

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ФЕНОМЕН САДОМАЗОХИЗМА

*КУЛИНКОВИЧ Т.О., преподаватель кафедры психологии БГУ, аспирантка
кафедры психологии БГУ*

// Психотерапия и клиническая психология, 2008. – № 2. – С. 7 – 13.

Аннотация

В статье представлен обзор современных подходов к терапии садомазохизма. Обсуждается изменение медицинской оценки садомазохизма, а также границы применения психотерапии. Приводятся данные о современном использовании фармакотерапии при работе с сексуальным садизмом. Рассматриваются отдельные техники в основных терапевтических подходах в работе с садомазохизмом, таких как бихевиоральная и когнитивная психотерапия. Отмечается особенность психоаналитического подхода к садомазохизму, а также обоснованность применения комплексной терапии. Обсуждается набирающий популярность новый терапевтический подход в работе с садомазохизмом с позиции далекого от стереотипов и предубеждений специалиста.

Ключевые слова: садомазохизм, консенсуальный садомазохизм, садизм, мазохизм, МКБ, DSM, психотерапия, фармакологическая терапия, бихевиоральная терапия, когнитивная терапия, психоаналитическая терапия, синдром изолированных меньшинств.

PSYCHOTHERAPEUTIC VIEW ON THE PHENOMENON OF SADOWASOCHISM

Kulinkovich T.O.

Abstract

In the article review of contemporary approaches to the therapy of sadomasochism is represented. The modification of the medical evaluation of sadomasochism and the borders of psychotherapy application are discussed. The data of contemporary pharmacotherapy usage in cases of sexual sadism are quoted. Particular techniques of the main therapeutic approaches to sadomasochism, such as behavioral and cognitive therapy are discussed. The peculiarity of the psychoanalytical approach to sadomasochism and the validity of complex therapy is marked. New getting popular therapeutic approach to sadomasochism from the position of specialist who is far from stereotypes and prejudice is discussed.

Key words: sadomasochism, consensual sadomasochism, sadism, masochism, ICD, DSM, psychotherapy, pharmacotherapy, behavioral therapy, cognitive therapy, psychoanalytical therapy, the isolated minority syndrome.

Приступая к обзору основных психотерапевтических подходов в работе с садомазохизмом, следует обратить внимание на их разнообразие и наблюдаемую нередко несогласованность. Такое положение дел объясняется не только противоречивостью существующих точек зрения относительно этиологии садомазохизма, но и разногласиями специалистов в вопросе его психиатрической оценки. Определение статуса садомазохизма в континууме “психическая норма – патология”, вызывавшее некогда относительную созвучность мнений специалистов, на современном этапе является объектом многочисленных пересмотров и уточнений [1].

Наблюдаемые тенденции в изменении психиатрической оценки садомазохизма не являются случайными. На мнение психиатров значительное влияние оказывают не только проводимые психологические и социологические исследования, опровергающие принятое мнение о социальной дезадаптированности, ментальной и психической ущербности людей с садомазохистскими наклонностями, но и изменение культурно-нравственной оценки проявлений садомазохизма в человеческом поведении. Таким образом, определение границ психиатрической нормы и патологии в условиях неоднозначности социальной и культурной оценки садомазохизма в значительной степени осложняется и переходит в разряд спорных и нерешенных вопросов.

Несмотря на существующие аргументы в пользу полного исключения диагноза садомазохизм из диагностических руководств [2], наблюдаются лишь тенденции пересмотра диагностических критериев [1].

В современной редакции американского диагностического руководства (DSM-IV-TR) в формулировке определения диагноза “садизм” учтены случаи садистических проявлений по взаимному согласию партнеров («консенсуального садомазохизма»). Поэтому окончательная версия определения предлагает считать садистом человека, который действует в соответствии с садистическими побуждениями по отношению к несогласному на такие действия лицу, либо данные побуждения, сексуальные фантазии или действия вызывают у личности значимый дистресс или сложности в межличностном общении.

В МКБ-10 для диагностики парафилий выделяются следующие диагностические критерии:

- индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки (критерий G1);

- индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них (критерий G2).

При этом обязательным условием диагностики парафилий является проявление описанных в критериях G1 и G2 симптомов на протяжении не менее 6 месяцев.

Применяемые диагностические критерии не всегда являются достаточными для разграничения нормы и патологии, однако позволяют выставлять диагноз в ситуациях явного нарушения психического и социального благополучия индивида. Такими ситуациями, в первую очередь, являются случаи изнасилований и убийств, имеющие в своей основе садомазохистские элементы.

Случаи преступлений, совершаемых под влиянием садомазохистских побуждений, вынуждают специалистов искать пути терапевтического воздействия, направленные не только на предотвращение рецидивов, но и на профилактику возможных преступных инцидентов в случаях, когда заранее удастся установить опасные влияния на психику и поведение индивида.

В случаях взаимодействия психиатрии и пенитенциарной системы при лечении сексуального садизма, по мнению некоторых авторов, психиатрическое лечение в прошлом нередко выполняло функцию судебного наказания сексуальных убийц и насильников. При этом применяемые методы становились стандартными и ожидаемыми процедурами при лечении намного менее серьезных расстройств [3]. Так, например, описываются случаи рекомендации хирургической кастрации для терапии сексуальных преступников [4, с. 59,]. Несмотря на то, что такие предложения подвергались критике еще в начале прошлого века, в современной литературе хирургическая кастрация также описывается среди методов врачебного воздействия в тяжелых случаях проявления садистского влечения [5; 6].

Зачастую в область внимания правоохранительных органов, психиатров и психологов попадают случаи проявления сексуального садизма, представляющие угрозу для жизни и здоровья окружающих людей. Тем не менее, согласно современным исследованиям, мазохистское влечение также может стать серьезным фактором, угрожающим здоровью и жизни индивида. В этом случае речь идет о несоблюдении индивидом техники безопасности при проведении так называемых “игр” или самостоятельных манипуляций, призванных доставить мазохистское удовольствие. В первую очередь, опасность возникает при неосторожном обращении с электричеством, а также с удушающими средствами при искусственном вызывании асфиксии с целью получения сексуального удовлетворения [7, с. 620].

Таким образом, психологическая и психиатрическая помощь имеет место в случаях, представляющих серьезную угрозу для жизни и здоровья индивида или его окружающих и зачастую носит принудительный характер. В иных случаях терапия возможна при личном обращении за помощью к специалисту человека, которому доставляют дискомфорт его садомазохистские влечения. Зачастую, если психиатрическое вмешательство не контролируется законом, индивид прибегает к помощи специалиста по просьбе своих сексуальных партнеров или членов семьи, а также в случаях, когда парафильные побуждения сопровождаются сексуальными дисфункциями. Вследствие этого, в большинстве случаев собственная мотивация пациента на достижение терапевтического успеха бывает достаточно низкой, что влияет на ход терапии [5].

В вопросе выбора терапевтического подхода к лечению садомазохистских влечений и их поведенческих проявлений существует ряд разногласий. В основном эти разногласия основаны на неоднозначности исследовательских представлений о причинах возникновения садомазохистских влечений в психике человека и, таким образом, терапевтическая тактика определяется выбранной специалистом парадигмой, объясняющей возникновение расстройства.

В объяснении этиологии садомазохизма существует большое количество теорий. Широко распространено его психоаналитическое толкование, важное место занимают биологические и дизонтогенетические концепции, а также концепции в рамках теорий бихевиоризма и социального научения. В последнее время феномен садомазохизма пытаются осмыслить с позиций феминизма [8] и герменевтического подхода [9]. Таким образом, помимо широко представленных в психиатрической среде методов *фармакологического лечения* проявлений, имеющих в своей основе садомазохистское влечение, можно выделить такие группы методов, как группа *бихевиоральных* и группа *когнитивных* методов. В отдельную группу, ввиду специфичности теоретических оснований и применяемых терапевтических методов, можно отнести *психоаналитические методы*.

Остановимся на подробном рассмотрении основных подходов к лечению садомазохизма, а также на рассмотрении некоторых отдельных терапевтических техник в рамках названных подходов.

Фармакологическая терапия

Фармакологическая терапия относится к группе методов, которые направлены на устранение патологических симптомов и их косвенных проявлений, наблюдающихся в картине сексуальных девиаций. В вопросе лечения сексуального садомазохизма такой подход видится вполне обоснованным ввиду сообщаемой многими специалистами устойчивости садомазохистских влечений, а также часто наблюдаемой коморбидности различных типов парафилий (садомазохизма, фетишизма, трансвестизма и др.) [10]. Последним фактом обусловлено широкое применение неспецифических методов терапии, направленных на редукцию девиантных компонентов сексуального поведения в целом, в не зависимости от характера девиации.

В практике лечения парафилий в рамках фармакологической терапии описывается два основных направления: применение антиандрогенных препаратов и применение антидепрессантов.

Антиандрогенные препараты. В основе действия антиандрогенных препаратов лежит уменьшение выработки тестостерона, что приводит к снижению полового

влечения у мужчин, а также уменьшению частоты возникновения в воображении эротических сцен, вызывающих половое возбуждение [11].

Тестостерон считается наиболее важным андрогеном, влияющим на сексуальное поведение мужчин. Однако роль тестостерона как важнейшего регулятора физической и сексуальной агрессии мужчин остается неясной. Большинство исследований содержания тестостерона у сексуальных преступников показали, что общее количество тестостерона (то есть, связанный и не связанный белок) находится в пределах нормы у всех испытуемых, за исключением особо жестоких парафиликов. Существуют также сведения о парафилиях среди мужчин с низким базовым уровнем тестостерона. Вопреки этим данным, большинство мужчин, которым назначались антиандрогены, отмечали их успокаивающий эффект как в области сексуальной агрессии, так и общей раздражительности, и эти препараты стали стандартным фармакологическим способом, применяемым при лечении сексуально-агрессивных парафилий [12].

Преимуществом использования антиандрогенов является возможность их применения в принудительной терапии сексуальных преступников. Кроме того, возможность варьирования доз препарата позволяет снижать его концентрацию после стабилизации симптомов с целью более избирательного уменьшения девиантного влечения на фоне нормального сексуального поведения [12].

Антидепрессанты.

По сообщениям специалистов, у индивидов с сексуальными парафилиями и у сексуальных преступников нередко наблюдаются проявления тревожных и депрессивных симптомов [10]. В американском диагностическом руководстве DSM-IV отмечается, что “симптомы депрессии могут развиваться при парафилиях и могут сопровождаться увеличением частоты и интенсивности парафильных действий” [12].

Обоснованность применения антидепрессантов при лечении парафилий и агрессивного сексуального поведения подтверждается данными исследований, согласно которым существует определенная связь между повышением уровня содержания серотонина и уменьшением сексуальной активности и возбуждения у млекопитающих [12]. Кроме того, в литературе сообщается, что серотонинэргические антидепрессанты, в частности, ингибиторы обратного захвата серотонина (SRI), способны оказывать положительный эффект на парафилии и парафилоподобные расстройства, даже при отсутствии сопутствующих расстройств настроения [13]. Кроме того, фармакотерапия антидепрессантами может уменьшить чувствительность к “негативным аффективным состояниям” (например, раздражительность, подавленное настроение) которые, как часто сообщается, предшествуют агрессивному сексуальному поведению. Таким образом,

благодаря такому эффекту, оказываемому серотонинэргическими препаратами на несексуальные симптомы и синдромы, эти препараты обладают дополнительными терапевтическими преимуществами по сравнению с антиандрогенами [12].

Несмотря на легкость и универсальность применения фармакологии при лечении сексуальных девиаций разных типов и разной выраженности, фармакологический подход подвергается серьезной критике. Так, без учета этических разногласий и споров насчет обоснованности медикаментозного вмешательства, основным аргументом в критике применения психофармакологии при лечении сексуальных парафилий выступает мнение о том, что медикаменты уменьшают напряженность сексуального влечения, но не изменяют его направленности [5]. В связи с этим применение психофармакологии рекомендуется на ранних стадиях когнитивной, бихевиоральной и групповой терапии как способ усиления эффективности изменений в поведенческом и когнитивном аспектах проявления садомазохистских тенденций [12].

Бихевиоральная терапия

При обсуждении терапии садомазохизма большое внимание уделяется анализу эффективности методик в рамках бихевиорального подхода, где работа ведется с поведенческими проявлениями садомазохистского компонента. В рамках бихевиорального подхода можно выделить терапевтические методы, направленные на устранение нежелательных девиантных реакций и методы, направленные на развитие нормальных, социально приемлемых реакций и тренировку соответствующего поведения. В целях повышения эффективности терапии и предотвращения рецидивов целесообразно совместное использование методов из обеих групп.

Бихевиоральные методы, направленные на устранение нежелательных девиантных реакций

Аверсивная терапия. Аверсивная терапия направлена на создание отрицательной условной реакции на нежелательные стимулы, вызывающие у пациента сексуальное возбуждение. Принцип действия аверсивной терапии заключается в условном связывании отклоняющихся сексуальных фантазий или возникающего вследствие них сексуального возбуждения с негативными переживаниями индивида. Способы, которыми вызывается отрицательная реакция, могут варьировать от ударов током [14; 15] и приема медикаментов, вызывающих рвоту [16], до фантазийных представлений об отрицательных последствиях нежелательного поведения. Уровень сложности терапевтического воздействия в этом случае может зависеть как от степени выраженности парафильных тенденций в поведении и личности пациента, так и от его мотивации и осознанности участия в терапевтическом взаимодействии. Аверсивная

терапия, согласно сообщениям специалистов, применялась достаточно успешно не только для устранения садомазохистского компонента в поведении и фантазиях людей, но также при лечении других сексуальных девиаций, в частности, фетишизма, трансфетишизма и др., однако, согласно исследованиям И. Маркс с соавт., оказалась бессильной в лечении транссексуализма [15].

Пресыщение. Принцип действия процедуры пресыщения во многом схож с методом аверсии. Он также заключается в создании негативных условных связей со стимулами, вызывающими сексуальное возбуждение. Отличием является то, что негативное подкрепление достигается за счет стимулов, вызывавших ранее у субъекта сексуальное возбуждение. Условием для превращения ранее приятных и сексуально возбуждающих стимулов в негативные выступает их чрезмерное или несвоевременное предъявление, что вызывает у субъекта неприятные или значительно ослабленные по интенсивности ощущения. Зачастую чрезмерное или несвоевременное использование девиантных стимулов осуществляется посредством сексуальных фантазий пациента во время мастурбации. Так, пациенту предлагается мастурбировать с использованием недевиантных фантазий и, по достижении сексуальной разрядки, продолжать мастурбацию на протяжении достаточно длительного времени с использованием привычных девиантных фантазий [5; 11]. Другим вариантом пресыщения является вербализация девиантных фантазий при мастурбации, намеренно продолжающейся необычно долго, что в конечном счете вызывает условную связь между девиантными фантазиями и неприятными ощущениями пресыщения [17].

Тренинг фантазий. Тренинг фантазий является достаточно редкой техникой в рамках бихевиоральной терапии садомазохизма, однако его применение обосновано спецификой терапевтических задач в изменении девиантного поведения пациента. Как известно, большая доля девиантных действий зачастую проигрывается в фантазиях индивида, что в значительной мере определяет его поведение, причем, учеными отмечается большая склонность к фантазированию у агрессивных, импульсивных и социально-девиантных лиц [18]. В рамках терапевтической работы с фантазиями возможны различные направления, среди которых выделяется изменение содержания фантазий, направленное на поведенческие изменения индивида, и направленное на когнитивные изменения, касающиеся существующих аттитюдов и установок по отношению к сексуальным объектам и действиям [19].

Систематическая десенситизация. Применение систематической десенситизации может быть альтернативой аверсивной терапии и терапии пресыщением и применяться для работы со стрессом и тревогой, вызываемыми нормальными сексуальными

стимулами у пациентов с сексуальной девиацией [11; 20]. В последнем случае нормальные сексуальные стимулы предъявляются по возрастанию в соответствии с уровнем эмоционального напряжения, которое они вызывают у пациента [21]. Систематическая десенситизация является более щадящим методом, но предполагает сознательное и высокомотивированное участие пациента в терапевтическом процессе.

Высокая мотивация пациента на достижение положительного терапевтического эффекта позволяет порой переносить бихевиоральные процедуры в домашние условия и полностью доверять их выполнение пациенту, усвоившему алгоритм лечения [22].

Бихевиоральные методы, направленные на развитие желаемых реакций

Рассмотренные ранее методы бихевиоральной терапии фокусируются на устранении условных связей между девиантными стимулами и возникающим при их воздействии сексуальным возбуждением. Таким образом, при условии успешного исхода терапии, механизм сексуального возбуждения пациента лишается привычного компонента-стимула, запускавшего сексуальное возбуждение и обуславливавшего сексуальное удовлетворение. На этом этапе, в целях профилактики дальнейших рецидивов, необходимо обеспечить альтернативную, социально приемлемую замену устраненным девиантным стимулам и поведенческим паттернам.

Переобусловливание. Переобусловливание направлено на целенаправленное формирование новых условных связей, призванных заменить девиантный механизм полового удовлетворения. В рамках переобусловливания используют позитивное подкрепление, которое может быть направлено как на устранение негативного влияния (например, удаление авersive воздействия), так и на связывание оргастических переживаний с желаемыми стимулами [5; 20]. Зачастую при лечении сексуальных девиаций с использованием процедуры переобусловливания применяют так называемое “оргастическое обусловливание”, то есть, используют интенсивные переживания во время оргазма для подкрепления желаемых стимулов. Примером использования такого метода является намеренное создание картины нормального полового акта в представлении пациента непосредственно перед оргазмом, вызванным мастурбацией с привычными для пациента девиантными фантазиями. Возникающие при оргазме эмоциональные переживания и физические ощущения являются достаточно мощными подкрепляющими стимулами для формирования условной реакции, отвечающей целям терапии.

Поведенческий тренинг. Применение поведенческого тренинга при лечении садомазохизма основывается на точке зрения, что отклоняющееся поведение, включающее проявление агрессии и жестокости или, наоборот, предрасположенность к

переживанию боли и мучений, является следствием неадекватно усвоенных моделей социального общения и сексуального поведения. Поведенческий тренинг в этом случае фокусируется на развитии у индивида нормальных, социально-приемлемых поведенческих паттернов и социальных навыков [20]. Среди таких навыков можно выделить навыки общения (например, общения мужчины с женщиной, преодоления страха быть отвергнутым) [11], навыки знакомства и т.д.

Поведенческий тренинг и развитие у индивида новых социальных навыков неразрывно связаны с применением когнитивной терапии, так как тренировка новых паттернов поведения в значительной степени связана с изменением деструктивных и дезадаптивных когнитивных убеждений и установок индивида.

Когнитивная терапия

Когнитивная терапия сексуальных преступников основывается на положении о влиянии на возникновение садизма социальных и семейных факторов, приводящих к отторжению нормальной сексуальной активности. Среди культуральных, социальных и семейных факторов, влияющих на развитие парафилий, выделяют: 1) снисходительные общественные аттитюды (например, движение за сексуальную свободу); 2) стимулирующую насилие культуру (например, легкая доступность кинофильмов, изображающих секс и насилие); 3) принятие мифов (например, миф “женщинам нравится насилие”); 4) связь со случайными группами сверстников (например, давление группы при групповом изнасиловании); 5) перекладывание вины на жертву (например, изнасилование во время свидания).

Среди факторов, способствующих отчуждению от нормальной сексуальной активности, выделяют: 1) негативный прошлый опыт или боязнь отказа; 2) негативный прошлый опыт или боязнь неудачи при проявлении нормальной сексуальной активности; 3) ощущение мужской неполноценности; 4) недостаточные социальные навыки или неуверенность в себе; 5) несчастливый брак и семейная жизнь [5].

Когнитивная терапия сексуальных девиаций садомазохистского типа, таким образом, направлена на работу в двух основных направлениях: изменение деструктивных установок индивида, приводящих к совершению преступления, и изменение неадекватных и дезадаптивных установок, ведущих к отчуждению от нормальной сексуальной активности. При этом, несмотря на разработанность методов когнитивной терапии для сексуальных преступников, общие принципы, свойственные когнитивной терапии и адаптированные для работы с сексуальными девиациями, вполне могут быть использованы в практике работы с более легкими формами садомазохизма.

Реструктуризация когнитивных искажений. Одним из направлений терапевтической работы в рамках когнитивной терапии является изменение когнитивных искажений личности, начальным этапом которого является осознание пациентом ошибок в восприятии и когнитивной переработке сигналов окружения. В рамках стандартных техник когнитивной терапии применяются техники самостоятельного контроля мыслей и метод “остановки мыслей” при работе с возникающими девиантными мыслями и фантазиями [5].

Сексуальное просвещение. Недостаточные социальные навыки, в том числе, искаженные навыки межличностного общения и завязывания интимных отношений с противоположным полом считаются немаловажными факторами в возникновении садистского поведения. Так, например, Дж. Мани подчеркивал, что развитие парафилий возможно вследствие нарушения у индивида “любовных карт” (схем сексуального функционирования), приводящего к дезорганизации нормального сексуально поведения [23]. Результатом таких представлений явилось широкое применение когнитивной терапии в направлении сексуального просвещения и формирования у пациентов адекватных, социально-принятых гендерных стереотипов, а также когнитивных схем и установок в отношении сексуального общения и поведения [24].

Тренинг эмпатии. Тренинг эмпатии может применяться в рамках сексуального просвещения сексуальных преступников и формирования у них новых социальных установок. Наблюдаемые у сексуальных преступников тенденции к дегуманизации, обесцениванию и стереотипному отношению к своим жертвам являются объектом воздействия тренинга эмпатии, который заключается в развитии у пациентов чувства эмпатии и дифференцированного, личностно-окрашенного отношения к своим жертвам и сексуальным объектам. [25; 26], а также осознания им последствий его поведения для жертвы [5].

Тренинг личностной уверенности. Недостаток личностной уверенности у людей, совершающих садистические действия, развивающийся вследствие негативного прошлого опыта общения с близким значимым окружением или с лицами противоположного пола, может приводить к закреплению паттерна садистического поведения как единственного способа общения с окружающими, не угрожающего безопасности самооценки индивида. Нередко применение других, социально-приемлемых форм сексуального общения, представляет для индивида субъективную опасность, что значительно препятствует расширению диапазона форм социального поведения. [24].

Таким образом, достоинствами бихевиоральных и когнитивных подходов является целенаправленная корректировка поведения, не зависящая от причин, которые его

вызвали. В лечении садомазохизма такой подход обосновывался не только недостатком знаний о его этиологии, но и широкой вариативностью поведенческих проявлений, содержащих в себе элементы садомазохизма, а также их совместным проявлением с другими поведенческими и сексуальными девиациями (сексуальной агрессией, фетишизмом, трансфетишизмом и т.д.). В последнем случае корректирующее терапевтическое воздействие направлено на изменение девиантных паттернов поведения без учета их специфического содержания, что делает когнитивно-бихевиоральную терапию универсальным средством для работы с различными видами и сочетаниями сексуальных и поведенческих девиаций.

Психоаналитическая терапия

Важнейшей методологической предпосылкой психоаналитической терапии садомазохизма является допущение его изначальной свойственности человеческой сексуальности на ранних этапах психосексуального развития. Проявления садомазохизма во взрослой сексуальности в психоанализе принято связывать с нарушениями в прохождении стадий психосексуального развития, в первую очередь, анальной и фаллической стадий. Работе с садомазохистскими элементами в психоанализе уделяется много внимания, так как характерной чертой психоаналитического толкования садомазохизма является расширение его границ за области сексуального поведения и глубокий анализ его элементов в структуре личности. Методы психоаналитической работы требуют отдельного рассмотрения. В рамках данной статьи можно лишь отметить, что психоаналитическая терапия садомазохизма обращает внимание, в основном, на работу с кастрационным и эдипальным компонентами посредством анализа терапевтических переносов [5; 27].

Комплексное применение терапевтических методов

Анализируя терапевтические подходы к лечению садомазохизма, необходимо отметить, что специфика расстройства, неоднородность форм его проявления, а также неоднозначность его оценки специалистами значительно осложняет выбор терапевтического подхода в его лечении. Специалистами отмечается, что результаты лечения часто бывает сложно оценить, и требуется индивидуализированная оценка эффективности применения отдельных методов в различных ситуациях, а также анализ повышения эффективности терапии при сочетании различных техник [26]. Возможность сочетания различных терапевтических подходов и комплексного применения терапевтических техник в лечении садомазохизма подчеркивается многими авторами. Так, в некоторых случаях рекомендуется начинать терапию с более легких с точки зрения терапевтического влияния методов (например, бихевиоральной и когнитивной терапии)

и, при необходимости, переходить к применению более серьезных методов (фармакологическая терапия, госпитализация и т.д.) [24]. Подчеркивается также различие методов в зависимости от терапевтических целей, например, терапия антиандрогенами и аверсивная терапия считаются наиболее эффективными в краткосрочной терапии, в то время как когнитивную терапию и изменение паттернов сексуального поведения рекомендуется применять для достижения долгосрочных результатов [28].

Новый подход к терапии садомазохизма

Несмотря на универсальность и доступность методов бихевиоральной и когнитивной терапии при лечении садомазохизма, ее использование в настоящее время подвергается критике со стороны некоторых авторов как провоцирующее “эго-дистоническое” восприятие пациентом своих особенностей. [29]. По мнению А. Фог, применение бихевиоральной и когнитивной терапии с целью изменения некоторых нежелательных поведенческих и когнитивных компонентов подразумевает, что терапевт имеет четкое представление о том, что такое здоровое и правильное сексуальное поведение. Таким образом, представление терапевта расценивается как единственно верное, а отклонения представлений пациента от модели терапевта расцениваются как когнитивные искажения.

Как подчеркивает А. Фог, терапевты, действующие в рамках когнитивной и бихевиоральной терапии, требуют от пациента исключить парафилические элементы не только из поведения, но и из фантазий, что делает парафилические ощущения для клиента “эго-дистоническими” и ведет к развитию **“синдрома изолированных меньшинств”**: сексуальной фрустрированности, низкой самооценки, социальной стигмации и изоляции, следствием чего могут быть дополнительная патологизация и криминализация личности [29].

Альтернативой директивным методам терапии садомазохизма А. Фог предлагает групповую терапию, организованную по принципу функционирования групп взаимопомощи. По его мнению, именно в таких группах у обратившихся к помощи специалиста появляется возможность получить необходимую информацию о своем расстройстве, а также получить возможность для позитивной идентификации, моделями для которой являются более опытные члены группы. В группах взаимопомощи пациенты узнают о возможностях поиска партнера и социально-приемлемых путях удовлетворения своих парафилических влечений [29]. Важно отметить, что А. Фог не является единственным терапевтом, находящим положительный терапевтический эффект в выборе подходящего партнера для индивида с парафилией. Так, например, П. Де Сильва в

качестве терапии парафиликов предлагает ограниченное и контролируемое внедрение парафилических элементов в сексуальные отношения с партнером в случаях, когда это возможно [30].

Таким образом, новый подход в терапии садомазохизма концентрируется не столько на изменении поведения и парафилических фантазий, сколько на социальной и психологической адаптации индивида с девиантными влечениями, в первую очередь, имея целью профилактику дальнейшей патологизации и криминализации личности.

В свою очередь, с целью предотвращения стигматизации и неадекватной оценки личности с парафилией со стороны терапевтов, в США и Канаде создана ассоциация под названием “Kink Aware Professionals” (дословно: “Специалисты, осведомленные о необычных практиках”), объединяющая лицензированных психотерапевтов, медиков и юристов, признающих право людей иметь необычные сексуальные пристрастия и готовых помочь таким людям на пути их социализации и достижения психологического и физического благополучия.

Как уже отмечалось выше, объяснение и оценка специалистами проявлений садомазохизма в человеческом поведении очень противоречивы. Во многом это обусловлено большим разнообразием поведенческих проявлений, объединяемых под названием “садомазохизм”, распределяющихся от соответствующих элементов в фантазиях психически и социально адаптированных людей и до действий индивидов, совершающих преступления на сексуальной почве. Естественно, различные случаи поведенческих и личностных отклонений задают уникальные рамки для применения терапевтических методов в их терапии. Таким образом, рассмотренные терапевтические методы могут оказаться наиболее эффективными при лечении отдельных видов проявления садомазохизма. Тем не менее, набирающий в последнее время особую известность терапевтический подход с позиции высоко эрудированного, далекого от стереотипов и предубеждений специалиста к консультированию индивидов с парафилическими влечениями представляется ценной методической рекомендацией для терапевтов, осуществляющих свою деятельность в различных психотерапевтических направлениях.

Литература

1. Фурманов, И.А. Феномены садизма и мазохизма: историческая эволюция представлений / И.А.Фурманов, Т.О. Куликович / Психологический журнал. – 2006. – № 4. – С.22-28.

2. Moser, C. DSM-IV-TR and the Paraphilias: An Argument for Removal / C. Moser, P. J. Kleinplatz // American Psychiatric Association annual conference. – 2003 [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.narth.com/docs/symposium.html>. – Date of access: 25. 05. 2003.
3. Rubin, S. Trends in sex offender treatment / S. Rubin // Clinical and Community Psychology. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.ucm.es/info/Psyap/23ICAP/abstract/clinical3.html>. – Date of access: 17. 04. 2008.
4. Пятницкий, Б.И. Половые извращения и уголовное право / Б.И. Пятницкий. – Могилев: Тип. И.Б. Клаза, 1910. – 80 с.
5. Mak, K.Y. The interesting phenomenon of sexual deviations and perversions / K.Y. Mak // The Hong Kong Practitioner. – 2003. – Vol. 25. – P. 491-502.
6. Rosler, A. Pharmacotherapy of Paraphilias in the Next Millennium/ A. Rosler, E. Witztum // Behavioral Sciences and the Law. – 2000. – Vol. 18, № 1. – P. 43-56.
7. Келли, Г. Основы современной сексологии / Г. Келли. – СПб.: Издат-во "Питер", 2000. – 896 с.
8. Russo, A. Conflicts and contradictions among feminists over issues of pornography and sexual freedom / A. Russo // Women's Studies International Forum. – 1987. – Vol.10, № 2. – P. 103-112.
9. Langdridge, D. A Hermeneutic Phenomenological Investigation of the Construction of Sadomasochistic Identities / D. Langdridge, T. Butt // Sexualities. – London, Thousand Oaks, CA and New Delhi. – 2004. – Vol 7, № 1. – P. 31–53.
10. Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А.Ткаченко. – М.: 1997.– 650с.
11. Мастерс, У. Основы сексологии / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни. – Москва: "Мир", 1998. – 702 с.
12. Kafka, M.P. Therapy for Sexual Impulsivity: The Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders / M.P. Kafka // Psychiatric Times. – 1996. – Vol. 13, № 6.
13. Fedoroff, J. P. Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests / J. P. Fedoroff // Annals of Sex Research. – 1993. – V. 6. – P. 105-121.
14. Mees, H. L. Sadistic Fantasies Modified by Aversive Conditioning and Substitution a Case Study / H.L. Mees // Behaviour Research and Therapy. – 1966. – Vol. 4, № 4. – P. 317-320.
15. Marks, I.M., Rachman, S., Gelder, M.G. Methods for Assessment of Aversion Treatment in Fetishism with Masochism // Behavioral Research Therapy, Vol. 3, No. 4, 1965, pp. 253-258.
16. Raymond, M. J. Treatment by Revulsion / M. J. Raymond // Mental Health. – 1967. – Vol. 26, № 1. – P. 24-25.

17. Marshall, W.L. The clinical value of boredom: A procedure for reducing inappropriate sexual interests / W.L. Marshall, K. Lippens // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. – 1977. – Vol. 165, № 4. – P. 283-287.
18. Matek, O. The Use of Fantasy Training as a Therapeutic Process in Working With Sexual Offenders / O. Matek // *Journal of Social Work & Human Sexuality*. – 1986.– Vol. 4, № 1/2. – P.109 – 123.
19. Marshall, W.L. The modification of sexual fantasies: A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual behaviour / W.L. Marshall // *Behaviour Research and Therapy*. – 1973. – Vol. 11, №. 4. – P. 557-564.
20. Hawton, K. Behavioural approaches to the management of sexual deviations / K. Hawton // *British Journal of Psychiatry*. – 1983. – Vol. 143. – P. 248-255.
21. Kraft, T. Behaviour therapy and the treatment of sexual perversions / T. Kraft // *Psychotherapy and Psychosomatics*. – 1967. – Vol. 15, № 5. – P. 351-357.
22. Pinard, G. Electrical aversion, aversion relief and sexual retraining in treatment of fetishism with masochism / G. Pinard, Y. Lamontagne // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. – 1976. – Vol. 7, № 1. – P. 71-74.
23. Money, J. Paraphilias: Phenomenology and classification / J. Money // *American Journal of Psychotherapy*. – 1984. – Vol. 38, № 2. – P. 164-179.
24. Krueger, R.B. Behavioral and psychopharmacological treatment of the paraphilic and hypersexual disorders / R. B. Krueger, M.S. Kaplan // *Journal of Psychiatric Practice*. – 2002. – Vol. 8, № 1. – P. 21-32.
25. Maletzky, B. M. The paraphilias: Research and treatment / B. M. Maletzky, P. E. Nathan, J. M. Gorman // *A guide to treatments that work*, 2nd edition. – London: Oxford University Press. – P. 525-557.
26. Gudjonsson, G.H. Sexual variations Assessment and treatment in clinical practice / G. H. Gudjonsson // *Sexual and Marital Therapy*. – 1986. – Vol. 1, № 2. – P. 191–214.
27. Meyers, H.A. Consideration of Treatment Techniques in Relation to the Functions of Masochism / H.A. Meyers // *Masochism: Current psychoanalytic Perspectives*. – The Analytic Press., 1988.
28. Shiwach, R.S., Prosser, J. Treatment of an unusual case of masochism / R.S. Shiwach, J. Prosser // *Journal of Sex and Marital Therapy*. – 1998. – Vol. 24, № 4. – P. 303–307.
29. Fog, A. Paraphilias and Therapy / A. Fog // *Nordisk Sexologi*. – 1992. – Vol. 10, № 4. – P. 236-242.
30. De Silva, P. An approach to the treatment of paraphilias / P. De Silva // *Behavior and cognitive therapy today: Essays in honor of Hans J. Eysenck*. – Oxford, 1998. – P. 49-66.