

Конверсионная терапия. За и против. Дискуссия

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье рассматриваются аргументы, на основании которых конверсионная терапия объявляется недопустимой: врожденность гомосексуальности, которая сходна с признаками национальной и расовой принадлежности, неэффективность этой терапии и неизменно наносимый ею вред здоровью. Приводятся научные данные, полностью опровергающие эти аргументы. Делается вывод, что стремление запретить конверсионную терапию является беспрецедентным и неоправданным наступлением на права человека.

Ключевые слова: конверсионная терапия, эффективность, допустимость, дискуссия.

Conversion Therapy. Pros and Cons. Discussion

G.S. Kocharyan

The article discusses the arguments on the basis of which conversion therapy is declared unacceptable: the congenitality of homosexuality, which is akin to signs of national and racial affiliation, the ineffectiveness of this therapy, and the harm it invariably causes to health. Scientific data are presented that completely refute these arguments. It is concluded that the aspiration to prohibit conversion therapy is an unprecedented and unjustified attack on human rights.

Key words: conversion therapy, efficiency, admissibility, discussion.

Конверсійна терапія. За і проти. Дискусія

Г.С. Кочарян

У статті розглянуто аргументи, на підставі яких конверсійна терапія оголошується неприпустимою: вродженість гомосексуальності, яка прирівнюється до вродженості рис національної і расової приналежності, неефективність цієї терапії та незмінна шкода здоров'ю, яку вона спричиняє. Наводяться наукові дані, що повною мірою спростовують ці аргументи. Робиться висновок, що прагнення заборонити конверсійну терапію – це безпрецедентний і невинуватий наступ на права людини.

Ключові слова: конверсійна терапія, ефективність, допустимість, дискусія.

Коррекция гомосексуальной ориентации носит название конверсионной (репаративной, перiorientированной, дифференцирующей) терапии. Данная терапия направлена на устранение гомосексуального влечения и развитие гетеросексуального. Крайняя политизация обсуждаемой проблемы нашла свое отражение в высказываниях, согласно которым конверсионную терапию следует поставить в один ряд с попытками изменить расовую принадлежность негров, национальную принадлежность лиц «кавказской национальности» и евреев. Таким образом, тех, кто считает, что можно изменить сексуальную ориентацию гомосексуалов, пытаются стигматизировать, поставив их в один ряд с расистами, антисемитами и вообще со всякого рода ксенофобами.

Идеологическая подоплека этого сопоставления очевидна. Однако такие попытки не могут быть признаны адекватными, так как вопрос о нормальности или полноценности какой-либо расы или национальности и избавлении от признаков расовой и национальной принадлежности не может подниматься из-за его полной абсурдности. Путем такой стигматизации сторонников конверсионной терапии просто хотят представить в крайне неприглядном виде. Целью таких высказываний является объявить гомосексуальность исключительно врожденным состоянием, которое вообще не подлежит коррекции и за формирование которого ни сам индивид, ни семья, ни общество не несут ни малейшей ответственности. Интерес в этом плане представляет следующее высказывание. В одном известном американском учебнике по психологии [7] отмечается, что, согласно недавнему изучению сексуальности, в Соединенных Штатах Америки 2,8% мужчин и 1,4% женщин считают себя гомосексуалами (геями и лесбиянками) или бисексуалами. По своей частоте это близко к доле людей еврейской национальности, проживающих в США (2–3%). Идеологическая подоплека такого сопоставления не вызывает сомнений.

Кстати о врожденности гомосексуальности. Обсуждая вопрос о справедливости мнения о ее врожденности, необходимо

обратить внимание на следующие известные факты, которые отражены в недавно опубликованной статье [2]. В ней сообщается, что даже платоническое либидо возникает не ранее 4–5 лет, а во многих случаях гораздо позже. Таким образом, в период, который предшествует времени пробуждения платонического компонента либидо, о какой-либо сексуальной ориентации, в том числе и гомосексуальной, говорить не приходится. Если же фиксироваться на времени пробуждения эротического, а тем более сексуального компонента либидо, то временной промежуток от момента рождения ребенка до этого пробуждения является еще гораздо более продолжительным. Так, согласно шкале векторного определения половой конституции женщин по И.Л. Ботневой, возрастной интервал появления у них эротического либидо составляет от 8 лет и раньше до 17 лет и позже, а время пробуждения сексуального компонента либидо у мужчин в соответствии со шкалой векторного определения половой конституции по Г.С. Васильченко колеблется от 9 лет и раньше до 17 лет и позже [5]. Естественно, что сексуальное либидо у женщин пробуждается позже, чем эротическое, и в среднем позже, чем у мужчин. Н. Уайтхед (Neil Whitehead) сообщает, что средний возраст, когда гомосексуал осознает, что его влечет к лицам одного с ним пола, составляет 10 лет, а две трети всех случаев приходится на период между 6 и 14 годами [4]. Двенадцать опубликованных опросов демонстрируют, что средний возраст, в котором впервые возникает однополое влечение, составляет $9,4 \pm 1,1$ года для мужчин и $11,1 \pm 1,8$ года для женщин [21].

Таким образом, можно говорить только о врожденной предрасположенности, которая прослеживается далеко не во всех случаях гомосексуальности, однако предрасположенность – это еще не предопределенность.

Проведенные близнецовые исследования свидетельствуют о том, что в настоящее время можно говорить о мягкой генетической предрасположенности к гомосексуальности, но главную роль в ее генезе играют психологические и

социальные факторы. В связи с этим следует упомянуть исследования J.M. Bailey и соавторов [8], мета-анализ большого количества работ по гомосексуальности, осуществленный американскими психиатрами и исследователями Lawrence S. Mayer, Paul R. McHugh [16], и исследования, проведенные бригадой из 20 ученых из различных стран мира, результаты которых были опубликованы в журнале Science [14]. Авторы последнего исследования, которым было охвачено почти полмиллиона людей, считают, что генетика может объяснить только от 8 до 25% негетеросексуального поведения. Остальное же обусловлено влиянием окружающей среды, которое может варьироваться от воздействия гормонов в утробе матери до социальных влияний в дальнейшей жизни.

Если, как свидетельствуют приведенные выше данные, гомосексуальность нельзя объявить врожденной, то это открывает возможности для влияний, препятствующих ее формированию, и конверсионной терапии, изменяющей направленность гомосексуального влечения на гетеросексуальное. Однако существуют утверждения, что такая терапия не только не может быть эффективной, но и крайне вредна.

Вначале о якобы неэффективности конверсионной терапии. Обращает на себя внимание, что такого рода утверждения стали появляться после того, как гомосексуальность была исключена из списка психических расстройств в начале американской (1973–1974), а затем и международной (начало 2000-х годов) классификации психических расстройств. Но как до, так и после этого конверсионная терапия была и остается эффективной.

Интерес в этом плане представляют наблюдения, свидетельствующие о возможности даже спонтанного изменения направленности сексуального влечения (сексуальная флюидность), что, в частности, нашло отражение в статье, опубликованной в The Journal of Sex Research [10]. Авторы данной статьи утверждают, что неизменность сексуальной ориентации больше не должна использоваться в качестве основы для защиты прав лиц с гомосексуальным влечением и с однополыми отношениями (то есть сексуальными меньшинствами).

На основании научных исследований, а также правовых норм США, касающихся прав лесбиянок, геев и бисексуалов, авторы выдвигают три утверждения. Во-первых, аргументы, основанные на неизменности сексуальной ориентации, являются ненаучными. Во-вторых, в свете юридических решений США (в которых суды для защиты прав сексуальных меньшинств использовали иные основания, чем неизменность) аргументы, основанные на неизменности сексуальной ориентации, не нужны. В-третьих, аргументы о неизменности сексуальной ориентации несправедливы, поскольку они подразумевают, что однополое влечение уступает влечению к лицам другого пола. Кроме того, они отдают предпочтение сексуальным меньшинствам, которые воспринимают свою сексуальность как фиксированную, по сравнению с теми, кто воспринимает ее как изменчивую. Вывод, о том, что аргумент о неизменности сексуальной ориентации является ненаучным, который был обозначен в данной статье, особенно важен, так как одним из авторов является Лиза Даймонд (Lisa Diamond) – активист борьбы за права лесбиянок и профессор психологии развития и психологии здоровья в университете штата Юта (США). На основании вышеизложенного, вполне закономерно возникает следующий вопрос: «Если направленность полового влечения может изменяться даже спонтанно, то почему ее нельзя изменить, приложив определенные психотерапевтические усилия?» Ответ на этот вопрос абсолютно очевиден.

Конверсионные воздействия, направленные на трансформацию гомосексуального влечения в гетеросексуальное, осуществляются, в частности, с использованием гипносулгестии, аутогенной тренировки, психоанализа, бихевиоральной (поведенческой), когнитивной, групповой терапии

и религиозно-ориентированных воздействий. В последние годы с этой целью применяют технику «десенсибилизации и переработки движениями глаз» (ДПДГ), разработанную Френсис Шапиро [9].

Результаты первого специально запланированного широкомасштабного исследования эффективности конверсионной терапии (обследовано 882 человека, средний возраст – 38 лет, 96% – лица, для которых очень важны религия или духовность, 78% – мужчины, средняя продолжительность лечения – около 3,5 лет) свидетельствуют о том, что 45% из тех, кто считал себя исключительно гомосексуалом, изменили свою сексуальную ориентацию на полностью гетеросексуальную или же стали больше гетеросексуалами, чем гомосексуалами [17]. Конечно же, о 100% эффективности конверсионной терапии говорить не приходится, но она все-таки довольно существенна. Многие авторы сообщают о ее результативности.

Интересно отметить, что профессор Колумбийского университета Р.Л. Шпизер (R.L. Spitzer), ответственный за Американский классификатор психических болезней (DSM), который когда-то принимал решение об исключении гомосексуализма из списка психических расстройств, выступил с заявлением, что результаты переориентирующей терапии гомосексуалов во многом обнадеживают. В своем докладе на ежегодном собрании Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association – APA) в 2001 г. он утверждал, что, возможно, некоторые очень мотивированные люди могли успешно изменить свою сексуальную ориентацию от гомосексуальной на гетеросексуальную. Более того, в 2003 г. в журнале Archives of Sexual Behavior (Архив сексуального поведения) были опубликованы результаты возглавляемого им исследовательского проекта по проверке гипотезы, согласно которой у некоторых индивидуумов преобладающая гомосексуальная ориентация может измениться в результате терапии. Эта гипотеза подтвердилась в результате опроса 200 человек обоего пола (143 мужчины, 57 женщин) [20].

Респонденты сообщили об изменениях в направлении от гомосексуальной ориентации к гетеросексуальной, которые сохранялись в течение 5 лет или более. Опрошенные субъекты были добровольцами, средний возраст мужчин составил 42 года, женщин – 44 года. Во время интервью 76% мужчин и 47% женщин были женаты/замужем (перед началом терапии – 21% и 18% соответственно), 95% респондентов являлись представителями белой расы, 76% закончили колледж, 84% проживали в США, а 16% – в Европе. Христианские корни были у 97%, иудейские – у 3% опрошенных. Подавляющее число респондентов (93%) заявили, что религия была очень важна в их жизни; 41% опрошенных сообщили, что в течение некоторого времени до лечения они были открытыми геями («openly gay»). Более трети обследованных (37% мужчин и 35% женщин) признались, что одно время серьезно подумывали о суициде из-за своего нежелательного влечения, 78% публично высказывались в пользу усилий изменить свою гомосексуальную ориентацию.

Для оценки изменений, достигнутых в результате терапии, использовалось 45-минутное телефонное интервью, включающее 114 целевых вопросов. Исследование R.L. Spitzer сосредоточивалось на следующих аспектах:

- сексуальной привлекательности,
- сексуальной самоидентификации,
- выраженности дискомфорта, обусловленного гомосексуальными чувствами,
- частоте гомосексуальной активности,
- частоте возникновения желания гомосексуальных романтических отношений,
- частоте мечтаний о гомосексуальной активности и возникновении желания ее иметь,
- проценте эпизодов мастурбации, сопровождающихся гомосексуальными фантазиями,

- проценте таких эпизодов с гетеросексуальными фантазиями,
- частоте воздействия гомосексуально ориентированных порнографических материалов.

В результате данного исследования было выявлено, что хотя случаи «полного» изменения ориентации были зафиксированы только у 11% мужчин и 37% женщин, большинство опрошенных сообщили об изменении от преобладающей или исключительно гомосексуальной ориентации, которую отмечали перед проведением лечения, к преобладающей гетеросексуальной ориентации в результате репаративной (конверсионной) терапии. Хотя сообщается об очевидности таких изменений у представителей обоего пола, все же у женщин их было значительно больше. Полученные данные выявили, что после лечения многие из опрошенных отметили явное учащение гетеросексуальной активности и повышение удовлетворенности ею. Лица, которые состояли в браке, указали на большую взаимную эмоциональную удовлетворенность в супружестве [20].

Размышляя о полученных результатах, R.L. Spitzer задает себе вопрос, является ли переориентирующая терапия вредной. И сам, отвечая на него, утверждает, что таких доказательств относительно участников его исследования нет. Более того, по его мнению, базирующемся на полученных данных, это исследование обнаружило значительную выгоду такого лечения, в том числе и в сферах, не связанных с сексуальной ориентацией. Исходя из этого, R.L. Spitzer отмечает, что Американская психиатрическая ассоциация должна прекратить применять двойной стандарт в своем отношении к переориентирующей терапии, которую она считает вредной и неэффективной, и к гей-

аффирмативной терапии, поддерживающей и укрепляющей гей-идентичность, которую она всецело одобряет. Кроме того, в заключение R.L. Spitzer подчеркнул, что профессионалы в области психического здоровья должны отказаться от рекомендуемого ими запрета терапии, цель которой – изменение сексуальной ориентации. Он также отметил, что многие пациенты, обладающие информацией о возможной неудаче при попытке изменения сексуальной ориентации, на основе согласия могут сделать рациональный выбор относительно работы в направлении развития их гетеросексуального потенциала и уменьшения нежелательного гомосексуального влечения [20].

Однако в интервью 2012 года R.L. Spitzer отказался от результатов проведенного под его руководством исследования и принес извинения гей-сообществу за внесение якобы бездоказательных претензий эффективности восстанавливающей терапии, назвав это своим единственным профессиональным сожалением. Нетрудно себе представить, что же именно спустя 11 лет подвигло этого психиатра изменить свое мнение. Думается, что это явилось результатом постоянного и сильного социального давления, которое оказывалось на него. И этому есть доказательства. Так, в интервью 2005 года R.L. Spitzer заявил: «Многие коллеги были возмущены после публикации этого исследования ... В гей-сообществе изначально был огромный гнев и чувство, что я их предал» [18]. Давление на него было столь велико, что спустя многие годы он начал отрицать очевидное.

Однако существуют многочисленные сообщения, подтверждающие то, что конверсионная терапия может быть эффективной, о чем свидетельствуют данные, который приводит В.Г. Лысов [3] (таблица).

Позитивные результаты терапии нежелательного гомосексуального влечения (по данным англоязычной литературы)

Источник	Тип терапии	Результат
Карл Юнг (цитировано Fordham, 1935)	психоанализ	успешное лечение мужчины-гомосексуала
Gordon, 1930	психоанализ	успешное лечение гомосексуального пациента
Stekel, 1930	психоанализ	успешное лечение четырех гомосексуальных пациентов
Regardie, 1949	гипносуггестивная терапия	отмечена эффективность метода на основании практики
London, 1950	психоанализ	успешное лечение двух мужчин-гомосексуалов
Allen, 1952	психоанализ	успешное лечение двух гомосексуалов: мужчины и женщины
Poe, 1952	адаптационная терапия	успешное лечение мужчины-гомосексуала
Caprio, 1954	психоанализ	успешное лечение гомосексуальных женщин: «много моих пациенток, бывших лесбиянок, сообщили мне спустя долгое время после лечения ..., что никогда не вернутся к гомосексуальному образу жизни»
Eliasberg, 1954	групповая психотерапия	при лечении 12 мужчин-гомосексуалов успех достигнут в 5 (42%) случаях
Bergler, 1956	психоанализ	успешное лечение 100 гомосексуальных пациентов, что составило 33% от числа всех пациентов
Eidelberg (in Lorand, 1956)	психоанализ	успешное лечение 2 пациентов из 5
Ellis, 1956	психоанализ	успешное лечение 40 пациентов (18♂, 12♀)
Berg, 1958	психоанализ	успешное лечение 14 пациентов
Hadden, 1958	групповая психотерапия	лечение 3 мужчин-гомосексуалов, успех достигнут в 1 случае
Hadfield, 1958	психоанализ	успешное лечение 9 пациентов
Ross, 1958	комбинация техник	отмечена их эффективность на основании практики
Robertiello, 1959	психоанализ	успешное лечение гомосексуальной пациентки
Ellis, 1959	бихевиоральная терапия	успешное лечение мужчины-гомосексуала
Monroe, 1960	психоанализ	успешное лечение 7 мужчин-гомосексуалов

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Finny, 1960	комбинация техник	отмечена их эффективность на основании практики
Glover, 1960	психоанализ, в 7 случаях гормональная терапия	при лечении 113 пациентов успех достигнут в 44% наблюдений
Beukenkamp, 1960	индивидуальный и групповой психоанализ	успешное лечение мужчины-гомосексуала
Stevenson, 1960	ассертивный тренинг	успешное лечение 2 мужчин-гомосексуалов
Bieber, 1962	психоанализ	при лечении 106 пациентов успех достигнут в 27% случаев
Coates, 1962	психоанализ	при лечении 45 пациентов улучшение (прекращение гомосексуального поведения) достигнуто в 7 (16%) случаях
Ovesey, 1963	психоанализ	успешное лечение 3 мужчин-гомосексуалов
Buki, 1964	комбинация техник	отмечена их эффективность на основании практики
Cappon, 1965	психоанализ	при лечении 150 пациентов успех достигнут у 30% мужчин, 50% женщин, 90% бисексуальных пациентов
Mayerson (in Marmor, 1965)	психоанализ	при лечении 19 пациентов успех достигнут в 47% случаев
Mintz, 1966	психоанализ	при лечении 10 мужчин-гомосексуалов успех отмечен у 3 (30%) пациентов
Mather, 1966	бихевиоральная терапия, включая аверсивные техники	при лечении 36 пациентов успех достигнут в 25 (69%) случаях
Hadden, 1966	групповая психотерапия	при лечении 32 пациентов успех достигнут в 38% случаев
Kaye, 1967	психоанализ	при лечении 15 гомосексуальных женщин успех достигнут у 8 (55%) из них
Alexander, 1967	гипносуггестивная терапия	отмечена эффективность метода на основании практики
Roper, 1967	гипносуггестивная терапия	отмечена эффективность метода на основании практики
MacCulloch, 1967	аверсивная терапия	успех в лечении 43 мужчин-гомосексуалов
Kraft, 1967	психоанализ и систематическая десенсибилизация	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Serban, 1968	бихевиоральная терапия	успех в лечении 25 гомосексуальных пациентов
Miller, 1968	комбинация техник	отмечена их эффективность на основании практики
Ramsay, 1968	техники десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Freud, 1968	психоанализ	успех в лечении 2 пациентов из 4
Jacobi, 1969	психоанализ	при лечении 60 пациентов успех отмечен у 6 (10%)
Fookes, 1969	аверсивная терапия	успех в лечении 60% гомосексуальных пациентов
McConaghy, 1969	аверсивная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Lamerd, 1969	психоанализ	успех в лечении 3 гомосексуальных пациентов
Bergin, 1969	техники десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Ovesey, 1969	психоанализ	успех в лечении 3 мужчин-гомосексуалов
Wallace, 1969	психоанализ	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Larson, 1970	бихевиоральная терапия	отмечена эффективность метода, но не приведены конкретные данные
Birk, 1970	групповая терапия	при лечении 26 пациентов успех достигнут в 9 (35%) случаях
Huff, 1970	техники десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Bancroft (in Burns, 1970)	методы десенситизации	при лечении 15 пациентов успех достигнут в 5 (33%) случаях
Kraft, 1970	психоанализ и систематическая десенсибилизация	успех в лечении мужчины-гомосексуала
McConaghy, 1970	аверсивная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Mandel, 1970	техники десенситизации	сообщается об их эффективности на основании практики
Hatterer, 1970	бихевиоральная терапия	при лечении 149 пациентов успех достигнут в 49 (34%) случаях
Cautela, 1971	бихевиоральная терапия	описан успех в 37% случаев лечения
Bieber (in Kaplan, 1971)	групповая психотерапия	успех в 40% случаев лечения

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Truax, 1971	групповая психотерапия	отмечена эффективность метода
Hadden, 1971	групповая психотерапия	успех в 30% случаев
Birk, 1971	бихевиоральная терапия	успех в 30% случаев
Pittman, 1971	групповая психотерапия	при лечении 6 пациентов успех достигнут в 2 случаях
Feldman, 1971	бихевиоральная терапия	при лечении 63 мужчин-гомосексуалов успех достигнут в 29% случаев
Van den Aardweg, 1971	бихевиоральная терапия	при лечении 20 пациентов успех достигнут в 9 (42%) случаях
Shealy, 1972	бихевиоральная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Kendrick, 1972	техники десенситизации	отмечена их эффективность на основе практики
Segal, 1972	техники десенситизации	отмечена их эффективность на основе практики
McConaghy, 1972	аверсивная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Barlow, 1973	бихевиоральная терапия, «flooding technique»	успех в 30% случаев
McConaghy, 1973	рефлекторные техники	успех в 25% случаев
Maletzky, 1973	бихевиоральная терапия	при лечении 10 мужчин-гомосексуалов успех достигнут в 90% случаев
Herman, 1974	рефлекторные техники	при лечении 3 мужчин-гомосексуалов успех достигнут у 1
Birk, 1974	групповая терапия	при лечении 66 пациентов успех достигнут в 52% случаев
Bancroft, 1974	бихевиоральная терапия	успех в 30% случаев
Canton-Dutari, 1974	техники десенситизации, аверсивная терапия	при лечении 54 пациентов успех достигнут в 48 (89%) случаях
Orwin, 1974	аверсивная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Tanner, 1974	аверсивная терапия	отмечена эффективность метода у 8 мужчин-гомосексуалов
Freeman, 1975	бихевиоральная терапия	успех в 78% случаев
McConaghy, 1975	аверсивная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Canton-Dutari, 1976	техники десенситизации, аверсивная терапия	полностью успешное лечение 11 (50%) из 22 мужчин-гомосексуалов
Callahan (in Krumboltz, 1976)	техники десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Phillips, 1976	техники систематической десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Socarides, 1978	психоанализ	при лечении 44 пациентов успех достигнут у 20 (45%)
James, 1978	техники систематической десенситизации	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Bieber, 1979	психоанализ	при лечении более 1000 гомосексуальных пациентов успех достигнут в 30–50% случаев
Birk (in Marmor, 1980)	групповая терапия	при лечении 14 мужчин-гомосексуалов успех достигнут в 10 (71%) случаях
Pradhan, 1982	бихевиоральная терапия	при лечении 13 мужчин-гомосексуалов эффективность отмечена у 8 (61%)
Cafiso, 1983	гипносуггестив-ная терапия	успех в лечении мужчины-гомосексуала
Van den Aardweg, 1986	когнитивная терапия	описал лечение 101 пациента, полный успех отмечен у 30% из них, а улучшение – у 60%
Siegel, 1988	психоанализ	описала лечение 12 гомосексуальных женщин, успех отмечен в 50% случаев
Berger, 1994	психоанализ	успех в лечении 2 гомосексуальных пациентов
Consiglio, 1993	пастырская помощь	полный переход к гетеросексуальной активности в 85%
MacIntosh, 1994	психоанализ	при лечении 1215 гомосексуальных пациентов положительные результаты различной степени выраженности были достигнуты в подавляющем числе случаев
Schaeffer, 1999	пастырская помощь	в группе из 140 участников, в 29% случаев отмечен полный переход к гетеросексуальной активности
Nicolosi, 2000	психоанализ, пастырская помощь, тренинг	в группе из 882 пациентов (689 мужчин и 193 женщины) в 34,3% случаев отмечен полный переход к исключительно или почти исключительно гетеросексуальной активности; до терапии 67% лиц указывали на исключительно гомосексуальное влечение, а после терапии – 12,8%

Shidlo, 2002	психоанализ	изначально целью исследования было обнаружить вред репаративной терапии, объявления по поиску его участников размещались в гомосексуальных журналах под заголовком «Help Us Document the Harm!»; авторы описали группу из 202 пациентов (182 мужчины и 20 женщин), из которых 12,9% посчитали переход к гетеросексуальной активности успешным
Spitzer, 2003	психоанализ, пастырская помощь	200 пациентов (143 мужчины и 57 женщин), которые прошли репаративную терапию, считали ее результаты успешными; у всех респондентов отмечено наличие гетеросексуального влечения, у 17% мужчин и 54% женщин это влечение имело исключительный характер; до терапии 46% мужчин и 42% женщин указывали на исключительно гомосексуальное влечение, после терапии – 0%
Karten, 2006	психоанализ	из 117 мужчин, прошедших репаративную терапию, отмечено значительное снижение гомосексуального влечения (с 4,81 до 2,57 по шкале Кинси)
Cummings, 2007	психоанализ	выступая на конференции NARTH в 2005 г., сообщил, что в 1959–1979 гг. в его клинику с различными проблемами обратились 18 000 гомосексуалов, из которых примерно 1600 ставили целью сменить свою сексуальную ориентацию; в ходе терапии у многих пациентов произошли положительные изменения в психике, в результате чего 2400 из них стали гетеросексуальными
Jones, 2007	пастырская помощь	в группе из 73 участников в 15% случаев отмечено значительное снижение гомосексуального влечения и значительное усиление гетеросексуального влечения
Phelan, 2017	психоанализ	в группе из 30 мужчин спустя год после завершения терапии было отмечено, что сексуальное влечение исключительно к противоположному полу выявляют в 23% случаев (до лечения – 0%), преимущественно к противоположному полу – в 17% (до лечения – 0%), в какой-то степени к противоположному полу – в 10% (до лечения – 0%)

В качестве частного случая успешности конверсионной терапии можно привести сообщение известного американского психотерапевта Albert Ellis, описавшего терапию мужчины, который на 12-й неделе лечения изменился от стопроцентного фиксированного гомосексуала до буквально стопроцентного гетеросексуала. Эллис не пытался избавить клиента от гомосексуальных чувств. Он пишет, что, скорее, цель заключалась в том, чтобы помочь клиенту «преодолеть иррациональные блоки против гетеросексуальности» [12]. Нами при осуществлении конверсионной терапии с успехом использовалась гипнотерапия, а также нейролингвистическое программирование, что нашло отражение в нашей статье, опубликованной в профессиональном журнале [1].

В связи с вышеизложенными данными об успехах конверсионной терапии, которую осуществляли в том числе и многие авторитетные ученые, у политически мотивированных ее противников хочется спросить: «Считаете ли вы всех названных авторов лжецами?» и «Не потеряли ли вы способность адекватно оценивать реальное положение вещей в погоне за отстаиванием своих ложных идей?»

Теперь о непреходящем вреде конверсионной терапии. Когда следует проводить такую терапию? Как известно, в настоящее время во многих странах мира мужеложство не преследуется по закону. Так, уголовное наказание за него было отменено в Украине в 1991 г., в России – в 1993 г., в Беларуси – в 1994 г., в США (на всей территории) – в 2003 г. Поэтому конверсионная терапия может и должна осуществляться только на добровольной основе, требующей желания и согласия пациента. В этих случаях пациент чаще всего не считает себя здоровым, направленность его полового влечения вызывает у него дистресс, так как он не принимает эту направленность и хотел бы изменить ее на гетеросексуальную. Как свидетельствуют наши наблюдения, некоторые подростки, которые обращаются за лечебной помощью, не считают себя больными, однако они хотели бы быть гетеросексуалами, так как в этом случае в дальнейшем смогут создать семью и иметь детей. Некоторые женатые мужчины-бисексуалы

также не считают себя ни больными, ни грешниками, однако боятся, что их гомосексуальные контакты разрушат их семью, и они потеряют возможность полноценного общения со своими детьми. Отказ названным категориям пациентов в осуществлении конверсионных воздействий представляет собой не что иное, как нарушение прав человека, который желает придерживаться здорового образа жизни. Почему здорового?

Ряд широкомаштабных исследований, проведенных в различных странах (США, Нидерланды, Новая Зеландия), свидетельствует о том, что у геев и лесбиянок гораздо чаще, чем у гетеросексуалов, диагностируют депрессию и связанную с ней суицидальность, тревожные расстройства, высокую алкогольную и наркотическую зависимость, никотиновую зависимость, другую токсикоманию и/или зависимость, расстройства, связанные с использованием психоактивных веществ [13, 15, 19].

О большей частоте психических расстройств у гомосексуалов и бисексуалов по сравнению с гетеросексуалами свидетельствуют и данные Всеканадского опроса на тему здоровья, проводившегося в 2007–2012 гг. [6]. Попытки объяснить этот феномен исключительно непростой жизнью гомосексуалов в гетеросексуальном обществе и их неприятием не соответствуют реальности, так как даже в странах, где отношение к ним весьма толерантно, частота диагностируемых у них психических расстройств достоверно превосходит таковую у гетеросексуалов. В ряде случаев особенности проведения сексуального контакта (ректальный коитус, фистинг) могут привести к проблемам в аноректальной зоне, что иногда требует хирургического вмешательства. Промискуитет, который часто имеет место у гомосексуалов, сопряжен с повышенным риском заражения инфекциями, передающимися половым путем, инфицированием ВИЧ и развитием СПИДа.

В связи с этим конверсионную терапию следует считать такой, которая может предотвратить появление указанных неблагоприятных последствий. Таким образом, можно говорить не о ее вреде, а о ее пользе.

Могут ли иметь место негативные последствия, обусловленные конверсионной терапией? В связи с этим возникает совершенно справедливый вопрос: «А может ли какое-либо лечение, в том числе медикаментозное, нанести вред?» Если познакомиться с возможными побочными действиями эффективных лекарственных средств, то среди них можно найти такие, которые и вовсе способны отбить охоту их применения. Так, в частности, среди них можно обнаружить, например, инфаркт миокарда и инсульт. Но почему-то эти лекарства производятся, выписываются врачами и продаются. В подобных случаях я объясняю пациентам, что какое-то побочное воздействие лекарства при изучении его действия отмечалось только в каком-то проценте случаев. Если бы речь шла о том, что данный медикамент вызывает описанные для него побочные эффекты во всех случаях, то его просто бы никогда не утвердили бы к использованию.

Побочные эффекты при применении конверсионной терапии тоже могут быть в некоторых случаях. Их можно ожидать при принудительном лечении, которое в цивилизованных странах в настоящее время не проводится. Также часто акцентируют внимание на возможность возникновения осложнений при использовании электрических разрядов, возможное негативное влияние которых часто значительно преувеличивается. В связи с этим необходимо отметить, что при конверсионной терапии использовались токи малой интенсивности, которые не пропускали через голову, как при электросудорожной терапии (ЭСТ). Следует обратить внимание на следующую информацию, касающуюся лечения гомосексуалов: «Электрический ток производится аппаратом, работающим на 9-вольтовой батарее, где пациент сам устанавливает терпимый для него уровень разряда, подающийся через манжетный электрод на область бицепса или голени (ни в коем случае не на область гениталий)» [3]. Если бы опасность такой терапии была столь

велика, то эти аппараты не давали бы пациентам на дом для самостоятельного использования.

Несмотря на то что такой вид лечения, который является аверсивным, нельзя отнести к электросудорожной терапии (ЭСТ), запугивание его использованием получило большое распространение. Однако на сегодня сама ЭСТ применяется для лечения тяжелых депрессий (когда другие методы оказываются неэффективными), кататонии у больных шизофренией, иногда (реже) маниакального синдрома (чаще всего в рамках биполярного аффективного расстройства), а также других состояний. При этом, как правило, используется напряжение от 70 до 120 вольт, а электрический ток воздействует непосредственно на мозг пациента, так как электроды накладываются непосредственно на его голову [11]. При проведении ЭСТ развивается большой судорожный припадок. Естественно, что ничего подобного при использовании электрических разрядов для лечения гомосексуалов не происходит. Кроме этого, указывается, что ЭСТ может приводить к серьезным нарушениям памяти. Являясь экстремальным видом терапии, используемым только для лечения больных, резистентных по отношению к другим ее методам, ЭСТ и поныне применяется в клинической практике. Из приведенного материала следует, что в оценке использования электрических разрядов для коррекции направленности полового влечения используются двойные стандарты, базирующиеся на политически детерминированных когнитивных искажениях.

В заключение следует отметить, что в настоящее время в цивилизованном мире лечение гомосексуалов проводится исключительно на добровольной основе, а применяемые психотерапевтические методы и техники являются достаточно мягкими и эффективными. Стремление запретить конверсионную терапию является беспрецедентным и неоправданным наступлением на права человека.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г.С. Гипносуггестия в конверсии гомосексуального компонента либидо: случай из практики // *Здоровье мужчины*. – 2016. – № 2 (57). – С. 84–88.
2. Кочарян Г.С. Роль генетических факторов в формировании гомосексуальности: современный анализ проблемы // *Здоровье мужчины*. – 2018. – № 4 (67). – С. 20–25. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2018.170897>
3. Лысов В.Г. Информационно-аналитический доклад. Риторика гомосексуального движения в свете научных фактов. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2019. – 750 с. DOI:10.12731/978-5-907208-04-9
4. Никто не рождается гомосексуалистом. – URL: <https://fluffyduck2.livejournal.com/642050.html> (дата обращения: 09.10.2018).
5. Сексопатология: Справочник / Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. и др.; Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
6. Храмов А. Бисексуалы признаны самыми депрессивными членами общества. – URL: <https://lenta.co/biseksualy-priznany-samymi-depressivnymi-chlenami-obschestva-87853> (дата обращения: 23.05.2016).
7. Atkinson Rita L., Atkinson Richard C., Smith Edward E., Bem Daryl J., Nolen-Hoeksema Susan. Hilgard's Introduction to Psychology. History, Theory, Research, and Applications. 13th ed. – Belmont: Wadsworth Publishing Co Inc., 2000. – 768 p.
8. Bailey J.M., Dunne M.P., Martin N.G. Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample // *J Pers Soc Psychol*. – 2000. – 78 (3). – P. 524–536.
9. Carvalho E.R. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Unwanted Same-Sex Attractions: New Treatment Option for Change // J.H. Hamilton, Ph. J. Henry (Eds.) *Handbook of Therapy for Unwanted Homosexual Attractions: A Guide to Treatment*. – Xulon Press, 2009. – P. 171–197.
10. Diamond Lisa M., Rosky Clifford J. Scrutinizing Immutability: Research on Sexual Orientation and U.S. Legal Advocacy for Sexual Minorities // *The Journal of Sex Research* – 2016. – 53 (4–5). – P. 363–391. DOI: 10.1080/00224499.2016.1139665
11. Electroconvulsive therapy. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Electroconvulsive_therapy (the date of the reference: 08.01.2020).
12. Ellis A. A homosexual treated with rational psychotherapy // *Journal of Clinical Psychology*. – 1959. – 15 (3). – P. 338–343.
13. Fergusson D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? // *Archives of General Psychiatry*. – 1999. – Vol. 56. – P. 876–880.
14. Ganna Andrea, Verweij Karin J.H., Nivard Michel G., Maier Robert, Wedow Robbee, Busch Alexander S., Abdellaoui Abdel, Guo Shengru, Sathirapongsasuti J. Fah, 23andMe Research Team, Lichtenstein Paul, Lundström Sebastian, Långström Niklas, Auton Adam, Harris Kathleen Mullan, Beecham Gary W., Martin Eden R., Sanders Alan R., Perry John R. B., Neale Benjamin M., Zietsch Brendan P. Large-scale GWAS reveals insights into the genetic architecture of same-sex sexual behavior // *Science* – 2019 – Vol. 365. – Issue 6456. – eaat7693. DOI: 10.1126/science.aat7693.
15. Gilman S.E., Cochran S.D., Mays V.M., Hughes M., Ostrow D., Kessler R.C. Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey // *Am J Public Health*. – 2001. – 91 (6). – P. 933–939.
16. Mayer Lawrence S., McHugh Paul R. Part One: Sexual Orientation. Special Report Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences // *The New Atlantis. A Journal of Technology & Society*. 2016 – URL: <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-one-sexual-orientation-sexuality-and-gender> (the date of the reference 01.07.2018).
17. Nicolosi J., Byrd A.D., Potts R.W. Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: a consumer survey of conversion therapy clients // *Psychol Rep.* – 2000. – 86 (3 Pt 2). – P. 1071–1088.
18. Robert Spitzer (psychiatrist). – URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Spitzer_\(psychiatrist\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Robert_Spitzer_(psychiatrist)) (the date of the reference: 24.01.2020).
19. Sandfort T.G.M., de Graff R., Bijl R.V., Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) // *Archives of General Psychiatry*. – 2001. – 58. – P. 85–91.
20. Spitzer R.L. Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation // *Archives of Sexual Behavior*. – 2003. – 32 (5). – P. 403–417.
21. Whitehead N.E., Whitehead B.K. My Genes Made Me Do It! Homosexuality and the Scientific Evidence. Fifth (revised) Edition. – Whitehead Associates, 2018. – 273 p.

Статья поступила в редакцию 29.01.2020