

РЕПАРАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ: ОБЗОР НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ ОТ КОНЦА XIX ВЕКА ДО СОВРЕМЕННОСТИ

19 апреля 2013 года

Аннотация. В статье рассматриваются известные науке методы лечения гомосексуализма, их эффективность/неэффективность, а также современные взгляды на работу с человеком в отношении изменения его сексуальной ориентации. Статья носит ретроспективно-просветительский характер и охватывает период с конца XIX века до первого десятилетия XXI века.

Ключевые слова и фразы: *аверсия, адаптация, адверзивная терапия, адверсивная терапия, адверсия, восстановительная терапия, гендерная дисфория, гендерный нарциссизм, гипноз, гомосексуальность, гормонотерапия, дифференцирующая терапия, инверсия, истинный гомосексуализм, кастрация, конверсионная терапия, лобная лейкотомия, лоботомия, метод условных рефлексов, нарушение полоролевой идентификации, патология половой аутоидентификации, перверсия, переориентирующая терапия, приучающая терапия, профилактика гомосексуализма, психоанализ, психокоррекция, психотерапия, расстройство гендерной идентичности (РГИ), расстройство полоролевой идентификации, реконструктивная терапия, религиозная терапия, репаративная терапия, «сексуальный психологический вакуум», семейная психотерапия, ситуативный гомосексуализм, ступенчатая психотерапия сексуальных перверсий, терапия отвержением, условно-рефлекторная терапия, эгодистонический гомосексуализм, эгосинтонический гомосексуализм, электросудорожная терапия, электрошок.*

Персоны: *Алейникова Т., Андрианов В., Анисимова З., Белкин А., Бехтерев В., Голанд Я., Деревинская Е., Доморацкий В., Здравомыслов В., Иванов Н., Имелинский К., Канторович Н., Каплан Г., Клейн Л., Козн Р., Либих С., Личко А., Николоси Дж., Платонов К., Посвянский П., Свядоц А., Сэдок Б., Сэтиновер, Уортен Ф., Фрейд А., Фрейд З., Шпитцер Р., Штесс А.; Alexander, Bowman, Curan, Daniel, Engle, Ford, Freed, Freund, Giese, Hirshfeld, Katz, Müller, Owensby, Parr, Roeder, Spiegel, Steckel, Thompson, Tripp, White, Wycis.*

Введение

1. Краткий вступительный обзор
 - 1.1. Что такое «репаративная терапия»
 - 1.2. Истинная и ситуативная гомосексуальность
 - 1.3. Эгодистоническая и эгосинтоническая гомосексуальность
2. Классификация методов репаративной терапии
3. Непсихотерапевтические методы репаративной терапии
 - 3.1. Кастрация
 - 3.2. Лобная лейкотомия
 - 3.3. Электрошок
 - 3.4. Гормонотерапия
4. Психотерапевтические методы репаративной терапии
 - 4.1. Диагностика
 - 4.2. Аверсия, адверсия
 - 4.3. Приучающая терапия
 - 4.4. Гипноз
 - 4.5. Аутогенная тренировка
 - 4.6. Семейная психотерапия
 - 4.7. Психоанализ
5. Комбинированные методы репаративной терапии (авторские методики)
 - 5.1. Метод лечения женского гомосексуализма (Свядоц, Деревинская)
 - 5.2. «Сексуальный психологический вакуум» (Иванов)
 - 5.3. «Ступенчатая психотерапия сексуальных перверсий» (Голанд)

- 5.4. Терапия предгомосексуальности (Николоси)
 - 5.5. «Религиозная» терапия
 - 6. Профилактика и психопрофилактика гомосексуализма
- Вместо заключения: XXI век
Примечания
Литература

— *Врёте! Вы всё врёте!*
И Гора Говорит:
— *Нет.*

Земфира Рамазанова, 2013

Введение

В самом начале подготовки этой статьи мои попытки, предпринятые в профессиональной среде психиатров и психологов, установить имена известных современных специалистов, практикующих излечение людей от гомосексуальности¹, потерпели крах. Психиатры, психологи и психоаналитики, люди разных возрастов, востребованные специалисты, прежде всего интересовались, а что такое эта самая «репаративная терапия», и узнав, что этим понятием обозначается метод лечения гомосексуальности, реагировали по-разному. Одни сомневались, что такая существует. Другие удивлялись, зачем лечить, если «оно само проходит». Третьи возмущались, что это безобразие, «надо же было додуматься». Так или иначе, имён специалистов от их ныне действующих коллег получить не пришлось. Разнообразие обнаружилось в библиотеке, и изучение немногочисленных (в силу относительно недавней непопулярности темы — я имею в виду СССР и XX век) работ позволило лучше понять извилистый путь медицины и психологии к современному пониманию феномена гомосексуальности и способов противодействия ему.

До сих пор в восприятии консервативной части мирового и российского медицинского сообщества и ряда психологов гомосексуальность, исключённая из перечня болезней, остаётся патологией человеческой психики, подлежащей коррекции. Другая часть медиков и психологов склонны к философскому восприятию гомосексуальности, как и вообще негетеросексуальных ориентаций², подразумевая под ними не патологию, но феномен неустановленного происхождения. Трактовок причин гомосексуальности становится всё больше, при отсутствии бесспорных аргументов в пользу какой-либо из них. Наука XXI века, в том числе российская, основываясь на исследовательском и клиническом опыте, отказалась от практики насильственного устранения однополого влечения, считая эти попытки в большинстве случаев бесплодными. С другой стороны, психиатрия и психотерапия и сегодня не отказываются помогать попыткам устранения проявлений гомосексуальности тем людям, кто сам этого желает. Сущность, результативность и целесообразность применения репаративной терапии — предмет рассмотрения этой статьи.

1. Краткий вступительный обзор

1.1. Что такое «репаративная терапия»

«Репаративная терапия» (англ. *reparative* — восстановительный, реконструктивный) — это лечение гомосексуальности. Синонимы «репаративной терапии» — переориентирующая терапия, дифференцирующая терапия, в СССР — восстановительная терапия, конверсионная терапия. Оксфордский словарь (2005) определяет репаративную терапию как терапию, направленную на изменение гомосексуальности субъекта и основанную на той точке зрения, что гомосексуальность есть психическое нарушение.

1.2. Истинная и ситуативная гомосексуальность

С начала XX века наука стала разделять гомосексуалов на так называемых «истинных» и «ситуативных», и это разделение вполне оформилось к середине прошлого столетия. Это

разделение важно, поскольку среди психиатров стала распространённой та точка зрения, что истинный гомосексуализм не поддаётся излечению, а ситуативный – вполне поддаётся.

Истинной гомосексуальностью принято считать неотъемлемо присущее человеку сексуальное влечение, ситуативная же (иначе её называют псевдогомосексуальностью, есть и другие синонимы) возникает «по случаю». Истинные гомосексуалисты, пишет Личко³, «практически не поддаются коррекции», ситуативные — поддаются психотерапевтической коррекции во многих случаях [16, С. 546].

Посвянский⁴ в статье 1972 года говорит о сложности отдифференцирования истинного влечения от ситуативного и предлагает считать истинным влечением то, что обладает пятью признаками [19, С. 82–83]:

- 1) проявляется у человека⁵ ещё до наступления половозрелости;
- 2) доминирует в человеке вне зависимости от внешних и внутренних влияний;
- 3) характеризуется особой структурой направленности интересов и самоощущений личности;
- 4) обладает неодолимой силой;
- 5) удовлетворимо только в характерной для данного человека форме.

Причинами проявления ситуативной гомосексуальности Посвянский считает внешние влияния, такие как фиксация на острых эротических впечатлениях, «дурной пример», длительное отсутствие возможности гетеросексуального полового контакта.

Почему считалось, что гомосексуальность нужно лечить? Потому что её считали болезнью. Считали социально опасным явлением. Фрейд (Freund), например, писал об опасностях антисоциальных действий, в том числе от безответной любви. Полагали, что и сам человек страдает от своей инаковости. В то же время Посвянский писал, что, хотя гомосексуализм и встречается чаще у лиц с психопатическими чертами характера (аффективность или инфантильность, например), но корреляций у науки нет. Наоборот, в сравнении с гетеросексуалами, среди гомосексуалов здоровые люди (с акцентуациями в пределах норм, высокоинтеллектуальные, социально адаптированные, талантливые в разных сферах жизни и творчества) встречаются с той же частотой. В 1990-х эту мысль Посвянского подтвердили американские психиатры Гарольд Каплан (Kaplan) и Бенджамин Сэдок (Sadock), по наблюдениям которых диапазон психопатологий у гомосексуалов оказался близок к таковому у гетеросексуалов [13, С. 510].

Свящ⁶ (1974) назвал гомосексуализм «тяжёлым заболеванием», при котором, однако, около 60 % не считают своё состояние противоестественным и не желают лечиться, но около 25 % совершают суицидные попытки и 3 % доводят их до завершения [20, С. 160]. О своих наблюдениях по поводу самоощущения женщин-гомосексуалок писали гинекологи Здравомыслов⁷, Анисимова⁸ и Либих⁹ (1985). В своей практике они сталкивались с самыми разными лесбиянками (и активными, и пассивными), которые, как одна, «категорически отказывались от суггестивного (внушающего — Н. Д.) или гормонального воздействия с целью нормализации сексуальных наклонностей» [10, С. 189].

Личко в 1990-х писал, что если перверсия¹⁰ ощущается человеком как тягостная неполноценность, ослабить депрессивную реакцию помогает психотерапия [16, С. 546–547]. В России, в силу долгого советского периода закрытости, это поняли позднее, в развитых зарубежных странах — раньше. С переходом к преобладанию в работе с гомосексуалами психотерапевтических методов произошла трансформация представлений о сути этой работы. Если раньше гомосексуалов принуждали к лечению, то к концу XX столетия приоритетное внимание стали уделять его личной заинтересованности в такой работе.

1.3. Эгодистоническая и эгосинтоническая гомосексуальность

Истинная и ситуативная гомосексуальность, в совокупности с ощущаемой субъектом нормальностью или ненормальностью своего полового влечения, приводит к современному пониманию гомосексуальности как эгодистонической (такой, которая доставляет страдание и желание избавиться, воспринимается как нечто ненормальное) или эгосинтонической (такой, которая никак не влияет на носителя, не доставляет неудобств, воспринимается как нечто нормальное и естественное).

Джозеф Николоси¹¹ назвал эгодистонический гомосексуализм «состоянием, в котором человек испытывает конфликт между собственными ценностями и гомосексуальными влечениями, и воспринимает гомосексуальные желания как нечто чуждое себе», эгосинтонический

гомосексуализм — «состоянием, в котором человек принимает гомосексуальность как норму для себя, как неотъемлемую часть собственной личности» [18, С. 11].

Если истинность и ситуативность представляют собой примат внешней оценки сексуального влечения субъекта другими людьми, репрезентируются в категориях норма/не-норма, требует/не требует исправления, и подразумевает некое насильственное изменение субъекта извне, то эгодистоническая и эгосинтоническая гомосексуальность представляют собой примат самооценки и самоощущения субъекта в категориях страдаю/не страдаю, хочу избавиться/не от чего избавляться, и подразумевает волю самого субъекта к изменениям¹².

Личко писал, что эгодистонический гомосексуализм присущ лишь части гомосексуалов. Некоторые из них испытывают страдание по поводу своей ориентации только в юности, большинство же не испытывают дискомфорта от влечения, а страдают в основном от отношения к ним окружающих [16, С. 541]. Американские авторы Каплан и Сэдок отметили, что диагноз «эгодистонический гомосексуализм» редко используется в клинической практике, а обращающиеся по этому поводу пациенты чаще всего ставят целью получить либо усилить гетеросексуальное влечение [13, С. 508].

Имелинский призвал не распространять на всех гомосексуалов¹³ те особенности, что описывают психиатры и психотерапевты из своей клинической практики, так как к ним обращаются люди страдающие [12, С. 334]. Гомосексуальность — не болезнь, подлежащая лечению, пишет Имелинский, но часть гомосексуалов настолько страдают от невозможности эмоциональной реализации в современном обществе, что обращаются за помощью в надежде изменить направленность своего влечения. При этом их отношение к лечению амбивалентно — они и хотят его, и не уверены в том, что ситуация для них улучшится по окончании онога [12, С. 331, 344].

2. Классификация методов репаративной терапии

Специальных классификаций методов репаративной терапии мне не встретилось, такая информация в научной литературе, по крайней мере русскоязычной, не обобщена. Описание отдельных методов и методик можно найти в специальной литературе у разных авторов, главным образом психиатров. Обобщив их, можно предложить такую классификацию методов: специальные и комбинированные. И отнести к специальным методы хирургические, медикаментозные и психотерапевтические, а к комбинированным — отдельные авторские методики, разработанные во второй половине XX века, и сочетающие набор специальных методов, минимум один из которых всегда психотерапевтический.

Однако, учитывая многообразие известных психотерапевтических методов, можно предложить также другую классификацию — методы психотерапевтические, непсихотерапевтические и комбинированные. В этой статье используется именно эта классификация:

- Непсихотерапевтические методы репаративной терапии — кастрация, лобная лейкотомия, электросудорожная терапия, гормонотерапия.
- Психотерапевтические методы репаративной терапии — адверсивная терапия, аутогенная тренировка, гипнотерапия, приучающая терапия, психоанализ и психоаналитическая психотерапия, семейная психотерапия.
- Комбинированные методы репаративной терапии — метод лечения женского гомосексуализма Свядоца и Деревинской, метод Иванова «Сексуальный психологический вакуум», метод Голанда «Ступенчатая психотерапия сексуальных перверсий», метод Николоси «терапия предгомосексуальности», «религиозная» терапия.

Идею профилактики гомосексуальности, популярную в СССР и не преходящую вплоть до настоящего времени, нельзя назвать методом репаративной терапии, поскольку она направлена не на гомосексуального субъекта, а на любого субъекта, и цель её — не репарация, но предупреждение. Однако мы всё же уделим некоторое внимание идеям профилактики гомосексуализма, поскольку они оказывают значительное влияние на развитие психосексуальности и психическое здоровье подрастающего человека.

3. Непсихотерапевтические методы репаративной терапии

3.1. Кастрация

В конце XIX века гомосексуалов-мужчин кастрировали, то есть удаляли половые железы, в том числе с добровольного согласия самих пациентов. Об этом сообщали, например, американские медики (Daniel, 1893)¹⁴. Последние, отмеченные в научных публикациях, случаи кастрации гомосексуалов относятся приблизительно к 1950-м годам (Bowman & Engle, 1953)¹⁵. Психиатрия полагала, что кастрация исцеляет, но оказалось, что направленность влечения в результате не меняется, само оно исчезает не всегда, безвозвратно теряется лишь возможность иметь детей.

Хирургический метод кастрации больше не используется в психиатрической практике. В 1974 году Свядоц писал: кастрация как метод лечения недопустима, так как вызывает тяжёлые общие эндокринные нарушения и не ведёт к нормализации — в лучшем случае угнетает половое влечение, но направленности его не меняет. У мужчин, в случае их кастрации после наступления половой зрелости, половое влечение, эрекция и эякуляция сохраняются в 50 % случаев [20, С. 18].

3.2. Лобная лейкотомия

Ещё один хирургический способ, не получивший распространения, как не влияющий на направленность влечения и не устраняющий инверсию. В 1956 году лобную лейкотомию применили Spiegel, Wycis и Freed на женщине с явлениями гомосексуализма (Spiegel et al, 1956)¹⁶. В 1969 году стереотаксический метод использовали Roeder и Müller (Roeder und Müller, 1969)¹⁷. Они прооперировали двух больных криминально-психотического плана и сообщили об успехе. Патологическое влечение исчезло в обоих случаях, общее половое влечение ослабло.

Суть метода в том, что на гипоталамусе перерезались перемычки. Предполагалось, что это позволит прекратить нейронные взаимосвязи, ответственные за «неправильность» влечения. Гомосексуальное влечение действительно исчезало, правда вместе с сексуальностью вообще (в медицинском понимании этого термина, то есть полностью исчезало половое влечение, половой инстинкт). Проявился и тяжёлый побочный эффект лобной лейкотомии — раскоординация психических и физических функций пациента. Кроме того, метод оказался сложным и крайне опасным тяжёлыми осложнениями. В итоге, как и кастрация, метод лобной лейкотомии больше не использовался¹⁸.

3.3. Электрошок

Электрошок, или электросудорожная терапия, оценивался психиатрами-практиками в отношении лечения гомосексуализма по-разному. Thompson заявлял, что этот метод неуспешен. Свядоц, имевший большое число пациентов и наблюдений за результатами электрошоковой терапии, также считал, что метод не даёт положительного эффекта. Напротив, Owensby писал, что электрошок излечивает гомосексуализм [20, С. 161].

* * *

В целом, практика показала, что радикальные методы воздействия на тело (кастрация, лобная лейкотомия, электрошок) не влияют на сексуальную ориентацию, но могут «убивать» половое влечение и давать тяжёлые осложнения на тело и психику.

3.4. Гормонотерапия

На лечение гомосексуальности гормонами психиатрия переключилась к середине XX века. Напомню, что понятие влечения в психиатрии означает «чистый» инстинкт, выраженное в поступке побуждение, и не означает «психоаналитической» энергии Бессознательного, выплёскиваемой в желание, или симптом. Другими словами, психиатрия воздействует на психику через тело. Свядоц, трактуя гомосексуализм как половую психопатологию, делал это с сугубо медицинской точки зрения, то есть с точки зрения понимания влечения как биологического инстинкта. Он

различал гомосексуальное влечение и гомосексуальное поведение и писал, что влечение (ведь оно инстинкт!) находится у человека под контролем сознания, поэтому даже при наличии инверсии (гомосексуальной предрасположенности) гомосексуальное поведение может не развиваться [20, С. 100]. Из такого понимания природы гомосексуализма следовала уверенность психиатрии в том, что мозг (который для медицины, грубо говоря, есть синоним психики) способен заставить организм поступать целесообразно, а значит, гомосексуальность может быть излечена медикаментозным вмешательством. То есть «гомосексуальному организму» нужно оказать «химическую помощь». Такой помощью в определённый момент времени стали гормоны — казалось, была найдена панацея. Выяснилось, однако, что гормоны стимулируют (либо, наоборот, подавляют) не только психическую направленность, но и всю половую сферу.

Свядош (1974) так описывал нейроэндокринную регуляцию половой функции: вначале у эмбриона формируются эмбриональные гонады, недифференцированные относительно пола. Приблизительно с шестой недели жизни эмбриона, *связываясь с исходящей из половых хромосом генетической информацией* (курсив мой — Н. Д.), начинают формироваться мужские или женские половые железы, и на седьмой неделе половая дифференцировка в общих чертах заканчивается. Далее мужские железы начинают вырабатывать андрогены (тестостерон), что формирует половые органы по мужскому типу. И у мужского, и у женского плода половой тракт формируется к VII месяцу утробного развития, затем регрессирует и пребывает в таком состоянии до начала полового созревания (примерно до 10—12-летнего возраста) [20, С. 14].

Каплан и Сэдок (1994) подтвердили, что современные эмбриологические исследования показывают именно это — эмбрионы (генетически мужские и генетически женские) являются анатомически женскими на ранних стадиях жизни человеческого зародыша. Дифференциация мужского и женского происходит в результате действия фетальных (то есть внутриутробных) андрогенов, начинающих работать примерно на шестой неделе жизни плода и завершающих работу к концу третьего месяца внутриутробного развития [13, С. 466].

Было замечено, что если эмбриону генетического женского пола вводить, на соответствующих этапах, андрогены, то половые пути эмбриона перестраиваются по мужскому типу [20, С. 15]. От гормональных же структур, считает психиатрия, зависят и функция эмоций, и функция полового влечения, и именно эти структуры определяют последующую самоидентификацию индивида и направленность его полового влечения. При этом половое влечение у женщин зависит в большей степени от уровня андрогенов, нежели от нормального уровня женских половых гормонов, поэтому при удалении матки и яичников (которые вырабатывают женские гормоны — эстрогены) половое влечение и способность к половому удовлетворению часто остаются, а при удалении надпочечников (вырабатывают андрогены) — угасают. По той же причине либидо и оргазм у женщины могут быть выражены и вне границ половой зрелости, то есть и у маленьких девочек, и после наступления климактерия. Выше уже было сказано и о сохранении, в половине случаев, половой функции и либидо в случае кастрации у мужчин.

Уже в 1966 году Иванов¹⁹ выразил мнение, что медикаментозная терапия сексуальных перверзий не имеет существенного значения. Гормонотерапия для взрослого человека не даёт заметных сдвигов. Можно, однако, использовать различные симптоматические (успокаивающие, общеукрепляющие) средства, считал Иванов. Гормоны же, на его взгляд, показаны, если в процессе психотерапии появились признаки активизации гетеросексуального влечения, при этом пациенту необходимо разъяснять механизм их действия, используя тем самым эффект косвенного внушения [11, С. 138–139].

Посвянский (1972), проанализировав медицинские публикации мировой клинической практики, сделал вывод, что эндокринные препараты оказались неэффективными для терапии влечения и дают эффект в случае их использования только для регуляции половой функции. И добавил, что гормонотерапия бесперспективна без психотерапевтического сопровождения [19, С. 98].

Здравомыслов, Анисимова и Либих (1985) призвали крайне осторожно и «только после обследования „гормонального зеркала“» использовать гормонотерапию, в целом же они были бы «категорически против шаблонного назначения» гормонов для терапии сексуальных расстройств [10, С. 219].

Личко (1995) заключил: гормонотерапия гомосексуальности безуспешна [16, С. 545].

4. Психотерапевтические методы репаративной терапии

4.1. Диагностика

Мнения о психотерапии как способе лечения гомосексуализма у психиатров различались до противоположных. Что психотерапия не помогает, писали Hirshfeld (1922), Steckel (1922), Curan, Parr (1957)²⁰. Свядош, по собственным наблюдениям, считал, что «психотерапия более эффективна при пассивной форме женского и активной форме мужского гомосексуализма и мало эффективна при активной форме женского и пассивной форме мужского гомосексуализма» [21, С. 245].

Кроме обычных данных сексуального анамнеза (интимные подробности сексуальной жизни на личном протяжении развития индивида), в случае гомосексуальности уточняется информация о течении беременности у матери (попытки прерывания, лучевые воздействия, приём гормонов или нейролептиков), об отношениях в семье (кто был лидером, отношение матери к отцу), о наличии братьев и сестёр, об отношении к мужским/женским играм, одежде, профессиям и т. д. Необходимыми также считались дополнительные неврологическое, гинекологическое и эндокринологическое обследования и электроэнцефалография [20, С. 45]. Посвянский считал, что наилучшим образом терапия гомосексуальности будет проведена при наличии данных комплексного эндокринологического, генетического, психиатрического и сексологического обследований [19, С. 94].

Иванов (1966), рассуждая о прогнозе эффективности психотерапии гомосексуальности, выделял три ориентира будущего терапевтического успеха или провала: отношение пациента к своей гомосексуальности, наличие у пациента гомосексуального опыта, группа прочих внутренних и внешних факторов влияния на пациента [11, С. 134–135]:

- *Отношение к своей гомосексуальности.* Тяготится ли человек своим влечением, осознаёт ли его неадекватность, предвидит ли социальные последствия в случае уступки влечению, сопротивляется ли влечению и насколько успешно. Если на все эти вопросы пациент отвечает «да», то «проведение психотерапии рационально», пишет Иванов, поскольку очевидно, что человек тяготится своим состоянием. Если «нет», то «лечение не следует начинать», заключает психиатр, поскольку человек свыкся с влечением, вероятно даже имеет опыт, не тяготится, а может быть даже наоборот, расценивает своё влечение как нечто возвышающее и оригинальное.
- *Наличие гомосексуального опыта.* Это обстоятельство Иванов считал определяющим. Если пациентом оказывается молодой человек или молодая девушка, и гомосексуальное влечение носит пока характер мечты и нежной дружбы — «требуется срочная систематическая психотерапия», которая будет «вполне перспективной, приводя к полной перестройке влечения на гетеросексуальную направленность». Иначе, в случае наличия гомосексуального опыта, восстановительная терапия имеет меньше шансов на успех.
- *Прочие влияния.* Способствующими успеху лечения Иванов называл бисексуальность пациента; осознание пациентом момента инверсии (например, очень сильное сексуальное впечатление без каких-либо предпосылок к гомосексуальности до начала периода полового созревания, иными словами фиксация); выраженный душевный кризис человека, живущего в гомосексуальном партнёрстве или имеющего гомосексуальный опыт, особенно на фоне надвинувшейся социальной угрозы за свою перверсную сексуальную жизнь, и особенно на фоне обманутой любви (душевный кризис в целом считается в психотерапии лучшим периодом для её начала, а для терапии гомосексуальности, особо отмечал Иванов, пациент должен иметь также желание исполнять указания врача).

Факторами, препятствующими терапии гомосексуальности, Иванов считал конституциональную или поведенческую инвертированность (но и здесь, по мнению психиатра, не нужно отказываться от лечения); надежду на «таблетку» (на чудо); скепсис пациента (то есть, по сути, активное нежелание изменений). Во всех этих случаях Иванов предложил бы пациенту лучше «откровенно отказаться от проведения лечения со ссылкой на то, что у него нет внутренней потребности стать иным, предложить больному вернуться к врачу тогда, когда сама жизнь остро и грозно поставит перед ним мучительный вопрос о невозможности дальнейшего существования с перверсией, когда всем существом он захочет избавиться от своего недуга» [11, С. 139].

4.2. Аверсия, адверсия

С 1940-х годов психотерапия обратилась к адверсии (от латинского *adversus* — противоположный). Этот метод называют по-разному: адверсивная терапия, адверсивная терапия, метод условных рефлексов, терапия отвращением (*aversion therapy*, от английского *aversion* — отвращение) (Owensby, 1940; Thompson, 1949)²¹, условно-рефлекторная терапия. В психотерапию гомосексуальности адверсивный метод пришёл из терапии алкоголизма.

В 1914 году Бехтерев²² и в 1929 году Канторович²³ предложили метод условно-рефлекторной терапии алкоголизма с подкреплением электрошоком. После зарубежных публикаций 1966 года эта методика стала использоваться зарубежными специалистами в рамках поведенческой (бихевиоральной) терапии — с подкреплением как электрошоком, так и другими способами.

Посвянский (1972) описывал применяемый К. Фрейдом (Freund) и другими зарубежными специалистами метод условных рефлексов так: пациенту систематически демонстрируется серия картин для развития гетеросексуальных тенденций с подкреплением гормонами и эйфоризирующими препаратами с чередованием демонстрацией картин противоположного характера с подкреплением рвотными препаратами. И, в целом, с подкреплением психотерапевтической работой [19, С. 98].

В СССР условно-рефлекторную терапию гомосексуализма, с подкреплением медикаментами (апоморфин), применял Свядоц. Медпрепарат использовался для вызывания у пациента тошноты, одышки и рвоты, и в это время пациенту внушались безразличие к гомосексуальному партнёру и гомосексуальным актам, привязанностям, отношениям. Терапия длилась 10—20 сеансов. Автор рекомендовал сочетать её с гипнотерапией. Общее количество пациентов, прошедших такой курс, Свядоц не сообщал, но написал, что метод сработал на одном активном гомосексуалисте, причём «эффект был временным» [21, С. 248].

К 1970—1980-м стало очевидно, что гомосексуальность в результате применения адверсивных методик не исчезает, зато побочно могут возникнуть такие психические расстройства, как тяжёлая амнезия на отдельные периоды жизни или утрата ясности сознания в виде потери ориентации в окружающей обстановке (White, 1983; Tripp, 1976; Katz, 1976)²⁴.

4.3. Приучающая терапия

Метод приучающей терапии в чём-то схож с адверсивным, но не использует собственно аверсию, то есть не приучает отвращением. О методе приучающей терапии писали американские авторы во второй половине 1970-х – первой половине 1980-х годов. Суть его — приучить пациента ассоциировать оргазм с образами противоположного пола, подкрепить ими физиологическую реакцию сексуального наслаждения²⁵.

4.4. Гипноз

Терапия гомосексуальности гипнозом оказалась эффективной в единичных случаях. Свядоц писал, что об успехе сообщали К. И. Платонов (1962) и L. Alexander (1967) [21, С. 245]. Здравомыслов, Анисимова и Либих отмечали, что в литературе им встретился «лишь один, недостоверный, на наш взгляд, случай успешного лечения активного женского гомосексуализма гипнотерапией» — у А. П. Штесс (1925) [10, С. 189].

Содержание сеансов гипнотерапии описал Иванов (1966) — происходит самовнушение о свободе от прежних желаний, обещание больше не поддаваться соблазну, любая другая индивидуальная формула, главное чтобы она была «формулой сопротивления». Иванов считал, что гипнотерапия может быть полезна как дополнительный инструмент к разъясняющим и корригирующим (исправляющим) психотерапевтическим беседам. Одновременно определённые требования предъявлялись и к пациенту — он должен был быть гипнабелен, то есть склонен погружаться в глубокую степень сна.

Иванов сообщал, что в его практике случаи психотерапии сексуальных перверзий как таковых (не только гомосексуализма) были единичны. Гипноз оказался эффективным в случаях визионизма

(вуайеризма) и фетишизма: за 2—3 месяца систематического применения самовнушения извращение было «ликвидировано, и адекватное влечение оживлено» [11, С. 138].

4.5. Аутогенная тренировка

О методе самовнушения как репаративном инструменте написано немного, однако в целом о положительных результатах его писали многие авторы, в их числе В. В. Андрианов, Н. В. Иванов, Я. Г. Голанд, С. С. Либих и другие [19, С. 98]. Идея психотерапевтической методики аутогенной тренировки появилась в мире в 1930-е годы. Она выгодно отличалась от гипноза, где пациент пассивен и полностью зависит от активности врача. Аутогенная тренировка, напротив, предполагала, что пациент должен быть активен в процессе его работы с врачом. В советской психотерапии метод получил распространение с 1960-х годов.

4.6. Семейная психотерапия

Согласно советским исследованиям 1960-х годов,²⁹ источник 80 % всех неврозов — семейные конфликты. Здравомыслов, Анисимова и Либих, исходя из того что любое сексологическое нарушение представляет собой невроз или неврозоподобное состояние, предлагают уделять внимание семейной психотерапии с использованием методик внушения, убеждения, самовнушения, аутогенной тренировки и курортного лечения [10, С. 213–220].

Не избегать семейной психотерапии предлагает Алейникова³⁰ (2006). Она считает, что гомосексуальность есть сексуальная девиация на основе биологических отклонений разной степени выраженности, но гомосексуалы, люди «эмоционально и интеллектуально весьма неординарные, естественно в общении привлекающие в первую очередь эмоционально-интеллектуальную человеческую элиту» [1, С. 17], всё же чувствуют себя изгоями или минимум неполноценными. Помочь им, считает Алейникова, может психокоррекция — не для признания себя больными, а для принятия себя «просто как других, имеющих полное право на существование в своём психосексуальном статусе» [1, С. 18], что компенсируется эмоционально-интеллектуальными возможностями таких людей.

Работая в Институте валеологии при РГУ (ныне ЮФУ) со студентами, обращающимися за психологической помощью, Алейникова описала несколько основных проблем, с которыми сталкиваются гомосексуалы:

- трудности с адаптацией в обществе, настороженное отношение к гомосексуалам, и, как следствие,
- сложность принятия себя вопреки существующим нормам и канонам воспитания;
- отношения с непримиримыми родителями («ребёнок — ненормальный!» или «не будет внуков!»);
- психологическое несовпадение в партнёрстве, неудачи выбора партнёра, особенно если тот гетеросексуален.

Терапия гомосексуальности, по Алейниковой, имеет целью помочь гомосексуалу принять себя как человеку с иным гормональным статусом или иначе организованным мозгом, а для этого совокупно использовать такие инструменты, как метод разъяснения, психотренинг, гештальт, НЛП, работу с родителями (которым необходимо объяснить, что это вы родили, и теперь обязаны не мешать, а лучше помочь адаптироваться ребёнку в однополном партнёрстве, каким бы оно ни было — моногамным, полигамным, промискуитетным).

Алейникова разделяет ситуативный и истинный гомосексуализм, но, в отношении влияния воспитания на приобретённость гомосексуальности, обращает внимание на то, что воспитание в семье по «оборотному» типу (сына как девочку, дочь как мальчика) встречается чаще, чем возникает гомоориентация [1, С. 22–23].

4.7. Психоанализ

На рубеже XIX—XX веков психиатрия сделала вывод, что нужно лечить не гомосексуализм, а его

невротические последствия, то есть адаптировать человека. Зачинателем собственно «репаративной терапии» называют психоаналитика Анну Фрейд, дочь автора теории психоанализа Зигмунда Фрейда. В 1949 и 1951 годах она опубликовала три статьи³¹ о том, что психоанализ способен не только адаптировать человека к гомосексуальности, но и исцелять от неё.

Сам Зигмунд Фрейд, на основе своего небольшого опыта работы с гомосексуальными пациентами, среди которых были и мужчины, и женщины, предположил, что успех психотерапевтических попыток изменения сексуальной ориентации ничтожен. Почему? Потому что гомосексуал не согласится променять реальное удовольствие от объекта своего гомосексуального выбора на негарантированное удовольствие от объекта гетеросексуального выбора. А если и согласится, то лишь по внешним причинам (социальные, личная безопасность, забота о родственниках), которые на поверку окажутся лишь отговоркой ради успокоения совести: я сделал что мог, попытка не удалась, я продолжаю жить в рамках сделанного гомосексуального выбора. По моему опыту, говорил Фрейд, человек может восстановить свою бисексуальную функцию и «освободить преграждённый доселе путь к противоположному полу», но если сам хочет [23, С. 260].

Считал ли Зигмунд Фрейд психоаналитическую работу сколько-нибудь полезной для гомосексуалов? Да. Он видел такую работу исследованием, не терапией. Исследованием причин гомосексуального выбора объекта. Отдавая, впрочем (в первой четверти XX века), функцию собственно внесения изменений в направленность сексуального влечения наукам, работающим с человеком как с биологической единицей. В работе 1920 года «О психогенезе одного случая женского гомосексуализма» Фрейд написал: «Психоанализ не призван решить проблему гомосексуальности. Он должен довольствоваться выявлением психических механизмов, приведших к решению о выборе объекта, и прослеживанием путей от этих механизмов к задаткам влечений. После этого он прекращается, а остальное предоставляет биологическому исследованию» [23, С. 280].

Если использовать психоаналитическую терапию³² в качестве репаративного инструмента, то в русскоязычной литературе можно обнаружить отзывы об итогах такого лечения начиная с 1970-х годов. В 1974 году Свядош, ссылаясь на Giese (1959), сообщал, что глубинная психология помогла в 67 % случаев [20, С. 162]. В 1994 году Каплан и Сэдок «с большим сомнением» сообщали о результатах встреченного ими исследования, утверждавшего, что около трети из ста бисексуально и гомосексуально ориентированных переориентировались в итоге 350-часовой психоаналитической терапии, и достигли гетеросексуальности на период до 5 лет [13, С. 511].³³

Белкин³⁴, познакомившись с психоанализом в середине XX века, отдавал ему должное, однако в 1970-е годы светочем не счёл и для профилактики «патологии половой аутоидентификации» (так он в то время называл гомосексуальность) считал верным как можно более раннее воздействие на организм гормонами, дополненными педагогическими и социальными мероприятиями. Белкин полагал, что половая идентификация — это не синоним гомосексуальности, как не синоним полового влечения, и как не синоним характера полового поведения. Половая идентификация — это аспект самосознания личности, а следствием нарушения половой идентификации становится глубокий внутренний конфликт, нередко мотивирующий антисоциальное поведение, изменение ценностных критериев, дезинтеграцию личности [3, С. 1974].

Каплан и Сэдок распространяют позитивный прогноз воздействия психоаналитического метода прежде всего на людей в возрасте до 35 лет, с наличием некоторого опыта гетеросексуальных отношений, с высокой мотивацией к переориентации. Учёные предлагают также использовать психоаналитический метод не как репаративный, а наоборот, как направленный на выработку у гомосексуала, страдающего по поводу своей сексуальной ориентации, способности к более комфортному существованию — без чувств стыда, вины, без тревоги или депрессии [13, С. 511].³⁵

5. Комбинированные методы репаративной терапии

5.1. Метод лечения женского гомосексуализма (Свядош, Деревинская)

В ряде публикаций Е. М. Деревинская [6] и А. М. Свядоц [21; 22] описывали собственную методику с применением гипноза (внушение, самовнушение, аутогенная тренировка 10—20 сеансов, затем по 1—2 в месяц в течение года), нейролептиков (аминазин) и рациональной психотерапии (укрепление представлений о ценности гетеросексуальной жизни) для лечения женского гомосексуализма.

В 1967 году, на конференции психиатров Карагандинской области, авторы сделали два доклада об итогах 10-летнего психологического исследования 96 женщин-гомосексуалисток (позже Свядоц уточнял, что большинство из них были заключёнными, отбывающими наказания за уголовные преступления, а разделение гомосексуалисток на активных, то есть ощущающих себя мужчиной, и пассивных, то есть ощущающих себя женщиной, проводилось на основе самоидентификации этих женщин).

Свядоц и Деревинская сообщили, что по итогам исследования им удалось, во-первых, опровергнуть гипотезу о наличии связи между гомосексуальностью и какой-либо особой формой психопатии; во-вторых, сделать вывод о преобладании среди активных гомосексуалисток лиц возбудимых и стеничных (устойчивых, сильных), а среди пассивных — лиц астеничных (утомляемых, слабых) и внушаемых; и в-третьих, о преобладании в общей массе истероидных и циклоидных личностей. Итог собственно комплексного лечения был таким: из восьми женщин-гомосексуалисток (четыре активные и четыре пассивные) «положительные результаты получены у трёх пассивных и одной активной» [20, С. 166].

Что касается лечения гомосексуальности, авторы отметили, что их опыт позволяет им сделать следующие выводы. Гипнотерапия гомосексуальности даёт положительный результат в очень редких случаях (в целом, позитивные изменения иногда отмечались после первых 4—8 сеансов). Гормонотерапия не даёт собственно терапевтического эффекта, то есть, хотя и может временно усилить или ослабить половое влечение, на его направленность не влияет ни в отношении активных, ни в отношении пассивных гомосексуалисток. Лечение аминазином угнетает половое влечение совсем, но с отменой препарата сила влечения и его гомосексуальная направленность восстанавливаются.

Авторы предложили свой, комбинированный, метод терапии гомосексуализма: внушение и убеждение на фоне приёма аминазина с постепенной его отменой по мере «выработки и закрепления новых гетеросексуальных условных связей». По наблюдениям Деревинской и Свядоца, положительные результаты метода были отмечены «у женщин в случае пассивной формы гомосексуализма» [22, С. 125]. По мнению Свядоца, предпосылкой успеха априори является тот факт, что гомосексуализм в большинстве случаев не является стопроцентным, а в той или иной степени наличествуют сохранные, сокрытые от самого пациента, элементы здоровой половой направленности. На них-то и должно опираться психическое воздействие врача, при поддержке влияния на системы мозга биохимическим, нейрофизиологическим и нейрохирургическим путём. Такой вывод был опубликован Свядоцем в 1974 году, однако в 1998 году в новой редакции своей книги автор этого больше не предлагает.

5.2. «Сексуальный психологический вакуум» (Иванов)

Николай Иванов в 1966 году описал собственный метод психотерапии гомосексуальности [11], заключающийся в систематическом тщательном обсуждении с пациентом развития его влечения с подчёркиванием пациенту в ходе работы того, что «приобретения на этом пути оказываются на самом деле утратами», и с убеждением пациента в том, что гомосексуальное влечение ведёт к душевной опустошённости, а также, возможно, к краху карьеры, презрению со стороны близких, к юридической ответственности (СССР, 1966 год!), а гетеросексуальное — к счастью и развитию.

Через некоторое время у пациента наступает «сексуальный психологический вакуум» — состояние, при котором перестают гомосексуальные влечения, пациент «с удовлетворением отмечает их исчезновение», но гетеросексуальное влечение не появляется (нет ни избирательного внимания, ни тем более стремления к обладанию). Этот вакуум надо считать промежуточным успехом психотерапии, пишет Иванов, и всячески поощрять в этот период общение пациента с противоположным полом, не ставя для него задачи перехода от дружеских личностных

коммуникаций к взаимной симпатии, пробуждающей влечение.

На этом же этапе врач разъясняет пациенту, как формируется сексуальное влечение, насколько важны интенсивные сексуальные впечатления в формировании (и в переформировании) направленности влечения — пациенту «лишь нужно организовать такой образ жизни, чтобы дружественные контакты с лицами противоположного пола могли содействовать созданию условий для возникновения таких впечатлений». Вместе с психотерапевтическими встречами Иванов рекомендовал в качестве дополнительных инструментов гипноз и медикаменты.

Метод Иванова для лечения гомосексуальности был, однако, скорее теоретическим, нежели практическим, потому что, по словам самого автора, пациентов было немного, и в случае сексуальных перверсий это были не только гомосексуалы: «Наш, хотя и небольшой, опыт позволяет подчеркнуть, что, кроме случаев гомосексуализма, овладение приемами противодействия, осуществляемыми с помощью самовнушения, эффективно даже при лечении перверсий с заместительным способом удовлетворения (визионизм, фетишизм)» [11, С. 138].

5.3. «Ступенчатая психотерапия сексуальных перверсий» (Голанд)

Создателями метода были Николай Иванов и его ученик Ян Голанд³⁶ (в литературе автором с 1968 года указывается Голанд), впоследствии развивший этот метод и использующий его до сих пор. Свядоц (1974) охарактеризовал метод как «систему поэтапного перевоспитания личности» [20, С. 163].

На первом этапе терапии создаётся сексуальный психологический вакуум (нарабатывается сексуальное равнодушие к лицам своего пола, разрушается идея самобичевания, создаётся позитивный эмоциональный фон и уверенность в себе и своей человеческой полноценности), происходит обучение пациента аутогенной тренировке, самовнушению перед сном. На втором этапе пациент (мужчина) научается преодолению робости и эстетическому восприятию женщины, от художественных изображений лица до обнажённого тела. Третий этап — развитие эротического отношения к женщине в терминах, предложенных пациентом.

Свядоц писал, что метод оказался эффективен для четырёх из шести мужчин-гомосексуалистов и, по мнению Голанда, применим и к гомосексуальным женщинам. Сам Голанд в 1972 году писал о десяти пациентах, которые, согласно 1–7-летнему катмнезу (наблюдению по окончании курса лечения), «успешно реализуют нормальную гетеросексуальную жизнь и полностью избавились от прежнего патологического влечения» [4, С. 485]. Признаками успешного окончания автор методики считает:

1. Стойкое эротическое влечение к женщине (сексуальный и эстетический компоненты).
2. Критическое отношение к своему прошлому как к неадекватному.
3. Отношение к мужчинам, отвечающее нормам общежития.
4. Сознание собственной личной, социальной, сексуальной полноценности.

Голанд добавил также, что берёт в терапию не всех гомосексуалов, а только тех, кто демонстрирует, во-первых, отрицательное эмоциональное отношение к своей перверсии, во-вторых, страх перед социальными её последствиями, и в-третьих, осознание приниженности социального достоинства личности фактом перверсии [5, С. 181]. Кроме индивидуальной, большое значение Голанд придавал и придаёт участию пациента в групповых психотерапевтических встречах.

Голанд утверждает, что его метод успешен, а случаи провала терапии единичны. За всё время работы случилось лишь три рецидива, и их причина — преждевременное прерывание лечения самим пациентом. Сегодня Голанд работает в Нижнем Новгороде, только с мужчинами, терапия которых потенциально успешна.

5.4. Терапия предгомосексуальности (Николоси)

Джозеф Николоси — американский психотерапевт, последовательно отстаивающий идею того, что

гомосексуальность можно предупредить или исправить. Проблему своих пациентов он описывает в терминах «расстройство гендерной идентичности (РГИ)», «эгодистонический гомосексуализм», «гендерная дисфория», «нарушение полоролевой идентификации», «расстройство половой идентификации», «гендерный нарциссизм». ²⁶ Николоси работает с эгодистоническими гомосексуалами, в основном с мальчиками. Большинство обращающихся к нему людей — это родители, в основном верующие, то есть, по его выражению, «интуитивно чувствующие, что человечество задумано гетеросексуальным», как и в целом большинство населения, «воспринимающее однополый секс как нечто болезненное». Позиция Николоси как психотерапевта — признание законным *желания родителей* ²⁷ видеть своего ребёнка гетеросексуалом и обучение *родителей* с целью «гетеросексуального исхода» [18, С. 17].

Специалистам Николоси рекомендует учитывать пять признаков, указывающих на предрасположенность мальчика или девочки к гомосексуальности (в официальной формулировке, к «детскому РГИ»). Эти признаки описаны АПА и разделяются NARTH [18, С. 50–51]:

1. Устойчивое желание принадлежать к другому полу.
2. Склонность к переодеванию / к одежде противоположного пола.
3. Явное предпочтение противоположных половых ролей.
4. Желание игр, свойственных противоположному полу.
5. Предпочтение занятий, свойственных противоположному полу.

Кроме этого, Николоси называет и другие признаки предгомосексуальности (термин Николоси). Для мальчиков это, например, гендерная пустота (неуверенность ребёнка с мягким темпераментом в том, что мужественность — это часть того, «кто он есть»), отсутствие поддержки родителей и сверстников в формировании прочной мужской идентичности (как следствие, мальчик начинает защищаться от своей зарождающейся мужественности и влюбляется не в того, кто похож на него, а в того, кто «не такой, как я»), а со стороны социума также — активная гей-пропаганда сексуального экспериментирования и романтизация мужской силы с одновременным отказом развивать её в себе. Определяющим Николоси считает отношения отца и сына — например, если отец напуган перспективой иметь в доме другого мужчину, то ребёнка «может развернуть» к гомосексуальности. То же, если отец не способен разрушить так называемый «блаженный симбиоз» (отношения созависимости) матери и сына, стать буфером между ними. Вообще, с ранних лет недостаток мужского внимания, эмоциональной близости, ободрения, потребность в объятиях как поиск отцовской любви — всё это формирует у ребёнка дефицит пола (но это не то же, что равнодушие к полу, пишет Николоси, равнодушие — это термин защитников гомосексуальности).

Причинами гомосексуальности для девочек Николоси считает разного плана тревоги и страхи, рождённые опытом жизни в родительской семье и травматичными отношениями как с мужчинами, так и с женщинами. Среди этих причин — представление о небезопасности быть женщиной (в том числе как вывод после полученной во взаимоотношениях с мужчиной травмы, последующего уподобления себя мужчине-обидчику, отвержение женственности); разрыв ранней связи с матерью из-за депрессии матери; отрицание своего тела, его негативный или искажённый образ; неудовлетворённая потребность в нежности у эмоционально хрупких уже взрослых женщин, поиск глубокой связи с женственностью через интенсивные однополые отношения [18, С. 175]. Для объяснения роли семьи в формировании женской гомосексуальности Николоси обращается к концепции «нарциссической семейной системы» (навязывание дочери семейных идеалов) американской женщины-психоаналитика Элейн Зигель и к концепции психосексуального развития американского психоаналитика австро-венгерского происхождения Маргарет Малер (непреодолённость девочкой фазы сепарации-индивидуации). Проблемой в обоих случаях становится идентификация с кем-либо из родителей. Незрелые, эмоционально уязвимые, равнодушные к дочерям матери относятся к ним как к нарциссическому продолжению себя, отказывая им в отдельности.

Метод репаративной терапии Николоси описывает применительно к работе с мальчиками. Главная идея метода — не дать ребёнку отстраниться от мужественности и поддержать утверждение его мужской идентичности. Работают, по задумке Николоси, родители (прежде всего отец) и психотерапевт.

Говоря об эффективности метода, Николоси ссылается на американского психиатра Роберта Шпитцера, одного из инициаторов отмены трактовки гомосексуализма как болезни в 1973 году, и на его доклад на конференции АПА в 2001 году. В нём Шпитцер признал, что гомосексуальная ориентация (а не только гомосексуальное поведение) у некоторых людей может быть изменена²⁸. В идеале, пишет Шпитцер, «стать гетеросексуалом» означает добиться прекращения всех гомосексуальных фантазий и влечений, но достижение такого состояния — редкость, и обретением гетеросексуальности можно считать хотя бы улучшение общего эмоционального состояния и удовлетворённости жизнью. Достижение этого требует времени, и никто не сможет назвать конкретных сроков [18, С. 166–168]. Сам Николоси считает, что репаративная терапия не может длиться меньше двух лет. Первые два года не дают никаких изменений [18, С. 167], а последующие трансформации будут происходить очень постепенно.

5.5. «Религиозная» терапия

К концу XX века появились программы, основанные на религиозной вере, назовём их, условно, религиозной терапией. Идея американская и основана на двух представлениях. Во-первых, на интуитивном ощущении того, что человечество задумано гетеросексуальным. И во-вторых, на отношении пациента к однополному сексу как к чему-то болезненному. В качестве примеров можно назвать программу американского педагога и психотерапевта Ричарда Коэна или программу пастора Фрэнка Уортена. О длительности излечения религиозные терапевты говорят так: «от трёх лет до всей жизни» (Уортен); «дольше, чем среднеамериканский брак» (Сэтиновер) [15, С. 140–142].

6. Профилактика и психопрофилактика гомосексуализма

Советская психиатрия считала профилактику одним из надёжных способов предупреждения развития гомосексуальных стремлений. Посвянский (1972) среди мер профилактики упоминал необходимость психогигиены и общей гигиены в семье и школе, пропаганду научных знаний в сфере полового просвещения для педагогов, врачей, студентов и общества в целом, подъём культуры масс, непрерывное улучшение материально-бытовых условий, особенно жилищное строительство, а также всемерное развитие физической культуры и социально-правовых отношений [19, С. 97].

Для правильного полового воспитания, то есть привития норм полового поведения, подчиняющихся морали общества, Свядоц (1974) рекомендовал развивать у ребёнка представления о принадлежности к своему полу, и соответствующих черт характера. Мальчикам Свядоц рекомендовал внушать: «Ты мальчик, а мальчики не плачут!», девочкам — прививать интерес к женским занятиям и подчёркивать, как ей подходит женская одежда: «Это очень красиво, очень идёт!». Впрочем, мальчику «один раз», пишет Свядоц, разрешается проявить интерес и к кукле или помочь маме погладить бельё. Большим достижением для профилактики гомосексуальности Свядоц считал счастливый брак родителей, а если в семье нет отца, то создаваемый матерью и близкими его позитивный образ. Изолировать детей от лиц противоположного пола не рекомендовалось, а вот от чрезмерно нежных лиц того же пола — наоборот. Матерям Свядоц рекомендовал во время беременности, особенно на IV—VII месяце, избегать гормонов и нейролептиков. Свядоц не возражал бы и против ознакомления детей с различиями полов [20, С. 174–176].

Здравомыслов, Анисимова и Либих (1985) призывали, в целях профилактики гомосексуализма, воспитывать детей в духе соответствующего пола, а также выражали надежду, что когда-нибудь профилактика сможет происходить и на этапе внутриутробного развития устранением гормональных нарушений у плода [10, С. 201]. Казимеж Имелинский³⁷ (1986), ссылаясь на Ford, Beach (1951), писал, что нереагирование на гомосексуальные раздражители обеспечивается воспитанием, ведь даже у самых «крепких» гетеро- и гомосексуалов есть остатки бисексуальности [12, С. 328].

Предпочтение профилактическим мерам против психотерапевтических отдаёт Доморацкий³⁸ (2009), полагающий гомосексуальную ориентацию феноменом формирующимся и гендерным, находящимся в «системе координат» не мужчина/женщина, но маскулинность/фемининность. В качестве профилактических Доморацкий видит всё те же, описанные ранее другими специалистами, медикаментозные и педагогические методы воздействия, начиная с внутриутробного периода развития плода [7, С. 214].

Вместо заключения: XXI век

К началу XXI века специалисты удостоверились на клинической практике, что более или менее действенным способом изменения направленности влечения является только психотерапия, однако эффективным её применение может быть только тогда, когда эгодистонический пациент сам желает стать гетеросексуальным. С таким подходом был согласен, например, Белкин, считавший, что того, кто хочет излечиться, нужно лечить, ведь если человечество отказывается от дискриминации сексуальных меньшинств по поводу бытия в границах избранной, желаемой сексуальности, то не следовало бы отказывать части из них и в стремлении измениться [2, С. 347].

Американские специалисты Masters и Johnson утверждали во второй половине XX века, что две трети гомосексуалов в их практике изменили влечение на гетеросексуальное. Такой подход позднее подвергся критике. Клейн³⁹, например, обратил внимание на методику работы американских исследователей: «большой группе, почти четверти обратившихся, врачи сразу же отказали — сочли их неизлечимыми и этих в дальнейшей статистике уже не учитывали. Из оставшихся 54-х мужчин 45 пациентов были бисексуалами, практиковавшими в прошлом обычные, гетеросексуальные сношения, но уклонившиеся к гомосексуальному крылу своего диапазона» [15, С. 146].

Негетеросексуальная ориентация не рассматривается как как психическое расстройство в США с 1973 года, в Европе и в России — с конца 1990-х. МКБ-10, видя причину страдания в индивидуальных особенностях психосексуального развития, относит к расстройствам уже не эгодистоническую гомосексуальность, а собственно эгодистоническую ориентацию, то есть отказ человека принимать свою сексуальную ориентацию, какой бы она ни была [17].

* * *

Дискуссии, порою яростные, о целесообразности лечения/коррекции и вероятностях положительного исхода терапии гомосексуальности продолжают. И речь, скорее, не о том, работать или не работать психиатру, психотерапевту, психоаналитику с обратившимся за помощью страдающим человеком. Здесь вопрос как раз не стоит, потому что ответ известен и не может быть иным: работать. Речь о том, как не довести человека до страдания, как ему счастливо и без уловок избежать грозного и трагичного для личности расщепления между ясно осознаваемой гомозротической направленностью чувств и столь же ясно осознаваемым желанием равноправного и равноценного бытия, не омрачённого необходимостью «репарации». И это уже не задача психиатрии, психотерапии или психоанализа. Это задача глобального социума — семьи, близкого и дальнего окружения, профессиональной среды, государства, любого отдельного человека наконец.

Примечания

1. Здесь: понятия «гомосексуальность» и «гомосексуализм» синонимичны. [Подробнее](#).
2. По определению Harold I. Kaplan и Benjamin J. Sadock (1999), сексуальная ориентация — это стремление иметь половую связь с представителями определённого пола (мужчинами или женщинами). Например, гомосексуальная, гетеросексуальная и бисексуальная ориентации [12].
3. Личко Андрей Евгеньевич (1926—1994) — советский российский психиатр, профессор, доктор

медицинских наук, представитель ленинградской школы психиатрии и психологии, автор концепции об акцентуациях характера.

4. Посвянский Павел Борисович (1904—1976) — известный советский психиатр, сексопатолог, доктор медицинских наук, профессор Московского НИИ психиатрии.

5. Советская психиатрия чаще употребляла эпитет «больной», российская пользуется обозначением «пациент», психоанализ предпочитает понятие «субъект», означающее безграничность психической реальности человека как отдельного воплощённого бытия; понятие «личность» — епархия психологии. Посвянский использует эпитеты «человек», «больной», «личность», «индивидуум», «гомосексуал». — Н. Д.

6. Свядощ Абрам Моисеевич (1914—1997) — советский российский психиатр, психотерапевт, первый советский сексопатолог, доктор медицинских наук, профессор, основатель и первый (1954—1967) зав. кафедрой психиатрии на базе областного психоневрологического диспансера в Караганде, представитель ленинградской школы психиатрии, руководитель (с 1972) Ленинградского сексологического центра.

7. Здравомыслов Василий Иванович — советский гинеколог, сексопатолог, профессор.

8. Анисимова Зося Ефимовна — советский российский гинеколог, сексопатолог.

9. Либих Сергей Сергеевич (1932—2007) — советский российский психиатр, сексолог, представитель ленинградской школы психиатрии, психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор.

10. О специальных понятиях психиатрии в области гомосексуальности и сексуальных расстройств подробнее [здесь](#).

11. Джозеф Николоси (р. 1947) — американский психотерапевт, основатель (1980) клиники Thomas Aquinas Psychological Clinic (Энсино, Калифорния), со-основатель (1992) Американской национальной ассоциации по изучению и терапии гомосексуальности (National Association for Research and Therapy of Homosexuality, NARTH), насчитывающей 1000 членов. Американская психологическая ассоциация (APA) не поддерживает взглядов NARTH на гомосексуальность как проблему развития личности.

12. «Хочу избавиться — не от чего избавляться» подразумевает желание или нежелание избыть влечение. Глубинная психология, однако, полагает, что а) влечение неизбежно, но б) сила его может быть ослаблена. — Н. Д.

13. По Имелинскому, можно, впрочем, отметить расстройства, чаще других встречающиеся у гомосексуалов — неврастенические, ипохондрические и истерические реакции [12, С. 334].

14. Цит. по [15, С. 143].

15. Там же.

16. Цит. по [20, С. 166; 15, С. 143].

17. Цит. по [20, С. 167; 15, С. 144].

18. Там же.

19. Иванов Николай Владимирович (1907—1976) — советский психиатр, психотерапевт, один из первых советских сексопатологов, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии (1954—1976) Горьковского медицинского института, сторонник гуманистической психологии.

20. Цит. по [21, С. 245].

21. Цит. по [15, С. 144].

22. Бехтерев Владимир Михайлович (1857—1927) — русский советский психиатр, невропатолог,

физиолог, основатель психоневрологического института в Санкт-Петербурге.

23. Канторович Николай Витальевич (1901—1969) — советский психиатр, представитель ленинградской школы, ученик В. М. Бехтерева, доцент 3-го Ленинградского медицинского института, зав. кафедрой психиатрии во Фрунзе, исследователь проблем зависимостей (алкоголизм, наркомания).

24. Цит. по [15, С. 145].

25. Там же.

26. Николоси ссылается на психотерапевта Джорджа Рекерса, утверждающего, что гендерная дисфория (нарушение полоролевой идентификации, расстройство половой идентификации — психическое состояние ребёнка, проявляющееся острой неудовлетворённостью своим биологическим полом, особо тяжёлый случай гендерного конфликта) в значительном числе случаев полностью излечивается. Рекерс признаёт, что биологическая предрасположенность существует, но семья и социум способны оказать более сильное, «противоположное», влияние на ребёнка. Суть репаративной терапии, по Рекерсу, заключается в разъяснении ребёнку опасностей для здоровья, сложностей социальной адаптации, опасностей для психики, целесообразности дождаться зрелости (взрослости) и тогда «лучше определиться со своей сексуальностью» [18, С. 17–18]. Со ссылкой на американского психоаналитика Джеральда Шорнвульфа (1996) Николоси пишет о гендерном нарциссизме как одной из характеристик гомосексуальности. Гендерный нарциссизм, включающий отвращение к противоположному полу, развивается как реакция на чувство собственной гендерной неполноценности и определяется автором как чрезмерная любовь или озабоченность вопросами пола, гениталий, своей гендерной идентичности [18, С. 182].

27. Показательно, что желание ребёнка не учитывается, и это вызывает сомнение в профессиональной этичности подхода, нравственной ненасильственности метода. С одной стороны, верно то, что психотерапевт на стороне того, кто к нему обратился, к тому же метод Николоси — работа прежде всего родителей. Но верно и другое — родители обращаются к психотерапевту по поводу желания повлиять на психику другого человека. — Н. Д.

28. Свой вывод Шпитцер сделал на основании исследования историй 200 экс-геев, 143 мужчин и 57 женщин. Большинство из них рассказали, что изменения в себе ощутили благодаря вере, а по сути им надоела беспорядочность гомосексуальных отношений или возобладало желание образовать или сохранить семью/брак. В избавлении от гомосексуальности им помогли психоанализ, наставничество таких же экс-геев, поведенческая и групповая психотерапия. Гетеросексуалами, пишет Шпитцер, стали 67 % мужчин [18, С. 166–167].

29. Психологические исследования ленинградского НИИ психоневрологии имени В. М. Бехтерева. Руководитель исследований — В. К. Мягер.

30. Алейникова Татьяна Вениаминовна (р. 1931) — советский российский психофизиолог, психотерапевт, доктор биологических наук, профессор Ростовского государственного университета, ученица ростовского нейрофизиолога А. Б. Когана (1912—1989).

31. Some Clinical Remarks Concerning the Treatment of Cases of Male Homosexuality («Некоторые клинические замечания о лечении случаев мужской гомосексуальности», *International Journal of Psychoanalysis*, 1949), *Clinical Observations on the Treatment of Male Homosexuality* («Клинические заметки о лечении открытой мужской гомосексуальности», *Psychoanalytic Quarterly*, 1951), *Homosexuality* («Гомосексуальность», *American Psychoanalytic Association Bulletin*, 1951). [24] Русский перевод статей пока отсутствует. — Н. Д.

32. Психоанализ, психоаналитическая терапия, глубинная психология — здесь синонимы. — Н. Д.

33. Возможно, эти люди действительно могли быть переориентированы, но... на время психоаналитической терапии: при частоте терапевтических встреч 1—2 сессии в неделю 350 часов составляют те самые 5 лет. При завершении же терапевтической поддержки направленность влечения восстановилась. Впрочем, это лишь предположение. — Н. Д.

34. Белкин Арон Исаакович (1927—2003) — советский российский психиатр, сексопатолог, основоположник советской психондокринологии (1950-е), доктор медицинских наук, профессор, один из инициаторов создания Российской психоаналитической ассоциации (1990).

35. Психоанализ, однако, ценен именно непредсказуемостью результата, и использовать его для достижения заранее установленной цели — задача вряд ли осуществимая. — Н. Д.
36. Голанд Ян Генрихович (р. 1936) — советский российский психиатр, психотерапевт, сексопатолог, заслуженный врач РФ, главный психотерапевт Нижегородской области.
37. Имелинский Казимеж (1929—2010) — основатель польской сексологии, доктор медицины, профессор, основатель Польской академии медицины (1990) и Университета сексологии, почётный доктор 18-ти университетов.
38. Доморацкий Владимир Антонович — белорусский психиатр, психотерапевт, сексолог, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической психологии Белорусского государственного университета.
39. Клейн Лев Самуилович (р. 1927) — российский антрополог, археолог, филолог, доктор исторических наук, профессор.

Литература

1. Алейникова Т. В. Психоанализ и психотерапия людей с гомосексуальной идентичностью // Сексуальная культура современной России. Материалы научно-практической конференции 27 мая 2006 г. Москва/ Под общ. ред. С. Т. Агаркова, А. Н. Харитоновой, А. В. Литвинова. — М., 2006. — 414 с. — С. 17—25.
2. Белкин А. И. Третий пол. Судьба пасынков Природы. — М.: Издательство «Олимп», 2000. — 432 с.
3. Белкин А. И., Грейнер Э. А. К проблеме половой идентификации личности // Проблемы современной сексопатологии (сборник трудов). — М.: Московский НИИ психиатрии, 1972. — 509 с. — С. 9—26.
4. Голанд Я. Г. О ступенчатом построении психотерапии при мужском гомосексуализме // Проблемы современной сексопатологии (сборник трудов). — М.: Московский НИИ психиатрии, 1972. — 509 с. — С. 473—486.
5. Голанд Я. Г. Основные этапы процесса психотерапии сексуальных перверсий // Тезисы докладов конференции по психотерапии. Отв. ред. Банщиков В. М., Рожнов В. Е. — М.: 1973. — 204 с. — С. 181—184.
6. Деревинская Е. М. Об отношении гомосексуализма к психопатиям // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Тезисы докладов конференций психиатров Карагандинской области. — Караганда, 1967. — 145 с. — С. 115.
7. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. — М.: Академический проект; Культура, 2009. — 470 с.
8. Доровская Н. М. [Гомосексуализм или гомосексуальность?](#) // [defree.ru](#). — 2013. — 11 апреля.
9. Доровская Н. М. [Психосексуальная инаковость: из истории психиатрических трактовок](#) // [defree.ru](#). — 2013. — 10 апреля.
10. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. — Алма-Ата: Казахстан, 1985. — 272 с.
11. Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. — М.: Издательство «Медицина», 1966. — 152 с.
12. Имелинский К. Сексология и сексопатология. Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.
13. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. — М.: Медицина,

1994. — 672 с.

14. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 602 с.

15. Клейн Л. С. Другая любовь: природа человека и гомосексуальность. — СПб.: Фолио-Пресс, 2000. — 864 с.

16. Коркина М. В., Лакошина Н. Д., Личко А. Е. Психиатрия. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.

17. [Международная классификация болезней \(МКБ-10\)](#). Утв. Приказом Минздрава РФ от 27.05.1997 № 170. Часть I.

18. Николоси Дж., Николоси Л. Э. Предотвращение гомосексуальности: Руководство для родителей /Пер. с англ. Я. А. Михневич под ред. В. С. Стрелова. — М.: Независимая фирма «Класс», 2008. — 312 с.

19. Посвянский П. Б. Введение в современное учение о сексуальных перверзиях // Проблемы современной сексопатологии (сборник трудов). — М.: Московский НИИ психиатрии, 1972. — 509 с. — С. 79—100.

20. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974. — 184 с.

21. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — СПб.: Питер Паблишинг, 1998. — 288 с.

22. Свядоц А. М., Деревинская Е. М. Комбинированный метод лечения гомосексуализма // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Тезисы докладов конференций психиатров Карагандинской области. — Караганда, 1967. — 145 с. — С. 124—125.

23. Фрейд З. О психогенезе одного случая женского гомосексуализма // Фрейд З. Навязчивость, паранойя и перверсия. — М.: ООО «Фирма СТД», 2006. — С. 255-281.

24. [Conversion therapy](#) // *Wikipedia (en)*.