

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	8
Предисловие к изданию на английском языке	9
Введение	12
Об авторах	15
Глава 1. Краткий обзор целостного подхода к человеческой сексуальности и ее расстройствам	17
1.1. Сексуальная медицина в клинической практике: обзор	17
Глава 2. Междисциплинарные рекомендации в области сексуальной медицины	22
Глава 3. Основы понимания человеческой сексуальности	26
3.1. Три аспекта сексуальности	26
3.2. Нейробиологические данные	29
3.3. Коммуникативная функция сексуальности	30
Глава 4. Спектр сексуальных расстройств	37
4.1. Расстройства сексуальных функций	40
4.1.1. Расстройства сексуального влечения	45
4.1.2. Расстройства сексуального возбуждения	49
4.1.3. Расстройства оргазма	53
4.1.4. Диспареуния	57
4.1.5. Вагинизм	60
4.2. Расстройства полового развития	62
4.2.1. Расстройства половой зрелости	63
4.2.2. Расстройства сексуальной ориентации	65
4.2.3. Расстройства сексуальной идентичности	68
4.2.4. Расстройства сексуальных отношений	70
4.3. Расстройства гендерной идентичности	71
4.4. Расстройства сексуального предпочтения (парафилии)	75
4.5. Расстройства сексуального поведения (диссексуальность)	83
4.6. Расстройства полового размножения	87

Глава 5. Принципы диагностики в сексуальной медицине	91
5.1. Исследование сексуальных расстройств	92
5.2. Исследование трех измерений сексуальности	94
5.2.1. Измерение привязанности	95
5.2.2. Аспект репродукции	95
5.2.3. Аспект желания	95
5.2.4. Индивидуальное и партнерское взаимодействие трех измерений сексуальности	96
5.3. История болезней и соматических нарушений	96
5.4. Особые обстоятельства	96
5.5. Сексологические экспертные оценки	100
5.5.1. Экспертные оценки в соответствии с уголовным законодательством	102
5.5.2. Оценки в соответствии с правовыми аспектами транссексуальности	106
Глава 6. Принципы терапии в сексуальной медицине	108
6.1. Основной подход	108
6.1.1. Аспекты сексуальной терапии, ориентированные на заболевание	108
6.1.2. Аспекты сексуальной терапии, ориентированные на пациента	109
6.1.3. Двойная роль терапевта как эксперта и помощника	112
6.1.4. Корни синдиастического подхода	114
6.2. Сексологическое консультирование	117
6.2.1. Медицинские показания и основные аспекты	117
6.2.2. Синдиастическая направленность: клинический случай по консультированию партнеров	124
6.2.3. Сексуальность и партнерство у пожилых людей	129
6.3. Синдиастическая сексуальная терапия	133
6.3.1. Цели сексуальной терапии	133
6.3.2. Начальная фаза: мотивация для терапии	134
6.3.3. Новые переживания близости: практический подход	138
6.3.4. Детальное исследование	145
6.3.5. Синдиастическая сексуальная терапия с пациентами, страдающими расстройствами сексуального предпочтения	147
6.4. Интеграция вариантов соматической терапии	149
6.5. Подробные отчеты о клинических случаях	150
6.5.1. Клинический случай А	150
6.5.2. Клинический случай Б	154

6.5.3. Клинический случай В	156
6.5.4. Клинический случай Г	161
6.5.5. Клинический случай Д	163
6.6. Перспективы отношений (интимных) на будущее	168
6.7. Программа обучения по сексуальной медицине в аспирантуре	169
Глава 7. Новые вызовы для сексуальной медицины	171
7.1. Интернет и новые средства массовой информации.	171
7.1.1. Кибербуллинг и ухаживания онлайн	174
7.2. Первичная профилактика сексуального насилия над детьми и использование изображений с надругательствами над детьми	177
7.3. Сексуальные травмы и терапевтические подходы для жертв насилия	182
7.3.1. Эпидемиология.	182
7.3.2. Краткосрочные последствия.	183
7.3.3. Долгосрочные последствия.	185
7.3.4. Лечение.	189
Список литературы	194
Предметный указатель	204

Глава 3

Основы понимания человеческой сексуальности

Сексуальность может быть определена как биологически, психологически и социально обусловленное качество опыта людей, которое формируется уникальным развитием собственной жизненной истории человека.

Вообще сексуальность относится ко всему, что касается женского и мужского пола, сексуальной идентичности и гендерных ролей, очевидно, половых органов (то есть гонад) и их функций; помимо генитальной части сексуального опыта и поведения, решающая роль отводится всем пяти органам чувств и мозгу в качестве центра управления. По дидактическим причинам следует проводить различие между биологическим, психологическим и социальным аспектами, но в действительности они не могут быть отделены друг от друга, то есть они не существуют сами по себе. К настоящему времени даже пациенты проводят различие между биологически-органическими или психологическими причинами расстройств — первое является реальным и приемлемым, в то время как второе, кажется, несет в себе признаки психического расстройства, что вызывает сопротивление и оппозицию.

Вот почему в некоторых случаях пациенты должны быть убеждены в существовании биопсихосоциального единства и целостности человека в его сексуальности, прежде чем станет возможным комплексное лечение.

3.1. Три аспекта сексуальности

С практической точки зрения можно говорить о мультифункциональности сексуальности, включающей в себя отдельные аспекты, взаимодействующие друг с другом, которые отличаются друг от друга следующим образом:

- аспект *желания* охватывает сексуальность всеми возможными способами переживания и увеличения желания посредством сексуальной стимуляции;

- *аспект воспроизводства* означает значимость сексуальности в воспроизводстве;
- *аспект привязанности* подчеркивает важность сексуальности для удовлетворения биопсихосоциальных фундаментальных потребностей в принятии, близости, теплоте и безопасности путем сексуального общения в партнерских отношениях (Beier and Loewit, 2004; Beier et al., 2005).

В фантазии, как и в реальности, эти три аспекта сексуальности переживаются и оцениваются по-разному в зависимости от разных этапов жизни.

Аспект воспроизводства (*репродукции*) с началом полового созревания (начало менструации, первая эякуляция) может колебаться между переоценкой, с одной стороны, и полным отсутствием значения — с другой, при этом нужно принимать во внимание гендерное различие: мужчины в основном сохраняют репродуктивную способность и в более старшем возрасте, в то время как репродуктивная способность у женщин снижается на стадии менопаузы.

Аспект *привязанности*, социально-коммуникативный аспект, проявляет свой индивидуальный характер на самой ранней стадии жизни, еще в младенчестве, в смысле негенитально-центрированной предварительной формы младенческой сексуальности, и достигает высокого качества в очень молодом возрасте, влияя на дальнейшую жизнь, но чаще всего оставаясь незамеченным.

Аспект *желания* начинается с возникающих физических ощущений желания/вожделения, возможно, уже внутриутробных, определено в очень раннем детстве (так называемая младенческая мастурбация) и, как правило, сохраняет свое значение, начиная с половой зрелости, до конца жизни.

На стадии одноклеточного организма так называемые парасексуальные процессы, такие как конъюгация, своего рода спаривание, обмен генетическим материалом между двумя клетками, служат не размножению, а генетической рекомбинации, обеспечивая сырье для эволюции. Умножение происходит бесполом путем. Только более сложные многоклеточные организмы объединяли генетическую рекомбинацию (во время созревания половых клеток) и умножение, чтобы управлять размножением как мы его знаем.

Для женщин этот аспект ограничен промежутком времени репродуктивной способности от полового созревания до менопаузы; он также зависит от жизненных решений, что делает его необязательным. Наличие надежных методов контрацепции, с одной стороны, и прогресс репродуктивной медицины — с другой позволили отделить аспект воспроизводства от двух других аспектов — желания и привязанности.

Аспект *желания* обеспечивает сексуальность уникальным чувственным опытом сексуального возбуждения и оргазма, который отличает его

от других человеческих переживаний. Он устанавливает мотивационное качество сексуальности и одновременно обеспечивает импульс и вознаграждение за сексуальное поведение. Аспект желания может преобладать в субъективном опыте аутоэротизма и в переживаемых эротических взаимодействиях, страсти и экстазе.

В наших дуалистически организованных западных странах, исторически враждебных по отношению к телу и чувственности, этот аспект всегда был областью напряженности между осуждением и прославлением. Это может быть изолированный опыт, без какой-либо связи с репродуктивным аспектом и аспектом привязанности в сексуальности. Однако трудно полностью рассмотреть этот аспект сам по себе, поскольку он так тесно связан с другими аспектами и, очевидно, находится под влиянием различных факторов вне и внутри сферы сексуальности. Современные средства массовой информации, порнография и секс-индустрия распространяют одностороннее мнение о преобладании аспекта желания, вытесняя другие аспекты сексуальности на задний план. В то же время это факт — в настоящее время самым распространенным сексуальным расстройством является *отсутствие* сексуального желания.

Аспект *привязанности* устанавливается позже в эволюционном развитии, только после стадии рептилий, у птиц и млекопитающих, особенно приматов. Эти социальные или связывающие функции сексуальности, о которых многие люди не знают, в действительности не являются человеческим изобретением.

В животном мире сексуальность приписывают социальной значимости, усилению парных и групповых связей в смысле изменения значения и функции (Wickler, 1969, 1971; Wickler and Seibt, 1984). У людей, отличающихся от своих родственников-приматов главным образом способностью к речи и творческой культуре, аспект привязанности в сексуальности, в частности, превращается в аспект с функцией общения: привязанность развивается посредством общения, поэтому общение и привязанность являются взаимозаменяемыми терминами. Со ссылкой на тот факт, что «вы не можете не общаться» (Watzlawick et al., 1969), вы не можете не взаимодействовать в отношениях, и, следовательно, функция социальной привязанности в сексуальности является обязательной функцией, действующей на протяжении всей жизни. В то же время эта социальная функция иллюстрирует конкретные человеческие элементы сексуальности.

Таким образом, для человечества сегодня аспект привязанности, без сомнения, является неотъемлемым и существенным элементом сексуальности. Его огромное значение проистекает из того факта, что люди явля-

ются реляционными существами, запрограммированными на «социальный мозг».

В попытке дать определение этому понятию Байер и Левит (Beier and Loewit, 2004) используют термин «*синдиастический* аспект сексуальности» (то есть более конкретный термин, относящийся к аспекту привязанности), перенесенный из греческого термина *syndyasticós*, использованного Аристотелем для описания человеческой склонности к жизни в парах, таким образом выражая важность удовлетворения фундаментальных биопсихосоциальных потребностей в принятии, близости, безопасности и защиты посредством сексуального общения в рамках партнерских отношений. Наряду с аспектами желания и размножения, этот аспект необходимо изучить отдельно, чтобы проследить *синдиастическую депривацию* у пациента/пары или узнать о синдиастическом *функциональном уровне* партнерских отношений.

3.2. Нейробиологические данные

Нейробиологические данные также ясно показывают, в какой значительной степени мозг является системой, особенно адаптированной к привязанности и зависящей от нее, и как привязанность может действительно влиять на гены.

Различные нейробиологически установленные системы, например зеркальные нейроны или активация гормона привязанности — окситоцина, показывают, что не только наши эмоциональные чувства, но и нейробиология мозга — это система, адаптированная и зависящая от межличностных отношений (Bauer, 2005).

Сегодня методы нейровизуализации способны показать (Bartels and Zeki, 2004), что одни и те же области мозга деактивированы, например, области, участвующие при составлении социально-критических суждений в префронтальной коре, когда матерям показывают изображения их детей, а также когда они видят фотографии своих супругов (по сравнению с изображениями известных, но не любимых людей в качестве контрольных субъектов). По-видимому, функции для тревожности и отторжения, функционально-анатомически расположенные в миндалине, деактивируются одновременно. Это означает, что любое опасение относительно партнера отключено для того, чтобы обеспечить тесное взаимодействие (предположительно, именно этот механизм породил традиционную поговорку «лю-

бовь слепа»). В то же время части системы вознаграждения активируются и выпускают так называемые эндорфины. Этим не только повышается доверие и облегчается контакт, но и стимулируются чувства счастья и в целом заметно уменьшается стресс. Это могло бы объяснить предположение более ранних авторов, у которых не было методов нейровизуализации в качестве доказательств, таких как наблюдения Балинта (Balint, 1965) о «первичных формах любви» как о ядре и основе интимной близости взрослых, или раскрыть причину, почему А. Монтегю (A. Montagu, 1987) назвал сексуальное взаимодействие между взрослыми «в некотором смысле повторением нежной любви между матерью и ребенком».

В то же время данные нейробиологии предполагают, что при непосредственном инициировании физиологически наблюдаемых сексуальных реакций, помимо более высоких частей, таких как лимбическая система, базальные церебральные области, близкие к анатомической средней линии (рядом со структурами среднего мозга), играют решающую роль в возникновении этих процессов. Здесь преоптическая область гипоталамуса, по-видимому, имеет центральное значение, и в экспериментах на животных повышенная активность в этой основной области, анатомически связанной с другими областями гипоталамуса, наблюдается во время половой активности. Стероидные гормоны модулируют активность преоптической области; эксперименты с поведением животных (как самцов, так и самок) показали избирательную активацию в ситуациях, сексуально многообещающих или имеющих отношение к половому акту (Pfaff, 1999). У людей это ядро «связано» так, что назально поглощенные метаболиты андрогена или эстрогена могут быть распознаны как важные сигналы. Активация зависит от сексуальной ориентации, а не от пола: метаболиты андрогена активируют основные области у женщин, ориентированных на мужчин, и у мужчин, ориентированных на мужчин, тогда как у мужчин, ориентированных на женщин, эта область активируется метаболитами эстрогена (Savic et al., 2005). Зависимость центральных паттернов сексуальной активации от сексуальной ориентации (а не от пола) была показана Ponseti и соавт. (2006) для зрительных стимулов.

3.3. Коммуникативная функция сексуальности

С самого начала жизни фундаментальные потребности человека в принятии, безопасности, доверии, теплоте и близости могут быть удовлетворены только в отношениях (Bowlby, 1969–1980; Brisch, 1999). В младенчестве это достигается телесным контактом и эмоциональным переживанием того, как ухаживают за ребенком, например, путем укрытия, в котором

его держат во время кормления грудью. Благодаря этой любящей заботе родителей метод удовлетворения фундаментальных психосоциальных потребностей посредством кожного контакта усваивается младенцем и укрепляется на нейронном *уровне*, как это обычно происходит со всеми процессами обучения элементарным навыкам (Rüegg, 2003).

Хютер (Hüther, 2005) описывает нейробиологические основы снятия тревожности и управления стрессом посредством эмпатических отношений.

Таким образом, мы неоднократно чувствовали, как исчезала тревога, когда рядом с нами был тот, кто давал нам безопасность и защиту своим теплом, кто любил нас <...>. Это повторялось снова и снова, и чувство, что мы в безопасности с любимым человеком, было глубоко запечатлено в мозге каждого человека.

Чувства, передаваемые посредством взаимодействия и языка тела, определяют развитие человека с самого рождения и остаются основной характеристикой организации партнерских отношений: поначалу они не зависят от вовлечения половых органов, но действительно допускают глубокое удовлетворение, получаемое при контакте кожи и глаз, а также всех прочих органов чувств. Таким образом, они являются первым аспектом сексуального опыта, расширенного позднее в жизни благодаря возможности генитально-сексуального общения.

Наряду с половым созреванием, сексуальность в настоящее время становится наиболее интенсивной формой языка тела в его генитальном виде. По сути, подобно любому поведению, сексуальное поведение также посылает сигналы, охватывающие все чувства, выражение лица, жесты, самообладание и т.д., которые могут поначалу быть неоднозначными и быть неправильно поняты. От того, насколько хороши отношения, зависит, будет ли это использование насилия, физического удержания, пленения, или же это означает страстную заботу, близость, глубокий опыт контакта или удержания и т.д. Так, например, в любовных партнерских отношениях и независимо от принципа сексуальной ориентации физическое поведение во время секса может восприниматься как глубоко личное внимание, ощущение себя уважаемым и желанным, центром притяжения и привязанности, близости к кому-то, чувства, что тебя принимают и обнимают, взаимной открытости, потворства своим желаниям, всестороннему ощущению собственного тела со всей силой и другие «переводы» опыта, а именно как они вербализованы парами, которые в терапии открыли для себя аспект чув-

ственности в сексуальном общении (например, «теперь я могу перенести близость наших душ на физический уровень»). То, что раньше было просто сексом, теперь приобрело личное значение: «Теперь это больше похоже на “мы спим вместе”, раньше это был всего лишь обычный сексуальный акт».

В повседневной практике большинство пациентов не воспринимают сексуальность как часть своего процесса общения. Они понимают секс и любовь как две разные области жизни и опыта, не имеющие большого отношения друг к другу. В табл. 3.1 представлен обзор типичных утверждений, сделанных пациентами, которые имеют такое мнение, и утверждений пациентов, прошедших лечение.

Таблица 3.1. Высказывания пациентов об изолированной и интегрированной сексуальности

Изолированная сексуальность (не воспринимается на уровне общения)	Интегрированная сексуальность (осознанно применяемая как способ общения)
Я мог бы обойтись без секса, ничего не потеряв	На этом уровне секс — это способ достучаться до меня
Всегда один и тот же процесс: непосредственная прелюдия... потом сразу засыпание	Это глубже, чем просто секс — не только он уменьшает возбуждение. Я по-разному реагирую на его семяизвержение — это что-то вроде удовольствия
Секс был физическим актом — ничем больше	Теперь <i>мы</i> больше спим вместе
Секс ничего мне не дает. Когда начинается секс, я «закрываюсь»	Впервые мои мысли были вовлечены в процесс — я не думал ни о чем другом, это расслабило меня
Секс был односторонним стремлением к достижению оргазма	Ты был другим, ты больше со мной связан
Я мог бы жить без секса, но не без любви, нежности и тепла	Романтика возрождается, это как быть женатым не более 6 месяцев
Сексуальное влечение — я не знаю, что это. Мне нужно, чтобы ты обнимал и ласкал меня, без секса	Теперь я впервые испытал половой акт и объятия не как две разные вещи
В партнерских отношениях есть более важные аспекты, чем секс	Я никогда не смотрел на это так — я не знал об этом, но это было внутри меня все время
Секс — это просто часть партнерских отношений	Для нас это совершенно революционное понимание

Такое комплексное понимание сексуальности может дать доступ и стать основой для взаимного взгляда на мир сексуальности в любых конкретных партнерских отношениях. Термин «спать вместе» теперь выражает то, что раньше ассоциировалось только с любовью и нежностью, но не обязательно с сексом, и поэтому его часто упускали.

Действительно, даже авторы, которые считают сексуальное функционирование в контексте любви связью привязанности и таким образом очень близко подходят к концепции синдиастики, все еще следуют определениям теории привязанности взрослого человека, разделяющей любовь на три отдельные поведенческие системы: привязанность, забота и сексуальность. Несмотря на то что система привязанности считается первостепенной и обеспечивает основу для развития и принятия двух других, сексуальность остается отдельной, но все же связанной с системой (Johnson and Zuccarini, 2010). В синдиастической сексуальной терапии сексуальность рассматривается как сексуальная форма выражения и включения привязанности, то есть поиск близости, безопасность, эмоциональная связь и т.д., и, таким образом, интегрируется как любовь в сексуальном воплощении, а не как нечто отдельное, хотя и облегчаемое любовью. Приведенные выше утверждения разъясняют и подтверждают это решающее и салютогенное различие, как только оно будет полностью понято.

Преодолев глубокий разрыв между привязанностью и любовью, с одной стороны, и сексом (сексуальностью) — с другой, текущее «нормальное» сексуальное поведение или даже патогенная, психотоксическая интерпретация сексуальности может снова или впервые превратиться в салютогенное, осмысленное восприятие, источник вождения и счастья в жизни.

Это верно (совершенно независимо от сексуальной ориентации) не только для сексуального общения в парах, но и для общения в самом широком смысле слова посредством сексуального языка тела (не обязательно означающего сексуальное общение с участием гениталий) у одиноких людей (одиноких по выбору или невольно) или людей, которые снова стали одинокими в результате разлуки. И это также верно для любви к себе, аутоэротического общения в отношениях с самим собой.

Общая цель этой терапии, в основном понимаемой как терапия партнерских отношений, заключается в развитии и/или восстановлении салютогенного эффекта сексуальности, то есть она не ограничивается изо-

лированным восстановлением нарушенных (-ой) сексуальных (-ой) функций (-ии), но стремится повысить удовлетворенность партнерскими отношениями в целом. Например, восстановление адекватной способности к эрекции не приводит к автоматическому восстановлению фрустрированных фундаментальных потребностей в рамках партнерских отношений.

Таким образом, центр внимания переносится с дисфункций на партнерские отношения и его проблемы и, следовательно, на партнера, у которого появляется ощущение того, что его воспринимают и он находится в центре интересов: например, половой акт может достичь точки «взаимного достижения», отличной от позиции одного человека, поглощенного своей собственной сексуальной функцией («будет ли моей эрекции достаточно?» или «достигну ли я оргазма?»).

Именно благодаря такому отношению сексуальное функционирование освобождается от давления на работоспособность, а страх неудачи значительно ослабляется, что облегчает их компенсацию. Эта цель согласуется с выводами Кляйнплатца и Менарда (Kleinplatz and Menard, 2007), которые называются *строительными блоками для достижения оптимальной сексуальности*.

Согласно интервью-исследованию мужчин и женщин, вовлеченных в долгосрочные партнерские отношения, соответствующие «строительные блоки» оптимальной сексуальности заключаются в следующем:

- 1) присутствие (интенсивно сфокусированное внимание);
- 2) аутентичность;
- 3) интенсивная эмоциональная связь;
- 4) сексуальная и эротическая близость (предоставление себе и друг другу разрешения потворствовать, так же как и быть снисходительным);
- 5) общение;
- 6) трансцендентальность («это делает тебя более наполненным, чем ты был раньше»).

Этот подход имеет принципиальное значение также и для других показаний сексуальной терапии, например, для расстройств половой идентичности и парафилий.

Такой подход, однако, применим и к другим медицинским дисциплинам, помимо сексуальной медицины, и, как правило, должен учитываться при рассмотрении патогенеза и лечения заболеваний в целом. Это касается патогенных последствий синдиастической депривации, но больше всего имеет отношение к ресурсам, лежащим в эффективном удовлетворении фундаментальных потребностей. Его салютогенный потенциал должен быть главным образом стимулирован и поддержан всеми медицинскими

специальностями. Тогда появляется возможность через отношения, взаимопонимание снизить тревогу, стресс, ощутить безопасность в сексе (наряду с сексуальностью — передатчика такого рода опыта), и это занимает ключевую позицию в самой терапии. Вот что происходит в сексуальной медицине и ее терапевтическом принципе — синдиастической сексуальной терапии.

В сексуальной терапии всякий раз, когда цель состоит в новом и салютогенном понимании, врач или психотерапевт как личность играет решающую роль, поскольку его личное отношение произведет впечатление на пациента (-ов). Этот вопрос личности не имел бы такого важного значения, если бы речь шла только о передаче техник или назначении лекарств для восстановления сексуальных функций, а также если бы речь не шла о вопросах, касающихся нового чувства понимания.

При таком подходе речь не может идти о технике *или* отношениях, физическом желании *или* удовлетворении фундаментальных потребностей; это касается общего целостного подхода. В частности, в отношениях и общении техники могут быть очень ценными и полезными. В действительности подлинное общение «сексуальное желание» может быть освобождено от культурных табу и неуклонно развиваться, поскольку нет никаких причин для того, чтобы каким-либо образом стыдиться истинного общения.

Никакая техника, никакой прием, вызывающий возбуждение, и никакие лекарства не смогут компенсировать отсутствие понимания и подлинное общение, необходимое для себя и других, когда функциональные расстройства связаны с обидой и отсутствием общения в партнерских отношениях.

В результате только те медицинские работники, которые одобряют концепцию синдиастической сексуальной терапии и убеждены в возможности салютогенного сексуального общения, могут предложить подлинные идеи нуждающейся паре. Принимает ли пара эти предложения или нет, полностью зависит от нее самой. Среди различных методов лечения сексуальных расстройств связь между удовлетворением фундаментальных психосоциальных потребностей как заданной основы качества партнерских отношений и самой сексуальностью как чрезвычайно сильным выражением передачи этого удовлетворения последовательно достигается лишь в концепции синдиастической сексуальной терапии. Она нацелена на достижение

этого удовлетворения и достигает его, и поэтому она должна быть в основном одобрена терапевтом.

Это ясно подчеркивает особую необходимость в саморефлексии у психотерапевта, а также самосознания и контроля по вопросам сексуальности и партнерских отношений, поскольку эти проблемы касаются каждого лично. Это особенно относится к тем случаям, когда ситуация с консультированием или терапией становится эротизированной или сексуализированной, то есть больше как при индивидуальной терапии, чем при парной терапии. Проблема здесь будет заключаться в факте выхода за границы и в жестокое обращение с пациентом, а не в факте эротических чувств или чувства влечения как такового. Сексуальное взаимодействие между клиентом и терапевтом всегда является профессиональной халатностью.

Однако сексуальность, как правило, можно рассматривать не только в позитивном, но и в негативном разрушительном смысле, как средство наказания, злоупотребления властью (в смысле подчинения, изнасилования и насилия) или даже как оружие на войне, и как «антитезис», как изменение ощущения чувства нежности и любви, она может воплощать деструктивные отношения, которые всегда должны приниматься во внимание при сексуальных расстройствах. Аналогичным образом, неразборчивое поведение или сексуальные эпизоды, в которых отсутствуют отношения (например, секс на одну ночь, проституция, суррогатный партнер), управляемые порывами сексуального возбуждения и вожделением, могут также симулировать чувства переживания принятия, контакта, близости и безопасности, но только на физическом уровне или на уровне генитально-оргастического порыва.

Удовлетворение основных потребностей, так сказать, «технически пригодно» и поэтому фрустрировано. В определенных кругах молодежной субкультуры быстрый секс без обязательств и привязанности может достичь статуса суррогатного наркотика для компенсации неудовлетворенных фундаментальных потребностей.

Следовательно, стимулирование системы желаний, в то же время препятствующее удовлетворению фундаментальных потребностей в отношениях, может быть названо синдиастическим лишением (Beier and Loewit, 2004). Это определенно новый вызов для сексуальной медицины, но в то же время и для общества в целом (см. главу 7).