

18+

А. А. ПРОНИН

Проблемное использование порнографии (ПИП)

РУКОВОДСТВО ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ
И СБОРУ АНАМНЕЗА. РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ ДЛЯ
СПЕЦИАЛИСТА В СФЕРЕ ИНТИМНОГО ЗДОРОВЬЯ
ЧЕЛОВЕКА



А. Пронин
Проблемное использование
порнографии (ПИП).
Руководство по клинической
оценке и сбору анамнеза.
Рабочая тетрадь для
специалиста в сфере
интимного здоровья человека

<https://litres.ru/74503854>

ISBN 9785007129084

Аннотация

НЕЗАКОННОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ИХ АНАЛОГОВ ПРИЧИНЯЕТ ВРЕД ЗДОРОВЬЮ, ИХ НЕЗАКОННЫЙ ОБОРОТ ЗАПРЕЩЕН И ВЛЕЧЕТ УСТАНОВЛЕННУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

Проблемное использование порнографии это — сложная территория стыда, компульсии и дифференциальной диагностики. Эта рабочая тетрадь помогает специалисту бережно

собрать интимный анамнез, отличить ПИП от ОКР, СДВГ и парафилий, оценить эскалацию и ПИЭД. Готовые протоколы интервью, шкалы, дневники и супервизионные материалы превращают диагностику в начало терапии.

Содержание

Аннотация	6
Введение	8
Глава 1. Теоретические и диагностические основы	17
1.1. Эволюция терминов: от «порнозависимости» к «компульсивному расстройству сексуального поведения» (МКБ-11, 6C72)	18
1.2. Нейробиология вознаграждения и механизм «толерантности»	22
1.3. Отличие ПИП от ОКР,	26
Глава 2. Структура клинического интервью	33
2.1. Фаза 1: Установление контакта и безопасной рамки	34
Конец ознакомительного фрагмента.	35

**Проблемное использование
порнографии (ПИП)
Руководство по
клинической оценке и
сбору анамнеза. Рабочая
тетрадь для специалиста
в сфере интимного
здоровья человека**

А. А. Пронин

© А. А. Пронин, 2026

ISBN 978-5-0071-2908-4

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Аннотация

Настоящее учебное пособие представляет собой комплексную рабочую тетрадь для клинической диагностики проблемного использования порнографии (ПИП) — состояния, включённого Всемирной организацией здравоохранения в МКБ-11 как «Компульсивное расстройство сексуального поведения» (код 6С72). Издание разработано в научном центре АНО ДПО «Международная академия сексологии» и адресовано психологам, психотерапевтам, сексологам-консультантам, психиатрам, консультантом в сфере интимного здоровья, а также всем специалистам работающих с интимной сферой человека, стремящимся к точной, безоценочной и научно обоснованной оценке.

Пособие объединяет теорию и практику в пяти последовательных главах и приложениях. Первая глава закладывает фундамент: эволюция диагностических критериев, нейробиология дофаминовой толерантности и дифференциальная диагностика с ОКР, СДВГ и парафилиями. Вторая глава предлагает детальный протокол клинического интервью — от установления безопасного контакта до бережного исследования «теневого» контента. Третья глава содержит готовый инструментарий, дневники самонаблюдения, визуальные методики «Карта сексуальных профилей» и «Колесо баланса». Четвёртая глава раскрывает секреты мастерства: ра-

бота с сопротивлением и стыдом, специфика женской и подростковой порнозависимости, парная диагностика при травме предательства, этические дилеммы и профилактика выгорания специалиста. Пятая глава включает разбор 15 типичных ошибок, супервизионные кейсы с подробными стенограммами и упражнения для развития клинического мышления. Блок приложений дополняет пособие терминологическим словарём, шаблонами заключений, кризисными протоколами, памятками по правовым аспектам и раздаточными материалами для клиентов.

Все бланки и шкалы готовы к копированию и использованию на сессиях. Пособие опирается на актуальные исследования, сочетая научную строгость с гуманистической позицией принятия. Это не просто учебное пособие, а маршрутная карта для специалиста, помогающая превратить диагностику в начало исцеления. Издание будет полезно как опытным практикам, желающим углубить свою компетенцию, так и студентам, осваивающим современные стандарты сексологического и психотерапевтического интервью

Введение

«Стыд заставляет нас прятаться. Но именно то, что мы прячем в темноте, приобретает над нами максимальную власть».

Парадокс нашего времени

Мы живем в эпоху беспрецедентного доступа к информации и, одновременно, в эпоху тотальной депривации близости. Сексуальные стимулы стали товаром, который всегда лежит в кармане. Смартфон стал не просто средством связи, а порталом в мир бесконечной новизны, где каждое касание экрана сулит дофаминовое вознаграждение.

Запрос на терапию «порнозависимости» — это крик о помощи, который часто маскируется под моральное самообвинение. Клиент приходит к нам не с нейробиологической терминологией («у меня гипофронтальность и десенситизация D2-рецепторов»). Он приходит со словами: **«Я чувствую себя конченным», «Я разрушаю свою семью», «Я больше не могу смотреть на себя в зеркало».**

Это пособие родилось из насущной потребности многих специалистов — психологов, сексологов, психотерапевтов — в четкой, структурированной и, главное, *безоценочной* карте для навигации по этой сложной территории. Мы не мо-

жем исцелить то, чего не видим, и не можем диагностировать то, о чем боимся спросить.

Почему стандартных подходов недостаточно?

Клиническая реальность такова, что проблемное использование порнографии (ПИП) часто прячется за фасадом других диагнозов: тревожно-депрессивного расстройства, эректильной дисфункции неясного генеза, синдрома дефицита внимания или семейной дисгармонии. Сбор анамнеза без понимания специфики ПИП ведет к трем типичным ошибкам:

1. **Морализаторство:** Терапевт бессознательно транслирует установку «просто перестань это делать, это же грязно», усиливая токсический стыд клиента.

2. **Игнорирование:** Терапевт избегает темы сексуальности, считая ее неудобной, и фокусируется на вторичных выгодах, упуская ядро проблемы.

3. **Поверхностная поведенческая коррекция:** Попытка просто запретить просмотр («собери волю в кулак») без понимания триггеров, эмоциональной регуляции и сексуального сценария. Это приводит к коротким ремиссиям и мощным срывам.

Цель и философия этой рабочей тетради

Данное руководство построено на **биопсихосоциодуховной модели** и опирается на актуальные научные данные, включая критерии МКБ-11 (Компульсивное расстройство сексуального поведения, код 6С72).

Биопсихосоциодуховная модель — это расширенная версия известной **биопсихосоциальной модели**, предложенной **Джорджем Энгелем в 1977 году**. Дискуссия о включении духовности развернулась позже. Одной из ключевых стала статья **Дэниела Салмаса в 2002 году**, которая напрямую предложила трансформировать модель в «**биопсихосоциодуховную**». Движение к целостному подходу также активно поддерживала **Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ)**, подчеркивая важность духовного благополучия для общего здоровья человека. Она рассматривает здоровье и болезнь человека как результат комплексного взаимодействия четырёх основных сфер:

1. **Биологическая** — генетика, физиология, анатомия, нейрхимия, инфекции, травмы, питание, сон и т. д.
2. **Психологическая** — эмоции, мышление, поведение, убеждения, характер, самооценка.
3. **Социальная** — семья, работа, экономическое положение, культура, окружение, социальная поддержка, уровень образования.
4. **Духовная (или экзистенциальная)** — смысл жизни, ценности, вера, религиозные практики, внутренний покой, связь с чем-то большим (природа, вселенная, Бог), надежда,

прощение.

Эта модель широко применяется в **психиатрии, психотерапии, паллиативной медицине, реабилитации и зависимостях**, где игнорирование духовного аспекта может снижать эффективность лечения. Она подчёркивает, что человек — не просто набор симптомов, а целостное существо, у которого душевное благополучие неотделимо от смысловых ориентиров.

Наша философия базируется на трех китах:

1. Любопытство вместо осуждения.

Мы исследуем поведение как адаптацию. Порнография для многих стала «костылем», на который психика опиралась в момент одиночества, стресса или сексуальной фрустрации. Мы не отбираем костыль у хромого, пока не научим его ходить иначе.

2. Системность вместо изоляции факта.

Мы рассматриваем симптом не как изолированный «порок», а как часть системы: семейной истории, культуры, нейробиологии и сферы интимных отношений.

3. Уважение к эротическому разнообразию.

Цель сбора анамнеза — не загнать сексуальность человека в «нормативные рамки», а помочь ему отделить собственные здоровые желания от навязанного компульсивного сценария, порожденного эскалацией толерантности.

Для кого написано это пособие?

Это настольный инструмент для:

- **Практикующих психологов и сексологов-консультантов**, сталкивающихся с запросами на снижение контроля, прокрастинацию и самоповреждающее сексуальное поведение.
- **Врачей-сексологов, психотерапевтов и психиатров**, нуждающихся в алгоритме дифференциальной диагностики ПИП, ПИЭД (порно-индуцированной эректильной дисфункции) и парафильных расстройств.
- **Консультантов в сфере интимных отношений**, работающих с нормализацией и германизацией интимных отношений в паре.
- **Студентов и начинающих специалистов**, желающих освоить современный, доказательный и бережный метод сбора интимного анамнеза.

Как устроено это пособие?

Пособие разделено на пять логических блоков, соответствующих маршруту клинического мышления:

Глава 1. Теоретический фундамент

Мы наведем мосты между психоаналитическими концепциями объектных отношений, нейробиологией дофамино-

вых контуров и сексологическими теориями сценариев. Это база, которая убережет вас от псевдонаучных трактовок.

Глава 2. Протокол клинического интервью (Ядро тетради).

Здесь представлены дословные формулировки вопросов. Мы разберем не только *что* спрашивать, но и *зачем*, а главное — *что делать с ответами*. Мы пройдем от первого контакта до погружения в «теневые» фантазии клиента.

Глава 3. Диагностические бланки и шкалы.

Формализованные опросники, графики эскалации, дневники самонаблюдения. Вы сможете распечатывать эти страницы и заполнять их вместе с клиентом, создавая визуальную опору для инсайтов.

Глава 4. Мастерская продвинутого анализа.

Работа с сопротивлением, специфика женской порнозависимости, диагностика в паре, разбор сложных случаев (ОКР-мимикрия, опасный контент).

Глава 5. Супервизия и ошибки

Разбор полетов. Мы откровенно поговорим о чувствах самого терапевта: отвращении, страхе, чрезмерном спасательстве, которые могут исказить процесс сбора данных.

Условные обозначения и навигация

Для удобства в тексте используются специальные пиктограммы и выделения:

- **Диалог:** Пример прямой речи специалиста, которую можно адаптировать.
- **Красный флаг:** Маркер, требующий повышенного внимания. Возможно, перед вами психотический уровень, суицидальный риск или криминальный контент — здесь нужна пауза и консультация с психиатром.
- **Бланк / Задание:** Отсылка к раздаточному материалу в конце главы.
- **Нейросправка:** Краткий ликбез по нейробиологии для понимания процесса.
- *Курсивом* выделены примеры ответов клиентов и клинические размышления.

Терминологический аппарат: Договоримся на берегу

Понятийный хаос — враг эффективной терапии. В этом пособии мы придерживаемся следующих определений:

- **ПИП (Проблемное использование порнографии):** Мы используем этот термин как компромиссный, избегая стигматизирующего ярлыка «зависимость» там, где это возможно. ПИП описывает паттерн, при котором потребление

контента вызывает дистресс и/или нарушения функционирования.

- **Компульсивное расстройство сексуального поведения (КРСП, 6С72):** Диагноз МКБ-11. Ядро расстройства — устойчивая неспособность контролировать интенсивные повторяющиеся сексуальные импульсы или позывы, что приводит к повторяющемуся сексуальному поведению.

- **Эскалация:** Процесс, при котором для достижения прежнего уровня возбуждения или удовлетворения требуется увеличение «дозы» (времени просмотра) или «крепости» (экстремальности контента).

- **ПИЭД (Порно-индуцированная эректильная дисфункция):** Состояние, при котором возникают проблемы с достижением/удержанием эрекции с реальным партнером при сохранении потенции при просмотре порнографии. Обратимое состояние.

Приглашение к путешествию

Сбор анамнеза порнозависимости — это не чтение допросного протокола. Это бережное археологическое исследование. Мы будем снимать слои за слоем: гнев, который прикрывает стыд; возбуждение, которое прикрывает страх одиночества; цинизм, который прикрывает отчаяние.

Не торопитесь. Терапия начинается уже во время диагностики. Качество ваших вопросов и глубина вашего присут-

ствия в этот момент создают ту самую исцеляющую связь, ради которой клиент и переступил порог кабинета.

Вооружитесь этой тетрадью, ручкой и сердцем. Мы начинаем путешествие в терапию порнозависимости.

Глава 1. Теоретические и диагностические основы

*«Нельзя лечить то, что не можешь назвать. Но
назвать — еще не значит понять».*

Прежде чем мы перейдем к тактике сбора анамнеза, необходимо вооружиться картой. Без понимания патофизиологии мы рискуем спутать возбуждение с тревогой, компульсию с распушенностью, а просьбу о помощи — с моральной паникой. Эта глава призвана дать вам систему координат, в которой вы будете интерпретировать всё, что услышите от клиента.

1.1. Эволюция терминов: от «порнозависимости» к «компульсивному расстройству сексуального поведения» (МКБ-11, 6C72)

То, как мы называем проблему, определяет стратегию вмешательства. Термин «порнозависимость» привычен в быту, но в клиническом пространстве он несет три риска:

1. Стигматизация: Слово «зависимость» в сознании обывателя сцеплено с моральной слабостью.

2. Размытость критериев: Где проходит граница между «много смотрит» и «зависим»? Только на основании частоты? Продолжительности? Или мучений клиента?

3. Смешение с химическими аддикциями: Хотя нейробиологическая основа родственна, синдром отмены и соматические риски при ПИП отличаются.

Путь в диагностических классификациях

Долгое время клиницисты пользовались критериями расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, адаптируя их под сексуальное поведение. Однако та-

кой перенос был не вполне легитимен.

Прорыв произошел в 2018—2022 годах, когда Всемирная организация здравоохранения включила в 11-й пересмотр Международной классификации болезней (МКБ-11) новую диагностическую единицу: **«Компульсивное расстройство сексуального поведения»**, код **6С72**.

ВОЗ сознательно *не* использовала слово «зависимость», поместив расстройство в раздел **«Расстройства контроля над импульсами»**, а не в раздел аддикций. Почему? Потому что в основе лежит паттерн повторяющегося поведения, при котором человек не способен сопротивляться импульсу, даже несмотря на негативные последствия — что функционально ближе к механизму компульсии.

Однако многие нейробиологи настаивают, что ПИП имеет все признаки аддикции: толерантность, изменение реакции на естественные стимулы, дисфункцию системы вознаграждения. Этот научный спор еще не завершен, но для практикующего специалиста важно понимать: неважно, назовем мы это «компульсией» или «зависимостью»; важно, что страдает **система самоконтроля**.

Критерии 6С72 в МКБ-11 (адаптировано для ПИП)

Для постановки диагноза необходимо, чтобы присутствовали ВСЕ три основных критерия в течение длительного периода (не менее 6 месяцев):

А. Снижение контроля над импульсами или позывами:

- Постоянные мысли о порнографии (обсессивный компонент);
- Неспособность сопротивляться желанию посмотреть, даже когда разум говорит «нет»;
- Неспособность остановиться, когда просмотр уже начался («я хотел только 10 минут, просидел 4 часа»).

Б. Поведение становится центральным фокусом жизни:

- Порнография занимает все больше времени, вытесняя хобби, общение, сон, работу;
- Планирование дня строится вокруг возможности уединиться для просмотра;
- Другие сферы жизни (карьера, интимность, здоровье) запущены.

В. Продолжение, несмотря на негативные последствия:

- Конфликты в отношениях;
- Проблемы с учебой или работой;
- Физический дискомфорт (боли в спине, гениталиях, депривация сна);
- Значительный психологический дистресс.

Ключевое дополнение: Критерии требуют, чтобы дистресс и нарушение функционирования были *явными и клинически значимыми*. Это отсекает людей с высоким либидо, чье поведение не вызывает страдания.

Чек-лист для специалиста: Если клиент смотрит порно каждый день, но не испытывает дистресса, не теряет контроль и не страдает его жизнь — мы *не* можем диагностировать 6С72. Возможно, мы имеем дело с высокой половой конституцией или конфликтом ценностей, навязанным религиозной средой или повышенной тревожностью в связи с переживаниями разного генеза.

1.2. Нейробиология вознаграждения и механизм «толерантности»

Чтобы понять, почему клиент «сорвался» после тяжелого рабочего дня, а не после отдыха на море, мы должны понять, как работает мозг. Это не академическая роскошь, а инструмент для психообразования клиента: объяснение нейробиологии разрушает миф о «бесхарактерности» и снимает моральную нагрузку.

Система вознаграждения: базовый контур

Центральным игроком является **мезолимбическая дофаминовая система**. Дофамин — это не «гормон удовольствия», а, скорее, **нейромедиатор ожидания, новизны и мотивации**. Он вырабатывается не когда мы *получаем* награду, а когда мы ее *предвкушаем*.

Эксперимент Вулфрама Шульца с обезьянами (классика): обезьяна получает каплю сока. Сначала дофамин выделяется при попадании сока на язык. Когда обезьяна выучивает, что загорание лампочки предшествует соку, дофамин начинает выделяться в момент *включения лампочки*. Если лампа загорается, а сок не дают — дофамин резко падает, вызывая разочарование и поисковое поведение.

Порнография идеально эксплуатирует этот механизм:

- **Бесконечная новизна:** Каждый новый ролик, каждый свайп, новая вкладка это «включение лампочки», обещание суперстимула. Дофамин взлетает во время поиска, а не во время оргазма.
- **Сверхнормальный стимул:** Эволюционно наш мозг реагирует на признаки плодовитости и доступности. Видео-платформы предлагают сотни «партнеров» за час, что в природе невозможно. Мозг перегружается.

Механизм толерантности: гонка за «тем же самым»

Повторяющаяся гиперстимуляция запускает каскад адаптаций, который клиенты описывают словами: «Меня больше не заводят обычные вещи».

1. **Десенситизация D2-рецепторов:** Постоянно высокий уровень дофамина заставляет постсинаптические нейроны сокращать количество рецепторов, чтобы защититься от «шума». В результате для получения того же удовольствия нужно *больше* дофамина. Именно поэтому старый контент перестает работать.

2. **Роль дельта-FosB:** Этот транскрипционный фактор накапливается в прилежащем ядре (nucleus accumbens) при любых аддикциях. Он является «молекулярным выключателем», который перестраивает экспрессию генов, делая ней-

роны *более* чувствительными к сигналам, связанным с зависимостью, и *менее* чувствительными к естественным радостям. Дельта-FosB — биологический фундамент тяги. Период его полураспада может достигать нескольких недель, что объясняет длительный период «ломки» и эмоциональной нестабильности на ранних этапах отказа.

3. Гипофронтальность: Префронтальная кора (ПФК) — наш «внутренний тормоз». У людей с проблемным использованием порнографии наблюдается снижение объема серого вещества и функциональной связности в дорсолатеральной ПФК. Это значит, что система «хочу» (лимбическая, быстрая) побеждает систему «надо» (корковая, медленная). Клиент буквально *не может* затормозить, находясь в тоннельном сознании.

Нейросправка: Феномен «холодного и горячего» принятия решений. В кабинете (холодное состояние) клиент логичен и мотивирован. В триггерной ситуации (горячее состояние) ПФК «отключается» миндалевидным телом, и решения принимает «рептильный мозг». Именно поэтому обещания, данные утром, не работают вечером.

Цикл компульсивного потребления

Модель ТАКИП — это теоретическая модель, описывающая взаимодействие пяти ключевых компонентов, которые влияют на развитие и поддержание аддиктивного поведения.

Модель хорошо описывает петлю:

1. **Триггер:** Внешний (увидел рекламу) или внутренний (скука, тревога, одиночество).
2. **Аффективный сдвиг:** Появляется напряжение, которое субъективно оценивается как «желание», «тяга».
3. **Когнитивный сдвиг:** Возникают разрешающие мысли («Ничего страшного», «Я заслужил», «Один раз не считается»).
4. **Исполнительный провал:** Потеря контроля, вход в «порно-транс».
5. **Постповеденческий анализ:** Кратковременное облегчение, за которым следуют стыд, вина, самообвинение. Эти негативные эмоции сами становятся триггером для нового цикла.

Почему важно объяснить это клиенту?

Когда клиент узнает, что его мозг «перепрошит» гиперстимуляцией на биологическом уровне, происходит две важные вещи:

- Снимается самообвинение: «Я не плохой, я просто перетренировал дофаминовую систему».
- Появляется надежда: нейропластичность работает в обе стороны. Мозг можно «перепрошить» обратно через период воздержания и новые поведенческие привычки.

1.3. Отличие ПИП от ОКР, СДВГ и парафильных расстройств

Этот раздел критически важен для дифференциальной диагностики. Неверная диагностика ведет к неверной терапии. Вот три наиболее частых «маски» ПИП.

ПИП против ОКР на тему порнографии

ОКР с сексуальными obsessions (включая страх причинить вред, страх педофилии, страх быть гомосексуалом) — одно из самых трудно диагностируемых состояний в нашей сфере. Общее: у клиента есть навязчивые мысли о порнографии. Но природа этих мыслей диаметрально противоположна.

Параметр	ПИП (6С72)	ОКР (сексуальный тип)
Главный аффект	Тяга, вожделение, возбуждение (пусть и смешанное со стыдом)	Тревога, отвращение, страх, ужас
Цель поведения	Получить удовольствие/разрядку, снять напряжение	Убедиться в безопасности, нейтрализовать страх («проверка»)
Просмотр порно	Заканчивается мастурбацией и оргазмом, приносит облегчение (пусть и временное)	Часто не заканчивается оргазмом; клиент анализирует свою реакцию, проверяет эрекцию, прислушивается к ощущениям, ища подтверждения или опровержения страха
Контент	Может эскалировать в табуированный из-за потери чувствительности	Обычно четко привязан к теме страха (например, гей-порно при страхе гомосексуальности)
Эго-дистония	Присутствует постфактум, во время акта осознание может быть снижено	Интенсивна всегда, контент вызывает мучительное отвращение даже в момент мастурбации
Компульсии	Само мастурбаторное поведение	Ритуалы после: многократное мытье, молитвы, проверка фраз в интернете «нормален ли я»

Красный флаг: Если клиент рассказывает, что он смотрит шокирующее порно, чтобы *проверить*, не возбудит ли это его, и испытывает панику, если ему кажется, что «что-то шевельнулось в паху» — перед вами с высокой вероятностью ОКР, а не ПИП. Терапия здесь — КПТ с экспозицией и предотвращением ритуалов, а не работа с зависимостью.

ПИП против СДВГ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у взрослых создает благодатную почву для ПИП, но не равен ему. Мозг с СДВГ страдает от дефицита тонического дофамина, что ведет к постоянному поиску стимуляции.

Помните: СДВГ и ПИП часто коморбидны (до 30% случаев). Но если мы лечим порно-компульсию, не заметив СДВГ, то попытки клиента контролировать импульсы обречены на провал, потому что «тормозная система» ПФК исходно ослаблена.

Параметр	ПИП	СДВГ с «порно-прокрастинацией»
Генерализация поиска	Фокус именно на сексуальном контенте	Хаотичный скроллинг: порно, игры, ютуб, чтение статей — всё вперемешку. Порно — лишь один из источников «шума»
Реакция на стимуляцию	После оргазма — истощение, «туман», отвращение	Может не быть оргазма, просто бесконечный поиск гиперфокуса, переключение между вкладками без финальной разрядки
Тяга	Специфична: «хочу порно»	Неспецифична: «хочу что-то делать, лишь бы не скучать»
Терапия	Акцент на воздержании или контроле триггеров	Лечение СДВГ (стимуляторы, развитие исполнительных функций) часто резко снижает потребление порно без работы с «зависимостью»

ПИП против истинных парафильных расстройств

Это зона максимальной клинической ответственности. Многие клиенты с ПИП панически боятся, что эскалация их вкусов в порно (например, к сценам инцеста, насилия, зоофилии) означает, что они «латентные извращенцы». В большинстве случаев это не так: эскалация контента при ПИП обусловлена дофаминовой толерантностью, а не изменением вектора сексуальной ориентации.

Ключевые дифференциальные вопросы:

1. *Был ли этот специфический интерес ДО начала проблемного потребления порнографии?* (Истинная парафилия обычно проявляется к пубертату или ранней юности, еще до массивированной интернет-стимуляции).
2. *Является ли этот контент эксклюзивным способом возбуждения?* (Может ли клиент возбудиться без него, фантазируя о чем-то другом?)
3. *Какова эмоциональная реакция после оргазма?* При ПИП — типична посторгазмическая дисфория («Боже, что я смотрел, какая гадость»). При парафилии контент эго-синтонен, хотя может быть социально-неприемлемым и вызывать страх разоблачения, но не отвращение к содержанию.

Красный флаг: Если клиент сообщает о контенте с несовершеннолетними, насильственными действиями, которые он *воплощает вовне* (действия, а не фантазии), или если он активно ищет контактов с уязвимыми группами — это выходит за рамки ПИП. Такие случаи требуют юридической оценки, психиатрического освидетельствования и часто — мандатной терапии, а не амбулаторного консультирования.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ **(блок-схема)**

Мысленная цепочка, которую проходит клиницист за 5

минут:

1. Есть ли дистресс?

○ *Нет* → Вероятно, это конфликт ценностей, высокая норма, но не расстройство.

○ *Да* → Переходим к шагу 2.

2. Главный аффект — тревога или влечение?

○ *Тревога, проверка реакции, избегание* → Перекрестная диагностика ОКР.

○ *Влечение, тяга, «голод»* → Переходим к шагу 3.

3. Есть ли генерализованная прокрастинация, хаотичное внимание и непоседливость с детства?

○ *Да* → Вероятен СДВГ (возможно, коморбидный с ПИП).

○ *Нет* → Переходим к шагу 4.

4. Контент — результат эскалации «ради дофамин» или стабильное парафильное ядро?

○ *Эскалация, отвращение после, раньше такого не было* → Классический ПИП.

○ *Эго-синтонно, стабильно с юности, без отвращения* → Вероятно парафильное расстройство. Требуется консультация специалиста в сфере сексологии.

РЕЗЮМЕ ПЕРВОЙ ГЛАВЫ

Теоретический фундамент, который мы заложили, должен служить не для навешивания ярлыков, а для маршрутизации помощи. За сухими строчками критериев МКБ-11 и синаптических процессов стоит живой человек, который запутался в собственных желаниях.

В следующей главе мы переведем эти знания в практическую плоскость: как сесть напротив клиента, смотреть ему в глаза и задавать вопросы так, чтобы не разрушить раппорт, но собрать информацию, необходимую для точного попадания в мишень терапии.

Теперь вы знаете, что именно искать и пора узнать, как именно искать.

Глава 2. Структура клинического интервью

*«Клиническое интервью — это не допрос.
Это совместное исследование лабиринта, в
котором клиент плутал один слишком долго».*

Сексологический анамнез в области проблемного использования порнографии (ПИП) требует от специалиста виртуозного балансирования между тактом и прямотой. Мы должны создать условия, при которых клиент сможет сообщить нам факты, которых он, возможно, не рассказывал ни одной живой душе. Это возможно только в атмосфере глубокой безопасности.

Настоящая глава разбита на пять последовательных фаз. Каждая фаза описана по единой структуре: **цель, необходимая атмосфера, конкретные вопросы** (с вариантами интерпретации ответов), **возможные трудности и способы их преодоления**.

2.1. Фаза 1: Установление контакта и безопасной рамки

Ориентировочное время: 10—15 минут.

Прежде чем задавать хоть один вопрос о порнографии, мы должны контрактно и эмоционально соединиться. Если мы начнем интервью с фразы: «Итак, как часто вы смотрите порно?» — мы рискуем нарваться на формальный ответ или сопротивление. Клиент не знает, как мы воспримем его откровение: осудим, ужаснемся или, наоборот, обесценим его страдание («это нормально, все смотрят!»).

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.