о потребностях клиентов нужно адекватно заботиться о собственных потребностях. Но правда в том, что большинство из нас хотя бы раз в жизни переживали период, который мы бы идентифицировали как личный кризис: разрыв отношений, смерть друга или члена семьи, заболевание или профессиональная неудача. В это время мы вполне можем почувствовать, что наша личная жизнь стала неуправляемой и мы не можем удовлетворить свои потребности. Означает ли это, что мы не должны проводить терапию в такой период? Ответ зависит от серьезности ситуации и нашей способности распознавать эти неудовлетворенные потребности и личные уязвимости и управлять ими, чтобы не переносить их на пациентов. В острой фазе кризиса было бы разумно взять отпуск на несколько дней. Но в долгосрочной перспективе это непрактично. Самоосознание и забота о себе имеют решающее значение, т.е. способность распознавать свои уязвимые места (одиночество, беспокойство, депрессию, чувство вины или заниженную самооценку) и следить за тем, чтобы эти чувства не были перенесены на альянс терапевта и клиента таким образом, чтобы пациенту было предложено “опереться” и утешиться. Когда этот сдвиг действительно происходит, вновь обретенный взаимообмен эмоциональной близостью может легко стать эротическим, особенно когда пациент представляет собой “объект интереса” терапевта с точки зрения возраста, воспринимаемой привлекательности, притягательной личности и сексуальной ориентации. И если оказывается, что терапевт “отвечает требованиям” пациента, вероятность возникновения эротических чувств возрастает. Таким образом, наибольшему риску нарушения сексуальных границ подвержены те диады, где терапевт и клиент соответствуют критериям друг друга в отношении сексуального интереса и привлекательности,

и каждый из них нуждается в принятии, утверждении и любви из-за существующих пустот в личной жизни.

Резюме

Я бы посоветовала рассудительно пересекать границы в своей работе с пациентами, поскольку терапия — это гибкий творческий процесс, требующий постоянной переоценки того, как лучше всего удовлетворить потребности клиента. Если терапевт строго придерживается набора принципов и правил и никогда не выходит за их рамки, маловероятно, что клиент будет воспринимать терапию как поддерживающий, помогающий и способствующий росту процесс. Будут моменты, когда вы будете испытывать искушение пересечь границы, которые, как будет казаться, не должны пересекать, и будете бороться с конфликтом между своим импульсом и вашим более широким мудрым пониманием того, что поставлено на карту в работе с пациентом. Пожалуйста, не пугайтесь своих порывов и не судите своих коллег. Наши порывы, какими бы ошибочными и нецивилизованными они ни были, являются ценными источниками информации о нас самих и наших клиентах, если мы исследуем их с пытливостью и уважением.

Терапевты, которые только начинают свою карьеру, по мере накопления клинического опыта будут становиться все более способными и умелыми в этом. Это часть процесса формирования профессионализма. Очень важно, чтобы у вас была профессиональная сеть коллег, с которыми вы могли бы периодически обсуждать эти вопросы. Учет их взглядов и рекомендаций — лучший способ убедиться, что вы точно привержены делу оказания наилучшей помощи своим пациентам.