

учебник

XXI

века



Основы *В.С. ВОЛОДИН*
медицинской
СЕКСОЛОГИИ

УДК 613.8
ББК 57.0
В68

Рецензенты:

доктор медицинских наук *Н.Д. Кибрик*
доктор медицинских наук *И.Ф. Мигков*

Володин В.С.

В68 Основы медицинской сексологии (курс лекций): Учебное пособие. – М.: Логос, 2003. – 240 с.
ISBN 5-94010-167-4

Освещаются этапы и направления развития отечественной сексологии и организационные основы сексологической службы. С современных позиций рассматриваются формирование сексуальности, ее анатомические и физиологические основы, проявления в разные возрастные периоды. Анализируются семейно-сексуальные дисгармонии, основные признаки сексуальных расстройств, половые извращения. Освещаются вопросы деонтологии, профилактики и терапии.

Для студентов высших учебных заведений, обучающихся по медицинским и психологическим направлениям и специальностям. Представляет интерес для педагогов, практических врачей, а также тех, кто занимается охраной сексуального здоровья населения.

ББК 57.0

ISBN 5-94010-167-4

© Володин В.С., 2003
© «Логос», 2003

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	5
Глава 1. Сексология. История развития.	
Организация сексологической службы	7
Основные этапы и направления в развитии сексологии	12
Некоторые особенности развития отечественной сексологии	20
Организация сексологической помощи	26
Контрольные вопросы	29
Глава 2. Этапы формирования сексуальности	31
Контрольные вопросы	48
Глава 3. Анатомическое обеспечение половой сферы	49
Анатомия половых органов мужчины	49
Анатомия половых органов женщины	55
Наружные половые органы	59
Современное понимание термина «нервный центр»	62
Контрольные вопросы	64
Глава 4. Физиологические основы сексуальности мужчины и женщины	65
Эрекция	65
Эякуляция	67
Оргазм	68
Половое влечение (либидо)	69
Стадии копулятивного цикла мужчины	74
Основные проявления нормальной сексуальности у женщин	77
Эрогенная реактивность	78
Любрикация	79
Оргазм	80
Либидо	81
Копулятивный цикл женщины как единое целое	82
Половая жизнь человека	84
Основные формы половой жизни человека	86
Инволюционный период	89
Контрольные вопросы	94
Глава 5. Личность и нарушение сексуального здоровья	95
Контрольные вопросы	107
Глава 6. Семейно-сексуальные дисгармонии	108
Контрольные вопросы	120

Глава 7. Сексуальные расстройства у мужчин и женщин	121
Инволюционное снижение половой активности	130
Сексуальные расстройства, вызванные применением лекарств при гормонотерапии и других веществ	131
Врожденная патология полового развития	132
Половые расстройства при патологии гипоталамуса	133
Половые расстройства при нарушениях функций гипофиза	134
Нарушение половых функций у мужчин при патологии половых желез	134
Половые расстройства при нарушениях функций надпочечников	135
Половые расстройства при заболеваниях щитовидной железы	136
Патология эрекционной составляющей	137
Диагностика сосудистых нарушений	138
Расстройства эякуляторной составляющей	140
Расстройства психической составляющей	141
Психопатии	145
Эндогенные психозы	148
Половые расстройства при эпилепсии	150
Сексуальные нарушения при маниакально-депрессивном психозе (МДП)	150
Половые расстройства при олигофрении	151
Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах, с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов	152
Контрольные вопросы	159
Глава 8. Перверзии и девиации	160
Транссексуализм (F 64.0)	160
Гиперролевое поведение. Садомазохизм (F 65.5)	164
Нарушения психосексуальных ориентаций	166
Нарушения психосексуальных ориентаций по объекту	168
Нарушения психосексуальных ориентаций по возрасту объекта	171
Гомосексуализм	174
Контрольные вопросы	180
Глава 9. Терапия сексуальных расстройств у мужчин и женщин	181
Медикаментозная терапия	181
Физиотерапевтические методики в лечении половых расстройств	193
Лечебные мероприятия при расстройствах психической составляющей	196
Методы лечения расстройств эрекционной составляющей	201
Методы лечения эякуляторной составляющей	205
Контрольные вопросы	206
Глава 10. Санитарно-просветительная работа	207
Контрольные вопросы	216
Глава 11. Деонтология в сексологии	217
Контрольные вопросы	231
Список литературы	232
Приложения	234

Предисловие

Предлагаемая вниманию читателей книга является первой попыткой создания учебного пособия по сексологии для российских медицинских высших учебных заведений. Несмотря на многочисленные зарубежные публикации, в преподавании этой дисциплины нужно учитывать собственный опыт, свои культурные традиции.

В учебном пособии подробно рассматриваются этапы становления отечественной сексологии как науки. Наш научный подход к ней базируется на междисциплинарной концепции изучения данного раздела медицины. Применяя патогенетическую классификацию сексологических расстройств и структурный анализ их диагностики, можно правильно организовать лечебные программы.

В изложении материала автор широко использует достижения зарубежных исследователей, их подходы, концепции и методики. Сексуальная патология у мужчин и женщин описывается с учетом Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10.

Применяя в диагностике сексуальной патологии отечественные методики, врач может видеть проблему не на уровне симптома или синдрома, а в комплексе с учетом личности пациента и его партнера. Это позволяет прогнозировать сексуальное здоровье, избегать неблагоприятных факторов и правильно строить лечебный процесс.

Учебное пособие может использоваться при освоении курса «Основы медицинской сексологии» (20 часов), позволяющего студентам дифференцировать сексуальные нарушения от возрастной и конституциональной нормы и давать грамотные рекомендации, направленные на профилактику семейно-сексуальных дисгармоний. В ходе этого курса студент должен усвоить основные понятия медицинской сексологии, ее терминологию, получить знания о формировании сексуальности и ее проявлениях в различные возрастные периоды.

Автор посчитал необходимым включить в курс лекций дополнительный раздел, посвященный личности и сексуальному здоровью, тем самым нацелив будущих врачей на лечение тела и души одновременно.

Повышение сексологической культуры молодежи особенно важно в условиях неблагоприятно сложившейся в нашем обществе демографической ситуации и требует от врача активного участия в формировании здорового образа жизни, укреплении сексуального здоровья населения.

Думается, что в современных условиях элементарное сексологическое образование должны получать студенты всех вузов. В некоторых гуманитарных вузах курс сексологии читается уже не один год.

При подготовке психологов это — самостоятельная дисциплина, которая раскрывается на лекциях и семинарских занятиях. В последние годы на факультетах психологии высших учебных заведений в программу обучения включается курс «Основы сексологии», продолжительность которого колеблется от 40 до 400 учебных часов.

И последнее, далеко немаловажное: независимо от профессии, которую получают студенты вузов, знания об основах сексологии им потребуются прежде всего как будущим родителям и воспитателям.

*Г. С. Васильченко,
руководитель Федерального научно-методического
центра медицинской сексологии и сексопатологии,
заведующий курсом сексологии Российской медицинской
академии последипломного образования,
доктор медицинских наук, профессор*

Глава 1

Сексология. История развития.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

«В чем повинен перед людьми половой акт — столь естественный, столь засушливый и столь оправданный, что все как один не решаются говорить о нем без краски стыда на лице и не позволяют затрагивать эту тему в серьезной благопристойной беседе?» — спрашивал М. Монтень. В его вопросе затронута сложная проблема нравственного отношения людей к интимной стороне жизни. Нормальный человек в отличие от животного стесняется многих моментов, связанных с удовлетворением естественного полового инстинкта. В то же время он протестует против недооценки роли сексуальных отношений в жизни общества, против недостатка внимания к ним. Для Монтеня важнее была вторая сторона этого противоречия: он стремился защитить природу человека от ханжества, лицемерия, призывов к аскетизму и т. д. Для нас сейчас актуальны оба момента — вопиющее невежество в вопросах секса и уход от обсуждения этих вопросов педагогами и врачами.

Осведомленность позволит человеку избежать многих проблем как в собственной жизни, так и в сексуальном воспитании своих детей. Познание природы сексуальности человека способствует укреплению брачных отношений, более полному сексуальному удовлетворению. Сексологическая информация поможет человеку разобраться в моральных и социальных аспектах сексуальности и будет бесценной при подготовке личности к жизни (В. С. Володин и соавторы, 1991).

Сексология — это наука, занимающаяся изучением взаимоотношения полов в обществе и природе. Ее основоположником считается немецкий дерматолог и венеролог Иван Блох, который в 1907 г. в своей книге «Сексуальная жизнь нашего времени в ее отношениях к современной культуре» подчеркнул, что сексология должна

синтезировать данные всех наук о человеке: биологию, этнологию, антропологию, философию, историю литературы и культуры, психологию и медицину.

Медицинская сексология – это область медицины, занимающаяся изучением причин и условий развития нарушений сексуального здоровья для их диагностики, лечения и профилактики. Сексопатология или медицинская сексология – область клинической медицины, изучающая половые расстройства, прежде всего их функциональные, эмоциональные, личностные, социально-адаптационные и другие аспекты, и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики. Общая сексопатология¹ изучает общие принципы и условия нарушения сексуального здоровья. Частная сексопатология изучает отдельные нозологические формы нарушения сексуального здоровья.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 1972 г. на специальном совещании в Женеве о формах преподавания сексологии при подготовке медицинского персонала было принято следующее определение сексуального здоровья – это комплекс соматических, эмоциональных и социальных аспектов существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, фактор, определяющий трудоспособность человека и благополучие его семьи.

В развитии сексологии можно выделить четыре периода: доисторический, который представлен скудными сведениями о сексуальной жизни людей; наблюдений и донаучных исследований (XVIII–XIX вв.); досексологических знаний, когда сексология не была выделена из других наук; сексологических знаний.

Доисторический период. Наскальные рисунки раннего палеолита (1 млн–100 тыс. лет до н. э.) свидетельствуют, что пещерный человек имел представления о любви и смерти. На рисунках того периода половой акт изображают в положении сидя, предпочтения отдавались крупным формам тела: полным грудям, рельефным половым органам, выдающимся ягодицам и животу. Первобытные люди, выражали сексуальность в символической форме, изображая женщину с фаллосом. Ведь доисторическая семья была сосредоточена вокруг женщины, как цитоплазма вокруг ядра, так как единственным отличием племен друг от друга было родство по материнской линии. Историки утверждают, что межплеменные браки использо-

¹ На основании приказа Минздрава России № 337 от 27 августа 1999 г. сексопатологию постигла та же участь, что и невропатологию: убрали патологию, и стали неврология, сексология.

вались для скрепления политических союзов, и это положило конец кровосмесительным отношениям. Такие браки очень быстро стали распространенными и повысив способность к интеллектуальной и физической адаптации, ускорили развитие человечества в течение 50 000 лет, предшествовавших неолитической революции. В эпоху палеолита был изобретен способ контроля над рождаемостью с помощью настоев и отваров специальных растений. На протяжении последнего столетия антропологи, изучая первобытные племена, с удивлением обнаружили, что члены этих сообществ в те времена еще не осознавали связи между половым сношением и зачатием, и, возможно, такое положение сохранялось до X в. до н. э.

Период наблюдений. Проблемы сексологии нашли отражение в философии древности. Платон (V–VI в. до н. э.) считал, что целью любви является не только рождение детей, но и сексуальное наслаждение, которое воспевал как источник поэтического и философского вдохновения. По его мнению, любовь пробуждает возвышенные чувства и мысли, а в конечном итоге – размышления о вечной красоте. Согласно его концепции, любовь и сексуальные связи могут иметь место как между мужчиной и женщиной, так и между двумя мужчинами или двумя женщинами. Он обратился к мифу, согласно которому первоначально мужчина и женщина были едины – одно существо (андрогины), и лишь позднее боги за провинности разделили их на однополые существа. Несмотря на предрассудки относительно педерастии, Платон говорил, что «горстка любящих и возлюбленных, сражавшихся плечом к плечу, могла победить целую армию». Любовник не мог бросить оружие и бежать из рядов воинов на глазах у своего партнера. В Спарте на греческом острове Эвбея педерастия напрямую связана с военными успехами.

Ученик Платона Аристотель (IV в. до н. э.) считал, что для блага общества необходимо развивать индивидуальные способности, и рекомендовал поступать в соответствии с законами разума, сдерживать страсти и избегать крайностей. Сократ (V–IV в. до н. э.) был теоретиком гедонизма – этической доктрины, согласно которой удовольствие (наслаждение) – единственное благо, цель жизни и главный мотив поступков человека. Гиппократ (V–IV в. до н. э.) – создатель учения о темпераментах – полагал, что частые половые акты укрепляют и увеличивают половой член, а воздержание уменьшает его. Он считал половой акт между мужчиной и женщиной взаимной «прививкой», так как между партнерами происходит обмен жидкостями, укрепляющими организм. Это способствовало созданию герокомии – концепции, согласно которой мужчина может

омолодиться, вступая в половую связь с молоденькими женщинами. У Гиппократы была своя точка зрения и на гомосексуализм, согласно которой мужественность и положительные качества взрослого мужчины могут через его семя передаваться подросткам.

В начале XIV в. Анри де Мондевиль, придворный хирург Людовика X, опубликовал работу, посвященную гигиене половых органов, в которой подробно описал, как за ними ухаживают девушки, женщины и проститутки. Амбруаз Паре, придворный хирург французского короля Карла IX, издал учебник по акушерству, где описал способы, с помощью которых женщина могла получить сексуальное удовлетворение. В 1720 г. дрезденский врач Мартин Шуриг издал труд, в котором подробно описал половые органы, а также физическое и моральное значение полового акта. В XVII в. были сделаны два важных открытия: голландский анатом Ранье де Граф установил, что яйцеклетка человека образуется в яичниках (в графовых пузырьках), а Антон Левенгук в сперме человека обнаружил сперматозоиды и описал их.

Период досексологических знаний. В XIX в., в котором сексология уже зародилась, но еще не выделилась в самостоятельную дисциплину, психиатры и неврологи (Крафт-Эбинг, Шарко, Маньян) описали разнообразные случаи патологической сексуальности, не уделяя внимания вопросам лечения. Незначительную терапию сексуальных расстройств того времени можно объяснить относительно низким уровнем развития психиатрии и отсутствием эффективных методов лечения психически больных. Ценный вклад в изучение сексуальности человека внесли биологи, социологи, этнографы, поэты и писатели, а также философы.

Проблема пола интересовала людей с древнейших периодов. Так, древнейшие мифологические, а впоследствии и философские системы содержали сведения об анатомии, физиологии, технике полового акта, зачатии, беременности, родах. Благодаря обобщению исторического опыта были созданы китайские трактаты об «искусстве спальни», а также индийская «Камасутра», которые имеют не только исторический интерес.

В научном познании условно выделяют эмпирическую и теоретическую стадии. Такая классификация вполне приемлема и для анализа развития сексологии.

На эмпирической стадии сексологи занимались поиском и обработкой явлений, их классификацией, установлением зависимости между ними по их внешним свойствам, не раскрывая внутренних существенных связей предмета. Сексология долгое время раз-

вивалась при явном превосходстве элементаристского подхода, означавшего поиск первоосновы половых расстройств путем сведения сложного к простому. Это проявилось в монодисциплинарном или редуccionистском подходе.

Г. С. Васильченко (1977) на основании трех основных методологических подходов к решению сексологических проблем сформировал три концепции сексопатологии: монодисциплинарную, мультидисциплинарную и междисциплинарную.

При *монодисциплинарном* подходе врач – уролог или психиатр – диагностирует прежде всего свою патологию (хронический простатит или невротическую реакцию) и проводит соответствующее лечение, однако самовосстановление происходит только у части больных. Иными словами, любой врач: уролог, гинеколог, невропатолог, эндокринолог, психиатр – одновременно является и сексопатологом. При данном подходе отдельные аспекты сексопатологии растворяются в рамках смежных дисциплин. Возникает вопрос, кто должен лечить больного с расстройством эрекции или эякуляции, если не выявлена психическая и урологическая патология. Однако чем глубже уходят монодисциплинарные исследования, тем сильнее возникает потребность в междисциплинарном сотрудничестве.

При *мультидисциплинарном* подходе врачи: урологи, гинекологи, эндокринологи, невропатологи, психиатры – считают, что сексологическая проблема должна решаться комплексно, в диспансерах или отделениях, где работали бы перечисленные специалисты. При комплексном обслуживании сексопатологии как таковой не существует, правда, есть диспетчер-сексолог, который направляет пациента к специалистам. В этой концепции, кроме организационных неудобств (создание специальных диспансеров), заложено, что сексологические расстройства являются следствием других заболеваний.

При *междисциплинарном*, или системном, подходе сексопатология основывается прежде всего на психиатрии, неврологии, эндокринологии, урологии, гинекологии и выделяется в самостоятельную дисциплину. Врач-сексопатолог помимо основ сексологии и сексопатологии должен обладать знаниями по перечисленным специальностям.

Между тем было бы ошибкой считать, что на современном этапе развития сексопатологии системный подход является общепризнанным. Среди сексологов есть приверженцы каждого из рассмотренных направлений.

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ И НАПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ СЕКСОПАТОЛОГИИ

Основные этапы формирования сексопатологии можно связать с тремя методическими подходами.

На первом этапе — *механическом* — сексуальные расстройства связывались лишь с заболеванием половых органов. Этому способствовал визуальный контроль за гипертрофией простаты и воспалением семенного бугорка, а ликвидация патологических изменений в данных органах автоматически приводила к восстановлению сексуальной функции. Однако такой подход к сексопатологии, как у нас, так и за рубежом, продолжает существовать. Более того, публикуются научные исследования, утверждающие, что именно в основе сексуальной патологии лежат заболевания половых органов мужчины и женщины, без учета личностных особенностей и невротических реакций на них.

Рождение научной сексопатологии можно связать с опубликованием в Париже в 1836 г. трактата Клода Лаллемана «О непроизвольных потерях семени». Он объединил симптомы расстройств эякуляции и возвел их в ранг нозологии, обозначив термином «сперматорея». По его мнению, поллюция — это ужасное заболевание. Применяв специальный инструментарий, позволивший производить прижигания задней уретры, Лаллеман сумел добиться улучшения при некоторых расстройствах эякуляции. Представители этого направления в качестве основного критерия сексуальной патологии считали наличие грубых анатомических изменений в наружных половых органах и простате.

Второй этап — *энциклопедический* — характеризуется переходом на мультидисциплинарные позиции, когда считается, что сексуальные расстройства возникают и при урологической, и при эндокринной, и при психической патологии. Яркими представителями этого этапа являются Эллис, А. Форель, Л. Якобсон и др.

Знаменательным в становлении этого этапа была публикация семитомного труда «Исследования по психологии отношения полов» английского врача, публициста, педагога Эллиса, самого яркого и талантливого представителя этого направления. Рассмотрим основные положения теории половой этики А. Фореля:

1. Половое побуждение и половое действие не должны сознательно приносить вред отдельным индивидуумам, и особенно обществу, а действовать по мере сил твоих повышению счастья и ценности.

2. Во всех областях инстинктивной жизни, прежде всего в половой сфере, умение владеть собой принадлежит к наиболее важному этическому требованию.

3. Половая этика человека должна стремиться к сдерживанию эротических полигамных побуждений, всегда способных повредить счастью других.

На этом этапе выделяется отечественный энциклопедист-сексолог Л. Я. Якобзон (1873–1943), научные работы которого оказали решающее влияние на прогресс российской сексологии. Автор многочисленных работ («Половое бессилие», «Половые извращения», «Онанизм и борьба с ним», «Вопросы пола», «Половая холодность женщины», «Половые расстройства у мужчин» и др.) впервые дает понятие половой конституции, под которой понимает «присущую индивиду половую дееспособность и сопротивляемость вредным для половой деятельности влияниям». Половое бессилие, по мнению Якобсона, угнетает психику пациента, поэтому в лечении данной патологии необходимо прежде всего воздействовать на его психику.

В первой половине XX в. психоанализ Зигмунда Фрейда был одной из ведущих теорий сексуальности. Его теория психосексуального развития, в которой он выделял оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную фазы, подчеркивала роль сексуальности в жизни человека. Важным было указание Фрейда, что сексуальность не может быть понята без целостности личности, а личность — без учета ее сексуальных переживаний. Половые извращения, по Фрейду, объясняются следствием гипертрофии или фиксации отдельных сторон и моментов нормального психосексуального развития. Его теория либидо как источника всей эмоциональной жизни индивида была гиперболизирована. Одна из концепций Фрейда — *эдипов комплекс*, который постулирует неизбежное сексуальное влечение маленького мальчика к своей матери, сопровождаемое такими противоречивыми чувствами, как ненависть, любовь, страх, соперничество, испытываемое ребенком к своему отцу.

Один из последователей Фрейда, американец Берглер, в работе «Преждевременная эякуляция» следующим образом объясняет механизм преждевременной эякуляции: ранняя эякуляция лишает женщину оргазма, и этим мужчина наказывает ее, что является реализацией желания, скрытого от сознания больного. Тем самым в конечном счете он стремится наказать свою мать, которую данная женщина только символически замещает; в свою очередь стремление к наказанию матери обусловлено мотивом мести за то, что она изменила ему, вступив в половую связь с его отцом (элементы эдипова комплекса). Лечебный арсенал сексопатолога-психоаналити-

ка исчерпывается бесконечным потоком слов, толкованием впечатлений раннего детства и символики сновидений (Г. С. Васильченко, 1990).

Высшим в достижении мультидисциплинарного подхода стал *параметрический этап*. Еще Галилей сказал, что книга природы написана на математическом языке. Азбукой этого языка являются цифры. Параметрический подход основывался на сборе информации в результате анонимного анкетирования (по почте) или проведения интервью. Это был статистический подход, схематически представленный таблицами, графиками и диаграммами. Альфред Кинзи со своими сотрудниками на протяжении девяти лет провел 5300 индивидуальных интервью, включающих 521 пункт, и в 1948 г. издал первый том «Половое поведение мужчины». Этот труд получил известность как «Отчет Кинзи». Первые два тома, опубликованные при жизни Кинзи, основывались на 20 тысячах такого рода статистических обследований, из которых было отобрано 11 240, отвечающих требованиям научной достоверности.

Кинзи планировал провести 100 000 индивидуальных интервью с последующим изданием монографий по вопросам детородной функции женщины, правовым аспектам полового поведения, сексуальной адаптации в браке, гомосексуализму, проституции, половому воспитанию. После публикации двух первых томов «Отчета» началась политическая травля Кинзи и его сотрудников обвинением их в симпатии к коммунистическим взглядам. Специально созданная экспертная комиссия объявила исследования сотрудников института не просто не имеющими научного значения, а оскорбляющими национальную гордость американского народа. В 1954 г. институт был снят с финансирования Рокфеллеровским фондом, а самому Кинзи был предложен выбор: либо отказаться от педагогической активности, сохранив право продолжать сбор научно-исследовательского материала, либо сохранить право на преподавание ценой отказа от научных исследований. Даже критики, способствовавшие отстранению Кинзи от научных исследований, сходились во мнении, что он «сделал для секса то, что сделал Колумб для географии». Одна из заслуг Кинзи состоит в том, что он создал Сексологический институт при университете штата Индиана.

Кинзи был заложен фундамент массовым опросам, которые стали проводиться в индустриально-развитых странах, давая ценнейшую информацию врачам, психологам, социологам, педагогам.

Учитывая, что в работах Кинзи был изучен недостаточно физиологический аспект сексуальности человека, американский гинеколог Уильям Мастерс и его ассистентка Вирджиния Джонсон восполни-

ли его. В специально оборудованной лаборатории в течение 11 лет, применяя новейшие регистрационные методики, они записали у 694 человек (312 мужчин и 382 женщины) в возрасте от 15 до 89 лет более десяти тысяч полных половых циклов, при которых фиксировались все основные физиологические параметры, а также степень кровенаполнения отдельных анатомических образований. Кроме того, учитывалось воздействие на половые реакции механических и химических противозачаточных средств и исследовались сексуальные изменения при искусственном половом акте. Оборудование для искусственного коитуса было сконструировано радиофизиками, а специальная оптика позволяла производить как наружную, так и интравагинальную цветную киносъемку, конструкция манипулятора позволяла женщине регулировать амплитуду и частоту фрикции.

В 1966 г. У. Мастерс и В. Джонсон опубликовали первую монографию «Сексуальные реакции у человека» и дополнили наблюдения Кинзи прямыми физиологическими данными. Теперь сексология располагала фундаментальными сведениями как о статистических вариантах, так и о физиологии половой функции человека. Закрепленные в графиках точные данные отражали количественные параметры, показывающие, что, как и в какой последовательности происходит при половом акте.

Так, в первой книге У. Мастерс и В. Джонсон подробно описали физиологические проявления полового цикла. Однако нашлись критики, которые обвинили их в чрезмерной физиологии половых проявлений у человека, а также в недооценке роли психики. Поэтому Мастерс и Джонсон подготовили вторую книгу «Половая неадекватность человека», в которой излагалась система клинических взглядов авторов и основанные на этих взглядах терапевтические приемы. По мнению авторов, патогенез ускоренной эякуляции имеет психогенный механизм с небольшим набором вариантов: многие молодые американцы приобретают первый сексуальный опыт при общении с профессиональной проституткой, для которой быстрая эякуляция – положительное явление: чем скорее освободит ее первый клиент, тем быстрее она сможет принять следующего. Другие молодые американцы, имеющие первый сексуальный контакт со случайными знакомыми, в неблагоприятной обстановке (в парке, в автомобиле и т. п.), сами форсируют быстрое наступление эякуляции. Под влиянием этих обстоятельств привычка молодого американца заканчивать половой акт как можно быстрее превращается в условный рефлекс, от которого он не всегда может избавиться.

Викторианизм – одно из направлений в сексопатологии. Распространение термина связано не только с сильным воздействием цер-

кви на население, но и влиянием царствования английской королевы Виктории (1837–1901). Она распространила ограничения, связанные с сексуальной этикой, введя различия в сексуальном поведении мужчины и женщины. Одна из викторианских установок предписывает женщине отдаваться пассивно и сохранять полную двигательную и эмоциональную заторможенность при половом акте. Религиозная мораль осуждает любое сексуальное проявление, не связанное с *прокреацией* (воспроизводством).

Системный этап в сексопатологии характеризуется междисциплинарным подходом. Он принадлежит отечественным ученым и построен на основе общей теории функциональных систем (П. К. Анохин, 1975) и концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла (Г. С. Васильченко).

Остановимся на участии неврологии, психиатрии, урологии и эндокринологии в формировании сексопатологии.

Неврологический подход формировался в тесной связи с физиологией нервной системы на принципах нервизма и представлен в работах И. М. Сеченова, И. П. Павлова, Н. Е. Веденского, А. А. Ухтомского.

И. М. Сеченов в книге «Рефлексы головного мозга» утвердил единство психического и физиологического, обосновав рефлекторный характер работы высших отделов нервной системы – головного мозга. Все акты сознательной и бессознательной жизни человека по способу происхождения суть рефлексы.

В работе «Физиология нервной системы» И. М. Сеченов утверждает, что эрекция – акт нервного происхождения; она всегда представляет собой продукт половой похоти, т. е. специфического ощущения, каким бы образом последнее ни происходило. По способу происхождения она принадлежит к нервным процессам рефлекторного типа. Рефлекторная дуга эрекции рефлекса, исходным пунктом которого является головка полового члена, при механическом раздражении по ветвям срамного нерва направляется в спинной мозг по задним корешкам III–IV крестцовых нервов, однако сведений об уровне замыкания эрекции рефлекса в работах И. М. Сеченова не встречается. Автор аналогично рассматривает рефлекторный характер семяизвержения, наступающего вследствие сокращения гладкой мускулатуры семенных пузырьков, предстательной железы, семявыносящих протоков. Когда сила полового ощущения достигает известного предела, независимо от чего это происходит: от механического раздражения или психического представления, к эрекции присоединяется движение в сфере семенных протоков, в результате которого семя извергается в мочеиспускательный канал.

Учение Н. Е. Веденского о парабиозе, описанное в книге «Возбуждение, торможение и наркоз», очень важно для понимания стадийности развития эрекции, эякуляторной функций и полового влечения.

А. А. Ухтомский первый описал половую доминанту, под которой понимал возбуждение центров в коре, подкорковых аппаратах, в секреторной и сосудистых системах. Начавшееся доминантное половое возбуждение, протекающее по типу цепных рефлексов, влечет за собой в адекватных условиях цепь других последовательных рефлекторных возбуждений: эрекции, эякуляции, оргазма и т. д.

Большой вклад в развитие сексологии внесла школа И. П. Павлова, изучавшая условные рефлексы у животных в различные периоды половой деятельности: во время течки, полового возбуждения, а также после кастрации.

Психиатрическому подходу в развитии сексологии способствовали работы Р. Крафт-Эбинга, З. Фрейда, В. М. Бехтерева, И. П. Павлова.

Р. Крафт-Эбинг в работе «Половая психопатия» подробно рассматривает вопросы психогигиены и физиологии половой жизни, общую невро- и психопатологию, частную патологию, приводит классификацию половых неврозов и психозов. Половые неврозы он делит на периферические неврозы, спинномозговые, церебрального происхождения, куда включает и парафилии (девиации).

З. Фрейд одним из первых выдвинул значимость сексуальности в жизни человека. Он указал на роль отношений детей с родителями и ранних переживаний в формировании определенного типа сексуального поведения.

По мнению И. С. Кона, основными недостатками психоаналитической теории в сексологии можно считать:

- пансексуализм с его неопределенно-расширительной трактовкой понятия «половое» и пониманием либидо как явления особой глобальной сущности;
- психогидравлическую модель сексуальности, согласно которой все пути реализации либидо связаны с конфликтом сексуальности и культуры;
- трактовку половых различий как проявлений универсального биологического закона;
- теорию детской сексуальности с ее якобы универсальными комплексами;
- теория половой идентификации, редуцирующую этот сложный и многомерный процесс до отношений «родитель—ребенок» и эскапалируемую на развитие личности в целом.

Согласно В. М. Бехтереву, вся разнообразная деятельность личности может быть выражена следующей схемой: возбуждение на периферии воспринимающих аппаратов (начало психорефлекса) приводит через посредство мозговых структур к возбуждению на периферии мышечных сокращений или железистой секреции (окончание психорефлекса). С этой точки зрения вся психическая деятельность может быть понята как «сложный комплекс рефлексов высшего порядка».

Урологический подход имел и продолжает иметь многочисленных приверженцев. Наиболее яркий представитель его, П. Орловский, своей работой «Половая слабость мужчины» оказал большое влияние на развитие сексологии. Автор считал, что в основе половых расстройств мужчины лежат главным образом грубые анатомические изменения половых органов и в первую очередь семенного бугорка – его гипертрофия. Гипертрофии способствуют две причины: частый в течение ряда лет практикуемый онанизм и прерванный половой акт.

Эндокринологический подход начинается с работ Ш. Броун-Секара, когда он впервые в возрасте 72 лет в 1889 г. впрыснул себе под кожу сок из яичек, после чего почувствовал увеличение физической силы и увеличение способностей, возбуждение аппетита. Таким образом были заложены основы учения о внутренней секреции и новый способ лечения – органотерапия. В 1890 г. А. В. Пель использует терапевтический эффект спермина в лечении сексологических больных. Основная проблематика органотерапии была ориентирована на омоложение и продление жизни, борьбу с преждевременной старостью, а сексологические проблемы отошли на второй план. Органотерапия способствовала формированию «сексологических мифов» и носила конъюнктурный характер. Этиопатогенез эндокринологического подхода к сексуальным расстройствам стал причиной создания «семясберегающих» лечебных методик для борьбы с мастурбацией. В 60-е годы XX в. эндокринологи научились определять уровень половых гормонов и детально проследили их влияние на половую дифференцировку организма, особенно в зародышевой фазе развития. Началось изучение влияния гормонов на психику и сексуальное поведение человека.

Несмотря на известную методологическую несогласованность между указанными направлениями, каждое из них обогатило сексологию либо эмпирическими данными, либо новыми исследовательскими подходами.

Американские социологи Гэньона и Саймона разработали социологическую теорию сексуальности, основанную на сексуальном

сценарии. *Сексуальный сценарий* – это детерминированная культурой и в значительной мере неосознанная мысленная схема, на базе которой люди организуют, осмысливают и оценивают свое сексуальное поведение. Этот сценарий имеет три уровня: культурный – совокупность социальных представлений и норм, регулирующих сексуальное поведение членов данного общества; межличностный, складывающийся в процессе взаимодействия конкретных индивидов; индивидуальный, охватывающий совокупность специфических для данной личности и неразрывно связанных с ее Я эротических потребностей, мотивов и предпочтений. Сексуальный сценарий предусматривает: кто, что, с кем, как и когда может или не может «сексуально делать». История сексуальности – это история изменения сексуальных сценариев. Любое сексуальное воспитание, просвещение или терапия также предполагают воздействие на те или иные элементы сексуального сценария.

Понятие *сексуальной революции*, особо популярное в 60–70 годы, характеризовалась изменением отношения к сексу и сексуальному поведению. Выдающийся сексолог Джон Мани (1991) считает, что процесс «сексуальных реформ» начался в середине XX века сексуальным раскрепощением женщин, геев и лесбиянок, а также определенным прогрессом системы полового воспитания и возникновением сексуальной терапии. Несмотря на сексуальную революцию, отношение общества к сексу имеет двойственное отношение, как в нашей стране, так и в США. С одной стороны, разговоры на сексуальную тему ведутся сейчас более открыто как среди женщин, так и среди мужчин, а с другой – в присутствии детей родители стараются не упоминать о некоторых аспектах сексуальной жизни, в частности о мастурбации. Это несоответствие четко прослеживается, если сравнить открытую демонстрацию эротического материала в средствах массовой информации и сдержанность людей в разговорах о собственной интимной жизни. Сейчас трудно представить себе прессу и телевидение без сексуальных тем, эротических сюжетов, которые играют огромную роль в формировании общественного мнения, способствуют сохранению мифов, преувеличивая сексуальную активность человека. Однако в последние годы во всем мире активизируется вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), который вызывает синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), и отмечен рост данной патологии в США. В начале 90-х годов, чтобы избежать неблагоприятных последствий ранней половой жизни, в США была принята программа «Обучение контрацепции». Однако такое обучение негласно разрешает начало половой жизни. Итогом этой программы стали внебрачные беременности и рост заболева-

ний, передающихся половым путем. Программа была закрыта, и конгресс США принимает новую программу «Обучение только воздержанию».

В зависимости от понимания роли, которую играет секс в жизни человека, отношение населения к сексуальности можно разделить на три категории. К первой, *прокреационной* (ориентированной на воспроизведение потомства), относятся те люди, которые считают, что цель сексуальной активности – размножение. Они не одобряют секс вне брака и сексуальную активность между людьми одного пола. Ко второй категории, *реляционной* (ориентированной на отношения), принадлежат люди, которые рассматривают сексуальную активность как естественный элемент близких отношений и любви. Большинство людей принадлежат к этой категории, они воспринимают секс в контексте любых доверительных отношений, основанных на любви между супругами или между людьми, не состоящими в браке, и отрицательно воспринимают обмен сексуального партнера. К третьей категории, *рекреационной* (ориентированной на развлечения), относятся те, кто считает, что основная цель секса – это удовольствие. Таким образом, в наше время не существует какого-то одного комплекса установок в отношении сексуальности.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СЕКСОПАТОЛОГИИ

В одной из своих работ – «Воспитание с антропологической точки зрения» – И. М. Мечников делает следующие выводы:

- концепция «дисгармонии человеческой природы» подтверждается с помощью данных о разнице сроков наступления полового созревания человека у «цивилизованных» и «нецивилизованных» народов;
- чем длиннее период «созревания организма», тем более высокого уровня достигает его развитие;
- выявляется несоответствие между двумя основными качествами человеческого характера, т. е. чувствительностью и страстью, с одной стороны, и умом и волею – с другой;
- обнаруживается несоразмерность в развитии различных аппаратов половой системы, и показательным в этом плане считается такой «распространенный порок», как онанизм.

В результате этнографических исследований И. И. Мечников делает заключение о том, что у «диких» и у «цивилизованных» народов имеется временной промежуток между наступлением поло-

вой зрелости и вступлением в брак. Так, у первых брак довольно часто предшествует половой зрелости, а у последних он следует через значительный промежуток времени после ее наступления.

Становлению системного направления в сексологии способствовали выдающиеся физиологи И. Р. Тарханов и М. В. Сергиевский, а также сотрудники лабораторий И. П. Павлова и М. К. Петровой. На решение проблем и ход развития отечественной сексологии повлияли работы В. М. Бехтерева, И. И. Мечникова, В. М. Тарновского, Е. А. Попова (1934, 1947), П. Б. Ганнушкина (1901), П. И. Ковалевского (1908) и др. Они способствовали процессу выделения сексологии в самостоятельную отрасль науки на интегральной основе, обеспеченной предварительным изучением различных аспектов проблемы.

Профессиональная подготовка сексопатологов в нашей стране начинается с 1963 г., когда в Горьком был проведен первый всесоюзный семинар врачей-сексопатологов. На этот семинар Н. В. Ивановым были приглашены ученые различного профиля (психиатры, невропатологи, урологи и т. д.), которые зарекомендовали себя в сфере сексологии чтением лекций и проведением практических занятий, а в качестве слушателей выступали врачи, проявившие интерес к сексопатологии и имевшие некоторый практический опыт работы с этим контингентом больных. Таким образом, был подготовлен первый отряд профессиональных сексопатологов. Подобные семинары в Горьком повторились в 1964 и 1966 г., а в 1967 г. прошли в Москве на базе отделения сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР.

Первые годы работы сексологических кабинетов выявили как положительные, так и отрицательные стороны. Положительным стало то, что врачи могли оказывать сексологическую помощь по месту жительства пациента. Отрицательным было отсутствие единой классификации половых расстройств, и поэтому врачи, работающие в разных городах, часто не могли понять друг друга при обсуждении больного. Для решения данной проблемы возникла необходимость создания научно-методического центра, который мог бы объединить сексопатологов, выделить узловые проблемы, проанализировать имеющийся материал и быть проводником в работе врача. Теоретические и практические наработки в данной области способствовали преобразованию отделения сексуальной патологии Московского научно-исследовательского института психиатрии сначала в головное сексологическое учреждение РСФСР, а с 1973 г. приказом министра здравоохранения СССР за № 920 на него были возложены функции Всесоюзного научно-методического центра по

вопросам сексопатологии. До организации первых кафедр в СССР подготовку по сексопатологии врачи проходили на базе отделения сексопатологии МНИИП Минздрава РСФСР.

На основании анализа достижений в сексологии и смежных дисциплинах во Всесоюзном научно-методическом центре была разработана карта сексологического обследования для мужчин, страдающих половым расстройством, которая со временем совершенствовалась и превратилась в инструмент структурного анализа.

Структурный анализ сексуальных расстройств, разработанный Г. С. Васильченко на основе стадий и составляющих копулятивного цикла, представляет совокупность приемов, позволяющих перевести симптомы, характеризующие половую активность обследуемого, на уровень синдромов. На следующем этапе формируется представление о расстройстве в целом, с выделением ведущих этиологических причин и предрасполагающих факторов, при этом первично пораженные функциональные структуры отграничиваются от вторично вовлеченных систем и осложнений. В 1970 г. Г. С. Васильченко, проанализировавший более 1000 историй болезней клинического архива отделения, подвел итоги широкой апробации предложенной еще в 1952 г. патогенетической классификации расстройств потенции, представляющей первый этап построения общей классификации сексологических нарушений.

В 1986 г. на 1-й Всесоюзной конференции сексопатологов СССР в Уфе на основе системного подхода рассматриваются новые достижения в понимании патогенеза, диагностики, лечения, профилактики и экспертизы сексуальных расстройств у мужчин и женщин. В 1999 г. в Москве состоялся международный симпозиум «Сексуальное здоровье на рубеже веков», на котором была дана оценка сложившейся демографической ситуации в стране. Поскольку именно в России в настоящее время сокращение потребительской корзины не способствует проявлению сексуальной активности, а беременность все чаще воспринимается как несчастье, смертность превысила рождаемость за всю тысячелетнюю историю России, чего никогда не было в мирное время. ВОЗ назвала сложившуюся ситуацию феноменом «Русский крест».

Отметим ведущих специалистов различных стран, которые своими исследованиями и работами заложили фундамент медицинской сексологии.

Рихард фон Крафт-Эбинг (1840–1902), невропатолог, психиатр и криминалист. Заняв в 1870 г. профессорскую кафедру в Страсбурге, он в 1872 г. публикует «Основы криминальной психологии», в 1876 г. – «Учебный курс судебной психопатологии», а в 1886 г. –

«Половая психопатия», которая выдержала 12 изданий, последнее вышло в России в 1996 г. Автор одним из первых подробно описал половые извращения и девиации, такие как садизм, мазохизм, гомосексуализм, фетишизм, эксгибиционизм, зоофилия, некрофилия, создав объединенную концептуальную гипотезу. Согласно его мнению, в каждом человеке дремлют определенные перверсные склонности, что вызвало многочисленные нападки и острую критику, главным образом моралистов, хотя в этом отношении он все-таки был прав.

Магнус Хиршфельд (1868–1935) внес большой вклад в развитие сексологии, проблемы которой он изучал в медицинском, социальном и историческом аспектах, считая наиболее важными социальные проблемы сексологии. Особое внимание он уделял этическим и юридическим вопросам, в том числе проституции и контролю над рождаемостью. В 1908 г. Хиршфельд начал выпускать первый научный журнал по общей сексологии. Он считал, что между сексуальной этикой и сексуальной гигиеной не должно быть никаких конфликтов. В 1918 г. Хиршфельд основал в Берлине первый в мире сексологический институт и возглавил его. В 1921 г. под его руководством в Берлине был проведен первый международный конгресс, посвященный проблемам сексуальных реформ, на котором была создана Всемирная лига сексуальных реформ.

Иван Блох (1872–1922), дерматолог. В его труде «Сексуальная жизнь нашего времени и ее связь с современной культурой», изданном в 1909 г. в Берлине, впервые в систематизированном виде описан комплекс сексологических знаний. Занимаясь преимущественно вопросами садизма и мазохизма, Блох предпринял попытку изучать сексуальность человека с учетом культурно-исторического аспекта.

Зигмунд Фрейд (1856–1939), профессор психиатрии, невропатолог. Доказал наличие подсознания и основал психоанализ (глубинная психология, называемая также фрейдизмом). Впервые указал на роль сексуального поведения в жизни человека, в его развитии и формировании невротических расстройств. Установленные им подсознание человека, детская сексуальность, комплекс Эдипа в подсознании мужчины (вместе с его биологическим и эмоциональным значением), связь между поведением взрослого человека и образами его родителей, которые формирует для себя ребенок на основе семейной жизни, а также между сексуальностью и отклонениями в этой области и между вытеснением и возникновением неврозов, психозов и патологии характера находят широкое применение и в наше время. В 1895 г. он опубликовал фундаментальный труд «Иссле-

дования истерии», в 1905 г. – «Три очерка по теории сексуальности». Благодаря его трудам сексуальность стала предметом серьезного изучения в медицине и психологии.

Генри Хейвлок Эллис (1859–1939), английский врач. Исследовал все стадии сексуального развития человека, биологические основы сексуальности и ее психические аспекты, вопросы периодичности, чувство стыда, половые отклонения и сексуальность в период беременности. Эллис первым выдвинул концепцию индивидуальных различий в сексологии. Его формулировка звучала так: «Не каждый является таким, как ты». В тот период этот тезис был революционным, так как до этого каждый рассматривал собственное Я как эталон сексуального поведения, поскольку не было никакой меры для сравнения. Все иное клеймилось, отвергалось. Эллис отметил, что мастурбация – обычное явление у мужчин и женщин любого возраста. С 1896 по 1910 гг. им было издано шесть томов «Исследований по психологии секса»

Теодор Ван де Вельде (1873–1937), голландский врач. В 1926 г. опубликовал книгу «Идеальный брак», которая впоследствии неоднократно переиздавалась (77-й раз в 1967 г.). В ней он описал различные позиции при близости и оральный секс как часть предварительных ласк. При этом женщина у него выступает не как объект сексуальности мужчины, а как равноправный партнер, интересы которого должны соблюдаться.

Альфред Кинзи (1894–1956), профессор биологии. Его заинтересованность сексуальной жизнью возникла на чисто интеллектуальной основе. Когда в 1937 г. Индианский университет пригласил прочитать Кинзи цикл лекций о сексуальности и супружестве, он обратил внимание на то, сколь скудной информацией располагает наука о биологии сексуального поведения людей. Благодаря своей настойчивости добился необходимых финансовых средств из Рокфеллеровского фонда и начал широко задуманное изучение сексуальной жизни людей. В 1947 г. с сотрудниками организовал сексологический институт при Индианском университете. Под его редакцией были опубликованы коллективные труды «Половое поведение мужчины» (1948) и «Половое поведение женщины» (1953), вызвавшие большой резонанс в США и во всем мире. Одни хвалили его, называя Колумбом сексологии, другие осуждали, считая разрушителем основ морали. Кинзи в сексологию внес следующий вклад: показал, насколько велик диапазон индивидуальных проявлений сексуальности; изучил динамику возрастных изменений; обнаружил математическую связь основных сексуальных эмоций с образовательным уровнем, материальной обеспеченностью, местом жительства и др.

Ганс Гизе (1920–1970) был одним из выдающихся специалистов в медицинской сексологии. В 1958 г. издал книгу о гомосексуализме у мужчин, в которой впервые написал, что «гомосексуализм является не сексуальным извращением, а лишь аномалией по отношению к нормативным требованиям человеческого существования». Организовал сексологический институт в Гамбурге, где с помощью анкет изучал сексуальную жизнь студентов. Это вызвало резкую критику, так как общество не было подготовлено к таким исследованиям.

Уильям Мастерс (род. в 1915 г.), профессор акушерства и гинекологии в Сент-Луисе. В 1954 г. вместе со своей ассистенткой Вирджинией Джонсон начал изучать физиологию сексуальности у мужчин и женщин. Они записали на киноплёнку около 10 000 циклов сексуальных реакций. До них никто не пытался так глубоко проникнуть в интимную жизнь человека. В 1966 г. издаёт книгу «Сексуальные реакции у человека», вызвавшую резкую критику и нападки «общественного мнения», особенно усилившиеся после опубликования ими второй книги «Сексуальная неадекватность у человека» в 1970 г. о лечении сексуальных расстройств с рекомендациями использовать с лечебной целью замещающих партнёров. В своих трудах Мастерс и Джонсон выдвинули ряд оригинальных терапевтических концепций, значительно повысивших уровень сексологического лечения.

Казимеж Имелинский (род. в 1929 г.), профессор. В 1988 г. избран президентом Польской академии сексопатологии, а в 1990 г. – президентом Польской академии медицины. С 1998 г. – президент Всемирной академии медицины А. Швейцера. Он почетный профессор и доктор медицины более чем в 50 медицинских академиях многих стран мира, автор более 1000 научных, учебных и популярных изданий, многих медицинских открытий. В нашей стране изданы его книги: «Психогигиена половой жизни» и «Сексология и сексопатология».

Георгий Степанович Васильченко (род. в 1921 г.), доктор медицинских наук, профессор, заведующий курсом сексологии в Медицинской академии последипломного образования, руководитель всемирного центра по сексологии при МНИИ психиатрии МЗ РФ. Г. С. Васильченко принадлежит системный подход в обследовании и лечении половых расстройств, возникающих у человека. Им совместно с учениками созданы руководства: «Общая сексопатология», «Частная сексопатология», справочник «Сексопатология». Благодаря его усилиям в Советском Союзе, где официально «не было секса», была утверждена такая область научных знаний, как сексопатология. Должность «врач-сексопатолог» появилась согласно приказу Минздрава СССР от 10 мая 1988 г. № 370.

Исследования в сексологии опровергают глубоко укоренившиеся в сознании человека нормы поведения, что вызывает протест, часто направленный против личности исследователя. Такую же реакцию вызывают и новые методики исследования в сексологии. Поэтому необходима большая отвага, чтобы противостоять этому и работать в атмосфере критики, насмешек, нападков и унижения. Перечисленные ученые достойно отстаивали интересы сексологии и прежде всего проблемы сексуальной жизни человека в ущерб личностным выгодам.

В своей работе они руководствовались стремлением избавить людей от страданий, вызванных половыми расстройствами.

Но сексология продолжает успешно развиваться, и многие явления, вызывающие раньше протест, теперь воспринимаются как обычные.

В большинстве стран она находится в периоде становления, хотя в некоторых из них достигла отдельных успехов. Однако в послевоенные годы повсеместно наблюдается усиление интереса к этой отрасли знания, выражающееся в стремлении обеспечить население сексологической помощью. Возникла потребность в новой клинической дисциплине — медицинской сексологии (сексопатологии). И если урология выделилась из общей хирургии благодаря техническому прогрессу, обеспечившему объективные инструментальные методы исследования, то сексопатология — детище прогрессивной гуманизации послевоенного мира.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР от 22 ноября 1973 г. № 920 «О мерах улучшения лечебно-профилактической помощи больным, страдающим половыми расстройствами» в психоневрологических диспансерах и поликлиниках республиканских, областных и некоторых городских больниц были созданы специализированные кабинеты. Следующим шагом в становлении сексопатологии был приказ Минздрава СССР от 30 апреля 1981 г. № 465, где рекомендовалось в городах с населением более 500 тыс. человек в структуре женских консультаций организовать сеть консультаций «Брак и семья», также включающих кабинеты сексопатологии. Однако эти структурные подразделения действовали разобщенно и недостаточно эффективно. Для приближения и обеспечения потребности населения в сексопатологической помощи издается приказ Минздрава СССР от 10 мая 1988 г. № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению».

В соответствии с этим приказом организуются специализированные отделения (кабинеты) семейного врачебно-психологического консультирования в составе психоневрологических диспансеров в городах с населением свыше 250 тыс. человек, а также разработано положение о враче-сексопатологе и психологе отделения семейного врачебно-психологического консультирования. В номенклатуру врачебных специальностей включается специальность «67. Сексопатолог», а в номенклатуру врачебных должностей включается должность «95. Врач-сексопатолог».

Основные функции отделения — это профилактика, раннее выявление и лечение сексуальных расстройств и сексуальных дисгармоний в браке. Включение отделений в структуру психоневрологических диспансеров обосновано, так как у 80–90% сексологических больных обнаруживаются психические расстройства, преимущественно невротического регистра, а у 50% больных они играют ведущую роль в формировании сексуальных нарушений.

В штат отделения входят: врач-сексопатолог, медицинский психолог, медсестра, лаборант и санитарка, причем по решению местных органов здравоохранения число врачей и психологов может быть увеличено, исходя из конкретных потребностей. В небольших же городах можно ограничиться кабинетом сексопатологии с врачебной и медсестринской ставками. В крупных городах несколько отделений семейного врачебно-психологического консультирования могут быть объединены в одно городское (межрайонное) с соответствующим увеличением медицинского персонала, что позволяет организовать непрерывный режим работы отделения в отпускное время и в период повышения квалификации его сотрудников, использовать двусменный режим работы, обеспечить право пациента на выбор лечащего врача.

В соответствии с приказом Минздрава СССР № 225 от 21 марта 1988 г. лица, обратившиеся в отделение семейного врачебно-психологического консультирования, не подлежат обязательному психоневрологическому диспансерному учету. По деонтологическим соображениям эти отделения могут размещаться вне психоневрологических диспансеров, например на территории консультативных диагностических центров, соматических поликлиник и других лечебно-профилактических учреждений.

В соответствии с приказом Минздрава СССР № 370 от 10 мая 1988 г. отделения семейного врачебно-психологического консультирования могут быть организованы на принципах хозрасчета, вступать в договорные отношения с предприятиями и организациями, основываясь на соответствующих нормативных актах указанного

министерства по внедрению хозяйственного расчета в деятельность медицинских учреждений. Преимущества хозрасчета в организации сексологической службы наиболее очевидны на территориях с небольшой численностью населения, в курортных зонах, столицах автономных республик, где высока обращаемость приезжих пациентов и существует возможность привлечь к этой работе наиболее квалифицированные медицинские кадры.

В структуру такого отделения должны входить кабинеты сексопатологии, психологии семейных отношений и вспомогательной службы (лаборатория, кабинет доврачебного приема, процедурный кабинет, кабинет для проведения психотерапевтических занятий). Заведование отделением возлагается на врача-сексопатолога.

В масштабах страны координацию деятельности сексологической службы осуществлял Всесоюзный научно-методический центр по вопросам сексопатологии, в настоящее время реорганизованный во Всероссийский научно-методический центр по вопросам сексопатологии. Функции республиканского центра по оказанию сексопатологической помощи населению возлагаются на отделения врачебно-психологического семейного консультирования, к задачам которых относятся:

- консультативно-диагностический отбор больных, нуждающихся в наблюдении и лечении в отделении;
- комплексная терапия больных с сексуальными расстройствами путем применения психо-, физио-, рефлекс-, фармакотерапии и специальных процедур;
- использование методов психологической диагностики и коррекции нарушенных семейных отношений;
- проведение санитарно-просветительной и психопрофилактической работы среди населения, и в первую очередь с лицами, вступающими в брак, и разводящимися супружескими парами.

Показаниями для направления в отделения семейного врачебно-психологического консультирования являются:

- сексуальные расстройства у мужчин и женщин различного генеза (нейроэндокринного, психического, сосудистого, уrogenитального);
- сексуальные дисгармонии супружеских отношений;
- сексуальные перверсии и транссексуализм;
- нарушения сексуального поведения у детей и подростков;
- проблемные и кризисные семейные отношения;
- проблемы семейных и сексуальных отношений у лиц с амбулаторно протекающими формами психических заболеваний.

На должность сексопатолога обычно назначается врач, прошедший подготовку в областях психиатрии и сексопатологии. Необходи-

мость в психиатрических знаниях диктуется тем, что в своей деятельности врачу нередко приходится дифференцировать сложные психопатологические состояния, при которых со стороны пациентов возможны агрессивные действия, суицидальные попытки и т. д.

Абсолютное большинство больных, обращающихся за сексологической помощью, при этом не утрачивают трудоспособности и подлежат амбулаторному лечению. Необходимость в госпитализации возникает при выраженных психопатологических состояниях (в отделениях невротозов или дневные стационары психоневрологических больниц), при сосудистой недостаточности половых органов (в ангиохирургические отделения), а также при острых урологических заболеваниях (в урологические отделения). Значительно реже приходится госпитализировать больных в эндокринологические отделения для дифференциальной диагностики и подбора терапии при специфических эндокринопатиях. В большинстве случаев следует предпочесть «полустационарное» лечение, так как оно не лишает больного сексуальной активности. Как правило, после лечения в стационаре больные проходят через сексуальную реадaptацию супружеской пары в отделении врачебно-психологического семейного консультирования.

Помимо лечебно-консультативной работы с больными, врачи и психологи этого отделения оказывают специализированную помощь детям и подросткам с нарушениями сексуального поведения. Их также привлекают для проведения экспертизы противоправных действий в отношении сексуальной неприкосновенности личности.

В настоящее время сексологическая служба переживает определенные экономические трудности переходного периода, но заложенные в нее принципы позволяют надеяться, что в ближайшем будущем наступит ее полноценное функционирование.

Контрольные вопросы

1. Предмет «Медицинская сексология».
2. Понятие «сексуальное здоровье».
3. Четыре периода в развитии сексологии.
4. Периоды: доисторический, наблюдений и досексологических знаний в развитии сексологии.
5. Три методологических подхода в сексологии.
6. Механический этап в развитии сексологии.
7. Энциклопедический подход в развитии сексологии.
8. Эдипов комплекс, по З. Фрейду.
9. Параметрический этап в развитии сексологии.
10. Физиологический аспект сексуальности человека в работах У. Мастерс и В. Джонсон.

11. Викторианизм в сексологии.
12. Системный этап в сексологии.
13. Неврологический подход в сексологии.
14. Психиатрический подход в сексологии.
15. Урологический подход в сексологии.
16. Эндокринологический подход в сексологии.
17. Понятия «сексуальный сценарий» и «сексуальная революция».
18. Особенности развития отечественной сексопатологии.
19. Основатели медицинской сексологии.
20. Консультации «Брак и семья».
21. Структура отделения семейного врачебно-психологического консультирования.
22. Задачи отделения семейного врачебно-психологического консультирования.

Глава 2

ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Психосексуальное развитие человека начинается с первых месяцев жизни. В его процессе формируются половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации.

Сексуальное развитие и выражение какого-либо пола можно рассматривать на четырех главных уровнях (Hunter, 1995):

1. Генетический пол. Он определяется генетической комбинацией, возникающей при оплодотворении, когда сперматозоид проникает в яйцеклетку. При этом образуется набор генов, который ведет к дальнейшему развитию мужских, женских или интерсексуальных признаков.

2. Гонадный пол. Генетическая информация определяет развитие гонад, т. е. половых желез, которые в конце концов начинают секретировать в организм человека гормоны. Гонады, являющиеся либо яичками, либо яичниками, и гормоны, которые они вырабатывают или не вырабатывают, оказывают глубокое влияние на половое развитие.

3. Морфологический пол. Наличие или отсутствие гормонов в ходе индивидуального развития частично определяет характер формирующихся наружных и внутренних половых органов. Анатомические структуры, с которыми человек рождается, играют главную роль в его последующей социальной категоризации и в том, как индивидуум воспринимает себя.

4. Церебральный пол. Обоснования полового деморфизма головного мозга – один из самых интригующих вопросов, стоящих перед сексологами сегодня. Появляется все больше доказательств того, что гормональное влияние половых желез на головной мозг до и после рождения играют некоторую роль в определении «мужского» или «женского» типов поведения.

Биологический, репродуктивный пол определяется как статус индивида: самца или самки с соответствующим набором контрастирующих признаков.

Социальный пол – это совокупность социокультурных и поведенческих характеристик и ролей, определяющих личный, социальный и правовой статус мужчины и женщины в определенном обществе.

Социальный пол называют гендером (от лат. род), а соответствующие свойства и отношения – гендерными (гендерные роли, гендерное разделение труда, гендерные стереотипы). Гендер – это не просто фиксированная совокупность личностных черт или ролей, а сложная система межличностного взаимодействия, посредством которого создается, утверждается и воспроизводится представление о мужском и женском как базовых категориях социального порядка.

Гендерная роль – это внешнее выражение и демонстрация социальной идентичности с помощью поведения, одежды и т. п., а также культурно обусловленные характеристики мужских и женских черт. Параметры, по которым люди оценивают свою гендерную роль, частично физические (например, внешний вид половых органов и всего тела), а частично – социокультуральные (например, длина волос, одежда и принятые в данном обществе стандарты мужского и женского поведения). Чтобы понять поведение конкретных мужчин и женщин, нужно знать не только их биологические константы и социальные факторы (половое/гендерное разделение труда, особенности воспитания мальчиков и девочек и т. д.), но и то, как это отражается в их психологии – осознание своей принадлежности, выработка соответствующего им самосознания, уровня притязаний, самооценок и т. д.

Гендерная идентичность – это внутреннее восприятие человеком своего пола, ощущение своей принадлежности к мужчинам, женщинам или же к некоторой неопределенной позиции между двумя полами. В зависимости от того, на чем акцентируется внимание: на внутренних процессах развития и половой дифференциации или же на том, как общество воспитывает, обучает ребенка, помогая ему усвоить определенную систему гендерных ролей, этот процесс называется психосексуальным развитием, или гендерной социализацией.

Психосексуальное развитие – сложный биосоциальный процесс, в котором переплетаются природные и социальные факторы, их нельзя понять друг без друга. Имеется несколько теорий гендерной социализации.

Теория идентификации, основанная на взглядах Фрейда, полагает, что ребенок бессознательно идентифицируется с образом взрослого человека своего пола, чаще всего отца или матери, и затем копирует его поведение.

Теория половой/гендерной типизации Уолтера Мишела придает решающее значение процессам обучения и положительного и отрицательного подкрепления, поскольку взрослые поощряют мальчиков за маскулинное поведение и осуждают за фемининное, а с девочками поступают наоборот. При этом ребенок сначала учится различать полидиморфические образы поведения, затем – выполнять соответствующие правила и, наконец, интегрирует этот опыт в своем образе Я.

Когнитивно-генетическая теория Лоуренса–Колберга подчеркивает познавательную сторону процесса и особенно роль самосознания: ребенок сначала усваивает представление о том, что значит быть мужчиной или женщиной, затем определяет себя в качестве мальчика или девочки, после чего старается сообразовать свое поведение со своими представлениями о своей гендерной идентичности.

Психосексуальное развитие – это формирование сексуальных чувств и паттернов поведения человека.

Рассмотрим теории психосексуального развития, появившиеся в XX в. Каждая из них вносит определенный вклад в формирование психосексуального развития.

Биопсихологическая теория влечений – инстинктов. В основе этой теории лежит врожденный половой инстинкт. Сексуальные напряжения и потребности в период сексуальной депривации или в ситуации, когда сексуальные чувства поощряются окружающими, изначально обязаны своим возникновением половому влечению. Во время сексуальной активности половое влечение притупляется после своевременного удовлетворения, а затем снова обостряется, и все повторяется. Однако эта теория не дает ответа на вопрос, почему люди реагируют или не реагируют на конкретные сексуальные стимулы, а также не учитывает факторы социальной и культурной среды, включая поощрения и запреты.

Психодинамическая теория. Согласно этой теории, младенцы от рождения обладают потенциалом сексуальной энергии – либидо. Впервые понятие «либидо» было введено Фрейдом для описания сексуального влечения человека. Эта энергия, которая вначале монолитна и может быть направлена куда угодно, постепенно локализуется в разнообразных эрогенных зонах тела и в конечном счете – в области половых органов. В зависимости от локализации либидо во рту, анусе, в половых органах различают соответственно: оральную, анальную и генитальную стадии. По этой теории, в процессе локализации либидо в различных частях тела могут происходить разнообразные искажения. Иными словами, эмоциональные и психические проблемы взрослого человека считаются следствием тех

или иных осложнений, возникших на одной из стадий психосексуального развития. При идеальном развитии молодой мужчина или молодая женщина обретают способность сочетать генитальный оргазм с близкими и полными любви гетеросексуальными отношениями.

Теория обусловливания и социального научения. Согласно этой теории, разработанный И. П. Павловым, любое влияние (стимул-наказание или поощрение) формирует будущий способ поведения. При этом на формирование сексуального поведения решающим предполагается влияние позитивных и негативных стимулов. Для описания перенесения специфических сексуальных реакций, усвоенных в процессе научения, применяется термин «генерализация». Например, индивид, у которого половое возбуждение возникало при взгляде на обнаженную грудь, может расширить спектр стимулов, включив в него предметы, ассоциирующиеся с грудью: нижнее белье, блузы и т. д. Процесс генерализации контролируется дискриминацией, которая позволяет индивиду не реагировать на определенные стимулы, сохранив реакцию на другие возбудители. Расширенный вариант теории обусловливания получил название теории социального научения, согласно которой процесс научения сопровождается постоянным наблюдением за окружающими, идентификацией с ними. Дети и подростки предпочитают моделировать и имитировать поведение тех людей, которыми они восхищаются и с которыми себя отождествляют. Мощным источником моделирования сексуального поведения являются телевидение и кино, а также родители и друзья.

Теория развития. В данной теории особое внимание уделяется влиянию социальных факторов на развитие ребенка. Эрик Эриксон, внесший значительный вклад в эту теорию, утверждал, что на каждой стадии психосексуального развития происходит кризис, который индивиду приходится преодолевать. Последствиями кризиса могут стать как здоровое и позитивное самоощущение, так и плохая адаптация, беспокойство и заниженная самооценка. Рассмотрим кризисы, типичные для каждой стадии.

Младенчество. Обретение доверия к себе и окружающим в противовес недоверию, настороженности по отношению к людям.

1,5–3 года. Обретение чувства личной автономии в противовес стыду и неуверенности в своей способности быть независимым.

3–5,5 года. Приобретение навыков адекватного проявления инициативы в противовес чувству вины за свои потребности и желания.

5,5–12 лет. Усиление влияния школы и социальных факторов. Воспитание прилежания и приобретение навыков в противовес отсутствию способностей и чувству собственной неполноценности.

Подростковый и юношеский возраст. Обретение чувства личной идентичности в противовес путанице половых ролей и чувству сомнения.

Ранняя зрелость. Формирование близких отношений с другим человеком в противовес инертности и ощущению собственной невостребованности.

Зрелость. Обретение цельности собственного Я и чувства удовлетворенности собственной жизнью в противовес отчаянию и усталости.

Универсальная теоретическая модель психосексуального развития. В данной модели, автором которой является Д. Банкрофт (1990), учитываются разнообразные стадии физического и психического развития и формируются три направления, составляющие основу развития любого человека.

Гендерная идентичность. Внутреннее ощущение своей собственной гендерной принадлежности играет решающую роль в сексуальном развитии. В детстве формируется так называемая базовая идентичность, в юношеском возрасте решающее значение для реорганизации специфических особенностей гендерной идентичности имеет сексуальное поведение. В этот момент у человека возникает ощущение, что он является мужчиной, женщиной или бисексуалом.

Сексуальная реакция и понимание собственной сексуальной ориентации. В пубертатный период происходят различные физические и эмоциональные изменения, растет осознание сексуального возбуждения и потребность в сексуально возбуждающих стимулах. Осознание этих потребностей и реакций помогает индивиду понять, что именно лично он считает сексуальным.

Способность к близким парным отношениям. В период юности и ранней зрелости люди осознают свою сексуальность в контексте двусторонних или парных отношений. Дальнейшее сексуальное развитие зависит от того, насколько удачным оказался выбранный индивидом подход к парным отношениям.

Современная концепция социального процесса базируется на авторитетных теориях социальной психологии, социологии и экономики, включает три следующие теории:

- *социального сценария – социальные основы.* Значение полового влечения сведено к минимуму. Социальный сценарий – это сложная схема поведения, формирующаяся под влиянием социума как результат научения на основе определенных ситуаций. Согласно такому подходу, ни один поступок человека нельзя назвать в полной мере спонтанным. Как только мужчина или женщина начинают понимать, какую роль навязывает им сексуальный сценарий возмож-

ного сексуального партнера, они выдвигают встречный сценарий, выстроенный по их собственной схеме;

• *выбора — принятия сексуального решения.* Согласно этой теории люди делают выбор, исходя из необходимости рационального распределения имеющихся у них ресурсов — в данном случае сексуальных и коммуникативных — при достижении определенной цели. Как правило, цель сексуального поведения заключается в получении удовольствия и эмоционального удовлетворения, связанного с близкими отношениями, рождением детей и хорошей репутацией среди окружающих. Стоимость индивида на социальном рынке определяется в зависимости от физических особенностей, привлекательности, личных качеств, интеллекта, возраста;

• *социальной среды — сексуальные отношения.* Согласно этой теории, двусторонние отношения развиваются не в пустоте, а в социальной среде, которая в свою очередь влияет на сексуальную активность каждого партнера. Например, отношение к оральному сексу во многом зависит от возраста, образования и национальной принадлежности. Определив свои сексуальные отношения (любовники, приятели, любовники на одну ночь, супружеская чета), индивид учитывает то, как их оценивает общество. После этого индивид выбирает способ сексуального поведения. Теория социальной среды в принципах отношений базируется на теории сценария и выбора.

Мы рассмотрели отдельные концепции психосексуального развития. Однако отсутствие четкого разделения его на этапы по возрастным критическим периодам затрудняет решение проблем, стоящих перед клинической сексологией. Отечественные ученые Г. С. Васильченко, В. М. Маслов, И. Л. Ботнева создали концепцию психосексуального развития человека. В процессе индивидуального формирования человека условно можно выделить следующие этапы психосексуального развития и возрастные периоды становления и динамики сексуальности:

1) *парапубертатный период* (от года до 7 лет), в течение которого формируется половое самосознание;

2) *препубертатный период* (7–13 лет), характеризуется выбором и формированием стереотипа полоролевого поведения;

3) *пубертатный период* (12–18 лет) — самый бурный в сексуальном развитии организма, во время которого происходят половое созревание и *формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо* (первые две стадии этого этапа психосексуального развития), а также *переходный период* становления сексуальности (16–26 лет), характеризуется началом половой жизни, мастурбацией, сочетанием сексуальных эксцессов с периодами

абстиненции (последняя стадия этого этапа — формирование *сексуального либидо*);

4) *период зрелой сексуальности* (26–55 лет), отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером, вхождением в половоуФР половой активности (2–3 половых акта в неделю);

5) *инволюционный период* (51–70 лет), характеризуется снижением половой активности и ослаблением интереса к сексуальной сфере, сочетающимися с регрессом либидо (до уровня эротической, а затем и платонической стадии).

В развитии человека важное значение имеют возрастные кризисы, или критические периоды, во время которых повышается риск заболеваемости и чувствительность к различным факторам, изменяется резистентность организма.

До рождения, в *пренатальном периоде* половое развитие контролируется только биологическими механизмами. Сперматозоиды могут нести как половую хромосому X, так и Y, тогда как яйцеклетка содержит только X-хромосому. После объединения 23 хромосом сперматозоида и 23 хромосом яйцеклетки в зиготе оказывается 46 хромосом. В норме хромосомный набор 46, XX служит генетическим кодом развития женского пола, а набор хромосом XY, отвечает за развитие мужского.

На 5–6-й недели беременности формируются первичные половые железы. В это время у мужского и женского эмбрионов развиваются две парные системы протоков: мюллеровы и вольфовы. Половая дифференцировка, контролируемая гормонами, осуществляется на трех уровнях: внутренних половых структур, наружных гениталий и головного мозга. Если в определенное время не образуется достаточного количества тестостерона, даже при наборе 46, XY развитие идет по женскому типу. На 7-й неделе внутриутробного развития наружные половые органы эмбрионов разного пола внешне не отличаются. На 8-й неделе у эмбрионов мужского пола яички начинают секретировать два разных вещества. Одно из них вызывает атрезию мюллеровых протоков и полное их исчезновение. Одновременно образуется тестостерон, который стимулирует развитие вольфовых протоков в эпидидимис, семявыносящие и семявыбрасывающие протоки, а также семенные пузырьки. В некоторых тканях тестостерон преобразуется в дигидротестостерон, стимулирующий развитие полового члена, мошонки и предстательной железы. Дигидротестостерон и тестостерон являются маскулинизирующими гормонами — андрогенами.

У женщин половая дифференцировка не контролируется гормонами. Мюллеровы протоки развиваются в матку, маточные трубы и

внутреннюю треть влагалища. Небольшое количество андрогенов, присутствующее у плодов женского пола, на 6–8-й неделе способствует формированию клитора, вульвы и влагалища. У мужского пола стимуляция андрогенами приводит к тому, что из складок формируется цилиндрическое тело полового члена. Половой бугорок у женщин развивается в клитор, а у мужчин – в головку полового члена. Выпячивание брюшной стенки дает начало большим половым губам у женщин и мошонке у мужчин. Яички и яичники сначала развиваются в брюшине плодов, затем яичники смещаются в тазовую область, а яички опускаются в мошонку. В процессе половой дифференцировки андрогены стимулируют развитие мозга и других органов по мужскому типу. При отсутствии андрогенов мозг развивается по женскому типу.

Гормональное программирование в пренатальном периоде определяет характер функционирования гипоталамуса и гипофиза в пубертате и после его завершения. У девочек формируется система циклической продукции половых гормонов и менструальные циклы, а у мальчиков, достигнув определенного уровня, воздействие половых гормонов практически остается постоянным. Действие гормонов на мозг в этом периоде может также сказаться на поведении человека в зрелом возрасте (половое поведение и агрессивность).

В пренатальном периоде критическим у человека является промежуток с 6-й по 32-ю недели внутриутробной жизни. Половая дифференцировка, происходящая в это время, затрагивает не только гонады и половые органы, но мозговые структуры, ответственные за половое поведение, материнский инстинкт, агрессивность, двигательную активность и т. д. Нарушения половой дифференцировки в этот период наблюдались в эксперименте под воздействием различных факторов (введение андрогенов, стресс, острая асфиксия, нарушение маточно-плацентарного кровообращения), а также у детей, матери которых во время беременности принимали тестостерон, прогестины, резерпин и т. д.

В постнатальный период, по мнению большинства авторов, наиболее значимыми для становления сексуальности и формирования половых расстройств являются следующие возрастные кризы: парапубертатный (2–4 года), препубертатный (7–8 лет), пубертатный (12–15 лет), переходный (16–24 года). Инволюционный возраст (после 50 лет), хотя и представляет критический период, находится за рамками становления сексуальности. Психосексуальное развитие охватывает первые четыре возрастных периода становления и динамики сексуальности, а его окончание знаменует вступ-

ление в период зрелой сексуальности. При этом формируются: половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальные ориентации, в соответствии со становлением которых можно выделить три этапа психосексуального развития.

Первый из них соответствует парапубертатному периоду (1–7 лет), на котором происходит формирование *полового самосознания*. Процесс формирования полового самосознания в этот период можно разделить на две фазы: осознания собственной половой принадлежности и возникновения любопытства к половым признакам. Осознание принадлежности к полу формируется под влиянием микро-социальной среды, но в значительной степени детерминировано половой дифференцировкой мозга в пренатальном периоде. Окружающая среда ребенка в этот период ограничивается близкими родственниками, среди которых особую роль играет мать. Контакт с матерью крайне необходим ребенку с 6–7 месяцев приблизительно до 3 лет. В процессе развития привязанности к матери закладывается основа адекватных взаимоотношений с окружающими, и лишение матери в этом возрасте может привести к реагированию на незнакомых людей страхом и агрессией. Общаясь с ребенком, мать служит для него прежде всего источником сенсорной стимуляции – тактильной, температурной, звуковой, зрительной и др., что способствует дозреванию определенных структурно-функциональных систем мозга. В литературе описываются нарушения психического развития детей, лишенных матери в первые месяцы жизни: агрессивность, жестокость, раздражительность, импульсивное поведение. В дальнейшем у таких детей была снижена способность к фантазированию и выражению абстрактных идей, они были неразборчивы в выборе друзей и поверхностны в отношениях с товарищами. Однако большинство публикаций об аффективной и социальной депривации в детстве содержит переоценку роли матери в развитии ребенка, неполные клинические описания, игнорирование органических поражений мозга, наследственной отягощенности и т. д. Дети со здоровой «почвой», воспитанные приемными родителями и даже в приюте, но получившие достаточно ласки и внимания, могут вырасти гармоничными личностями. Процесс познания дается нелегко, и каждое новое открытие несет нескрываемую радость ребенку.

Правильное представление о своей половой принадлежности формируется к 1,5–2 годам, причем осознание пола происходит вне связи с какими-либо конкретными признаками по механизму установки. В 3 года подавляющее большинство детей задают вопрос «Откуда берутся дети?». Перед взрослыми встает очередная серьезная задача: необходимо выбрать одну из версий, которая объяснит

появление ребенка из живота матери. Следует иметь в виду, что рассказ должен быть настолько правдоподобным, чтобы в ближайшие годы его не пришлось менять.

К 3–4 годам постепенно складывается комплекс дифференциации людей по внешним признакам (одежде, длине волос, тембру голоса и т. д.). Формируются сознание половой принадлежности собственной личности и окружающих, уверенность в ее необратимости, после чего попытки изменить половое самосознание ребенка оказываются малоуспешными. В этом возрасте у ребенка появляются способности сопоставлять и противопоставлять объекты и их образы, начинается становление самосознания (выделение себя из окружающего мира). Преобладание аффективных реакций над рассудочными у детей способствует избирательной привязанности и контактам. В норме в завершающей фазе этого этапа при определении ребенком пола окружающих его лиц равнозначными оказываются все признаки половой принадлежности (внешний вид, одежда, строение тела и половых органов).

Согласно теории обучения, осознание половой принадлежности формируется в процессе подражания моделям индивидуального поведения и под влиянием окружающей среды. Ребенок имитирует поведение родителей одноименного пола, так как такая имитация вознаграждается. Хорошо известно, что с момента рождения ребенка родители по-разному относятся к девочкам и мальчикам, так как по-разному представляют себе их будущее (У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни, 1998).

Во второй фазе возникает своеобразное любопытство, направленное на половые признаки, исследовательские манипуляции с половыми органами, наблюдение за поведением животных и взрослых с констатацией элементов сексуального взаимодействия. В этот период характерны адресованные взрослым вопросы о строении тела, деторождении, супружестве, а также игры с имитацией сексуального взаимодействия – «в дом», «в доктора» и т. п. Примерно у 50% детей подобные игры связаны с обнажением, демонстрацией и созерцанием половых органов.

Теория познания в процессе развития предполагает, что ребенок имитирует поведение взрослых не ради награды, а для того, чтобы ощутить себя существом того или иного пола (Kaplan, Sedney, 1980).

В парапубертатный период половое самосознание формируется не только под влиянием психосексуальных факторов, но и в результате динамических эндокринных сдвигов. Если до первого года эндокринная секреция связана преимущественно с антенатальным принципом регуляции, то в 1–3 года регуляция осуществляется на уров-

не биогенных аминов, а в 3–6 лет возрастает центральная регуляция эндокринной деятельности (Д. Н. Исаев, В. Е. Каган, 1986). Сексологическое значение парапубертатного периода, кроме редкой угрозы нарушения полового самосознания, заключается еще в том, что в этот период неокрепшая сексуальность может столкнуться с запредельными тормозными ситуациями (наказание и осуждение за сексуальные игры, восприятие близости родителей в качестве сцены насилия, развратные действия старших и т. д.). При этом конкретное содержание подобных ситуаций обычно амнезируется, но их аффективная насыщенность может создавать условия для развития парциальных психических задержек, по прошествии многих лет препятствующих становлению гармонии в браке.

Следует отметить, что в любом возрасте для ребенка необычайно важна семейная атмосфера любви и спокойствия. Недостаток любви и семейного тепла, конфликтные отношения между родителями и ребенком, могут привести к развитию поведенческих стереотипов, свидетельствующих о зависимости и отсутствии уверенности в себе.

Второй этап психосексуального развития включает препубертатный период (7–13 лет) и характеризуется *формированием стереотипа полоролевого поведения*. В этом возрасте происходит обучение общению со сверстниками, совершенствуются и дифференцируются эмоциональные реакции, оформляется преобладающее настроение, формируется характер. Первые школьные впечатления сильно влияют на подрастающего ребенка: принципиально новая среда, понимание того, что началась «иная жизнь». В эти годы подростку свойственны недостаточное развитие воли и импульсивность поведения, любознательность, доверчивость, подражательность. Развиваются элементы абстрактно-логического, понятийного мышления.

Приобретение личной независимости не означает потери контакта с родителями. Родители и их взаимоотношения становятся объектом пристального внимания и подражания. Они воспринимаются ребенком как модель мужественности и женственности, как образец взаимоотношения полов. Правильное полоролевое поведение родителей во многом определяет формирование адекватной половой роли у ребенка. При эмоционально сдержанном, требовательно-властном отношении матери и ласковом, разрешающем отношении отца девочки часто обнаруживают маскулинное поведение, а мальчики – фемининное. В общении со сверстниками, в первую очередь в полоролевых, «семейных», играх, требующих исполнения обязанностей жениха, невесты, отца, матери, ребенка и т. д., апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая различные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуаль-

ных. Такие «семейные» игры в зависимости от информированности детей могут отражать широкий диапазон полоролевого поведения взрослых: от подражания родителям (чтение отцом газеты перед телевизором, выполнение матерью работ по дому) до имитации полового акта. При участии в играх детей разного возраста младшие сначала выступают в амплуа дочери, сына, а по мере взросления и обучения переходят на роли матерей и отцов.

С начала школьного обучения появляются новые образцы для подражания, возрастает значимость общения со сверстниками. В школе однородный коллектив детсадовской группы распадается на противостоящие группировки девочек и мальчиков. В этом возрасте игровая групповая агрессия сопровождается взаимными обвинениями («все мальчишки хулиганы и драчуны», «все девчонки плаксы и ябеды»), т. е. проявляется типичная дифференциация половых ролей, по сути групповой отказ от типичных функций противоположного пола. Особое место занимает мнение сверстников: оно играет роль важнейшего социализирующего фактора. Следует отметить, что в хорошо организованных коллективах даже у детей, воспитанных с раннего детства без матерей, признаки задержки развития отмечались только до 10–12-летнего возраста и исчезали к 15–17 годам. На этом этапе типично разделение коллектива и противопоставление по половому признаку. Благодаря этому антагонизму возрастают требования к проявлениям мужественности или женственности, почти полностью исключаются компромиссы в выборе половой роли.

В этот период около половины детей получают информацию о половом акте и не менее трети из них принимают участие в сексуальных играх с участием детей противоположного пола. В отличие от гетеросексуальных коммуникаций у взрослых игры препубертатного периода совершаются под влиянием не либидинозных, а исследовательских мотивов, которые удается проследить даже при невысоком социально-культурном уровне группы.

В этом возрасте распространена мастурбация как у мальчиков, так и у девочек, причем первые вовлекаются в нее по механизмам подражания, а вторые отличаются ускоренным вариантом развития либо повышенной возбудимостью генитосегментарной составляющей в результате резидуального органического поражения нервной системы. По данным Кинзи (1953), 21% мальчиков и 12% девочек в возрасте 12 лет испытали, что такое онанизм, а по исследованиям Хант, в возрасте 13 лет онанировали 63% мальчиков и 33% девочек.

Эндокринное обеспечение препубертатного периода заключается в повышении секреции гонадотропинов гипофиза к 10–11 годам

с одновременным усилением гонадной секреции. Хотя гормональный уровень недостаточен для появления вторичных половых признаков, соотношение тестостерона и эстрадиола приближается к их пропорции у взрослых, что обеспечивает реализацию пубертатного периода и облегчает адаптацию в этот период к кризисным явлениям.

Сексологическое значение препубертатного периода заключается прежде всего в дифференцировке мужского и женского полового стереотипа, что находит отражение как в привлекательности стиля общения для лиц противоположного пола, так и в создании условий для последующей адаптации в браке.

Третий этап психосексуального развития характеризуется формированием *психосексуальных ориентаций*. Он включает стадии развития платонического, эротического и сексуального либидо в период 12–26 лет с максимальным функционированием эндокринной системы, в частности половых желез. На основе индивидуальных особенностей темперамента и характера формируется личность. Происходит пересмотр привитых догм и своего положения в семье и обществе, эмансипация от семьи; вырабатывается собственное мировоззрение, развиваются высшие эмоции. Формируются общественные представления и социальное сознание, адекватная оценка своих способностей. По мнению Д. Н. Исаева и В. Е. Каган (1979), в этот период у подростка «полное отождествление себя с группой и подчинение ей являются необходимой стадией социализации».

Для этого возраста характерно повышение чувствительности и возбудимости, неуравновешенность, раздражительность, причудливые сочетания застенчивости, стыдливости и заносчивости, развязности, стремление к независимости, освобождение от влияния авторитетов, переход к самостоятельности взрослого. При отсутствии взаимопонимания в семье подросток только в группе может в полной мере получить интересующую его информацию, обсудить волнующие его проблемы. Потребность в самоутверждении и самовыражении находит выход либо в организованных коллективах, где руководитель становится старшим товарищем, либо в неформальных группах. В тех и других формируются различные идеалы поведения и общения между полами, эталоны мужественности и женственности. Усиление значимости стихийных окружающих факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благодатную почву для различного рода нарушений становления сексуальности в отсутствие целенаправленного полового воспитания.

Специфика этого этапа – выработка психосексуальных ориентаций, которые обуславливают в последующем выбор объекта влечения (человек, животное, фетиш) с его индивидуальными особен-

ностями (половая принадлежность, внешний вид, телосложение, поведение и т. д.), необходимость для реализации влечения определенной ситуации и ряда последовательных действий, подчас составляющих настоящий ритуал. Так как для обучения копулятивному акту требуется более высокий уровень мотивации, чем для его выполнения, то этот этап в норме невозможен без соответствующего нейрогуморального обеспечения. Его можно условно разделить на три стадии соответственно формированию платонического, эротического и сексуального либидо. Они охватывают два возрастных периода: пубертатный и переходный.

Каждому этапу и стадии свойственна фазность, которая является закономерностью психосексуального развития. В первой фазе (выработка установки) накапливается информация: на I и II этапах — о существовании полов, о половой роли, на III этапе — об особенностях полового поведения, его внешних проявлениях и сущности. Полученная информация усваивается и перерабатывается в соответствии с индивидуальными особенностями и нормами микросоциальной среды. Индивидуальную ориентацию в данной фазе можно считать завершенной только при наличии внутренней готовности к реализации сформированных тенденций. Во второй фазе (научение и закрепление установки) первых двух этапов в игровых ситуациях (на практике) происходит научение определению полов и полоролевому поведению, на III этапе — реализации полового влечения. В процессе научения апробируются и закрепляются выработанные в первой фазе установки. Социальная изоляция, в первую очередь лишение общения со сверстниками, ведет к искажению сексуального поведения, нарушениям реализации влечения у человека. Некоторые особенности формирования либидо по стадиям (платоническая, эротическая и сексуальная) будут описаны далее. Этап формирования психосексуальных ориентаций отличается от предыдущих еще и тем, что обе его фазы четко прослеживаются не только на этапе, но и на каждой стадии. Платоническое либидо проходит первую фазу «детской» влюбленности, желая духовного общения и вторую фазу, когда происходит их реализация.

На *платонической стадии* подросткам бывает достаточно совместного приготовления уроков, сидения за одной партой, занятий в одном кружке, просто внимания со стороны объекта влюбленности. В этом возрасте начинают постепенно распадаться однополюе группы и коллективы. Значение платонической стадии очень велико: именно платонический компонент возвышает физиологический инстинкт до истинно человеческой любви. При редукции платонического компонента возникает опасность соскальзывания в прими-

тивную похоть. Характерные черты этой стадии — высокий накал чувства с элементами сладострастного трагизма, убежденность в неповторимости и вечности переживаемого, самоотречение и жертвенность. При гармоничном развитии в платоническую влюбленность включаются сначала отдельные элементы эротических фантазий (желание остаться наедине, стремление к прикосновениям и ласкам), которые затем нарастают, их диапазон расширяется, и они занимают значительную часть свободного времени подростка.

При переходе от платонической стадии либидо к *эротической* у подростка возникает интерес к интимной стороне взаимоотношения полов, эротической литературе. В художественных произведениях становятся привлекательными сцены свиданий, объяснений в любви и т. д. Даже описания, в которых взрослый человек не найдет и намека на сексуальность, возбуждают воображение подростка, толкают к эротическому фантазированию. Нередко этот интерес распространяется по коллективам подростков, оставляя нетронутыми лишь детей с гормональной недостаточностью или с дефектами в психосексуальном развитии на предыдущих этапах. Однако вторую фазу эротической стадии формирования либидо нельзя считать наступившей при ярком эротическом фантазировании и интересе до тех пор, пока она не реализуется с партнером. Только стабильная реализация влечения чаще бывает без оргазма, на уровне фрустраций, что в плане биологического развития является прогрессивным, так как приводит к дальнейшим действиям, форсирует переход к сексуальной стадии.

Одновременно имеют место и формы эротической реализации, подкрепляемые оргазмом, — это петтинг и мастурбация. Долго практикуемые, они могут привести к своеобразной задержке формирования либидо, сопровождаемой фиксацией на подобных формах активности. В этих случаях в эротическую стадию тесно вплетается сексуальное фантазирование, и нельзя провести четкой границы между эротической и сексуальной стадиями становления либидо.

Основной критерий завершенности стадии — закрепление на практике, т. е. вторая фаза. Пока нет реализации и подтверждения фантазий, подросток «зависает» между стадиями: платонической реализацией и первой фазой эротической стадии, эротической реализацией и первой фазой формирования сексуального влечения, иногда даже между сексуальным фантазированием и только платонической реализацией. Хотя платоническое либидо у многих ассоциируется только с обожествлением и поклонением избранному кумиру, оно также подчиняется общим законам формирования влеч-

чения и должно иметь вторую фазу – научения и закрепления установки, т. е. реализации. Влюбленному приходится не только страдать и мечтать, но и реализовать хотя бы минимум: уж если не удастся красиво умереть на глазах возлюбленной, то можно хотя бы дернуть за косу, спрятать портфель или еще каким-либо образом обратить на себя внимание. На этой очень значимой фазе формируется умение знакомиться, обращать на себя внимание и общаться уже не просто со сверстниками, но именно с объектом любви, увлеченности, к которому появилось необъяснимое, иногда даже пугающее влечение. Если на этой фазе формирования либидо не происходит его реализации, то любовь остается не только безответной, но и незамеченной. Все трудности, сомнения и неуверенности стадии формирования платонического либидо перенесутся на более поздние стадии. Пока сексуальное либидо не реализуется в половом акте, существуют возможности отклонений от нормального психосексуального развития, которые впоследствии затрудняют проведение гетеросексуального коитуса. Чем меньше временной разрыв между началом фантазирования и реализацией, тем гармоничнее стадия формирования того или иного компонента влечения; напротив, чем дольше откладывается реализация фантазий и мечтаний, тем более вычурными и труднее выполнимыми они становятся.

В результате повышенной склонности к фантазированию и задержек реализации либидо, обусловленных социальными факторами, женщины более подвержены отклонениям в психосексуальном развитии.

Провести границу между этими фазами трудно еще и потому, что в течение стадии возможны неоднократные возвраты от второй фазы к первой. Каждый новый переход первой фазы либидо во вторую означает все большее сужение диапазона ориентировочного поиска и качественно новый уровень в формировании того или иного компонента сексуальности. Этапу формирования полового влечения в норме свойственны по-детски наивная, воспринимаемая взрослыми как ветреность и легкомыслие смена влюбленностей и идеалов, сосуществование нескольких увлечений. Однако это лишь нормальное проявление «проигрывания» и отбора методом проб и ошибок тех признаков, особенностей и нюансов платонических увлечений, эротических предпочтений и сексуальных ориентаций, которые впоследствии будут включать механизм «неподвластного разуму» полового влечения. При широком выборе такого рода признаков во время становления сексуальности облегчается адаптация впоследствии. Возводимые в идеал и социально одобряемое посто-янство, «любовь с первого класса» и длящаяся годами безответная

любовь становятся часто признаками слишком узкого диапазона приемлемости, «застывшего» выбора, даже ригидности, и показателями трудностей сексуальной адаптации, что проявляется очень узким, резко ограниченным индивидуальным выбором при вступлении в зрелую сексуальность. Если ориентации оказались «неправильными» и не соответствуют потребностям личности, то выбранные тенденции и установки выбрасываются, и происходит возврат к первой фазе, но уже с запасом новой, полученной «на практике» информации. Выработанные установки могут не реализоваться, а оставаться лишь тенденциями, а в дальнейшем затухают, сменяются другими или держатся на прежнем уровне.

Для всех этапов психосексуального развития, а также для каждой стадии III этапа существуют общие закономерности, первая из которых – *фазность*. Второй закономерностью является *изменение соотношения биологического и социального*, их роли в становлении сексуальности как части психического развития человека. Указанная закономерность особенно типична для психосексуального развития, в процессе которого биологическая детерминация этапа полового самосознания относительно ослабляется при формировании полорольевых установок, когда возрастает значение социальных факторов, и еще более маскируется на этапе становления психосексуальных ориентации, когда гормональный фон определяет лишь интенсивность проявлений сексуальности. Это предопределяет большую стабильность ранних этапов и меньший диапазон ориентировочного поиска в начале каждого этапа. По мере нарастания роли социальных факторов на этапе формирования полорольевых установок широта диапазона поиска увеличивается и достигает максимума на стадии формирования платонического либидо III этапа психосексуального развития. В динамике формирования каждого отдельного компонента сексуальности (половое самосознание, роль, ориентация) поиск постепенно сужается и становится конкретным к завершению этапа.

Преемственность и взаимосвязь этапов (стадий), а также их нарушений представляет собой третью закономерность психосексуального развития, причем на каждом этапе (стадии) становления сексуальности имеются задатки последующего. Образуется как бы сцепление этапов (стадий), преобладание по тем или иным причинам любого из них искажает течение последующих, и в итоге происходит становление всей сексуальности.

Разделение психосексуального развития на этапы условно, так как половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации тесно взаимосвязаны и представляют собой динамичные

структуры, меняющиеся не только в процессе их формирования, но и в течение всей последующей жизни, хотя основы всех компонентов сексуальности закладываются при их становлении.

Контрольные вопросы

1. Четыре главных уровня выражения пола.
2. Понятие «социальный пол».
3. Основные теории гендерной социализации.
4. Теории психосексуального развития.
5. Универсальная теория психосексуального развития.
6. Современная концепция социального процесса (три теории).
7. Отечественная концепция психосексуального развития человека.
8. Критические недели пренатального периода.
9. Возрастные кризисы постнатального периода.
10. Этап формирования полового самосознания и его фазы.
11. Этап формирования стереотипа пологолевого поведения.
12. Этап формирования психосексуальных ориентаций.
13. Становление платонического компонента полового влечения.
14. Особенности становления эротической стадии полового влечения.
15. Общие закономерности психосексуального развития человека.
16. Понятие о фазах.

Глава 3

АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

В анатомо-физиологическом обеспечении половой сферы наряду с половыми органами принимают участие различные отделы периферической и центральной нервной системы, а также многие отделы эндокринного аппарата.

Половые органы (гениталии) подразделяются на половые железы (семенники); половые пути (семяпроводы); дополнительные образования (придаточные половые железы); копулятивные органы (половой член). В практике половые органы мужчины делят на наружные и внутренние. К внутренним относятся яички, их придатки, семенные пузырьки, семявыносящий проток, предстательная железа, а к наружным – половой член и мошонка.

АНАТОМИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ МУЖЧИНЫ

Яички (семенники, тестикулы) – пара мужских половых желез. Анатомически яичко представляет собой овальное, несколько сплющенное по медиальной поверхности тело, имеющее у взрослого размер 4–4,5х2,5–3,5 см и массу 20–30 г. За несколько недель до рождения яички смещаются через паховый канал в мошонку – кожное образование в виде мешочка. Яички подвешены в мошонке с помощью кремастерных мышц, которые на холоде поднимают яички ближе к телу и защищают их от переохлаждения, а при высокой температуре – расслабляются, и яички опускаются ниже, что позволяет снизить температуру. Одно из яичек обычно отвисает несколько ниже, чем другое, но это не имеет принципиального значения.

Температура в мошонке на 3–4°С ниже, чем в брюшной полости, что очень важно для процесса сперматогенеза. Если у мальчика яички не опускаются в мошонку, то в зависимости от возраста требуется терапевтическое или хирургическое вмешательство. Задер-

жка яичка в брюшной полости или паховом канале, так называемый *крипторхизм*, приводит к резкому нарушению сперматогенеза в соответствующем яичке.

Яички и связанные с ними семявыводящие пути после полового созревания выполняют в организме следующие функции:

- обеспечивают процесс сперматогенеза, что объясняется внешне-секреторной активностью яичек. В придатках яичек осуществляется дозревание и депонирование спермиев;
- вырабатывается тестостерон (мужской половой гормон), под влиянием которого формируются вторичные половые признаки и определенное поведение.

В яичке насчитывается до 250–300 долек, в каждой из которых находится 3–4 извитых семенных канальца. Семенной каналец имеет диаметр 0,2–0,3 мм, и при длине дольки 2–3 см длина канальца составляет не менее 30–35 м. Стенка канальца состоит из собственной соединительнотканной оболочки, в которой выделяется внутренняя базальная мембрана с расположенными на ней клетками герминативного эпителия, между которыми (от основания до просвета канальцев) протягиваются пирамидальные клетки Сертоли. Специфической особенностью клеток Сертоли является сперматогенез. Между семенными канальцами расположены интерстициальные клетки Лейдига, ответственные за образование тестостерона. Эти клетки находятся вблизи кровеносных сосудов, в которые легко попадают гормоны. Семенные канальцы на конце объединяются и формируют более крупные семявыносящие протоки. Незрелые сперматозоиды через семенные канальцы и семявыносящие протоки попадают в придаток яичка, где происходит их дозревание. В средостении яичка из сети его канальцев формируются 12–18 тонких коротких выносящих канальцев, которые входят в головку придатка.

Придатки яичка в виде продолговатого тела длиной 5–8 см равномерной толщины (0,8–1 см), несколько утолщенного в области головки, являются придаточными половыми железами, в которых происходит окончательное созревание и накопление зрелых спермиев. Тело придатка подвижно и свободно, а головка и хвост фиксированы внутренней поверхностью соответственно к верхнему и нижнему полюсу яичка при помощи серозных связок: верхняя соединяет яичко с головкой придатка, а нижняя – нижний полюс яичка с хвостом придатка. От хвоста придатка под острым углом отходит начальная извитая часть семявыносящего протока.

Семявыносящий проток представляет плотный мышечный шнур в виде круга в поперечном разрезе с небольшим просветом, окаймленным толстыми стенками с наружным диаметром до 2,5–3 мм.

Длина его у взрослого мужчины достигает 35–50 см. В семявыносящем протоке различают четыре части: яичковую, канатиковую, паховую и тазовую, которая заканчивается ампулярным расширением. Ампулы семявыносящих протоков сходятся под острым углом к выводным каналам семенных пузырьков. Далее ампулярные концы семявыносящих протоков с обеих сторон сливаются с выводными протоками семенных пузырьков, образуя семяизвергающий проток, который проходит через предстательную железу и открывается узким отверстием на семенном бугорке задней части мочеиспускательного канала. Продвижение спермы обеспечивают ритмические сокращения мышечной стенки семявыносящего протока.

Семяизвергающие протоки открываются на задней поверхности мочеиспускательного канала на семенном бугорке. Благодаря образуемому здесь расширению, поперечное сечение мочеиспускательного канала в области семенного бугорка приобретает подковообразные очертания, поэтому расположенные по бокам части его названы уретральными синусами.

Приблизительно на середине семенного бугорка расположена мужская маточка, или веберов орган, немного ниже – щелевидные отверстия. Иногда последние выходят не в мочеиспускательный канал, а в нижнюю часть мужской маточки. Таким образом, мужская маточка лежит между семяизвергающими протоками и представляет собой слепо оканчивающийся мешочек, заложенный в паренхиме простаты. Размеры маточки варьируют, в среднем достигая 8–10 мм в длину, а в диаметре 1–2 мм у устья и 4–6 мм у слепого конца. В отдельных случаях мужская маточка может отсутствовать, иногда ее устье зарастает.

Предстательная железа (простата) – мышечно-железистый орган, тесно прилежащий к нижней части мочевого пузыря и охватывающий начало мочеиспускательного канала. Вместе с придатками яичек и семенными пузырьками входит в состав дополнительных образований (вспомогательных, или придаточных, желез) мужских половых органов.

Размеры предстательной железы с возрастом значительно изменяются. До наступления половой зрелости она мала и представляет собой мышечный орган. У взрослого мужчины предстательная железа, характеризующаяся равномерно эластичной консистенцией, имеет длину 2,5–4,2 см, ширину 2,2–5 см, толщину 1,7–2,3 см, массу 17–28 г и состоит из 30–50 трубчато-альвеолярных желез. Выводные протоки последних в расчете один на две железы открываются в заднюю стенку предстательной части мочеиспускательного канала, на боковых поверхностях семенного бугорка.

На задней поверхности простаты прощупывается бороздка, как бы разделяющая ее на боковые доли (левую и правую). При микроскопическом исследовании такое деление не подтверждается.

Снаружи предстательная железа покрыта капсулой из мощных мышечных волокон, образующих кольцевую мышцу. Последняя сверху сливается с круговым мышечным слоем мочевого пузыря, а снизу – с произвольным сфинктером перепончатой части уретры.

Секрет простаты – сравнительно вязкая мутноватая жидкость белого цвета, – примешиваясь к сперме, придает ей специфический запах, обусловленный наличием спермина, количество которого очень велико – 0,1 г на 100 г свежей ткани предстательной железы. Он содержит натрий, калий и кальций, а также в значительных количествах цинк, лимонную кислоту, хлоридов же, бикарбонатов и фосфатов в нем сравнительно мало. Причем, уровни концентрации кислой фосфатазы и лимонной кислоты начинают быстро возрастать после наступления половой зрелости, снижаются после кастрации и возвращаются к норме после введения андрогенов. Небольшие количества секрета простаты выделяются более или менее непрерывно, примешиваясь к моче. Так называемая секреция покоя предстательной железы в течение суток по Скотту составляет 0,5–2 мл. Интенсивность секреции резко усиливается под влиянием парасимпатических импульсов и андрогенов. Массовое выделение накопленного секрета предстательной железы наступает в момент эякуляции. Возможно, секрет предстательной железы, выбрасываемый во время эякуляции, разжижает сперму и увеличивает ее объем.

Семенные пузырьки – парные образования, сформировавшиеся из вольфовых протоков. Расположены между нижнезадней стенкой мочевого пузыря и ампулой прямой кишки, над верхним краем предстательной железы. У взрослого мужчины представляют собой трубку с бугристой поверхностью, длиной 4–5 см, шириной 1,5–2 см и толщиной 1–1,5 см; по обе стороны основной трубки отходят 3–5 боковых. Они развиваются и функционируют под влиянием андрогенов. При кастрации эпителий в семенных пузырьках уменьшается и секреторная деятельность его ослабляется, а после введения тестостерона атрофированный эпителий восстанавливается до нормы.

Секрет семенных пузырьков, вместе с секретом предстательной железы составляющий большую часть семенной жидкости, прозрачно-стекловидный, клейкой консистенции, без запаха, щелочной реакции (рН = 7,3). В период полового созревания в семенных пузырьках сначала появляется фруктоза, наиболее важная составная часть их, и лишь затем – подвижные сперматозоиды.

Семенной канатик, соединяющий яичко и паховый канал, хорошо прощупывается у корня мошонки в виде мягкого тяжа толщиной до 1 см. В его состав входят семявыносящий проток, мышца, подни-мающая яичко, сосуды и нервы яичка и семявыносящего протока.

Половой член (пенис), служащий для удаления мочи из мочевого пузыря, является основной эрогенной зоной, а при совокуплении способствует введению семени в половые органы женщины. В нем различают корень, тело и головку; его поверхность делят на переднюю, или спинку полового члена, и заднюю. Основную массу составляют два собственных пещеристых тела, а также пещеристое тело мочеиспускательного канала, утолщенное на обоих концах и образующего спереди головку члена, а сзади – луковицу. *Головка* по форме представляет тупой конус, в углубление основания которого входят передние концы соединенных между собой пещеристых тел полового члена. Выступающая над ними часть основания головки называется *венчиком*; позади него находится круговая бороздка, или шейка. На свободном конце головки открывается наружное отверстие мочеиспускательного канала, расширенная часть которого, находящаяся в головке, называется ладьевидной ямкой. Кожа члена у основания головки образует складку – крайнюю плоть, которая на нижней стороне полового члена соединяется с кожей головки вертикальной *уздечкой*. Длина крайней плоти и размер ее полости подвержены значительным индивидуальным изменениям. На внутренней поверхности крайней плоти располагаются сальные железы.

Половой член плотно фиксируется луковицей уретры к мочеполовому треугольнику. С внутренними краями седалищных и лобковых костей половой член плотно сращен пещеристыми телами, заостренные концы которых своей белочной оболочкой соединены с надкостницей.

В спокойном состоянии размеры полового члена, по У. Мастерс и В. Джонсон: маленький 6–7,6 см, средний – 7,6–9 см, большой – 9–10 см.

Мочеиспускательный канал, или уретра, представляет трубку длиной 18–22 см, начинающуюся от мочевого пузыря и заканчивающуюся на головке полового члена. В нем различают три части: простатическую, перепончатую, пещеристую. Простатическая часть, проходящая через толщу простаты, является наиболее широким и растяжимым участком уретры. Перепончатая часть находится в толще мочеполовой диафрагмы – самый узкий и самый короткий (1–2 см) отдел. Пещеристая, или губчатая, часть – наиболее длинный отдел мочеиспускательного канала, на всем протяжении слизистой обо-

лочки которого расположены трубчато-альвеолярные железы Литтера. Над задним концом (бульбус) пениса расположены две куперовы железы, выводные протоки которых открываются в пещеристую часть уретры. Куперовы железы и железки Литтера выделяют секрет, увлажняющий уретру и поддерживающий в ней щелочную реакцию, благоприятную для сперматозоидов.

Главная функция желез мочеиспускательного канала – продуцирование слизи, которая нейтрализует кислую реакцию мочи, увлажняет слизистую оболочку канала, способствуя благоприятному прохождению сперматозоидов.

Между белочной оболочкой и фасцией Бука полового члена расположены парные тыльные артерии и тыльные нервы, за счет которых происходит *кровообращение и иннервация* кавернозных тел.

Непосредственно в кавернозные тела кровь поступает из парных глубоких артерий полового члена и отходящих от них спиральных артерий, а в головку – из двух тыльных артерий полового члена, являющихся ветвями срамной артерии. Именно кавернозные тела обеспечивают ригидность полового члена во время эрекции.

В расслабленном члене малые артериолы, впадающие в синусоиды кавернозных тел, имеют спиралевидную форму за счет сокращения мышечной стенки. При эрекции половой член, а вместе с ним не только эректильная ткань, но и сосудистая система кавернозных тел удлиняются. Кавернозные полости связаны между собой интерсинусоидальными протоками.

В поддержании ригидности полового члена очень важна венозная дренажная система, которая находится в дистальной трети полового члена, между гладкой мускулатурой и ригидной белочной оболочкой. Во время эрекции эта система оказывается как бы прижатой к облигатной оболочке, и венозный отток от кавернозных тел резко снижается. При нормальном функционировании пенильной ткани венозный отток частично обеспечивается системой эмиссарных вен, которые сохраняют открытый просвет даже во время максимальной эрекции.

Кровообращение полового члена выполняют ветви внутренних половых артерий, начинающиеся от внутренних подвздошных артерий после ответвления нижних ягодичных артерий. В свою очередь внутренние подвздошные артерии являются ветвями общих подвздошных артерий и отходят от них на уровне пояснично-крестцового сочленения.

К *артериям полового члена* относятся: дорсальные артерии полового члена, снабжающие кровью головку, фасции, белочную оболочку члена; глубокие артерии полового члена, питающие кавер-

нозные тела; луковичные и уретральные артерии полового члена, обеспечивающие приток крови к спонгиозному телу, уретре и луковиче. Для кровоснабжения полового члена весьма важно тесное анастомозирование систем глубоких и дорсальных артерий на протяжении всего тела полового члена. Ветви дорсальных артерий, прободящие белочную оболочку, в ряде случаев могут замещать глубокие артерии полового члена. Терминальный уровень кровоснабжения обеспечивают открывающиеся непосредственно в лакуны кавернозных тел многочисленные улитковые артерии. Они берут начало от глубоких артерий и ветвей дорсальных артерий полового члена и заканчиваются короткими сосудами, соединяющими их с отводящей (венозной) системой. Большое количество артериовенозных анастомозов на всех уровнях разветвленной артериальной системы полового члена обеспечивает эффективное шунтирование сосудов.

К *особенностям строения стенок артериального русла*, снабжающего кровью половой член, относят наличие выступающих в просвет сосудов субинтимальных гладкомышечных образований – валиков Эбнера, участвующих в регуляции объема крови, поступающей в кавернозные тела и головку.

Упомянутые структурные особенности создают благоприятные возможности для быстрого изменения васкуляризации гениталий. В отличие от других органов регуляция кровотока в гениталиях, во-первых, активна как на приносящем, так и на отводящем участках; во-вторых, отличается крайней шириной (от форсированного притока по парным артериям до почти полного закрытия просвета сосудов, обеспечиваемого валиками Эбнера); наконец, в-третьих, совершается в очень короткие отрезки времени.

Венозный отток в основном осуществляется через системы глубокой центральной вены и глубокой дорсальной вены. Кровь из центральной части пещеристых тел оттекает в глубокую вену через короткие постпещеристые вены, собирающие кровь из пещеристых пространств и капилляров внутри кавернозной ткани.

АНАТОМИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ

Женские половые органы, как и мужские, принято делить на внутренние и наружные.

Внутренние половые органы состоят из яичников, маточных труб, матки и влагалища.

Яичники (гонады) – парный орган, уплощенной овоидной формы длиной 3–4 см, шириной 2–2,5 см, толщиной 1–1,5 см, массой 5–8 г. Эта половая железа расположена в малом тазу, по обеим сто-

ронам матки, вырабатывает яйцеклетки, женские половые гормоны – эстрогены, прогестерон (гормон желтого тела) и небольшое количество андрогенов – мужских половых гормонов. Половое влечение женщины определяется главным образом андрогенами.

В яичнике различают два слоя: корковый и мозговой. Корковое вещество яичника расположено под плотной белочной оболочкой и представлено рыхлой соединительной тканью, в которой заключены первичные женские половые клетки – граафовы пузырьки. При наступлении полового созревания фолликул лопаются, яйцеклетка с жидкостью выходит в брюшную полость (овуляция) и затем в брюшное отверстие трубы. Полость фолликула заполняется кровью и превращается в желтое тело менструации. Если оплодотворение не происходит, за 2–3 дня до начала менструации начинается регрессия – прекращается гормональная функция, и желтое тело превращается в белое тело. Если же беременность наступила, образуется желтое тело беременности; со второй половины беременности оно подвергается атрофии и так же, как и желтое тело менструации, превращается в гиалиновый рубчик – белое тело. Мозговой слой яичника, располагающийся от центра до ворот яичника, состоит из нежной соединительной ткани, кровеносных и лимфатических сосудов и нервов.

Яичники выполняют следующие функции:

- *генеративную (гаметогенную)*. К моменту рождения яичники содержат от нескольких сотен тысяч до двух миллионов примордиальных фолликулов, а к периоду половой зрелости в результате физиологической атрофии их остается около 36 тысяч. После завершения пубертатного периода под влиянием гонадотропных гормонов гипофиза ежемесячно созревают 300–400 фолликулов, из общего числа которых в течение всего генеративного периода окончательно созревают около 400 фолликулов, остальные атрофируются. Циклическая гаметогенная функция продолжается 30–35 лет и прекращается в период менопаузы;

- *секреторную (эндокринную)*. Яичники начинают продуцировать эстрогены (фолликулярный гормон) еще в эмбриональный период. После рождения следует фаза пониженной секреции, т. е. атрофия примордиальных фолликулов не сопровождается продукцией эстрогенов. В пубертатный период в яичниках появляются полостные зреющие фолликулы, гибель которых создает постоянный эстрогенный фон, обеспечивающий формирование по женскому типу вторичных половых признаков, психики и сексуального поведения. От менархе (менструации) до менопаузы к этому добавляются ритмичные ежемесячные всплески эстрогенной насыщен-

ности, совпадающие с разрывом зрелого фолликула и выходом способной к оплодотворению яйцеклетки.

После разрыва фолликула его оболочка превращается во временную железу внутренней секреции – желтое тело (существующее до тех пор, пока есть надежда на оплодотворение), которое секретует прогестерон, подготавливающий матку к имплантации оплодотворенного яйца.

В случае наступления беременности яичники в течение 2–3 месяцев выполняют еще одну функцию – гестативную (направленную на развитие этой беременности), передавая затем эту функцию плаценте.

Маточные (фаллопиевы) трубы – парные трубчатые образования длиной 10–12 см, начинаются в верхних углах матки и тянутся по верхнему краю широкой связки, заканчиваясь воронкообразным расширением. В трубе различают:

- узкий интерстициальный отдел (в толще маточной стенки) с отверстием не больше 1 мм, открывающийся в полость матки;
- перешеек длиной 4 см и диаметром 4 мм;
- расширяющийся ампулярный отдел длиной до 8 см, шириной 0,5–1,5 см;
- воронка трубы, поперечник которой достигает 2 см, с отверстием диаметром 2 мм.

Края воронки заканчиваются бахромками, как бы охватывающими яичник. Мышечный слой содержит три слоя гладкой мускулатуры (внутренний и наружный продольные и срединный круговой). Внутренняя поверхность трубы покрыта слизистой оболочкой с однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в направлении от брюшного устья к маточному, помогая перемещению яйцеклетки.

В менопаузе стенки трубы истончаются (атрофия мускулатуры), тонус резко снижается, сокращения отсутствуют, складки сглаживаются, иногда зарастает просвет трубы.

К функциям маточных труб относятся:

- передвижение яйцеклетки в полость матки (преимущественно вследствие перистальтического сокращения мышц трубы, реснички играют только подсобную роль);
- оплодотворение в ампуле трубы, являющейся ее самой длинной частью, и первые фазы развития оплодотворенного яйца.

Матка – мышечный полый орган грушевидной формы, массой от 30 до 100 г, которая во время беременности увеличивается в 20 раз. В матке различают тело, шейку и перешеек. Из общей длины матки 2/3 приходится на тело и 1/3 на шейку. У девочек, не достигших

половой зрелости, соотношение обратное. При инфантилизме сохраняется длинная коническая шейка при коротком теле. Тело матки образует с шейкой тупой угол, открытый к переду. В своих углах полость матки (треугольной формы), сообщается с маточными отверстиями яйцеводов и через шеечный канал – с влагалищем. Наружный маточный зев – отверстие в дистальном отделе шейки. У нерожавших женщин имеет овальную форму, у рожавших – форму щели.

Стенки матки состоят из трех слоев: тонкой наружной оболочки – *периметрии*, толстого промежуточного слоя мышечной ткани – *миометрии* и внутреннего слоя, богатого кровеносными сосудами и железами, – *эндометрии*.

Слизистая оболочка матки покрыта однослойным цилиндрическим эпителием.

В слизистой оболочке шейки матки имеются железы, вырабатывающие полупрозрачную густую слизь, которая заполняет просвет канала шейки матки в виде слизистой пробки, отделяющий полость матки от влагалища.

В матке происходит имплантация (внедрение) оплодотворенной яйцеклетки в ее стенку, она служит вместилищем для развивающегося плода.

Матка регулируется нервной системой и различными гормонами (в частности, эстрогенами и прогестероном – гормонами яичников и гормоном задней доли гипофиза – питуитрином).

Влагалище представляет собой орган длиной 7–14 см, с передней стенкой на 1,5–2 см короче задней. Средняя ширина влагалища 2–3 см, но его стенки обладают большой растяжимостью. Перед половым актом и во время его канал, в котором находится половой член, удлиняется на 1 см за счет увеличения малых губ. Мышечный слой влагалища, прилегая к поверхности полового члена, способствует усилению сладострастных ощущений партнера. Перед влагалищем находится мочевого пузырь и уретра, а сзади – прямая кишка. Если вход во влагалище расположен ближе к симфизу, половой акт легче провести лицом к лицу, а если ближе к анусу, половой акт удобнее проводить сзади и в коленно-локтевом положении.

Стенка влагалища состоит из трех слоев. Слизистая оболочка его, покрытая многослойным плоским эпителием, подвергается циклическим изменениям, что лежит в основе цитологического исследования мазка. Увлажнение влагалища происходит за счет выделений из капилляров слизистой и отделяемого маточных и шеечных желез. Меняется также и кислотность влагалища, наибольшая в предменструальный период, наименьшая в середине цикла. Во время менструации реакция щелочная.

Слизистая оболочка влагалища покрыта мышечной, состоящей из трех слоев гладких мышечных волокон. Сверху мышечная оболочка переходит в мускулатуру шейки. В нижнем отделе к этим элементам присоединяются поперечно-полосатые мышцы, которые непосредственно вокруг входа во влагалище образуют сфинктер. Эта мышца, до некоторой степени подчиненная воле, охватывает луковичу преддверия и еще более сужает самую узкую часть влагалища – вход.

Наружный слой – соединительнотканная оболочка влагалища, которая богато снабжена эластичными волокнами и нервами.

К функциям влагалища относятся:

- вместе с вульвой влагалище в основном служит копулятивным органом, в который изливается семенная жидкость во время эякуляции, перед тем как попасть в матку;
- принимает участие в родовом процессе;
- представляет собой выделительный орган (для менструальной крови, секрета шеечных и маточных желез);
- выполняет барьерную функцию: кислая реакция содержимого влагалища препятствует проникновению болезнетворных микробов.

НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Границей между внутренними и наружными гениталиями является девственная плева – соединительнотканная перепонка, покрытая с обеих сторон плоским многослойным эпителием, закрывающая у девственниц вход во влагалище.

Наружные половые органы состоят из больших и малых половых губ, входа во влагалище, клитора, передней и задней спаяк, лобка и промежности.

Большие половые губы (большие срамные губы) представляют собой большие кожные складки кожи, ограничивающие половую щель с боков. Длина их 6–8 см, а толщина 2–3 см. Упругость губ обеспечивает соединительная и жировая ткани, пронизанные кровеносными и лимфатическими сосудами. Внутренняя поверхность их покрыта слизистой оболочкой. Большие половые губы, сливаясь, кверху переходят в *лобок* – возвышение над лобковым симфизом. Оволосение лобка зависит от возраста женщины, эндокринной системы, национальных и этнографических особенностей. По В. И. Здравомыслову, мужское оволосение лобка встречается в 7,25% случаев и чаще наблюдается у брюнеток, чем у блондинок. У женщины при хорошем развитии вторичных половых признаков оволосение лобка пышное, треугольной формы, вершина которого обращена книзу.

Малые половые губы (нимфы) – парные кожные складки, ограничивающие с боков преддверие влагалища. У большинства женщин малые губы сзади достигают только середины внутренней поверхности больших, т. е. входа во влагалище. В передней части каждая малая половая губа разделяется на две ножки – переднюю и заднюю. Передние, сливаясь между собой, образуют крайнюю плотность клитора, а задние – его уздечку. Малые половые губы богато снабжены кровеносными сосудами и нервными окончаниями.

Преддверие влагалища называют площадку, ограниченную сверху девственной плевой, с боков – малыми половыми губами, спереди – клитором и сзади – задней спайкой половых губ. Поверхность преддверия влагалища, покрытая плоским эпителием, всегда бывает влажной за счет секрета малых желез преддверия, разбросанных по всей поверхности, и больших желез преддверия (бартолиновых желез), находящихся в задней трети преддверия в толще больших половых губ и открывающихся в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой, на границе между задней и средней третью преддверия. На середине расстояния между клитором и входом во влагалище (1–3 см от клитора) открывается наружное отверстие уретры. Уретра, совпадающая с клитором, чаще всего является следствием раннего андрогенного действия в период внутриутробного развития при врожденном аденогенитальном синдроме.

Девственная плева – единственный орган, не изменяющий своих размеров с момента рождения. Роль и оценка девственной плевы, ее наличие и отсутствие у разных народов во многом зависит от исторической эпохи, философских, этических, религиозных, психологических и других факторов. Так, в Риме была распространена механическая дефлорация. В соответствии со свадебным ритуалом невеста садилась на искусственный половой член и нарушала девственность, и только после этого супруг совершал с ней половой акт.

Различают два основных типа девственной плевы, которые в свою очередь включают ряд вариантов. К первому относится плева кольцевидной, полулунной, воронкообразной и губовидной формы. Второй тип характеризуется неровными краями отверстия – лепестковыми и зубчатыми. Иногда девственная плева имеет два или больше отверстий или же вообще не имеет отверстия. Девственная плева богата нервами, чем объясняется ее большая чувствительность. При первом половом сношении гимен разрывается (дефлорация) обычно сзади справа и слева от средней линии. В зависимости от эластичности девственной плевы могут быть глубокие разрывы, сопровождающиеся обильным кровотечением, или поверхностные, с не-

значительными кровянистыми выделениями; в редких случаях податливая девственная плева остается неразрушенной не только после первого полового сношения, но и после повторных сношений; иногда она оказывается растяжимой настолько, что не разрывается даже при родах. После дефлорации остаются так называемые гименальные сосочки, после родов – миртовидные.

Размеры входа во влагалище у одной и той же женщины изменяются в зависимости от состояния покоя и полового возбуждения.

*Клитор*¹, или *похотник*. Анатомически и функционально является рудиментарным гомологом мужского полового члена. В период полового созревания клитор увеличивается под действием андрогенных гормонов и достигает максимального развития после 25 лет. Его размеры варьируют от спичечной головки до карандаша или даже большого пальца в зависимости от андрогенной насыщенности. Располагается между ножками малых губ так, что видна только головка, выступающая в виде бугорка. Состоит из двух пещеристых тел, которые в виде ножек длиной 4 см и шириной 1 см начинаются на нисходящих ветвях лонных костей, сходятся под лонным сочленением и образуют тело клитора, имеющее изогнутую цилиндрическую форму и заканчивающееся снаружи головкой. Ножки покрыты седалищно-пещеристой мышцей. Головка клитора сверху и с боков покрыта кожистой складкой – крайней плотью, образованной латеральными ножками малых половых губ. Снизу под клитором расположена его уздечка, образованная медиальными ножками. Снаружи клитор покрыт нежной кожицей, являющейся продолжением покрова малых половых губ и богатой солями желез, секрет которых обычно скапливается вокруг клитора и в бороздке между большими и малыми половыми губами. Ствол (тело) клитора окружен со всех сторон плотной соединительной белочной оболочкой, отростки которой проникают в тело клитора, чем и обусловливается его пещеристое строение. Клитор, как и головка полового члена, снабжен нервами и нервными окончаниями (тельца Пачини, Мейснера, Краузе, Догеля). Единственная физиологическая роль клитора – создание чувства сладострастия, поэтому клитор представляет объект женской мастурбации.

Луковицы преддверия в виде двух толстых булавовидных венозных сплетений расположены по бокам входа во влагалище. Длина их 3,5 см, ширина 1,5 см, толщина 1 см. Начинаются они от клитора и заканчиваются у задней спайки входа во влагалище. По суще-

¹ Согласно мифологии, дочь Мирмидона Клиторис была так мала, что Зевс был вынужден превратиться в муравья, чтобы сблизиться с ней.

ству луковицы преддверия представляют единое целое, так как имеют общую часть – венозное сплетение под нижней, вогнутой частью клитора, обуславливающее связь между пещеристыми телами клитора, его головкой, луковицами преддверия и малыми половыми губами. Сзади луковицы булавовидно утолщаются, прикрывая бартолиновы железы. По средней линии (внутри) луковицы прилежат к уретре. По своему строению и развитию это – гомолог непарного пещеристого тела мужского полового члена, расщепленного вдоль на две симметричные половины, но не типичная пещеристая ткань, отличаясь в этом отношении от пещеристого тела мочеиспускательного канала у мужчин.

Пространство между задним проходом и задней спайкой половой щели, называемое *промежностью*, состоит из соединительно-тканых и мышечных волокон. Это одна из эрогенных зон женщины.

СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ТЕРМИНА «НЕРВНЫЙ ЦЕНТР»

При упрощенном подходе к иннервации половой сферы можно, например, констатировать, что центростремительная дуга эрекционного рефлекса начинается от эрогенной зоны на головке полового члена и проходит в *p. dorsalis penis* (ветви *p. pudendi*) – эрекционный центр, расположенный в крестцовых сегментах спинного мозга (в отличие от эякуляторного, локализуемого в поясничных). Однако эрекция в большинстве случаев возникает под влиянием импульсов, формирующихся на церебральном уровне, в результате дистантных воздействий (зрительных, обонятельных, слуховых), а иногда образов памяти, и эти воздействия способны вызывать эрекцию даже при полном отключении афферентной дуги спинального рефлекса. Так, Мюллер (1901) наблюдал эрекцию у больных, утративших все виды чувствительности на половых органах вследствие разрушения крестцового отдела спинного мозга.

Так, У. Мастерс и В. Джонсон наблюдали нескольких женщин, у которых изолированное тактильное раздражение сосочков молочных желез (являвшихся у них ведущей эрогенной зоной) без каких бы то ни было генитальных воздействий вызывало наступление оргазма раньше, чем половой акт, проводимый без раздражения ареолов сосков. Нами наблюдалась женщина, у которой независимо от длительности фрикции оргазм не наступал до тех пор, пока мужчина не вводил ей палец в анальное отверстие.

Приведенные факты делают неприменимым в клинической сексологии традиционное представление о нервном центре как об ана-

томически узко локализованном скоплении ганглиозных элементов, характеризуемом абсолютной стабильностью пространственных и функциональных параметров. Поэтому излагаемая здесь сексологическая концепция базируется не на анатомо-локализационистских постулатах, а на тех динамических представлениях о взаимодействии центра и периферии, которые разработаны школой П. К. Анохина. Говоря о «центрах», в первую очередь подразумевают те нервные образования, которые являются в полном смысле этого слова мозговыми концами различных периферических нервных стволов. Эти нервные стволы непосредственно связывают любой периферический орган, воспринимающий или эффекторный с глиозными элементами, которые могут лежать в различных отделах центральной нервной системы. Но описанные центры как входные и выходные ворота для разнообразных циркулирующих по центральной нервной системе импульсов соединены между собой целым рядом промежуточных нервных образований, в которых циркуляция нервного импульса, благодаря их многосторонним связям, представляется особенно комплексной. Эти промежуточные нервные образования, к которым относятся преимущественно подкорковые образования и кора, с точки зрения теории центров усложняют течение нервного процесса и нервные проявления организма только благодаря своему суммарному функционированию.

При традиционном подходе свойства отдельных центров считаются строго анатомически фиксированными, и те ассоциационные волокна, которые собственно и соединяют центры, в значительной степени отражают эту специфику. Функциональное своеобразие определенных нервных образований изначально относится к их свойствам и ни при каких условиях не изменяется. Вот те основные положения, которых обязательно, сознательно или бессознательно, придерживается каждый клиницист и нейрофизиолог, стоящий на строго локализационной точке зрения. В трудах П. К. Анохина и А. Б. Когана понятие «центр» получило иное функциональное определение. По мнению А. Б. Когана, «нервный центр – это многоуровневая структура. В ее основании лежат наиболее простые, элементарные объединения нейронов, из которых строятся объединения второго порядка, которые в свою очередь объединяются в структуры третьего порядка, и т. д.». П. Г. Костюк подчеркивает два основных принципиальных новоприобретения, возникающих в результате интегрирования такого рода клеточных ансамблей: объединение индивидуальных нейронов в системы, обладающие новыми свойствами, отсутствующими у входящих в их состав единиц предыдущего порядка; определение активности каждого составного элемента

не только влияниями, поступающими по непосредственным афферентным входам каждого элемента, но и состоянием других элементов системы.

Контрольные вопросы

1. Внутренние и наружные половые органы мужчины.
2. Последствия крипторхизма.
3. Строение предстательной железы и ее функция.
4. Кровоснабжение полового члена.
5. Наружные и внутренние половые органы женщины.
6. Функции яичников.
7. Строение матки и функции маточных труб.
8. Строение влагалища и функции влагалища.
9. Особенности строения и иннервации клитора.
10. Понятие термина «нервный центр».

Глава 4

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ МУЖЧИНЫ И ЖЕНЩИНЫ

Рассмотрим основные проявления нормальной сексуальности у мужчин (эрекция, эякуляция, оргазм, половое влечение).

Эрекция

Эрекция – увеличение полового члена в объеме по сравнению с состоянием покоя и приобретение им механической твердости, необходимой для введения во влагалище и проведения полового акта. Этот самый элементарный, самый стойкий и в то же время самый уязвимый феномен мужской сексуальности может возникать как простой рефлекс, протекающий на уровне спинного мозга, а может появляться при участии высшего отдела нервной системы – коры головного мозга.

Рефлекторная природа эрекции. При раздражении нервных окончаний на головке полового члена возбуждение проходит через дорсальный нерв полового члена и срамной нерв в центр эрекции, находящийся в крестцовом отделе позвоночника (S_{1-3} сегмента). Из этого центра выходят парасимпатические волокна, которые через тазовые нервы и тазовые ганглии уже как постганглионарные волокна (nn. Erigentes) достигают пещеристых тел, вызывая эрекцию.

Эрекция может возникать при воздействии раздражителей на органы чувств (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные), которые поступают в кору головного мозга и затем в сексуальные центры межоточного мозга, откуда они передаются в продолговатый и спинной мозг. Часть их достигает центра в крестцовом отделе спинного мозга, возбуждая его. Другие раздражители уже в верхних поясничных сегментах «ответвляются» и проходят через симпатические волокна, выходящие из поясничных сегментов, а затем через подчеревное сплетение поступают непосредственно в член.

Именно так вызывают эрекцию психические раздражители, которые передаются непосредственно к половому члену. Это было доказано на собаках с перерезанным спинным мозгом между поясничными и крестцовыми сегментами, у которых тем не менее появлялась эрекция при виде самок.

Эрекция также может наступать с помощью представления и воображения.

Из всех признаков мужской сексуальности эрекция формируется и выявляется первой – задолго до либидо, эякуляции и оргазма, она наблюдается у мальчиков уже в грудном возрасте. Эрекции отличаются повышенной чувствительностью к психотравмирующим воздействиям и отрицательным эмоциям.

Утренние эрекции могут быть критерием сексуального влечения или проявлением сексуального биоритма, но никак не результатом чисто механического переполнения мочевого пузыря, так как в течение дня наполненный мочевой пузырь не вызывает их.

Основной механизм эрекции представлен усилением притока артериальной крови, а замедление оттока крови по венам играет при этом лишь вспомогательную роль; в то же время, благодаря сокращению ишиокавернозных мышц, действующих наподобие рычага, сосудистый эффект усиливается лишь механическим приподнятием полового члена.

Головка полового члена даже на пике эрекции оказывается менее напряженной, что создает благоприятные условия для прохождения семени через уретру и придает ей роль буфера, предотвращающего травмы женских половых органов передними заостренными концами кавернозных тел.

Сосудодвигательные нервы полового члена берут начало от крестцовых корешков и от веточек, идущих от *plexus mesentericus inferior* и *p. pudendus internus*. Таким образом, сосудодвигательный иннервационный аппарат полового члена связан с крестцовым и поясничным отделами, а его нервы большей частью заканчиваются в *plexus hypogastricus*. Возбуждение *p. erigentis communis* вызывает расширение сосудов полового члена; возбуждение *p. erigens posterior* (S_2) может вызвать тот же эффект. Что же касается *p. erigens anterior*, то этот нерв содержит как симпатические, так и парасимпатические волокна, и в зависимости от способа раздражения может быть как вазоконстриктором, так и вазодилататором.

При сексуальном возбуждении импульсы с церебральных уровней, воздействуя на парасимпатические *nn. erigentes*, влияют на вазодилататоры полового члена, в результате кровь поступает в сосудистую сеть лещеристых тел, заполняя и растягивая их. В ситуации,

неблагоприятной для полового акта, а также после его окончания нервные импульсы, напротив, поступают на симпатический конечный путь и через подчревное сплетение воздействуют на вазоконстрикторы полового члена, подавляющие эрекцию.

Результаты исследований эрекции и сновидений показывают:

- у каждого человека бывают сновидения. Однако большинство людей после пробуждения не могут вспомнить их содержание;
- сновидения возникают от 3 до 6 раз в течение сна, примерно 20% сна сопровождается сновидениями;
- сновидениям независимо от их содержания сопутствуют эрекции полового члена.

Наиболее выраженные эрекции наблюдаются у тех взрослых мужчин, кто хорошо спит и видит яркие сны. Сны устрашающего содержания ослабляют ночные эрекции, а сексуального содержания усиливают их.

Выявлена определенная связь между скоростью движений глазных яблок во время сновидений и выраженностью эрекции. Чем интенсивнее движения глаз во время сна, тем сильнее эрекции.

Как подчеркивает Schnabl (1974), фаллос стал символом мужственности и в сознании мужчины, многие из которых свою способность к эрекции связывают с размерами полового члена. Переоценка фаллоса в качестве критерия мужской силы и способности к сексуальному удовлетворению женщины в значительной степени участвует в патогенезе расстройств эрекции у мужчин.

Эякуляция

Эякуляция, или семяизвержение, – выделение эякулята (продукты деятельности семенников и простаты). Эякуляция, как и эрекция, – акт рефлекторный, но гораздо более сложный. При серии половых актов, следующих друг за другом, сперматозоиды исчезают в четвертой порции и вновь обнаруживаются в эякуляте, полученном после 2–3 суток полового покоя. Используя эти данные, Кинзи давал рекомендации супружеским парам о ритме половой жизни для беременности супруги.

Эякуляция начинается с активного мышечного сокращения семявыносящих протоков и имеет две фазы.

Первая фаза – выведение семени – совершается произвольно под действием импульсов, следующих из сегментов Th_{12} – L_4 спинного мозга по соединительным ветвям. Секрет яичек, скопившийся до этого в *ductus deferentes*, с началом первой фазы эякуляции вследствие сокращения мышечных стенок семявыводящих прото-

ков активно перемещается в предстательную часть уретры, где эякулят, действуя как стимулятор парасимпатической и симпатической иннервации, вызывает вторую фазу.

Вторая фаза — изгнания эякулята из предстательной части уретры до ее устья и наружу. Эта фаза эякуляции протекает более энергично, так как в ней к действию произвольных парасимпатических импульсов, следующих из сегментов $S_2 - S_4$, проходящих через п. erigentes и через внутренние срамные нервы, а также через интрамуральные сплетения некоторых тазовых органов (в частности, через p1. prostaticus и p1. cavernosus penis) и воздействующих на гладкую мускулатуру семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются мощные сокращения поперечно-полосатой мускулатуры, вовлекающие всю произвольную и произвольную мускулатуру тазового дна.

Действие аппарата эякуляции у отдельных лиц достигает такой силы, что семенная жидкость извергается на расстояние более 1 м.

В клинко-физиологическом анализе механизмов кортикального обеспечения половых функций особого упоминания заслуживают парацентральные дольки, синдром поражения которых свидетельствует о непосредственном их участии в регулировании эякуляции человека. Участие корковой регуляции эякуляции отмечается в случаях, когда она наступает под влиянием чисто психического возбуждения, без воздействия на головку члена.

ОРГАЗМ

Оргазм — это высшая степень сладострастного ощущения в момент завершения полового акта (или заменяющих его форм половой активности). Почти сразу же после появления этого ощущения мужчина чувствует, что эякуляция не может быть остановлена.

Сексология объясняет оргазм как результат сложного взаимодействия ряда структурных образований, расположенных на различных уровнях (тазовом, спинальном, диэнцефальном и корковом). Активное преодоление эякулятом устьев семявыносящих протоков и поступление их в простатическую часть уретры (т. е. завершение первой фазы эякуляции) порождают афферентные импульсы, которые воспринимаются высшими центрами головного мозга вначале как ощущение невозможности остановить надвигающуюся волну оргазма, но еще не как сам оргазм. Во второй фазе оргазма афферентные импульсы из простатической части уретры поступают в церебральный центр, в парацентральных долях либо в непосредственной близости к ним, сенсibilизированные предшествовавшей суммацией центростремительных импульсов с эрогенной зоны головки члена.

Системная концепция оргазма допускает условное выделение двух уровней:

- церебрального (объединяющего все корковые условнорефлекторные комплексы половой сферы, парацентральные доли и связанные с половой сферой отделы промежуточного мозга, в том числе зрительных бугров);

- сегментарного (поясничный и крестцовый отделы спинальных центров эякуляции с их экстраспинальным, в том числе приоранным, обеспечением).

Диссоциации между оргазмом и эякуляцией, когда семяизвержение наступает во время сна при ночных поллюциях (при снижении сдерживающего влияния кортикальных отделов), во многих случаях не сопровождается оргазмом. В случаях оргазма без эякуляции имеют место обратные соотношения: резкое снижение (вплоть до полного функционального паралича) возбудимости нижнего, сегментарного уровня наряду с функциональной сохранностью, а нередко с повышением возбудимости (т. е. понижением порогов) церебрального уровня.

В момент оргазма происходит эякуляция семени. Мышцы у основания пениса и вокруг анального отверстия ритмично сокращаются с интервалом 0,8 с, одновременно охватывая наружную уретру. Яички во время оргазма максимально подняты. Наибольшее количество спермы выделяется при первых нескольких сокращениях. Мужчины во время оргазма часто испытывают произвольное сокращение мышц всего тела, производя при этом толчки тазом. Частота пульса, дыхания и артериальное давление достигают максимальных показателей.

По мнению К. Имелинского (1986), существует небольшое число мужчин, у которых в результате научения происходит расщепление между оргазмом и эякуляцией. Такие мужчины способны переживать оргазм без сопутствующей ему эякуляции, т. е. с истинной задержкой семяизвержения не только наружу, но и внутрь мочевого пузыря. Такой оргазм лишь незначительно снижает уровень сексуального возбуждения.

Основная роль оргазма заключается в закреплении сливающихся в процессе интимной близости произвольных компонентов биологического порядка, с одной стороны, и индивидуальных личностных проявлений поведенческого порядка — с другой.

Половое влечение (либидо)

В половом влечении мужчины выявляются три функциональных компонента. *Первый — энергетический* — имеет врожден-

ный характер, его анатомо-физиологический субстрат задействует глубокие структуры головного мозга (лимбический комплекс, зрительные бугры, гипоталамус, нейрогипофиз) и периферические железы внутренней секреции (семенники, надпочечники и др.).

Субкортикальный (подкорковый) компонент либидо обеспечивает пробуждение и развертывание полового инстинкта, наличие и степень выраженности всех специфически сексуальных проявлений (эрекции, эякуляции и оргазма). Несмотря на то что начальные этапы формирования энергетического компонента либидо относятся к эмбриональному периоду индивидуального развития, первые его внешние проявления наблюдаются в норме лишь с пубертатного возраста.

Второй компонент — селективность — свойствен зрелому половому влечению, как в выборе самого объекта полового влечения, т. е. его направленность, так и в конкретных формах проведения сексуальных актов, а также в восприятии и оценке своей роли в осуществляемых формах сексуального поведения. Анатомо-физиологический субстрат этого компонента вместе с некоторыми субкортикальными структурами обязательно включает кортикальные образования и поэтому носит характер не чисто врожденный, как энергетический компонент, а врожденно-приобретенный.

Третий компонент мужского либидо, определяющий периодичность его подъемов и спадов, по существу является подвидом первого, энергетического, компонента. Он проявляется в очень узких временных рамках: если первый и второй компоненты стойко удерживаются на протяжении десятилетий (первый — между пубертатным периодом и угасанием половых интересов, а второй — между осознанием себя как личности и угасанием сознания), то колебания данного компонента укладываются в интервалы, измеряемые днями или неделями.

Биоритмы. В живых организмах все физиологические процессы, в том числе и сексуальность, подвержены ритмичным изменениям. Одним из ритмов, оказывающих большое влияние на сексуальную активность и сексуальные реакции человека, является гормональный ритм. У человека имеется сезонный ритм гормонов, цикл выделения тестостерона у мужчин в плазме крови повторяется через 20–22 дня. Специальными исследованиями было обнаружено, что организм человека в течение суток подвержен эрекциям полового члена и клитора, возникающим через 90–120 мин. У мужчин в возрасте от 20 до 50 лет эрекция во время сна возникает 4–6 раз.

В основе этой периодичности лежат две закономерности, описанные отечественными исследователями. Первая из них — *фено-*

мен Тарханова, представляющий накопление эякулята механическим давлением на нервные окончания в стенках растягиваемых резервуаров (выводные протоки, семенные пузырьки), повышает половую возбудимость, а выбросы эякулята, снижая и снимая это давление, приводят и к снижению выраженности либидо. Однако у человека в отличие от экспериментальных животных (лягушек), на которых была установлена линейная зависимость (чем длительнее воздержание, тем неудержимее половое возбуждение), это осложняется другой закономерностью — *феноменом Белова*. В его основе лежит механизм простатотестикулярного взаимодействия. Предстательная железа — в обычное время мышечно-железистый орган с внешней секрецией, в период полового воздержания превращается в факультативную железу внутренней секреции, поскольку ее секрет не выводится через уретру, а всасывается и поступает в кровяное русло. Интенсивность такого поступления оказывает на функцию яичек обратное действие: подавляет их тонус в период полового воздержания и усиливает деятельность семенников в периоды повышенной половой активности.

Следует отметить возрастное влияние яичек на предстательную железу (повышенная выработка андрогенов стимулирует функции и ускоряет анатомическое развитие предстательной железы, а понижение концентрации андрогенов ослабляет ее функции и при значительной степени ослабления приводит к ее атрофии).

При резком прекращении половой жизни (в связи с командировкой или другими факторами) вначале проявляется феномен Тарханова: сексуально-эротические воспоминания с каждым днем принимают более яркую окраску и возникают по ничтожным поводам, учащаются спонтанные эрекции и ночные поллюции, облегчая тягостность сексуальной абстиненции лишь на короткое время (при отсутствии мастурбации). Однако постепенно сексуальные фантазии, как и спонтанные эрекции, утрачивают яркость и частоту, а интервалы между ночными поллюциями увеличиваются — наступает естественная адаптация, в основе которой лежит феномен Белова. При нарастании уровня половой активности также сказывается феномен Белова, увеличивается выработка андрогенов. Ритм половой активности восстанавливается постепенно, пройдя «период раздаивания».

У мужчин можно выделить следующие стадии либидо.

1. *Понятийная стадия* связана с формированием у ребенка сознания и не имеет отношения на данном этапе к либидо как таковому. На этой стадии все окружающие ребенка люди разделяются не только на мальчиков и девочек, но и на более емкие категории — мужчин и женщин (мама и папа, бабушки и дедушки, тети и дяди).

Ребенок постепенно осознает факт раздельности и относит себя к одному из них. Эта стадия лишена какой бы то ни было специфической чувственной окраски, ей присуща единственная положительная эмоция, испытываемая ребенком, — радость от решения непростой интеллектуальной задачи.

2. *Романтическая (платоническая) стадия* характеризуется главным образом фантазиями, в которых совершаются воображаемые подвиги в честь объекта первой влюбленности. Присущие этой стадии черты — высокий накал чувств с элементами сладостного трагизма, самоотречения и жертвенности, убежденность в уникальности переживаемого (никто и никогда не переживал ничего подобного). Для этой стадии значимо возвышение физиологического инстинкта до истинно человеческой любви.

3. *Эротическая стадия* выражается в стремлении к нежности и ласкам (словесным и тактильным). Эта стадия, чрезвычайно характерная для женской сексуальности, чужда природе подавляющего большинства молодых мужчин и чаще наблюдается у них при задержках психосексуального развития.

4. *Сексуальная стадия* протекает на фоне специфических эмоций низшего порядка, которые, возникнув в период полового созревания, поддерживаются затем постоянной стимуляцией продуктами внешней секреции (феномен Тарханова). Проявления этой стадии, обычно превышающие индивидуальную физиологическую норму (так называемая юношеская гиперсексуальность), сопровождаются избирательным любопытством к любой сексуальной и генитальной тематике, спонтанными эрекциями с выраженным половым возбуждением, ночными поллюциями и мастурбаторными эксцессами, что порождает душевные кризисы и конфликты между успешными сложиться морально-этическими установками и оценкой собственного Я.

5. *Стадия зрелой сексуальности* характеризуется гармоничным соотношением понятийного, возвышенно-романтического, эротического и сексуально-чувственного элементов со всей системой морально-этических ценностных ориентаций личности. С достижением зрелости мужчина обретает полный контроль над своим сексуальным поведением и в противоположность предыдущей стадии успешно подавляет сексуальные тенденции, если их проявление не соответствует времени и обстоятельствам, а также противоречит его личностным морально-этическим установкам.

Рассмотрим изменения в органах и системах человека при сексуальном возбуждении. При этом расширяются кровеносные сосуды, прежде всего половых органов, усиливается приток крови к некоторым группам мышц и участкам кожи. Masters, Johnson (1966)

описали так называемый сексуальный румянец (поверхностное покраснение) на коже, возникающий под влиянием сексуального возбуждения у 70% женщин и 25% мужчин. После оргазма румянец пропадает быстрее, чем при отсутствии оргазма.

В период нарастания сексуального возбуждения усиливается мышечный тонус, максимум которого приходится на фазу оргазма, сопровождающегося сокращением отдельных групп мышц лица, шеи, живота, верхних и нижних конечностей. Некоторые мужчины, равно как и женщины, способны усиливать сексуальное возбуждение вплоть до оргазма путем произвольного сокращения ягодичных мышц.

Сердечно-сосудистая система. Согласно Masters, Johnson (1966), в период сексуального возбуждения происходят значительные изменения в деятельности сердца, пульса и артериального давления. Было выявлено, что систолическое давление повышалось на 25–120 мм рт. ст., а диастолическое — на 20–48 мм рт. ст. Число сердечных сокращений увеличилось на 20–87 ударов в минуту. В специальном исследовании было показано, что характер реакций сердечно-сосудистой системы по существу однотипен как у мужчин, так и у женщин при разных формах сексуальной активности, таких как половой акт (независимо от положения партнеров), мастурбации, «коитуса» с использованием женщиной искусственного пениса, а также при оргазме, вызванном эротическим фантазированием, при котором физические усилия не существенны (Klumbies, Kleonsorge, 1950).

Японский исследователь М. Уено (1963), проанализировавший смерть, обусловленную сердечно-сосудистыми заболеваниями, обнаружил, что из 5559 случаев в 34 смерть наступила во время коитуса (0,6%). Анализ причин смерти во время коитуса позволяет в 80% случаев выявить совокупность таких факторов, как алкогольное опьянение, сексуальная связь со случайной партнершей в неадекватных условиях, артериальная гипертензия и выраженный общий атеросклероз.

Система органов дыхания. В период сексуального возбуждения претерпевает изменения: происходит учащение и углубление дыхания. В фазе оргазма как у мужчин, так и у женщин, число вдохов может увеличиться до 40–60 в 1 мин., причем минутный объем крови может достигать 50 л.

Железы внутренней секреции. По исследованиям Masters, Johnson (1966), примерно у 35% людей после оргазма возникает реакция потовыделения, которое зависит не от степени затраты физических усилий, а от уровня сексуального возбуждения. Потовыделение является одним из первых показателей наступления фазы релаксации.

Стадии копулятивного цикла мужчины

Предлагая четырехфазную модель полового акта, У. Мастерс и В. Джонсон включают в нее следующие фазы: возбуждение, плато, оргазм, разрешение. Американский сексолог Хелен Сингер Каплан на основе клинической работы с пациентами, имеющими сексуальные проблемы, представляет цикл сексуальных реакций человека в виде трех фаз: влечение, возбуждение и оргазм. Эта модель получила широкую поддержку в США и стала теоретической базой для новой классификации сексуальных расстройств в DSM-111 (Диагностический и статистический реестр психических расстройств). Однако обе модели имеют два серьезных недостатка: чрезмерная схематизация и отсутствие четких критериев ограничения стадий. Американские сексологи Берни Зилбергелд и Кэрол Эллисон предложили психологическую пятиступенчатую модель: интерес или желание; возбуждение; физиологическая готовность (эрекция и lubricация, смазка гениталий); оргазм; удовлетворение.

Отечественный ученый Г. С. Васильченко на основе физиологического процесса совокупления у мужчин создал модель из пяти стадий: психической, эрекциионной, копулятивной (фрикционной), эякуляторной и рефрактерной (рис. 1).

Здоровому мужчине свойствен некоторый исходный уровень сексуальной напряженности, который впервые возникает в период полового созревания и сохраняется на протяжении всей жизни, вплоть до угасания половой активности. Этот исходный уровень в условиях повседневной жизни субъективно воспринимается как состояние физиологического комфорта нейрогуморальной готовности.

Физиологической основой, ориентируемой поведенческими реакциями на овладение конкретным сексуальным объектом, является половая доминанта. Ведущий признак возникновения *психической стадии* – это сознание полового желания, направленного на конкретный сексуальный объект. Для достижения этой цели используется прежде всего направленное речевое воздействие (психическое), которое затем подкрепляется тактильными раздражениями различных эрогенных зон. Если отсутствуют помехи, то нервное возбуждение постепенно нарастает, пока в какой-то момент не возникает эрекция, знаменуя наступление следующей – *эрекциионной* – стадии. Сексуальное возбуждение – физиологический ответ на психическое и физическое воздействия – включает центральную и периферическую системы возбуждения. Первая связана с внутренними элементами сексуального возбуждения, которые формируются в когнитивных и эмоциональных центрах головного мозга и создают основу для сексуаль-

ных реакций, вторая – с внешними элементами, которые поступают в головной и спинной мозг от кожи, половых органов и органов чувств.

Когда эрекция используется для интродукции или иммиссии, начинаются копулятивные фрикции, определяющие начало следующей, копулятивной, или *фрикционной*, стадии. Интенсивность нервного возбуждения продолжает нарастать, затем несколько уплощается. После продолжающихся фрикций наступает резкое возрастание остроты сексуального возбуждения, совпадающее во времени с эякуляцией, – *эякуляторная* стадия. Вслед за этим происходит спад нервного возбуждения, наступает заключительная – рефрактерная – стадия копулятивного цикла.

Рефрактерная стадия делится на две подстадии – абсолютной и относительной невозбудимости. У некоторых молодых мужчин с сильной половой конституцией эта стадия настолько замаскирована, что они способны производить повторные половые акты, не извлекая половой член после первых эякуляций. У большинства же мужчин зрелого возраста после эякуляции наступает период абсолютной половой невозбудимости, в течение которого никакие воздействия не способны вызвать эрекцию. После оргазма в течение определенного времени мужчина остается безразличным к действию сексуальных возбудителей и чаще всего просто засыпает, если его оставить в покое. Вслед за этим, однако, наступает период относительной половой невозбудимости, во время которого становится возможным вызвать эрекцию и повторение полового акта, причем мужчина способен к сексуальному возбуждению только под влиянием интенсивных, форсированных воздействий. Продолжительность рефрактерной стадии зависит от возраста, половой конституции, соматического и психического состояния.

При нормальном копулятивном цикле смена стадий строго последовательна: эякуляция происходит при эрегированном половом члене, ее наступлению предшествуют фрикции.

Связь между стадиями, наступление новой стадии определяются, прежде всего, законом суммации раздражений. Отдельный раздражитель психической стадии (обонятельный или слуховой) чаще всего не в состоянии вызвать эрекцию. Но взаимодействуя одновременно, эти раздражения (обонятельные, слуховые, зрительные, тактильные и нейрогуморальные), постепенно возрастая, достигают порога возбудимости эрекциионного центра и вызывают эрекцию. В свою очередь после интродукции в копулятивной стадии суммация отдельных раздражений, порождаемая рядом последовательных фрикций, дойдя до порога возбудимости эякуляторного центра, обеспечивают эякуляцию и оргазм.

Таким образом, основным физиологическим фактором, определяющим очередность наступления стадий копулятивного цикла, является высота порогов взаимодействующих центров. Эрекционная стадия предшествует эякуляторной прежде всего потому, что в норме порог возбудимости центра эрекции ниже, чем у эякуляторного центра.

На основе анатомо-физиологического объединения составляющих копулятивного цикла (нейрогуморальной, психической, эрекционной, эякуляторной) создана отечественная классификация половых расстройств. Рассмотрим составляющие копулятивного цикла.

Нейрогуморальная составляющая, связанная с деятельностью глубоких структур мозга и всей системы эндокринных желез, обеспечивает выраженность полового влечения и соответствующую возбудимость всех отделов нервной системы, регулирующих половую деятельность.

Психическая составляющая, связанная с деятельностью коры головного мозга, определяет направленность полового влечения, облегчает возникновение эрекции до момента интронгуса и обес-

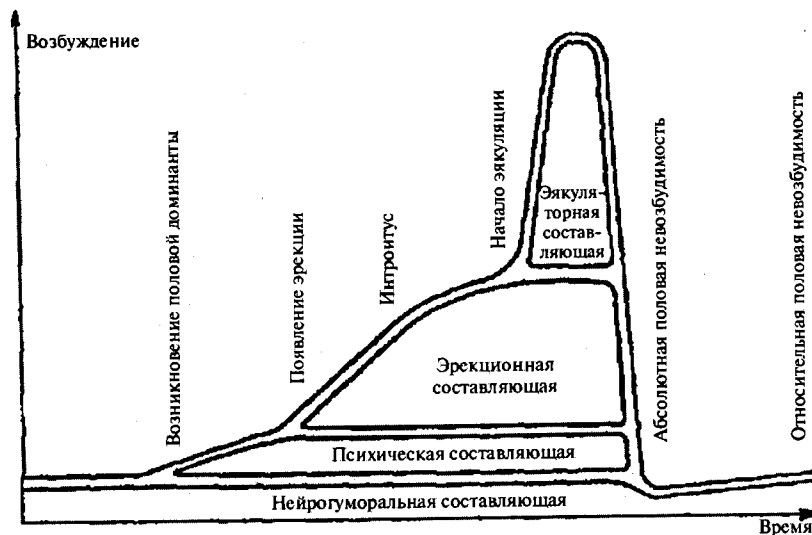


Рис. 1. Взаимодействие стадий и составляющих копулятивного цикла

В то время как каждая из стадий с переходом в последующую прекращает свое существование, каждая составляющая функционирует с момента своего включения в общую констелляцию до завершения копулятивного цикла.

печивает специфические для человека формы проявления половой активности, в том числе соответствие поведенческих реакций условиям конкретной ситуации и морально-этическим требованиям.

Эрекционная составляющая (анатомо-физиологическим субстратом ее являются спинальные центры эрекции с их экстраспинальными отделами, а также половой член с его сосудистым аппаратом) представляет конечный исполнительный аппарат, обеспечивающий главным образом механическую сторону полового акта.

Эякуляторная составляющая, объединяющая функционирование элементов от предстательной железы с ее собственным нервным аппаратом до парацентральных долек коры головного мозга, обеспечивает главную биологическую задачу всей половой активности — выделение мужского оплодотворяющего начала.

Основные проявления

Нормальной сексуальности у женщин

В отличие от мужской сексуальности женская имеет следующие особенности:

- большинство сексуальных расстройств не препятствуют интимной близости женщины;
- отличается большей психологичностью, что обуславливает значительную индивидуализацию различных оттенков сексуальных переживаний и сексуального поведения женщины;
- в динамике становления полового сознания у женщин отмечается тенденция к «застреванию» в эротической фазе, причем у многих из них пробуждение сексуального компонента либидо и возможность переживать оргазм не наступают вообще;
- возникновение оргазма иногда оказывается смещенным либо на более ранние, чем у мужчин периоды жизни, либо (гораздо чаще) на периоды, следующие за началом регулярной половой жизни;
- экстрагенитальные эрогенные зоны играют значительно большую роль, чем у мужчин, а иногда даже доминируют над генитальными в процессе нарастания возбуждения;
- ведущую роль в формировании полового поведения играет не сексуальное либидо, т. е. стремление к половому акту, а эротическое, тесно связанное с оценкой личностных качеств сексуального партнера;
- сексуальное удовлетворение менее тесно связано с оргазмом, чем у мужчин. Даже при достаточном сексуальном опыте в условиях пробудившейся сексуальности часть половых актов завершается без наступления оргазма, и если при этом отсутствуют признаки фру-

страции и эмоциональной неудовлетворенности, нет оснований относить подобные случаи к патологии;

- женский копулятивный цикл не имеет финальной рефрактерной стадии, необходимой мужчине для накопления зрелых сперматозоидов в эякуляте.

Следует отметить такие важные проявления сексуальной реактивности, как дилатация влагалища, формирование оргастической манжетки и наличие оргазма у женщины, которые «распознаются» по-разному: одни — только женщиной (оргазм), другие — только мужчиной (сокращение оргастической манжетки), третьи же вообще не поддаются четкой идентификации вне лабораторных условий (дилатация влагалища). Исходя из этого, феноменология нормальных проявлений женской сексуальности может быть ориентирована лишь на те признаки, которые достаточно устойчиво регистрируются хотя бы одним представителем большинства супружеских пар и включают эрогенную реактивность, смазку, оргазм и половое влечение.

ЭРОГЕННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ

Под эрогенной реактивностью понимают способность индивидуума воспринимать сексуальные стимулы и отвечать на них специфическими физиологическими реакциями, сопровождающимися стремлением к близости и сладострастно окрашенными переживаниями. Эрогенная реактивность представляет собой единый рецепторный процесс, в котором объединяются внешние («ситуация», «стимул») и внутренние («доминирующая мотивация», «память») условия.

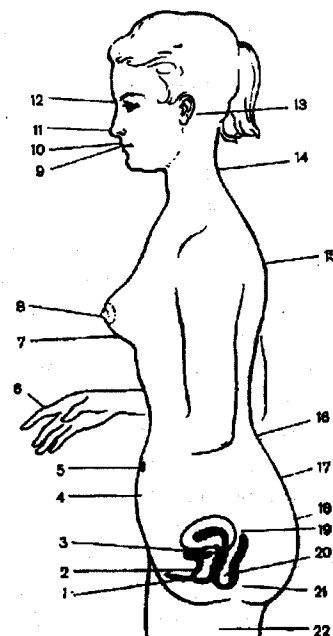
Превращение элементарных ощущений в специфические эротические стимулы происходит благодаря интегративной деятельности ЦНС, направляющей значимость этих ощущений в русло доминирующей мотивации в конкретной ситуации. Так, созерцание полуобнаженной натуры в балетном спектакле вызывает преимущественно эстетические чувства, в условиях же интимного общения — специфические эротические переживания.

Подобная условность эрогенной реактивности в ответ на тактильную стимуляцию является своеобразным предохранителем в эволюционном аспекте, препятствующим межвидовым контактам и обеспечивающим стабильность вида, а в обществе — предотвращающим инцест и определяющим микросоциальную избирательность полового поведения.

Вместе с тем роль различных участков кожи и слизистых оболочек в возникновении и наступлении полового возбуждения неодно-

Рис. 2. Эрогенные зоны женщины, по В. И. Здравомыслову:

1 — клитор; 2 — уретра; 3 — шейка матки; 4 — низ живота; 5 — пупок; 6 — пальцы (осязание); 7 — молочная железа; 8 — сосок; 9 — язык (вкус); 10 — рот; 11 — нос (обоняние); 12 — веки (зрение); 13 — ухо (слух); 14 — шея; 15 — «кошачье место»; 16 — поясница; 17 — крестец; 18 — ягодицы; 19 — задний свод; 20 — интроитус; 21 — анус; 22 — внутренняя поверхность бедер



нача, что позволяет выделить так называемые эрогенные зоны, воздействию на которые вызывает возникновение и быстрое нарастание полового возбуждения.

Различают генитальные и экстрагенитальные эрогенные зоны, которые у женщины в отличие от мужчин играют весьма важную роль, подчас даже более значимую, чем генитальные. Если генитальные эрогенные зоны (область лобка, клитор, малые половые губы, вход во влагалище, нижняя треть передней стенки влагалища, обозначенная А. М. Свядошем как 5-я зона, шейка матки, в меньшей степени — своды влагалища и другие отделы (рис. 2) являются универсальными, т. е. в той или иной степени реактивны у всех женщин, то экстрагенитальные зоны индивидуальны и динамичны.

ЛЮБРИКАЦИЯ

Любрикация — это увлажнение половых путей женщины под влиянием эрогенной стимуляции. Увлажнение влагалища наступает через 10–30 с после начала стимуляции и указывает на готовность половых путей женщины к интродекции полового члена. Количество слизистой жидкости значительно возрастает в фазе оргазма и резко уменьшается при спаде полового возбуждения, так как стенки влагалища обладают свойством двусторонней проницаемости. Незнание этих закономерностей иногда приводит к тому, что некоторые ревнивые мужья пытаются установить неверность супруги, навязывая половой акт сразу после ее возвращения домой и принимая увлажненность половых путей за свидетельство недавней измены. Мужчины, считающие себя сексуально искушенными, отождествляют легко наступающую смазку с распушен-

ностью женщины, хотя эта физиологическая реакция может характеризовать лишь темпераментность партнерши вне каких-либо моральных оценок.

ОРГАЗМ

В современных стереотипах восприятия сексуальных достоинств женщины оргазму принадлежит ключевая роль, эквивалентная эрекции у мужчины. Способность женщины испытывать оргазм считается специфическим человеческим приобретением в ходе эволюции.

Как показали исследования У. Мастерс и В. Джонсон, основой оргазма являются ритмичные сокращения половых органов, более выраженные в нижней трети влагалища, но наблюдаемые также и в матке с интервалом 0,8 с. Обычно регистрируется от 3 до 10 подобных сокращений, причем яркость оргастических ощущений зависит от интенсивности и числа сокращений. В отличие от однообразного оргазма у мужчин оргастические ощущения женщин могут варьировать от самых легких, представленных, по А. М. Свядошу, чувством завершенности полового акта с кратковременной задержкой дыхания и несколькими глотательными движениями, до бурных проявлений страсти с аффективным сужением сознания, неконтролируемыми движениями и звуками. Чрезвычайно темпераментные натуры, склонные к демонстративности, во время оргазма могут проявлять парадоксальные реакции: рыдание, безудержное говорение, агрессию. Интенсивность оргастических ощущений у женщин может варьировать даже с одним партнером в зависимости от возраста, опыта, характера ласк, фазы менструального цикла, применения методов контрацепции. Так, А. М. Свядош (1984) различает следующие виды оргазма:

- по источнику возникновения – коитальный и экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, петтинговый, случайный);
- по локализации – клиторический; вагинальный; неопределенной локализации;
- по течению – кратковременный (пикообразный); затяжной (волнообразный); однократный; многократный;
- по интенсивности – сильный; умеренный; слабый.

По свидетельству С. Кратохвил (1975), клиторический оргазм наблюдается у 40–56% женщин, т. е. чаще, чем вагинальный (33–37%), а смешанный – у 27%.

У большинства женщин в отличие от стандартного пикообразного оргазма у мужчин наблюдается сглаженный, куполообразный

тип разрядки, продолжающийся до 20–30 с и дольше. Иногда имеют место несколько волнообразных подъемов и спадов возбуждения, что позволяет говорить о мультиоргастичности женщины. По мнению Л. В. Тимошенко с соавторами (1980), число мультиоргастичных женщин, которые испытывают сексуальное удовлетворение после завершения всей индивидуальной оргастической серии, достигает 5%.

Либи́до

В *понятийной стадии* формирования либи́до у девочек возникают элементы сексуального поведения: игра в куклы, дочки-матери, дом. Приоритетное развитие материнского инстинкта над собственно сексуальными тенденциями сохраняется на всех этапах формирования либи́до, и даже при значительных задержках последнего женщина остается прекрасной матерью и женой.

Романтическая стадия проявляется в виде стремления нравиться, желания обратить на себя внимание, фантазий, основное содержание которых сводится к бескорыстной заботе со стороны прекрасного и храброго «рыцаря». Любые попытки разрушить эти иллюзии воспринимаются как грязные и оскорбительные. В отличие от стремительного развития сексуального либи́до у юноши, у девушки черты романтической стадии могут сохраняться долгое время, тесно сплавляясь с эротическими элементами. В связи с этим четкие возрастные границы каждой стадии, столь характерные для юношей, у девушек как бы размываются, допускают плавные взаимопереходы.

Эротическая стадия сопровождается появлением волнующего интереса к эротическим ситуациям в кино, литературе и окружении девушки. Фантазии приобретают более чувственный характер, в них все отчетливее проступают эротика прикосновений, возвышенная красота тела, стремление стать объектом ухаживания, явное удовлетворение от смущения и даже вожделения молодых людей, которым симпатизирует девушка. Уединение с юношей, танцы, переживание первой влюбленности наполняют эротическую стадию яркими и незабываемыми чувствами и надеждами, многим из которых не суждено сбыться в жизни.

Сексуальная стадия, характеризуемая тягой к близости и способности к переживанию оргазма, наступает, как правило, после начала регулярной половой жизни. Незначительная часть женщин, начинающая испытывать оргазм до полового созревания (9%, по данным А. Кинзи), характеризуется наличием патологически высокой возбудимости и заинтересованностью парацентральных долек коры

головного мозга. Бурное пубертатное развитие женщин сопровождается более ранним и интенсивным проявлением эротической стадии, но без регулярной половой жизни или мастурбации пробуждение сексуальной стадии в этих случаях наблюдается крайне редко. Отсутствие последней в течение всей жизни А. М. Свядош отмечал у 22,4% обследованных им женщин.

Большинству женщин свойственны циклические колебания интенсивности полового влечения, причем, по А. Кинзи и др., повышение либидо у большинства женщин приходится на параменструальный период, хотя Мастерс и Джонсон связывают эти колебания влечения с психическим состоянием женщины, а не с уровнем гормонов. С наступлением инволюции у женщин половое влечение обычно несколько снижается, в других же случаях остается неизменным или даже возрастает в менопаузе.

Копулятивный цикл женщины как единое целое

Копулятивный цикл женщины начинается с ряда факторов психического порядка (стимуляция со стороны партнера, адекватность внешней обстановки, уместность близости, оживление в памяти опыта сексуальных отношений), поэтому первая его стадия и обозначается как психическая.

Психическая стадия копулятивного цикла включает промежуток времени от осознания женщиной желания близости до принятия решения о ее осуществлении. Физиологической основой психической стадии женского копулятивного цикла является афферентный синтез, причем в отличие от аналогичной стадии копулятивного цикла у мужчин факторы среды («ситуация» и «стимул») играют для женщины значительно большую роль, чем «доминирующая мотивация» и «память». Желание близости с конкретным мужчиной возникает и осознается под влиянием эротической стимуляции с его стороны (комплименты, ласки, прикосновения, интимные интонации, другие формы символизации стремления к близости). Продолжительность психической стадии у женщин существенно зависит от степени сексуальной зрелости, предшествующего опыта половой жизни и взаимопонимания с партнером в сфере интимных отношений. В начале половой жизни продолжительность этой стадии обычно значительна, и требуется интенсивная эротическая стимуляция для преодоления страха перед неизвестностью. В браках продолжительность психической стадии постепенно убывает.

Вторая стадия копулятивного цикла, следующая за «принятием решения», характеризуется повышением чувствительности эроген-

ных зон и возникновением потребности в их специфической стимуляции, что позволяет обозначить ее как *сенсорную*. Физиологическая сущность этой стадии заключается в активации «акцептора действия», ответственного за дальнейшую программу реализации копулятивного цикла. Внешние проявления этой стадии при гармоничном стереотипе интимных отношений характеризуются резкой интенсификацией интимных ласк, приобретающих характер целенаправленной стимуляции эрогенных зон и вовлекающих женщину в активное взаимодействие с партнером. Таким образом, сенсорная стадия ограничивается, с одной стороны, окончательным решением о неизбежности интимной близости, а с другой – появлением местных генитальных реакций, свидетельствующих об известной степени возбуждения, готовности партнера к интроитусу. Как и психическая стадия копулятивного цикла, его сенсорная стадия обнаруживает тенденцию к сокращению по мере упрочения сексуального стереотипа супружеской пары.

Третья стадия копулятивного цикла – *секреторная* – характеризуется признаками активации генитосегментарной составляющей и смазкой. Другие признаки локальных генитальных изменений (гиперемия и набухание слизистой оболочки, колбообразное расширение влагалища) также свидетельствуют о наступлении готовности половых путей женщины к интроитусу. Поскольку интроитус и последующие фрикции относятся к привилегиям партнера, они лишь косвенно характеризуют копулятивный цикл, функции женщины по существу должны быть включены именно в секреторную стадию, облегчающую их выполнение. Эта стадия завершается формированием оргастической манжетки и «обжимом» полового члена. В зависимости от индивидуальных особенностей реактивности женщины продолжительность этой стадии варьирует в пределах нескольких минут.

Четвертая стадия копулятивного цикла – *оргастическая* – отражает конечный эффект возбуждения и заключается в наступлении оргазма, сопровождающегося характерными генитальными реакциями и специфическими переживаниями. С учетом индивидуальных вариаций эта стадия завершается при полной физической разрядке и насыщении психосексуальных потребностей.

Пятая, последняя, стадия женского копулятивного цикла характеризуется постепенным *спадом возбуждения* и обратным развитием генитальных изменений. От соответствующей рефракторной стадии копулятивного цикла у мужчин эта стадия у женщин отличается большей длительностью и некоторым уровнем остаточного возбуждения.

Некоторые составляющие у мужчин и женщин имеют одинаковую природу. К ним относится нейрогуморальная составляющая, связанная с деятельностью всей эндокринной системы и регуляторных центров в глубинных структурах мозга; она обеспечивает энергетическую сторону сексуальности. Столь же идентичны мужская и женская психические составляющие, связанные с деятельностью коры головного мозга. Они обеспечивают адекватную направленность полового влечения, избирательность в удовлетворении индивидуальных сексуальных потребностей и соответствие сексуального поведения сложившимся социальным традициям и нормам. Другие составляющие имеют существенные анатомо-физиологические различия у мужчин и женщин. Так, если у мужчин выделяют эрекционную и эякуляторную составляющие, то у женщин имеет место так называемая генитосегментарная составляющая (связанная с рецепторным, секреторным и нервно-мышечным аппаратом гениталий и цереброспинальными нервными центрами с их проводящими путями), непосредственно обеспечивающая описанный спектр сексуальных реакций у женщин.

Половая жизнь человека

Под половой жизнью подразумевается совокупность соматических, психических и социальных процессов, в основе которых лежит и посредством которых удовлетворяется половое влечение. В обиходной речи выражение «половая жизнь» употребляется также как синоним, обозначающий половую активность. Человек считает обязательным компонентом полноценной половой жизни и общение духовное.

Одна из главных особенностей человеческой сексуальности состоит в том, что переживания, связанные с удовлетворением половой потребности, отделяются от ее первоначальной биологической цели – продолжения рода. Эта независимость рекреативности от прокреативных задач и послужила принципиальной основой превращения элементарного полового влечения в человеческую любовь.

Один и тот же половой акт, по мнению И. С. Кона (1999), может быть средством:

релаксации, разрядки полового возбуждения. Это – самая элементарная форма удовлетворения физиологических потребностей субъекта, при которой почти безразличны качества партнера (можно обойтись и с помощью мастурбации);

прокреации (деторождения), когда важен не столько процесс, сколько его конечный результат. Это поведение одинокой женщи-

ны, которая сознательно использует мужчину, чтобы зачать ребенка. Эротические соображения об удовольствии играют здесь ничтожную роль, зато очень важны социальные или природные качества «производителя»;

рекреации, чувственного наслаждения, выступающего как самоцель. Рекреативная мотивация оттеняет игровые аспекты секса; особое значение придается новизне, разнообразию эротической техники. Психологическая интимность при этом необязательна, а сексуальное удовлетворение партнера входит в «правила игры» лишь как средство усилить собственное удовольствие;

познания, удовлетворения сексуального любопытства. В каком-то смысле сексуальная близость – всегда познание. В Библии выражение «познать женщину» означает половую связь. Но этот мотив может быть и самостоятельно доминирующим, особенно у подростков, обуреваемых вопросом: «А как это вообще бывает?» У взрослых вопрос конкретизируется: «Что представляет собой данный человек в сексуальном плане?» Но в любом случае партнер выступает прежде всего как объект познания;

коммуникации, когда сексуальная близость выступает как момент психологической личностной интимности, выхода из одиночества, слияния двоих в единое целое. Это – самый сложный вид отношений, в которой перечисленные мотивы входят как подчиненные компоненты. Коммуникативная сексуальность предполагает высочайшую степень индивидуальной избирательности. Именно она обычно подразумевается, когда говорят о половой любви;

самоутверждения, когда на первый план выступает потребность индивида проверить или доказать самому себе и другим, что он может привлекать, нравиться, сексуально удовлетворять. Этот мотив исключительно важен для подростков, у взрослых его гипертрофия обычно связана с чувством тревоги и неуверенности в себе;

достижения каких-то внесексуальных целей, материальных выгод (брак по расчету) или повышения своего социально-психологического статуса и престижа в глазах окружающих. Так, близость с красивой женщиной увеличивает престиж мужчины, а наличие поклонников повышает статус женщины. В любом случае здесь превалирует ориентация на какие-то безличные социальные ценности и мнение окружающих;

поддержания определенного ритуала или привычки. Например, дружеские поцелуи часто не имеют эротического смысла, но подчеркивают факт устойчивости, стабильности существующих отношений;

компенсации, замены каких-то других, недостающих форм деятельности или способов эмоционального удовлетворения. Навязчивая ма-

стурбация у подростков или донжуанизм у взрослых часто служат именно компенсацией бедности эмоциональной жизни. Типичная черта компенсаторной сексуальности – ее вынужденный, принудительный характер и постоянная неудовлетворенность ее результатами.

Таким образом, сексуальное поведение обусловлено теми субъективными потребностями, которые оно удовлетворяет. В зависимости от мотивации меняется последовательность психосексуальных реакций, так, релаксационная модель предполагает, что сексуальное возбуждение предшествует эротическому возбуждению, в то время как рекреационная модель предполагает обратную последовательность. Однако в большинстве случаев разные мотивы переплетаются.

ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

По мнению Г. С. Васильченко (1997), абсолютно нормативной моделью можно считать только гетеросексуальный коитус; поллюции должны быть отнесены к викарным проявлениям, мастурбация и петтинг – к суррогатным, а гомосексуальная практика и половые контакты с животными – к сексуальной патологии. У человека в понятие полноценной половой жизни наряду с генитальным взаимодействием в качестве обязательного входит и общение духовное.

Различают формы половой жизни: экстрагенитальные (платоническая любовь, танцы, гейшизм) и генитальные. Последние классифицируются по суррогатным и викарным (заместительным) формам половой активности (поллюция, мастурбация, петтинг) и суррогатным формам коитуса: вестибулярный, коитус интра фемора, нарвасдата (подмышечный коитус и др.), гетеро- и гомосексуальный коитус пер анум (через прямую кишку). К генитальным формам также относятся нормативный гетеросексуальный коитус, оргогенитальные (лабиогенитальные) контакты (кейра, фелляция, куннилингус) и сексуальные действия с животными.

Формирование гармоничной половой жизни – процесс сложный, длительный, неравномерный и противоречивый, на пути к завершению которого, например, могут сочетаться платоническая влюбленность и мастурбация.

Платоническая влюбленность и *танцы* чаще всего играют роль переходных форм, которые обеспечивают знакомство, выбор и первые этапы предварительной адаптации к сексуальному партнеру. Однако для определенного круга лиц платоническая влюбленность составляет единственную форму половой активности в течение длительного периода, а то и всей жизни, а танец – единственную форму сексуально окрашенного телесного общения.

Психологическая и сексуальная удовлетворенность должны уравновешиваться, обеспечивая гармоничное сочетание возвышенного, опоэтизированного любовного чувства с сильнейшим телесным влечением к одной-единственной женщине. При сексуальной неудовлетворенности мужчина от своей интеллектуальной и эстетически одаренной жены может уйти к вульгарной любовнице. При психологической неудовлетворенности мужчина ищет на стороне женщину – носительницу нежного очарования, эстетизма, грации и изящества. Удовлетворению этой потребности в духовной стороне общения с женщиной в древней Греции служит институт гетер, а в Японии – институт гейш.

Поллюция (от лат. pollutio – пачканье), непроизвольная эякуляция, происходящая большей частью во сне. Ночные поллюции обычно сопровождаются эротическими сновидениями, которые при глубоком сне могут не сохраняться в памяти. Они представляют собой одно из объективных проявлений полового созревания; вне пубертатного периода они приобретают значение викарного механизма, обеспечивающего периодическую эвакуацию эякулята.

Мастурбация, онанизм (от имени библейского персонажа Она-на), или рукоблудие, – преднамеренное вызывание оргазма путем искусственного раздражения эрогенных зон, чаще собственных половых органов, хотя практикуется и взаимная мастурбация (например, между гомосексуалами).

Петтинг – преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключая непосредственное соприкосновение гениталий. Различают две разновидности петтинга – поверхностный и глубокий. Под поверхностным петтингом понимают непосредственное раздражение эрогенных зон, в том числе генитальных, только через одежду. Наиболее частые случаи поверхностного петтинга – сознательное форсирование поцелуев и тесных объятий до получения эякуляции и оргазма. Глубокий петтинг предполагает прямое мануальное раздражение эрогенных зон, обычно прикрытых одеждой. Таким образом, взаимная мастурбация представляет феномен, который может быть расценен как частный случай глубокого петтинга.

Вестибулярный коитус обычно применяется в одном из трех случаев: как средство предотвратить нарушение девственной плевы и наступление беременности; когда ослабленная эрекция не позволяет осуществить интроитус; когда оргазм у женщины наступает только при интенсивном воздействии на клитор и малые губы, а вагинальные фрикции не дают ей полного удовлетворения, безразличны или даже неприятны.

Кейра является родовым понятием, обозначающим ороренитальные контакты вне зависимости от разделения ролей между мужчиной и женщиной. *Кумбитмака* (куннилинкция) – вызывание полового возбуждения воздействием на вульварную область (главным образом клитор) губами и языком. Антиподом куннилинкции является *фелляция* – вызывание полового возбуждения воздействием рта и языка на половой член.

Половые действия с животными распространены в районах с развитым скотоводством и связаны прежде всего с индивидуальными личностными особенностями.

Выделяя некоторые наиболее типичные корреляции, можно сказать, что поллюции – удел робких и боязливых, онанизм – застенчивых, а петтинг – свехросторожных.

Пубертатным периодом принято называть возрастной период, на протяжении которого в организме происходит внутренняя перестройка, завершающаяся достижением половой зрелости, т. е. способности к размножению. Пубертатный кризис имеет сложный характер и определяется как гормональной, так и коренной перестройкой психической сферы. В этот период психика наиболее ранима. Подросток внутренне уже не удовлетворяется пассивной ролью опекаемого ребенка, а внешнее окружение отрицает его право на принятие ответственных ролей взрослого, давая ему почувствовать и его социальную незрелость, и экономическую зависимость.

Процесс полового созревания контролируется гипоталамическим отделом мозга; при этом сначала в него вовлекается гипофиз, а затем и другие отделы гормональной регуляции, изменяя физический облик и психическое состояние. Важным признаком пубертатного развития является установление регулярной активности гонад, которая проявляется у девушек менструациями, а у юношей – эякуляциями.

Под акселерацией понимают ускорение роста и развития детей и подростков, а также абсолютное увеличение размеров тела взрослых. *Феномен акселерации* проявляется в том, что по средним статистическим показателям современные дети уже к моменту рождения имеют большую массу, наблюдается более раннее прорезывание молочных и постоянных зубов, к концу ростового периода достигаются большие размеры тела при более ранней стабилизации роста и отмечается более раннее половое созревание.

По мнению некоторых сексологов, сексуальная активность у мужчин достигает кульминации уже в 17–19 лет. Половая энергия ищет соответствующего выхода, рождает в юношеской психике внутреннюю напряженность. Дело не только и не столько в физиологических потребностях, сколько в том, что начало активной по-

ловой жизни считается у юноши важнейшим доказательством «взрослости», существенным средством самоутверждения.

Мастурбация представляет суррогатное средство, позволяющее снять или смягчить физиологический дискомфорт, порождаемый биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения. Чем раньше созревает подросток, тем больше вероятности, что он будет мастурбировать, так как других способов сексуального удовлетворения у него нет.

Среди опрошенных в 1996 г. немецких студентов онанизм, называемый сексом в одиночестве, 77% мужчин и 86% женщин считали самостоятельной формой сексуального удовлетворения.

Переходный период характеризуется беспорядочными, случайными половыми связями. Для него наиболее типично чередование эксцессов с более или менее длительными абстиненциями, протекающими на фоне суррогатных (мастурбации, петтинг) или викарных (ночные поллюции) форм половой активности. Этот период у большинства молодых мужчин завершается вступлением в брак.

Термин «сексуальный эксцесс» подразумевает повторные половые акты, совершаемые в пределах суток, при условии, что каждый акт носит завершающий характер, т. е. заканчивается эякуляцией.

Период зрелой сексуальности характеризуется установлением уровня индивидуальной половой активности, определяемой половой конституцией, системой взглядов и условиями жизни. Этому способствует наличие постоянной возможности иметь интимную близость практически в любой момент (в большинстве случаев этот момент определяется мужчиной, и женщина обычно подчиняется той «мелодии любви», которую ведет мужчина).

Этому периоду присущ условно физиологический ритм (УФР) – 2–3 половых акта в неделю. Ритм половой активности стабилизируется в соответствии с типом половой конституции.

Границы первых манифестных возрастных периодов половой активности в большинстве случаев определяются без затруднений: пубертатный – по возрасту пробуждения сексуального либидо, соотношенному с возрастом первой эякуляции, переходный – по моменту начала половой жизни и период зрелой сексуальности – по установлению стабильного уровня половых отношений в браке после минования полосы эксцессов «медового месяца».

Инволюционный период

По мнению Г. С. Васильченко (1970), клиническое изучение динамики инволюционного ослабления нейругуморальной

составляющей позволяет выделить следующие критерии, характеризующие физиологическое возрастное снижение.

1. Изменение характера либидо, заключающееся в утрате оттенка настоятельности, неудержимости, хотя и сладостной, но все же мучительности. Вот как рассказывает об этом обследуемый: «Раньше я шел на половой акт тогда, когда не было никакой возможности сдержаться. Теперь я могу сдерживаться сколько угодно, а потому принуждаю себя уже в другом смысле – стараюсь раз в неделю так подстегнуть себя ласками, чтобы провести акт и выполнить свой долг перед женой».

В связи с возрастной редукцией нейрогуморального компонента акцент либидо смещается на психическую составляющую.

2. Утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения. Если в пубертатном, переходном и зрелом периодах даже спонтанная утренняя эрекция сопровождается эротической фантазией, а обсуждение с интересной женщиной самых отвлеченных тем способно провоцировать появление эрекции даже в обстановке, далекой от интимности, то с началом инволюционного периода мужчина может, например, испытывать чувство благодарности к женщине и выразить его ласками и поцелуями без того, чтобы у него появилась эрекция. По достижении инволюционного периода утренняя эрекция при совместном нахождении с женщиной в постели может быть ослаблена или даже отсутствовать.

Отличительным признаком наступления инволюционного периода является необходимость затрачивать определенные усилия и «подтягивать» или эмоциональный настрой к эрекциям, или эрекции к эмоциональному настрою. При запаздывании эрекций наиболее часто прибегают к удлинению периода предварительных ласк и дополнительным приемам (переход к коитусу при освещении, применение не использовавшихся прежде положений, расширение круга мануальных манипуляций, в частности на половом члене, либо самим мужчиной, либо женщиной, и т. д.). Когда же при достаточных эрекциях отстает эмоциональная заинтересованность, некоторые мужчины применяют дополнительные раздражители (чтение эротических описаний, использование иллюстрированных порнографических изданий и т. д.).

3. Изменение характера половых абстиненций. Объективно оно проявляется в переходе от парциальных абстиненций (при наличии эякуляций, обусловленных поллюциями, петтингом и т. д.) к абстиненциям абсолютным, или тотальным, субъективно – в утрате тягостного характера периодов вынужденной абстиненции. Эти изменения связаны с редукцией нейрогуморальной активности урологического уровня.

Таким образом, каждому периоду возрастной динамики половой сферы свойственны определенные сексуальные феномены, которые можно считать даже специфическими, хотя они наблюдаются и в других периодах. К таким феноменам относят: в пубертатном периоде – поллюции и мастурбации, в переходном – эксцессы, в периоде зрелой сексуальности – условно-физиологический ритм [УФР], в инволюционном – абстиненции.

Рассмотрим определение половой конституции мужчины по табл. 1.

Чтобы проконсультировать мужчину и женщину о ритме половой жизни в конкретном возрасте, поставить диагноз и назначить лечение, необходимо определить их половую конституцию, которая характеризуется тремя индексами. Индексы устанавливаются на основе данных о сроках пробуждения сексуального либидо, первой эякуляции, величине трохантерного индекса (отношение роста к длине нижней конечности), характере оволосения лобка, которые оцениваются в баллах. Полученная средняя арифметическая показателей представляет собой K_r – *генотипический индекс* половой конституции и характеризует преимущественно генетически детерминированный потенциал мужчины. Кроме того, определяется K_a – *индекс половой активности*, характеризующий степень реализации конституциональных резервов, при этом учитывается максимальный эксцесс (число эякуляций в сутки), а также абсолютный и относительный возраст «вхождения» в полосу так называемого условно-физиологического ритма (УФР), соответствующего 2–3 сношениям в неделю. Выражается K_a средней арифметической этих трех показателей. Фенотипический индекс половой активности (K_ϕ) выражается средней арифметической семи показателей, определяющих половую конституцию: слабая ($K_\phi = 1-3,5$), средняя ($K_\phi = 3,6-6,5$), сильная ($K_\phi = 6,6-9$). По широте диапазона отдельных показателей оцениваются задержка и дисгармония пубертатного развития и определяется степень нейрогуморальной составляющей. Индекс K_a/K_r показывает расхождение между уровнем половой активности и конституциональными возможностями.

Шкала позволяет дать исходную оценку состояния нейрогуморальной составляющей. Так, если средние арифметические векторов I, II, III, IV лежат ниже 3,5, то преморбидное состояние оценивается как задержка пубертатного развития. В том случае, если векторы I и II лежат ниже 3,5 а векторы III и IV выше 3,6, состояние оценивается как торможение пубертатных проявлений.

Шкала векторного определения половой конституции женщины представлена в табл. 2. У женщин к наиболее стабильным параметрам относятся менструации и течение беременности, так как

Таблица 1

Шкала векторного определения половой конституции мужчин

Векторы	Конституция								
	Слабая			Средняя			Сильная		
	1 0-1,5	2 1,6-2,5	3 2,6-3,5	4 3,6-4,3	5 4-5,5	6 5,6-6,5	7 6,6-7,5	8 7,6-8,5	9 8,6-9,0
I. Возраст пробуждения либидо, число лет	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и ранее
II. Возраст первой эякуляции, число лет	19 и позже	17-18	16	15	14	13	12	11	10 и ранее
III. Трохантерный индекс (отношение роста к высоте ноги)	<1,85	1,86-1,89	1,90-1,91	1,92-1,94	1,95-1,96	1,97-1,98	1,99	2,0	>2,0
IV. Характер оволосения лобка	Редкие пушковые волосы	Горизонталь по женскому типу	Тенденция к горизонт-тали	По мужскому типу			По мужскому типу, с гипертрихозами		
V. Максимальный эксцесс	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и больше
VI. Возраст вхождения в полосу УФР, число лет после женитьбы	—	Медовый месяц	1	2-3	4-5	6-10	11-19	20-29	30 и больше
VII. То же, абсолютный возраст	—	До 22	23-26	27-31	32-36	37-40	41-45	46-50	51 и больше

Таблица 2

Шкала векторного определения половой конституции женщин

Векторы	Конституция										
	Слабая			Средняя				Сильная			
	0-1,5	1,6-2,5	2,6-3,5	3,6-4,5	4,5-5,5	5,6-6,5	6,6-7,5	7,6-8,5	8,6-9,0	9	
I. Менструальная функция	Первая менструация	17 лет	16	15	14	13	12	11	10	9	
	Регулярность менструаций	Аменорея или единичные редкие менструации	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушение только при неблагоприятном воздействии	Эпизодические кратковременные при выраженных неблагоприятных воздействиях	Регулярная, без патологии				Нарушения менструальной функции	
II. Детородная функция	Сроки наступления беременности	—	10 лет	3-9 лет	1-2 года	3-6 месяцев	1-3 месяца	Даже при контрацепции		—	
	Характер течения беременности	—	Невынашивание. Тяжелая патология беременности. Мертворождения	Угроза прерывания беременности. Патологическое течение ее. Токсикозы	Легко протекающие токсикозы беременности	Нормальное течение				—	
III. Трохантерный индекс		1,88	1,89-1,93	1,94-1,96	1,97-1,98	1,99	2,0	2,01-2,02	2,03-2,04	2,05	
IV. Характер оволосения		AP	AP	AP	По женскому типу AP			Тенденция к мужскому	Мужское	Мужское с гипертрихозом	
V. Пробуждение эротического либидо, годы		17	15-16	14	13	12	11	10	9	8 и раньше	
VI. Оргазм	Первый оргазм	В возрасте, годы	—	35	31-34	26-30	21-25	18-20	15-17	12-14	15 и раньше
		Время после начала регулярной половой жизни	—	10 лет	3-9 лет	1-2 года	6-11 месяцев	2-5 месяцев	1 месяц	До начала регулярной половой жизни или при первом контакте	До контакта с партнерами
	Достижение 50-100%-ной оргастичности	В возрасте, годы	—	40 лет	35 лет	30 лет	25 лет	20 лет	19 лет	18-16	15 и раньше
		Время после начала регулярной половой жизни	—	10-15 лет	5-9 лет	3-4 года	1-2 года	6-11 месяцев	2-5 месяцев	1 месяц	Сразу с начала половой жизни

основная биологическая функция женщины – продолжение рода. Генотип у женщин K_r определяется по первым четырем показателям: возрасту менархе, беременностям, трохантерному индексу, характеру оволосения. Половая активность K_a оценивается возрастом пробуждения либидо, сроком первого оргазма, процентом оргастичности.

Таким образом, определение половой конституции позволит рекомендовать гигиенический ритм сексуальной активности мужчине и женщине с учетом фенотипического индекса половой активности.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Рефлекторный механизм эрекции.
2. Фазы эякуляции.
3. Два уровня системной концепции оргазма.
4. Три функциональных компонента либидо.
5. Феномены Тарханова и Белова.
6. Пять стадий формирования либидо у мужчин.
7. Изменения в органах и системах человека при сексуальном возбуждении.
8. Стадии копулятивного цикла мужчины.
9. Составляющие копулятивного цикла мужчины.
10. Особенности женской сексуальности.
11. Стадии копулятивного цикла женщины.
12. Классификация оргазма у женщин.
13. Стадии формирования либидо у женщин.
14. Половой акт в зависимости от субъективных потребностей, которые он удовлетворяет.
15. Основные формы половой жизни человека.
16. Показатели зрелой сексуальности.
17. Критерии инволюционного периода.
18. Определение половой конституции у мужчин.
19. Определение половой конституции у женщин.
20. Значимость половой конституции мужчин и женщин для диагностики, лечения и профилактики сексологических расстройств.

Глава 5

Личность

И НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

Личность может быть определена как отдельно взятый конкретный человек – продукт индивидуального развития определенной исторической эпохи с присущими ему индивидуальными, биологическими и социально обусловленными свойствами и качествами психики.

А. В. Петровский выделяет три подсистемы личности:

- интраиндивидуальная личностная атрибуция – качества, присущие индивидуальному субъекту: характер, темперамент, способности;
- интериндивидуальная – проявление личности в межличностных отношениях;
- метаиндивидуальная – продолжение субъекта в другом индивиде, «вклады» в других людей, проявление личности в процессе активного преобразования в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах (персонализация).

Формирование личности протекает в те же временные периоды, что и психосексуальное развитие, но имеет свою специфику.

Воронежские психологи И. Ф. Мягков и С. Н. Боков (1999) совместили психиатрический и психологический подход в описании структуры личности. Психологическая структура личности включает в себя четыре основных подструктуры (направленность, опыт, формы отражения и биологическая обусловленность) и две дополнительные (характер и способности). Личность развивается в деятельности.

Направленность личности – это совокупность взглядов, идей и убеждений человека, ставших руководящими в его активной деятельности, направленной на достижение относительно далеких и сложных, жизненно важных для него целей. Источниками такой активности могут быть: стремление к наслаждению (гедонизм), ис-

полнение долга (И. Кант), биологические влечения (З. Фрейд), стремление к господству (А. Адлер).

Рассогласованность между потребностью и возможностью побуждает личность к деятельности.

Потребности — это нужда в чем-то, проявляющаяся в виде мотивов. Различают следующие виды потребностей: наследственные (органические) влечения — голод, половое, родительское, к активной деятельности (потребность в труде), ориентировочное (научная любознательность, любовь к истине); приобретенные — материальные, духовные (в познании — научном творчестве, эстетические — в художественном творчестве); общественные (в труде, персонализации, общественной деятельности, общении), по А. В. Петровскому.

Мотивы — это то, что побуждает к деятельности: интересы, идеалы, мировоззрение, убеждение и др. В отличие от потребностей мотивы имеют глубокое содержание; они не только побуждают, но и направляют деятельность по отношению к объекту.

Мотивировка — объяснение целесообразности при скрытом реальном смысле.

Влечение — побуждение к деятельности, представляющее собой недостаточно осознанную потребность, это этап формирования мотива поведения, а не врожденные факторы поведения. Влечения либо угасают (голод, половое), либо осознаются и превращаются в желания (а желания в сочетании с волей — в стремление).

Установка — неосознаваемое состояние готовности к определенной деятельности, с помощью которой может быть удовлетворена потребность. Установки делятся на позитивные (к герою, учителю у первоклассника и т. д.), негативные (к «новым русским» и т. д.), предвзятые (к работникам банков и т. д.) — результат необоснованных выводов из собственного опыта, усвоенных стереотипов мышления.

Стремления — это мотивы, в которых потребности непосредственно не представлены в данной ситуации, но могут быть созданы как результат деятельности. Различают следующие формы стремлений: намерения — осознаются условия и средства (окончание института); мечта — образ желаемого (высокая, низкая), побуждение к деятельности; страсти — мотивы, где потребности сильны и длительны; идеал — потребность подражать или следовать образцу (идеал нравственной воспитанности, учености, мастерства и т. д.). Идеал отражает и предвосхищает жизнь, вызывает удивление, восторг, восхищение, страстное желание работать. Отношение к идеалу может быть созерцательно-восторженным (восхищение идеалом и занятие самобичеванием) и страстно-деятельным (превращение идеала в черту характера, план жизни).

Направленность может быть общественной, деловой и личной, ее важнейшее качество — действенность, в которой выкристаллизовывается активность характера. К формам направленности относятся влечения и желания, интересы, склонности, идеалы, мировоззрение и как высшая степень — убеждение.

Приобретенные потребности могут проявляться в мотивах интереса — избирательном отношении личности к объекту в силу его жизненного значения и эмоциональной привлекательности.

Интерес — специфическая познавательная направленность на предметы и явления окружающего мира. Интересы, разные по широте, устойчивости и другим качествам, свойственны всем людям. При широких интересах обязательно предполагается выделение одного из них как основного и ведущего. Это придает человеку устойчивость в жизни, концентрирует его волю и помогает достичь определенных успехов в процессе деятельности. Интересы могут быть общечеловеческими, классовыми, национальными и т. д. Различают следующие виды интересов: по содержанию — материальные, духовные, общественные; по цели — непосредственные (к процессу деятельности) и опосредованные; по устойчивости — устойчивые и неустойчивые; по уровню действенности — активные и пассивные; по объекту — широкие и узкие.

Под *мировоззрением* понимается система взглядов на окружающую человека объективную реальность (природу, общество и человеческое мышление). Мировоззрение личности, как и ее интересы, идеалы и потребности, существуют не сами по себе, а всегда связаны с духом времени, конкретной исторической эпохой и свойственны ей общественным сознанием.

Различают следующие качества мировоззрения: содержательность и научность; систематичность и целостность; логическую последовательность и доказательность; степень обобщенности и конкретизации; связь с деятельностью и поведением. На основе мировоззрения — высшего регулятора поведения — складывается нравственный идеал. При сочетании положительных качеств мировоззрение превращается в убеждение.

Убеждение — система осознанных потребностей личности, побуждающих ее поступать в соответствии со своими взглядами, принципами и мировоззрением. Это глубокая и обоснованная вера человека в принципы и идеалы, которым он следует в жизни. Рассогласованность знаний и потребностей приводит к дефекту сферы убеждений. Убеждение формируется при активном отношении к действительности, вдумчивом, самостоятельном отношении к знаниям, ответственном отношении к своим обязанностям.

Мораль – обобщенное отражение в сознании (индивидуальном, общественном) нравственности, регулятор поступков личности. Моральные качества проявляются в совести личности – нравственной самооценке своих поступков.

Морально невоспитанному человеку неизвестны нормы поведения или известны поверхностно, знание подобных норм не стало его убеждением.

Аморальный человек включает в свое мировоззрение неверные нормы поведения (круговая порука, очковтирательство и т. п.).

Бессовестный человек знает нравственные нормы общества и считает их правильными, но только для других, и потому не испытывает угрызений совести при самооценке своих поступков, противоречащих известным нравственным нормам.

Безнравственный человек не считает нравственные нормы общества обязательными ни для себя, ни для других, хотя теоретически знает их.

Подструктура опыта формируется с помощью обучения, знания, умения, навыков, привычек. В личностном плане важны привычки.

Форма отражения включает все психические процессы (ощущение, восприятие, память, воображение, чувства, воля). Воля формируется с помощью упражнений. Для личности важны чувства и воля.

Биологически обусловленная подструктура формируется с помощью тренинга. У мужчин и женщин разные эмоции, различный тип мышления. Из сказанного следует, что данная сторона личности тесно связана с подструктурой, в которую входят индивидуальные особенности отдельных психических процессов. Наиболее отчетливо это видно на убеждениях, в структуру которых входят компоненты мышления, эмоций и воли.

Обе указанные подструктуры связаны и с третьей – знания, навыки, умения и привычки данной личности, объединяемые понятием «опыт». Эта подструктура определяет уровень развития личности и имеет особое значение для врача.

В общей структуре личности выделяются индивидуальные особенности: темперамент, характер и способности.

Темперамент – это особенности личности, характеризующие ее со стороны динамики психических процессов. Физиологически эти особенности основаны на присущих нервной системе силе, скорости протекания, быстроте смены и уравновешенности главных нервных процессов – возбуждении и торможении, а также лабильности – результате скорости возникновения и прекращения процесса возбуждения и торможения.

Значительный вклад в понимание физиологической сущности темпераментов внесло учение о типах нервной системы И. П. Павлова. В зависимости от сочетания указанных им свойств возбудительного и тормозного процессов можно было бы выделить довольно большое число темпераментов. В практике же чаще всего пользуются классификацией, предусматривающей выделение четырех основных типов: холерического, сангвинического, флегматического и меланхолического. Психологическая характеристика типов темперамента определяется:

- сензитивностью – реакцией на наименьшую силу внешнего воздействия;
- реактивностью – силой эмоциональной реакции на внешние и внутренние раздражители одинаковой силы;
- активностью – степенью активности при воздействии на окружающих;
- соотношением реактивности и активности,
- темпом реакций – темп речи, скорость движений, находчивость и т. п.;
- пластичностью и ригидностью – быстротой адаптации к изменившимся условиям;
- экстравертированностью / интровертированностью – экстраверты больше реагируют на внешние раздражители, а интроверты – на собственные образы и представления;
- быстротой сосредоточения внимания.

Холерики характеризуются глубиной своих устремлений, склонностью к быстрой смене настроения, бурным эмоциональным переживаниям, неуравновешенности и цикличности. Они психомоторно подвижны, мимика их отличается живостью и разнообразием. Физиологически сильны, подвижны, с неуравновешенным типом нервной системы. Холерический темперамент был присущ А. С. Пушкину, А. В. Суворову, Петру Первому (по свидетельству современников).

Сангвиники подвижны, их речь сопровождается богатой жестикуляцией. Они эмоционально отзывчивы на все воздействия окружающей действительности, отличаются быстрой сменой настроений и сравнительной легкостью, с которой переносят неудачи и жизненные невзгоды. У них отмечается также некоторое поверхностное отношение к делу, с лихвой «компенсируемое» чрезвычайной общительностью, приветливостью к людям. Физиологически сильны, подвижны, с уравновешенным типом нервной системы. Сангвинический темперамент наблюдался у А. И. Герцена.

Флегматики медлительны и спокойны. Внешние проявления их переживаний относительно небогаты и бледны, смена чувств про-

исходит у них постепенно. Это «упорные труженики жизни», начатое дело всегда доводят до конца, неизменно оставаясь невозмутимыми и сосредоточенными. Физиологически сильны, инертны, с уравновешенным типом нервной системы. Пример – К. А. Крылов.

Меланхоликам свойственны пониженная активность, быстрая утомляемость, внешнее спокойствие, несмотря на значительную глубину их переживаний. Они робки и застенчивы, нерешительны и легко ранимы, смена настроений замедленна. Физиологически преобладает слабость нервных процессов, что не позволяет определить их отдельные свойства. Представителями меланхолического темперамента можно считать В. А. Жуковского, Н. В. Гоголя.

У большинства людей отмечается сочетание выраженных свойств одного темперамента с некоторыми свойствами другого. Реже можно встретить в жизни представителей того или иного темперамента «в чистом виде», с четко очерченными характерными чертами и без «добавления» нехарактерных, поэтому каждую личность при оценке ее темперамента надо как бы расположить в системе трех координат.

В одной из своих работ Г. С. Васильченко и Ю. А. Решетняк (1977) приводят следующие цифровые соотношения основных темпераментов среди здоровых людей. Было обследовано 150 мужчин и 150 женщин. Среди мужчин сангвников было 11,5%, флегматиков – 22,5, холериков – 29,5, меланхоликов – 36,5; среди женщин сангвников – 12,5%, флегматиков – 19,5, холериков – 24,5, меланхоликов – 43,5. При этом более низкий уровень психологической адаптации отмечался при сочетании у супругов следующих темпераментов: сангвник – сангвник, холерик – холерик, флегматик – сангвник.

Помимо свойств возбудительного и тормозного процессов, деятельность нервной системы характеризуется еще и особенностями взаимоотношений сигнальных систем. При любом общем типе нервной системы у человека взаимоотношения сигнальных систем могут быть своеобразными. В зависимости от преобладания деятельности первой или второй сигнальной системы И. П. Павлов выделил три «истинно человеческих» типа – мыслительный, художественный и средний.

В случае функционального перевеса второй сигнальной системы мы будем иметь дело с *мыслительным типом*. Люди такого типа склонны к рассудочной жизни, анализу и «расщеплению» явлений окружающей действительности, к отвлеченному абстрактно-логическому мышлению. Их чувства отличаются сдержанностью и умеренностью. Типичным представителем этого типа был академик И. П. Павлов.

Люди, у которых доминирует первая сигнальная система, принадлежат к *художественному типу*. Мышление их отличается пре-

обладанием конкретно-образного и эмоционального компонентов, наличием большой силы воображения, непосредственность и живость восприятия действительности. Характерна и определенная склонность к эффекту. В соответствии с особенностями творчества, по свидетельствам биографов, друзей и близких, к представителям художественного типа можно отнести Л. Н. Толстого, Гете.

Уравновешенность в деятельности сигнальных систем дает *средний*, истинно человеческий тип, который встречается гораздо чаще (до 80%). Так, представителям художественного типа вполне доступны отвлеченные, высшего порядка абстракции, а людям мыслительного – конкретно-образные суждения. Тем более ни в коей мере не зависит от тех или иных соотношений сигнальных систем степень интеллектуального развития. При любом типе – и общем, и истинно человеческом – могут иметь место самые различные способности, как и прочие свойства личности, что позволяет ей соответственно формировать необходимые качества.

Другими словами, характер – это качество личности в целом, ее каркас. Характер важно наблюдать в различных ситуациях: в минуты радости и в трудный момент, в условиях конфликта, в мимике, в пантомимике. Лев Толстой описал более 1200 взглядов. Походка также несет определенную информацию: прочно стоит человек или нет. Характер проявляется при стрессовых ситуациях, когда маска срыгается и открывается истинное лицо. При этом «все черты характера являются чертами личности, но не все черты личности являются чертами характера» (К. К. Платонов). Например, такая подструктура личности, как *направленность*, представляется целеустремленностью, принципиальностью, требовательностью, оптимизмом, превалированием духовных или материальных интересов вплоть до жадности и скупости и др.; подструктура *опыта* – рассудительностью, планомерностью, усидчивостью, привычкой или разбросанностью, легкомыслием и т. д.; подструктура *форм отражения* – настойчивостью, решительностью, дисциплинированностью, страстными и холодно-рассудительными отношениями и т. д. Свое внешнее выражение характер находит в направленности всей многогранной и сложной деятельности индивида. Отдельные черты взаимосвязаны и образуют структуру характера, состоящую из содержания (системы отношений) и формы проявления.

Характеризуя первую (интраиндивидуальную) подсистему личности и ее влияние на особенности сексуальных проявлений при сексуальном становлении и нарушениях сексуального здоровья, следует отметить определенную зависимость последних от черт характера, типа акцентуаций.

Развитие вариантов сексуальной дисгармонии в определенной мере зависит от черт характера: социальный вариант чаще наблюдается у лиц с истероидными чертами характера, социально-психологический – при гипертимном, эпилептоидном типах акцентуации; психологический – при истероидном и эпилептоидном типах и эгоцентрических чертах характера; дезинформационный – при сенситивном типе и инфантильных чертах характера, сексуально-эротическая дезадаптация отмечается при всех типах акцентуаций черт характера.

В исследовании В. В. Кришталь и соавторов (1988) при изучении преморбидных черт личности у 600 человек (300 супружеских пар) с сексуальной дисгармонией оказалось, что чаще всего она возникла у лиц с тревожно-мнительными (примерно у 38% мужчин и 37% женщин) и аффективными (у 38% мужчин и 45% женщин) чертами характера. Указанные преморбидные особенности личности способствовали развитию ипохондрической фиксации, пессимистической оценке своего состояния, возникновению робости, замкнутости, склонности к болезненному самоанализу, убеждению в своей сексуальной неполноценности и в результате – развитию сексуальной дисгармонии. Часть обследованных (4%) не реагировала на свою половую несостоятельность и обращалась к врачу лишь по настоянию партнера.

Изучение В. В. Кришталь и И. К. Агишева (1985) экстра- и интраверсии показало, что нарушение сексуального здоровья чаще (в 69,5% случаев) возникает у лиц с интравертированным складом личности.

При изучении интериндивидуальной подсистемы личности был выявлен низкий уровень их социально-психологической адаптации. Психологическая несовместимость чаще встречается при наличии у одного или обоих супругов акцентуации или тревожно-мнительных и аутичных черт характера. Уровень социально-психологической адаптации супругов не только свидетельствует о степени выраженности сексуальной дисгармонии, но может служить и прогностическим критерием.

Исследование межличностных отношений супружеских пар, проведенное с помощью опросника социально-психологической дезадаптации, дало возможность определить уровень психологической совместимости супругов. Уровень социально-психологической адаптации оказался низким примерно у 23% супружеских пар, а уровень сексуально-эротической адаптации – у 84%. У трети супружеских пар с социально-психологической дезадаптацией низкий уровень психологической адаптации был обусловлен характерологическими чертами одного из супругов.

Изучение причин нарушения межличностных отношений показало, что среди обследованных не было личностей с четко очерченными целевыми установками, у половины супружеских пар отмечались такие черты, как уступчивость, пассивная подчиняемость, у трети – тенденция к лидерству, властность, деспотичность, у остальных – скептицизм, упрямство, негативизм.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что исследование диспозиций личности супругов способствует углублению диагностики сексуальной дисгармонии, а следовательно, и ее адекватной коррекции.

От особенностей личности и культуры чувств, а также от уровня социальной и психологической адаптации в значительной мере зависит и тип сексуальной мотивации супругов. Так, несовпадение доминирующей мотивации, ценностных ориентаций может служить одним из дисгармонирующих факторов в системе межличностных отношений супругов и, в конечном счете, приводить к развитию сексуальной дисгармонии.

Анализ состояния метаиндивидуальной подсистемы личности при нарушениях сексуального здоровья позволяет заключить, что к снижению уровня психологической адаптации приводит поведение одного из супругов, не способствующее максимальной персонализации другого супруга. Это одна из важных причин сексуальной дисгармонии, которая нередко развивается по неосознаваемым механизмам психической деятельности.

Таким образом, особенности личности могут способствовать или быть причиной нарушения сексуального здоровья, а возникшая дисгармония, в свою очередь, влияет на развитие и проявление личности, ее мотивации, способствуя усилению, трансформации или угасанию одних мотивов и замене их другими. Нарушение процесса персонализации может быть причиной развития кризиса в семье, сексуальной дисгармонии, алкоголизма, неврозов и психосоматических заболеваний.

На состояние всех подсистем личности и, следовательно, на сексуальное здоровье воздействует ближайшее окружение семьи, что особенно заметно в первые годы брака. Совместное проживание с родителями оказывается достаточно частой причиной разводов и при более длительных сроках супружества. Однако нередко и молодые супруги, живущие самостоятельно, не выдерживают «испытания браком».

В то же время обследование показало, что, чем больше стаж супружеской жизни, тем реже встречается социально-психологическая и сексуально-поведенческая дезадаптация супругов (эти варианты

дезадаптации наблюдались соответственно в 69 и 42% случаев среди лиц, состоящих в браке до 5 лет).

В исследовании В. В. Кришталь (1988) выявлена четкая зависимость частоты сексуальной дисгармонии супружеской пары от числа детей: чем больше их в семье, тем благополучнее психологическое состояние супругов и отношения между ними. Подавляющее большинство обследованных им супружеских пар с социально-психологической и сексуально-эротической дезадаптацией (соответственно 77 и 81%) проживали с родственниками жены или мужа. В то же время расстройство потенции и фригидность отмечались чаще у супругов, проживающих самостоятельно.

Изучение связи сексуальной дисгармонии с уровнем образования супругов свидетельствуют о том, что, чем он выше, тем чаще встречается социально-психологическая дезадаптация супружеской пары (около 77% супругов с нарушением этой составляющей сексуальной гармонии имели высшее и незаконченное высшее образование). Вероятно, от уровня образования зависит уровень мотивации (достижение максимальной гармонии, взглядов, вкусов, привычек, чувств). Однако в тех случаях, когда высшее образование, способствуя достижению высокого профессионального уровня, не привело к соответствующему изменению уровня культуры, формируется неадекватный уровень притязаний, в результате чего и возникает социально-психологическая дезадаптация и, как следствие, сексуальная дисгармония.

Среди супружеских пар с социально-психологической дезадаптацией большинство составляли работники умственного труда и учащиеся (74%), среди супружеских пар с сексуально-эротической и информационной дезадаптацией – работники физического труда (соответственно 71 и 52%). При этом около четверти обследованных отмечали отрицательное влияние сексуальной дисгармонии на трудовую деятельность, примерно 8% – на социальные связи и взаимоотношения с коллективом. По мнению В. В. Кришталь (1988), сексуальное здоровье обусловлено правильной сексуальной установкой личности – комплексом индивидуально-психологических феноменов, определяющих сексуальное поведение, активность субъекта, направленную на удовлетворение сексуальной потребности, и мотивы, которыми он при этом руководствуется. Формирование сексуальной установки сопровождает процесс социализации личности и сексуальности. Социализация сексуальности – это усвоение человеком системы знаний в вопросах психологии половой жизни, ценностей, форм сексуального поведения, социальных, морально-этических норм и формирование понятия о сексуальной норме.

Можно выделить три периода формирования сексуальной установки. К первому относятся получение информации о половой жизни (чаще – от сверстников, значительно реже – от взрослых), ее переработка и развитие своего представления, отношения к ней. В этот период отсутствует личный сексуальный опыт, но, как правило, имеются определенные физиологические сексуальные проявления. Второй период начинается с первого полового акта, приводящего к трансформации первичной установки, поскольку первый половой акт значим для личности. Третий период начинается с регулярной половой жизни в браке, которая приводит к трансформации и коррекции вторичной установки на основе личного опыта в соответствии с реальной половой жизнью.

Так, К. Имелинский (1986) различает механоцентрическую установку (на технику полового акта), оргамоцентрическую и экстазоцентрическую (на совершенствование сексуальных переживаний). На их формирование влияют социальные и психологические факторы, а также личностные особенности.

Сексуальная установка определяет и сексуальную потребность в соответствии с иерархией системы потребностей – доминирующую, конкурирующую, второстепенную. Как известно, иерархическая система потребностей объединяет физиологические потребности, потребность в безопасности, в привязанности и любви, в уважении, потребность в самоактуализации, персонализации, когнитивные, эстетические. Доминируют и организуют поведение неудовлетворенные потребности. Своевременное неудовлетворение личностных потребностей приводит к нарушениям психической функции. Лица, лишенные любви в раннем возрасте, в дальнейшем утрачивают способность любить.

Потребность не может долго оставаться в активном состоянии, так как это рождает и усиливает личностный конфликт, она должна быть удовлетворена или редуцирована. Редуцирование может идти по двум направлениям: дезактуализация потребности или мнимое удовлетворение.

Сексуальная установка наряду с потребностью определяет и сексуальный мотив. Следует отметить, что сложная взаимосвязь мотивационной сферы и сексуальности изучена недостаточно. Сексуальная мотивация тесно связана с сексуальным поведением, а нарушения последнего влияют на общую мотивационную сферу. Мотивация – многоуровневая система, функционирующая на основе иерархических отношений. Изменение мотивационной сферы при снижении сексуального здоровья заключается в нарушении как побудительной (снижение круга интересов), так и смысловой функции мотива (актуализация непосредственной ситуации).

Рассматривая процессы общения, деятельности в их соотношении с сексуальностью, необходимо исходить из того, что эти явления взаимосвязаны и взаимообусловлены. Так, нарушение сексуального здоровья может влиять на процессы общения и деятельности, а нарушение последних может приводить к расстройству сексуального здоровья.

В наш коммуникационный век увеличивается интенсивность общения и расширяются межличностные контакты, но они менее насыщены эмоционально, и потребность в общении остается неудовлетворенной. Это касается не только социального, но и интимного общения.

В структуре деятельности выделяют действие (процесс, направленный на достижение осознаваемого результата) и операции (способы, приемы действия). Понятно, что реализация любой потребности невозможна вне деятельности. При нарушении сексуального здоровья происходит трансформация деятельности вследствие перестройки структуры личности, потребностей, мотивов.

В свою очередь и личность может испытывать на себе влияние нарушений сексуального здоровья. Так, при возникновении сексуальной дисгармонии у половины больных появляются изменения в наиболее подвижных чертах характера: тревожность, мнительность, невротизм, неуверенность в себе, что может формировать новый тип поведения. Как личностная реакция на сексуальное расстройство возникает разнообразная психопатологическая симптоматика. Кроме аффективных расстройств, у больных нередко отмечаются сверхценные идеи ревности, самоуничужения. Довольно часто развиваются невроты и реактивные состояния, невротические и реактивные депрессии. Следствием сексуальных расстройств могут быть алкоголизация, отказ от создания семьи и др.

Системный анализ сексуального здоровья включает биофизический, социальный, психологический, социально-психологический компоненты, которые в значительной степени детерминируют и адаптируют сексуальное поведение человека. Социальное обеспечение сексуального здоровья человека обусловлено культурными факторами, степенью социализации сексуальности и формированием социально малой группы, т. е. семьи, а также сложившейся дифференциацией мужских и женских социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности. Социально-психологическое обеспечение сексуального здоровья связано с парным характером сексуальной функции. При этом возникают проблемы общения, межличностных отношений, ролевых позиций, сплоченности, лидерства и т. д., что также не может не влиять на сексуальное поведение.

Психологическое обеспечение сексуального здоровья определяется ролью психических процессов (осознаваемых и неосознаваемых), актов, состояний личности в развитии и проявлении сексуальности. Оно неотделимо от физиологического, но имеет свои особенности и механизмы. Биофизиологическое обеспечение сексуальности детерминировано биологическими и физиологическими процессами и механизмами сексуальности, определяющими ее интенсивность, но не формы выражения. Такая многокомпонентная регуляция сексуальности обеспечивает оптимальную адаптацию полов и сексуальную гармонию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятие «личность».
2. Направленность личности.
3. Темперамент и его четыре основных типа.
4. Первая и вторая сигнальная система.
5. Характер.
6. Влияние интраиндивидуальной подсистемы личности на сексуальное здоровье.
7. Интериндивидуальная подсистема личности и сексуальное здоровье.
8. Метаиндивидуальная подсистема личности и сексуальное здоровье.
10. Сексуальная установка личности и ее формирование.
11. Системный анализ сексуального здоровья.

СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ

Брак по любви предполагает взаимность: любовь оплачивается лишь любовью. Здесь нельзя подойти со спасительным «но»: «Я его не люблю, но он перспективен, я с ним проживу всю жизнь безбедно». Иногда человек идет на брак расчетливо, зная, что другой его любит, но вряд ли такой брак будет счастливым. Даже брак ради материального благополучия, заключенный с обоюдного согласия, может быть прочным, но счастливым – сомнительно.

У мужчин и женщин, вступающих в брак, желательны близкие культурный уровень, образование и материальные запросы, что способствует полному взаимопониманию, единству интересов. Не могут вместе ужиться два лидера, то есть два человека, у которых ярко выражены черты руководителя. Не уживутся вместо правдивый и лживый, щедрый и скупой, трудолюбивый и ленивый. Не поладят люди с ориентацией на разные нравственные и духовные ценности.

Для выбора супруга необходимо учиться говорить и учиться слушать. Овладев этим умением, мы намного облегчаем проблему выбора спутника жизни. К сожалению, нередко мы не умеем общаться, не умеем разговаривать друг с другом. Чаще всего слушаем только себя, думаем о том, чтобы только высказать свое, совершенно не заботясь, понимает ли нас собеседник. Когда говорит другой, мы лишь вежливо ожидаем паузу, чтобы начать говорить самим. Умение слушать, выслушивать – одно из ценнейших качеств человека, помогающее ему разобраться в людях.

Отечественные сексологи Г. С. Васильченко и Ю. А. Решетняк для оценки и прогнозирования брачного союза предлагают концепцию о пяти основных брачных факторах, которые позволяют диагностировать устойчивость брака.

В структуру общего брачного потенциала входят физический, материальный, культурный, сексуальный и психологический факторы.

Физический фактор (ФФ) имеет сугубо интуитивный характер: вне зависимости от половой принадлежности один человек вызывает у другого безотчетную симпатию или антипатию. Эта индивидуальная и глубоко личностная реакция определяется физическим обликом (особое значение имеет лицо), тембром голоса, манерой поведения, речью, мимикой, жестикуляцией, манерой одеваться, наконец, запахом, свойственным данному человеку. Формируясь при первых встречах, ФФ отличается исключительной устойчивостью и, как правило, сохраняет свою положительную или отрицательную окраску в ходе длительного общения, подвергаясь лишь незначительной модификации. У всех людей, независимо от возраста, он тесно спаян с сексуальным фактором; однако у молодых людей это влияние выражено ярче, а с возрастом в случаях возрастания роли культурного фактора проявляет некоторую тенденцию подчиняться последнему.

Материальный фактор (МФ) определяется соотношением вклада партнера в общий материальный статус семьи и соответствием этого вклада ожиданиям и требованиям другого партнера. Соответствие может быть максимальным как при высоких требованиях и их удовлетворении, так и при незначительном вкладе и небольших требованиях. Таким образом, роль МФ зависит от его места в ряду ценностных ориентаций личности.

Культурный фактор (КФ) обусловлен соотношением интеллектуально-культурных запросов супругов и весьма изменчив на протяжении жизни даже у одной пары.

Сексуальный фактор (СФ) определяется соответствием реальной программы интимной близости каждого из партнеров их сексуальным ожиданиям. Он подвержен многим влияниям, в том числе возрасту и состоянию здоровья, с которыми и должен, прежде всего, соотноситься. Модели мужской и женской сексуальности не тождественны как в качественном (например, различия эрогенных зон), так и в возрастном плане. СФ может оказывать мощное модулирующее влияние на ФФ чаще в виде обострения предшествовавших неосознанных или подавлявшихся психологических установок.

Психологический фактор (ПФ) – это коллектор, на котором базируются остальные факторы, именно он определяет единство и целостность человеческого поведения. ПФ подразумевает соотношение личностных особенностей обоих супругов, прежде всего их характеров и ролевых притязаний.

Взаимодействуя, перечисленные факторы составляют брачный потенциал. Если большинство из них имеют положительную (центростремительную) направленность и способствуют укреплению

(уплотнению) союза, то брачный потенциал характеризуется положительным индексом: если преобладают отрицательные (центробежные) факторы, направленные на разрыхление и распад союза, то брачный потенциал имеет отрицательный индекс.

Формирование оптимального супружества происходит постепенно – от очарования первой влюбленности через цепь преодоленных разочарований (создаваемых мелочами повседневного быта) к принятию реального партнера со всеми его достоинствами и недостатками.

Конечно, жизни без невзгод и печалей не бывает, но обидно, когда семейные конфликты возникают из-за ничего, а столь необходимую в семейной жизни уступчивость некоторые считают проявлением безволия. Конфликты редко проходят бесследно, они создают почву для терзаний, взаимного недовольства. Нарушается гармония в интимных супружеских отношениях, что в свою очередь становится источником новых переживаний. Если уж создалось напряжение, нужно стремиться его разрядить, не ожидая, пока партнер сделает первый шаг к примирению. Чем скорее наступит разрядка, тем легче будет всем.

Нередко первым испытанием молодой семьи становится дисгармония интимных отношений. В этой области, гораздо более тонкой и сложной, чем полагают некоторые молодые люди, не все складывается так, как представлялось до брака. Причин тому много: особенности темперамента мужчины и женщины, силы полового влечения, а нередко отсутствие эмоциональной культуры, такта, бережности и нежности мужа, чрезмерная скованность, сдержанность жены. Отечественным ученым С. С. Либихом разработана классификация психологических типов сексуальных партнеров, которая помогает в профилактике сексуальных дисгармоний.

«Мужчина-отец». Пожилой человек, психологически имеющий потребность в том, чтобы женщина, преклоняясь перед ним, была значительно моложе, слабее физически, неопытна. Его половое влечение может быть невысоким (или сниженным), но искусство ухаживания за женщиной позволяет очаровывать ее, а при сексуальном общении удовлетворять за счет хорошей подготовки, использования разнообразных и точно выбранных ласк, несмотря на небольшую потенцию.

«Мужчина-мужчина». Здесь можно выделить два типа: активный (агрессивный) и пассивный, нуждающийся в агрессивности женщины.

К первому типу относится мужчина молодой или среднего возраста с хорошим физическим развитием, напористый, несколько

грубоватый, мало дифференцирующий ласки, но проводящий их интенсивно. В половом акте – сторонник длительного периода фрикции, иногда склонен к причинению женщине боли и морального страдания.

Мужчина второго типа молодой или среднего возраста, боготворит женщину, считает себя недостойным ее, виноватым, ждет от нее наказания и даже презрения. Предпочитает женщин с агрессивными тенденциями.

«Мужчина-сын». Всегда молод, инфантилен, физически слаб, часто неудачник, не боится рассказывать женщине об этом, хочет, чтобы она его «пожалела». В ласках несколько жеманен, капризен, пассивен, ожидает от женщины опеки, активности в половой жизни.

«Женщина-мать». Чаше среднего возраста (в более молодом возрасте обладает недифференцированной сексуальностью), но может быть и молодой. В ее ласках превалирует мотив «спасти», поддержать, воспитать. Иногда идет на сближение с алкоголиками, психопатами, хроническими неудачниками с целью «спасти» их, «сделать человеком». Отсутствие красоты, физическая слабость, непрактичность, неудачливость, болезненность мужчины не только не отталкивают ее, но, напротив, могут быть факторами привлекающими, возбуждающими.

«Женщина-женщина». Выделяются два типа: пассивный, женственный, страдающий, и активный (агрессивный, женщина-повелитель).

Женщина первого типа чаще моложе мужчины, склонна к покорности, самопожертвованию, мягка, уступчива, в половой жизни принимает манеру поведения и тактику мужчины, но отрицательно реагирует на его пассивность, слабость, неудачи. В ее идеал мужчины входят физическая сила, несколько стандартная, но красивая внешность. В прежние времена любила выходить замуж «увозом».

Женщина второго типа стремится к активному выбору партнера, доминированию над ним. Любовь выражает иронией, критикой, высмеиванием. В ласках активна: подчеркивая неумение мужчины, может ругать и ласкать одновременно, а также причинять ему боль.

«Женщина-дочь». Обычно значительно моложе мужчины, отмечает, что с юности нравились те из них, которые «значительно старше». Со сверстниками было скучно. Имеет большую потребность в сексуальной «прелюдии», чем в интенсивности самого полового акта. Такой женщине нравятся даже физические признаки старости, например морщины.

Сопоставляя социально-психологические характеристики указанных типов мужчин и женщин, можно заметить, что, например,

«мужчина-сын» и «женщина-мать», равно как «мужчина-мужчина» и «женщина-женщина», представляют собой психологическую и сексуальную гармонию. В то же время соотношения «мужчина-отец» и «женщина-мать», «мужчина-сын» и «женщина-женщина» указывают на определенную дисгармонию в сексуальных потребностях и ожиданиях. Большое значение для женщины имеет психологический настрой, который обязательно должен предшествовать половой близости, так как она по натуре своей тонка, эмоциональна, ранима, очень чувствительна к житейским неудачам. Загруженная работой и домом, женщина не будет иметь настроения к половой близости. Когда мешают усталость, домашние заботы, посторонние мысли, сближение не будет полноценным и не принесет удовлетворения. Психологический настрой стоит рангом выше половой близости, его следует считать главным ритуалом любви. Но чтобы умело применять его в жизни, нужны знания по анатомии, физиологии и психологии человека.

Прежде чем перейти к рассмотрению сексуальной дисгармонии, описанию различных ее вариантов, необходимо остановиться на характеристике сексуальной гармонии супружеской пары.

Как уже отмечалось, единственной парной функцией с многомерным обеспечением является сексуальная. В связи с этим изучение сексуальной гармонии – самостоятельная и довольно сложная задача. Без правильного представления о ней, о всех ее аспектах невозможно установить причины и условия развития сексуальной дисгармонии.

Системный анализ сексуальной гармонии, по мнению В. В. Кришталь и соавторов (1985), предусматривает в зависимости от уровня взаимодействия супругов выделение следующих компонентов: физиологического, социального, психологического, социально-психологического, психофизиологического, сексуально-поведенческого.

Оценка *физиологического компонента* охватывает состояние и взаимное соответствие сексуальной функции мужа и жены, отражая у мужчин состояние нейрогуморальной, психической, эрекции и эякуляторной составляющих, у женщин – нейрогуморальной, психической и генитосегментарной составляющих копулятивного цикла.

При оценке *социального компонента* различают социокультурную и информационно-оценочную составляющие. К первой из них относятся факторы, определяющие социальные установки и идеологические ценности супругов, степень соответствия их сексуальной культуры, ко второй – осведомленность супругов в вопросах психогигиены половой жизни. В первом случае учитываются соответ-

ствие морально-этических и эстетических установок супругов, их мировоззрения и убеждений; во второй – осведомленность о норме, физиологических колебаниях и патологии половой жизни.

Психологический компонент обуславливает степень соответствия черт характера и мотивов поведения супругов. Критериями его оценки служат: наличие у одного из супругов черт характера, вызывающих у другого негативное отношение; соответствие каждого из супругов желаемому образу в представлении другого супруга; соответствие интеллекта супругов; соответствие сексуальной мотивации.

Социально-психологический компонент отражает их избирательный контакт, соответствие семейных ролей, интересов, ценностных ориентаций супругов. При этом предусматривается оценка соответствия: семейно-ролевого поведения супругов, доминирующей мотивации; ценностных ориентаций; желаний в проведении досуга; соответствия материально-бытового состояния семьи запросам каждого из супругов.

Психофизиологический компонент сексуальной гармонии оценивается соответствием темперамента и типа половой конституции супругов. При этом критериями оказываются: темпераменты и типы высшей нервной деятельности супругов; типы половой конституции; анатомическое строение половых органов.

Сексуально-поведенческий компонент сексуальной гармонии включает факторы, определяющие направленность полового влечения супругов и степень соответствия эротических игр, диапазона приемлемости и техники полового сношения. Оценка указанного компонента должна отражать состояние двух составляющих: психосексуального развития (полового самосознания, полоролевого поведения, психосексуальной ориентации) и сексуально-эротической. Психосексуальное развитие обуславливается социальными, психологическими, нейрогуморальными и психическими факторами, которые определяют половое самосознание, половую роль и психосексуальную ориентацию супругов. Сексуально-эротическая составляющая отражает степень соответствия сексуального и эротического контакта супругов.

Так как констатация нарушения какого-либо компонента или составляющей сексуальной гармонии еще не говорит о наличии сексуальной дисгармонии, следует выделять три степени их поражения: 1) ослабление компонента, что не обуславливает сексуальную дисгармонию, а служит лишь патопластическим фактором возможного ее развития вследствие других причин; 2) усугубление имеющейся сексуальной дисгармонии; 3) поражение компонента как непосредственная причина возникновения сексуальной дисгармонии.

Системный анализ сексуальной гармонии состоит из двух этапов: на первом оценивается состояние ее компонентов и составляющих по описанным критериям для каждого из супругов; на втором устанавливается степень поражения компонентов, что дает возможность определить долю участия каждого из них в генезе сексуальной дисгармонии.

Применение системного анализа позволяет, во-первых, дифференцированно поставить диагноз нарушений сексуального здоровья, имеющихся у каждого из супругов, установить провоцирующие, predisposing факторы, непосредственную причину развития сексуальной дисгармонии и на этой основе разработать систему патогенетической психотерапевтической коррекции и психопрофилактики.

Опыт практической работы с парами, обращающимися за сексологической помощью, позволяет выделить личностные и сексуальные дисгармонии. При первом варианте основание конфликтных отношений лежит главным образом в структуре личности одного или обоих супругов, в частности в их доминирующих мотивациях. При втором – основную роль играют некоторые сексуальные характеристики партнеров, начиная с расхождений в программах индивидуальных «сексуальных сценариев».

Динамика дисгармоний (по опыту Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии) характеризуется двумя закономерностями:

- при любом варианте дисгармонии без эффективной помощи с течением времени нарушаются как межличностные отношения, так и сексуальное взаимодействие;
- если дисгармония начинается с нарушения межличностных отношений, то вовлечение сексуального полюса и распад брачного союза происходят, как правило, намного быстрее, чем при чисто сексуальном рассогласовании.

Особую разновидность дисгармоний составляют расстройства, формирующиеся после запоздалого пробуждения сексуальности у женщин. Эти дисгармонии принимают особо драматические формы у эмоционально неуравновешенных психопатических личностей, если пробуждение сексуальности накладывается на климактерический период, а муж, со слабой половой конституцией, утрачивает интерес к половой жизни как раз тогда, когда жена переживает сексуальный подъем.

При анализе этиологических факторов дисгармоний следует учитывать внешний облик женщины. Нельзя сказать, что чем красивее женщина, тем она счастливее в семейной жизни. Наиболее удачные браки складываются не у тех женщин, которые имеют самые

высокие показатели внешности, а у женщин со средними и низкими показателями. Чем красивее женщина, тем обычно выше ее требования к брачному партнеру, а следовательно, и предпосылки для разочарований. В противоположность этому женщины, считающие себя «дурнушками», чаще вырабатывают психологическую установку на то, что «принцы» – не для них. Они ожидают мужа того же заниженного ранга. Когда за ними начинает ухаживать «средний» по всем данным мужчина, они принимают это как подарок судьбы, дорожат его расположением, стараются сохранить его привязанность, тем самым формируя надежный фундамент семейной стабильности. Большинство мужчин в семейной жизни больше ценят искреннее душевное расположение, внимательность и заботу, чем классическую красоту в соединении с холодностью, безразличием.

Патогенез. Способность устанавливать глубокие и стабильные межличностные отношения – прерогатива зрелой личности, для которой характерны эмпатия и альтруистическое поведение, способность обеспечить продуктивный диалог и резонансное общение. Некоторые люди готовы к глубоким формам интерперсонального контакта очень рано, а другие в силу различных причин налаживают такие отношения со значительным запозданием либо вообще избегают их.

При незрелом, формальном общении нет места для диалога, оно строится стереотипно и ориентировано не на личностные, а на поверхностные – ролевые характеристики. Переживания партнера по существу не принимаются в расчет. Настоящая удовлетворенность в браке бывает лишь тогда, когда между супругами существует неформальное взаимодействие. Формальный стиль взаимодействия и коммуникации пагубен для супружеского союза, и совершенно не меняет дела то, что браки, основанные на такой форме коммуникации, длятся многие годы. При такой форме контакта супруги вступают во взаимодействие скорее как два актера, скрывающие за масками свои переживания, нередко мечтающие устроиться так, чтобы с наименьшими затратами получить как можно больше.

Истинную цену себе и другому человек нередко начинает осознавать только в критических ситуациях: при угрозе здоровью, жизни, близости и расположению любимого человека. Это правило может облегчить психотерапию при супружеских дисгармониях.

Диагностика семейно-сексуальных дисгармоний. Она основывается на сопоставлении синдромологических сочетаний, отраженных в структурных решетках каждого из супругов, выявлении совпадающих, дополняющих (комплементарных) и диссонирующих компонентов структур личности обоих партнеров, сравнительном

анализе их доминирующих мотиваций и шкал ценностных ориентаций. При этом особое значение приобретает проследивание в динамике всей истории взаимоотношений супружеской пары с момента знакомства до момента обследования.

При низкой оценке партнер выделяет у него (у нее) только ролевые характеристики («любовница», «хозяйка» и т. д.), игнорируя личностные. Это может быть обусловлено формальными мотивами выбора (корысть, повышение статуса, выход из сложной житейской ситуации, упорядочение своей половой жизни и т. д.), а также невротическим выбором супруга (Т. М. Мишина, 1978). При таких мотивациях партнер почти всегда вызывает раздражение. Разочарование в партнере возможно в результате измены, или занятия им в браке одной из непродуктивных позиций – иждивенческой, авторитарной, или сохранения добрачных стереотипов поведения, неприемлемых для супружества. В этих случаях включаются механизмы психологической защиты, еще более формализующие общение. Снижается и сексуально-эротическая привлекательность партнера, особенно для женщин, меняется отношение к сексуальному общению, которое начинает восприниматься как досадная обязанность.

Во многих случаях общение супругов почти сплошь состоит из «выяснения отношений» – монологов, обвинений, поисков виноватых. «Работают» различные психологические барьеры, маски, камуфлирующие истинное отношение партнеров друг к другу или цели каждого при вступлении в брак. Т. М. Мишина выделила три основных типа непродуктивного супружеского взаимодействия, которые условно обозначила как «соперничество», «псевдосотрудничество» и «изоляция».

Первый тип – *соперничество* – преобладает в парах в первые шесть лет супружества. Для них характерны частые ссоры и изнурительные объяснения. Тематика конфликтов обычно связана с проблемой взаимоотношений, распределением обязанностей, отношениями с родственниками и друзьями. Поводом к конфликтам становятся кризисные моменты: беременность, рождение ребенка, разезд с родителями и т. д.

Партнеры при обсуждении своих проблем придерживаются следующих видов поведения: 1) дебаты неконструктивны; 2) каждый настроен на свое и не пытается понять другого; 3) отсутствует стремление к выражению симпатии и поощрения; 4) преобладают защитно-агрессивные реакции; 5) каждый видит в другом виновника конфликта; 6) каждый стремится заставить другого поступать по-своему.

Для так называемого *псевдосотрудничества* характерны внешнее согласие, отсутствие хронических конфликтов и преувеличенная

забота. Однако иногда возникают вспышки раздражения у одного партнера, которые гасятся поведением другого. Поводом для напряженности могут быть неудачи и трудности на работе, необходимость профессионального выбора, появление новых увлечений, измены, алкогольные эксцессы, сексуальные расстройства (вагинизм, фригидность, импотенция). Выделяют пять видов конфликтов:

- один из супругов не разделяет стремления другого к профессиональному, социальному и другому росту, так как это противоречит его собственной потребности главенствовать в семейной сфере. Примером может быть ориентация мужчины на принятие его в престижных кругах и ориентация женщины на бытовое благоустройство. Для мужа важно, чтобы работа была интересной, хотя бы и малооплачиваемой, а для жены этот вариант неприемлем;

- потребность одного из партнеров в поддержании идеализированного собственного образа сталкивается со стремлением другого главенствовать и одновременно быть опекаемым. Эта гиперкомпенсаторная потребность нуждается в эмоциональной поддержке партнера;

- один партнер ожидает от другого достижений, а тот боится действовать из-за невротического страха перед неудачей (чаще всего это бывает при сексуальном расстройстве);

- треугольник (например, женщина имеет двух партнеров – в браке и вне брака – и не может принять решение в чью-либо пользу). Один из партнеров (обычно муж) обеспечивает материальную поддержку, а другой удовлетворяет эмоциональные потребности;

- конфликт из-за жестких правил взаимодействия в паре. В этом случае партнеры не касаются сферы чувств и переживаний друг друга. Власть обычно у одного (нередко у больного неврозом), а второй партнер способствует стабилизации положения в связи с повышенным чувством долга и стремлением соответствовать абстрактным эталонам (мужа, жены). Этот вариант часто наблюдается при вагинизме. Соотношение мотивационных структур здесь таково, что достижение ценностей, на которые ориентируется больной неврозом, здоровым супругом поддерживается лишь отчасти. Временная компенсация в подобных парах происходит путем прямого или косвенного подчинения одного партнера целям другого, однако напряженность сохраняется.

Для отношений типа *изоляция* характерно в первую очередь эмоциональное отчуждение – непосвященность партнеров во внутреннюю жизнь друг друга. Этот стиль семья обычно имеет с момента образования, но в некоторых случаях к нему приходят пары со вторым типом отношений. Вынужденная изоляция может возни-

каться под давлением внешних обстоятельств, затрудняющих совместную деятельность (например, проживание с деспотическими родственниками, берущими на себя обслуживание и управление парой), или в парах с отношениями авторитарности. В этих случаях эмоциональная изоляция возникает в результате жесткого управления, основанного на насилии.

Таким образом, для отношений типа «соперничество» характерно отсутствие взаимного соглашения о нормах поведения в семье, которое выражается в открытых столкновениях, для «псевдосотрудничества» – внешняя согласованность норм как эмоционального, так и практического взаимодействия; при «изоляции» согласованы нормы практического взаимодействия, а на эмоциональном уровне отношения супругов обособлены.

В клинической картине сексуальных расстройств нарушенные межличностные отношения либо приводят к нарушениям в сексуальной сфере, либо идут параллельно. Истоки конфликтов и недовольства друг другом не осознаются, а за истинную причину скорее принимаются следствия наступившего разлада, в том числе неудачи в сексуальной сфере.

При психологическом анализе необходимо получить ответ на самый важный вопрос: как возникли те или иные установки и психологические барьеры, которые мешают совместной жизни супругов? В некоторых случаях это определяется акцентуацией характера, у лиц, страдающих истерией, например, часто наблюдается стремление к самоидеализации, в других выявляется сексуальная неграмотность или отсутствие культуры общения, дискommunikативность личности или же, при отсутствии моделей и установок более высокого уровня (характерно для подростковой субкультуры), актуализируются установки более низкого уровня (на подчеркнутую мотивацию самоутверждения) и другие защитные мотивации, более ригидные, и поэтому поведение оказывается примитивным и шаблонным.

Лечение. Лечебную коррекцию пары необходимо начинать после тщательного выяснения взаимоотношений супругов. Обучение партнеров новым алгоритмам сексуального поведения должно следовать за осознанием ошибок, совершенных каждым из них по отношению к другому, в том числе в сексуальной сфере. Если этого не произойдет, то эффективность лечебной коррекции будет невысокой. При построении тактики психотерапии пары целесообразно использовать рекомендации В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1976): терапия будет продвигаться от обсуждения внешних проявлений конфликта к пониманию истинных его причин (неадекватность взаимных ожиданий и выполнения супружеских ролей в значимых

сферах взаимодействия) и формированию новых установок и моделей реагирования в этих сферах.

Основная трудность при психотерапии семейных дисгармоний – научить пациента объективно относиться к себе и другому. Для этого необходимо вскрыть работу защитных психологических механизмов. Так, человек из всех мнений о себе выбирает одно – положительное и более лестное (в другой ситуации, наоборот, менее лестное, но объясняющее ту или иную неудачу), игнорируя любые попытки дифференцированной оценки своего поведения. Сексологу действительно очень часто приходится сталкиваться со случаями несоответствия самооценки опыту и мнению партнера.

При проведении лечебно-реабилитационных мероприятий очень важно проинформировать каждого из супругов о специфических, присущих только его партнеру личностных особенностях, которые сексолог выявляет в процессе обследования. Используя данные тестов, сексопатологи обнаружили удивительный факт: в большей части пар, обращающихся за сексологической помощью, у супругов имеется своеобразная «психическая скотома», которая мешает им разглядеть те или иные личностные качества партнера или даже при их осознании не позволяет учитывать эти качества в стратегии своего поведения. Врач должен определить, по какому принципу строится брачное взаимодействие супругов.

Сократ считал, что целое может быть организовано либо по принципу «золото», либо по принципу «лицо». Стратегия, основанная на принципе «золото», состоит в том, что у каждого из супругов имеется некий идеал спутника жизни, и он пытается с помощью системы различных воздействий довести партнера до этого идеала. В случае стратегии, основанной на принципе «лицо», за партнером признается право на индивидуальность, непохожесть на других, и именно это в основном вызывает и поддерживает эмоции удивления, восхищения, любви. Определение стратегии взаимодействия помогает лучше ориентироваться в стиле супружеских отношений.

Часто оказывается, что сексуальная дисгармония – побочный эффект психологического разлада, а субъективно супруги считают сексуальное расстройство основным. В подобных случаях цель первого этапа реабилитации – адаптация супругов к личностным особенностям друг друга и одновременно «довоспитание» каждого из них, помощь в освоении ими более продуктивных форм и способов общения, более перспективных моделей взаимоотношений. Каждый новый этап супружеской жизни требует новых взаимоотношений, принятия на себя новых ролей, развития новых качеств. Достижение взаимной адаптации супругов предполагает не только выявление

инфантильных или невежественных установок, связанных с сексуальной сферой, но и помощь в преодолении неизбежных кризисных ситуаций, обучение искусству продуктивных выходов из конфликтов, искусству коммуникации.

Сексолог должен понимать, что к уникальной межличностной связи, обозначаемой словом «любовь», ведет только одна, обычно сложная, узкая и незаметная, тропинка. Большинство исхоженных дорог, по которым идут многие супруги, чаще ведут совершенно в другую сторону. Анализ супружеских отношений, в том числе поведенческих интеракций, должен помочь сначала врачу, а потом и пациенту отыскать тот отрезок жизненного пути, на котором произошел неверный поворот и был выбран неверный ориентир. Роль психолога – вместе с врачом помочь пациенту разобраться в том, почему оказался утраченным естественный баланс взаимоотношений между супругами, какие значимые психологические потребности (чаще всего потребность в высокой оценке) не получают удовлетворения и оказываются фрустрированными (вследствие чего один из супругов чувствует себя в браке несчастным, обманутым).

На семейные отношения часто механически переносятся формы общения, например производственные (начальник – подчиненный). В этих случаях оказывается утерянной установка на постоянную психологическую поддержку друг друга.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Структура брачного потенциала.
2. Классификация психологических типов сексуальных партнеров.
3. Компоненты системного анализа сексуальной гармонии, по В. В. Кришталь.
4. Значение системного анализа сексуальной гармонии.
5. Этиологические факторы дисгармоний.
6. Патогенез дисгармоний.
7. Диагностика семейно-сексуальных дисгармоний.
8. Три типа непродуктивного супружеского взаимодействия, по Т. М. Мишиной.
9. Роль психологических факторов в формировании семейно-сексуальных дисгармоний.

Глава 7

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

По результатам исследований, проведенных в 1999 г. в Ростове и Краснодаре, 33% мужчин страдают от половых расстройств, причем возраст 40% из них – до 28 лет. У женщин частота встречаемости половых расстройств составляет 29%. Только 1% сельских жителей может обратиться за сексологической помощью (из-за удаленности их места жительства от областного центра).

По данным Г. С. Васильченко (1990), у 80–90% сексологических больных выявляются психические расстройства, преимущественно невротического регистра, а у 50% больных они играют ведущую роль в формировании сексуальных расстройств.

Рассмотрим основные проявления сексуальных расстройств у мужчин и женщин. Сначала приведем классификацию сексуальных расстройств польского сексолога К. Имелинского (1986).

I. Сексуальные дисфункции

A. Индивидуальные:

- 1) нарушение течения полового акта;
- 2) нарушение оргазма;
- 3) нарушение либидо.

B. Обоюдные:

- 1) сексуальные дисгармонии;
- 2) диспареуния;
- 3) сексуальная аверсия.

II. Сексуальные девиации

- 1) сексуальные отклонения;
- 2) сексуальные извращения.

III. Сексуальные дисфункции и девиации

- 1) при психических заболеваниях;
- 2) при соматических заболеваниях.

Эта классификация проста, понятна и включает сексуальные расстройства в целом. Однако в нее не входят расстройства, обусловленные гинекологией, андрологией, неврологией и другими медицинскими направлениями.

Классификация сексологических расстройств в МКБ-10 охватывает прежде всего те, которые в отечественной классификации несены к расстройствам психической составляющей. Данная классификация изолированно рассматривает психосексуальные расстройства. Рассмотрим классификацию МКБ-10.

F52. Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием

F52.0 – отсутствие или потеря сексуального влечения (фригидность, снижение сексуального влечения)

F52.1 – ангедония сексуальная.

F52.2 – недостаточность генитальных реакций (расстройство полового возбуждения у женщин; расстройство эрекции у мужчин; психогенная импотенция)

F52.3 – оргазмическая дисфункция (психогенная аноргазмия; психогенные анэякуляторные расстройства)

F52.4 – преждевременная эякуляция.

F52.5 – вагинизм неорганической природы.

F52.6 – диспарейния неорганической природы у мужчин и женщин.

F52.7 – повышенное половое влечение (нимфомания, тиразис).

F64. Расстройства половой идентичности

F64.0 – транссексуализм.

F64.1 – транссвестизм двойной роли.

F65. Расстройства сексуального предпочтения (сексуальные вариации, парафилии)

F65.0 – фетишизм.

F65.1 – фетишистский транссвестизм.

F65.2 – эксгибиционизм.

F65.3 – вуайеризм.

F65.4 – педофилия.

F65.5 – садомазохизм.

F66. Расстройства сексуальных ориентаций

F66.1 – гомосексуальный тип.

F66.2 – бисексуальный тип.

Отсутствие или потеря сексуального влечения (F52.0). Часто встречаемости отмечается у 15% мужчин и 36% женщин. Расстройство сексуального возбуждения включает нарушения эрекции у муж-

чин и возбуждения у женщин. Отсутствие влечения может быть связано с хронической тревогой, депрессией или применением препаратов, угнетающих ЦНС.

У женщин на сексуальное влечение могут воздействовать психологические конфликты, изменение уровней тестостерона, эстрогена, пролактина, а также антигистаминные лекарственные средства. У мужчин на сексуальное влечение могут влиять как соматические нарушения, так и функциональные.

Расстройство сексуального влечения наблюдается при следующих основных нарушениях: шизофрения, аффективные расстройства, невротические расстройства, связанные со стрессом, органические расстройства мозга (черепно-мозговые травмы, опухоли, сосудистые заболевания), эндокринные заболевания (гипогонадизм и др.), а также расстройства вследствие приема лекарственных препаратов различных интоксикаций (психотропных, препаратов наркотики, ингибиторов H_2 -рецепторов).

Диагностика данной патологии основывается на следующих критериях: 1) ослабление интереса к сексуальным фантазиям, поиску сексуальных стимулов, мыслям о сексуальной стороне жизни, сопровождаемым субъективным приятным эмоциональным оттенком; 2) ослабление интереса к сексуальной активности с партнерами или мастурбации без них независимо от возраста, ситуации и ранее привычного уровня.

Ангедония сексуальная (F52.1). При данном расстройстве половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, достаточные для уклонения от половой близости, или отсутствие адекватного сексуального удовлетворения.

Диагностика основывается на следующих критериях: 1) возможность сексуальных взаимодействий с партнерами вызывает отчетливое отвращение, страх или тревогу, вынуждающую избегать половой активности. Если половой акт совершается, он сопровождается сильными отрицательными эмоциями и неспособностью испытать удовлетворение; 2) отвращение не связано со страхом ожидания неудачи.

Недостаточность генитальных реакций (F52.2). Чаще всего у мужчин встречаются следующие расстройства эрекции: 1) полное отсутствие ее при попытке совершить половой акт; 2) частичная, затрудняющая или делающая невозможным введение полового члена во влагалище; 3) нормальная перед половым сношением, но исчезающая после введения полового члена во влагалище.

Расстройства эрекции могут быть вызваны как органическими нарушениями (синдром сосудистой недостаточности эрекционной составляющей – ССНЭС), так и невротической патологией.

Одной из форм расстройств эрекции является *приапизм*, для которого характерна эрекция полового члена с дискомфортом и болью. Приапизм может возникать в результате образования нежелательной связи между соответствующими отделами вегетативной нервной системы и артериальными сосудами: наличие очага возбуждения в вегетативной нервной системе вызывает постоянный значительный приток крови к половому органу, а продолжающееся состояние эрекции поддерживает тонус очага возбуждения. Он может быть и следствием органических заболеваний: травмы головного и спинного мозга, воспалительных процессов, новообразований и посттравматических изменений полового члена, в частности пещеристых тел.

Для женщин нарушение генитальных реакций (отсутствие увлажнения влагалища, недостаточная гиперемия половых губ) проявляется в следующих вариантах: 1) увлажнение отсутствует при всех соответствующих ситуациях, 2) увлажнение может появиться вначале, оказываясь недостаточным для обеспечения субъективно приятного введения полового члена; 3) увлажнение нормальное лишь в некоторых ситуациях (например, с определенным партнером, при мастурбации).

Оргазмическая дисфункция (F52.3). Данное расстройство проявляется как отсутствующий или отставленный оргазм после фазы нормального сексуального возбуждения. У женщин частота встречаемости этой патологии достигает 30%, у мужчин – до 5% в популяции.

Начало оргазма у мужчины обычно на несколько секунд предшествует семяизвержению, с которым он функционально связан. При некоторых расстройствах эта связь нарушается, и мужчина может переживать оргазм без семяизвержения, или иметь семяизвержение без оргазма, или иметь стертое оргастическое ощущение. На переживание эротического наслаждения мужчин влияют биологические, физиологические и культурные факторы.

У женщин нарушение оргазма обусловлено *аноргазмией* – неспособностью достигать оргазма в течение полового акта, несмотря на наличие сексуального возбуждения и расположения к партнеру. Аноргазмия может вызываться психологическими факторами, связанными: 1) с боязнью забеременеть или быть обнаруженной нежелательными свидетелями; 2) со слабым сексуальным желанием, вызванным физическим и психическим переутомлением; 3) с конфликтной любовью; 4) с усвоенными ложными и негативными установками по отношению к сексуальной жизни и мужчинам; 5) с партнером.

Отсутствие или отставленный оргазм наблюдается в следующих случаях: 1) оргазм не испытывается никогда, ни в какой ситуации; 2) расстройство возникло после нормального функционирования;

3) может проявляться во всех ситуациях и с каждым партнером; 4) у женщин с определенным партнером; 5) у мужчин – в одном из следующих случаев: лишь во сне, и никогда в бодрствующем состоянии; никогда в присутствии партнерши; в присутствии партнерши, но не интравагинально.

Изменение и отсутствие оргастических ощущений чаще всего наблюдаются при невротических расстройствах, возрастном снижении остроты оргастических ощущений, при урологической патологии, вследствие приема лекарственных препаратов (психотропные и др.), шизофрении, аффективных расстройствах, органических заболеваниях ЦНС, интоксикациях.

Преждевременная эякуляция (F52.4). Частота встречаемости среди обращающихся к сексологу достигает 34–40%. Преобладают мужчины с высоким уровнем образования.

Преждевременная эякуляция обычно наступает до имиссии или во время имиссии полового члена. По мнению К. Имелинского, слишком ранним считается семяизвержение у мужчины, наступающее до истечения 2 мин. с момента введения полового члена во влагалище, если при этом у партнерши не наступил оргазм. Такое расстройство у мужчины может возникать после длительной сексуальной абстиненции и физиологически обусловлено повышенной сексуальной возбудимостью. Преждевременное семяизвержение может быть как невротического уровня, так и при патологии предстательной железы.

При задержке эякуляции семяизвержение может наступать после длительного периода с момента начала полового акта, несмотря на желание его ускорить. Данное расстройство может быть вызвано различными причинами: сексуальным утомлением при сексуальных эксцессах, конфликтом с партнершей, девиациями, например, гомосексуальными, садистскими и др., хроническим алкоголизмом.

Асперматизм – отсутствие эякуляции при половом сношении или других замещающих сексуальных действиях. При этом мужчина может не испытывать оргазм. О функциональном характере его можно говорить, если семяизвержение у мужчин наступает при ночных поллюциях и мастурбации. Асперматизм могут вызывать принимаемые мужчиной некоторые психотропные препараты.

Сперматорея – истечение семени. Истечение семени из мочеиспускательного канала может быть постоянным или частым. Сперматорея может усиливаться при дефекации и является следствием пареза семявыносящих путей или сфинктеров.

Вагинизм неорганической природы (F52.5). Это расстройство проявляется в виде сильного спазма мышц, запирающего вход во влагалище, в результате чего невозможно провести имиссию полово-

го члена. Спазмы могут быть такими сильными, что вызывают боль. В тех случаях, когда обнаруживается органическая почва для болевых проявлений, речь идет о псевдовагинизме. Вагинизм – функциональное расстройство, возникновению которого нередко способствуют соматические и психические факторы. Среди часто встречающихся психических расстройств у женщин, старающихся вагинизмом, следует отметить различные виды невротических расстройств (тревожно-фобические, тревожно-депрессивные и невротические), а также различные виды специфических расстройств личности: шизоидных, истерических, тревожных.

Диспарейния неорганической природы (F52.6). Под диспарейнией понимается неспособность достигать оргазма при нормальном (с точки зрения «техники») протекании полового акта с постоянным партнером. Примерно около 30% женщин после хирургических вмешательств на женских половых органах страдают диспарейнией в качестве временного осложнения, часто сопровождаемого снижением сексуального влечения. Тяжесть проявлений зависит от наличия и степени выраженности психопатологических расстройств (аффективных нарушений при невротических расстройствах, специфических расстройствах личности или эндогенном процессе).

Диагностика у женщин основывается на следующих признаках: 1) при половом сношении при введении или лишь глубоко проникновении члена возникают боли; 2) нет связи с органическими причинами, вагинизмом и нарушениями увлажнения влагалища. У мужчин: 1) боли или иные жалобы во время сексуальной активности; 2) нет связи с локальными соматическими факторами.

Повышенное половое влечение (F52.7). Эротомания, или усиление сексуального влечения, проявляется повышенной сексуальной активностью и ее разнообразием. Чрезмерная интенсивность сексуального влечения находит выражение также в патологической мастурбации или в сексуальных оргиях. У мужчин эротомания обозначается термином «сатириазис», а у женщин – «нимфомания». В основе невротической эротомании, кроме повышенного полового влечения, может лежать также чувство собственной неполноценности, неуверенности и отсутствие веры в собственные сексуальные возможности, что обуславливает необходимость постоянного контроля, проверки своих сексуальных возможностей.

Как симптом, эротомания встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, шизофрении, психопатиях. Среди органических заболеваний, которые могут сопровождаться эротоманией, на первый план выступают поражения головного мозга вследствие органических изменений, гормональные нарушения,

а также наркотические интоксикации (кокаином, героином, мескалином) и отравления окисью углерода.

Женщины, страдающие нимфоманией, не испытывают оргазм, что дополнительно способствует поддержанию высокого уровня сексуального возбуждения. Выделяют четыре разновидности нимфомании: 1) связанная с навязчивыми идеями, возникающая на фоне органического поражения мозга, гормональных расстройств или иных соматических заболеваний; 2) в рамках гипоманиакального состояния; 3) на фоне исключительно сильного «врожденного» полового влечения; 4) мнимая, при этом имеются в виду женщины, которые по разным причинам психологического характера вынуждены поддерживать частые сексуальные контакты со многими мужчинами.

Этиология и патогенез сексуальных расстройств. Сексуальные расстройства возникают в результате воздействия комплекса различных факторов. Один и тот же фактор у одного человека может вызывать сексуальное расстройство, а на другого не подействовать. Это свидетельствует о наличии у первого сочетания факторов, способствующих возникновению расстройства. Сексуальные расстройства следует рассматривать с учетом психологических, социокультурных и биофизических факторов.

В возникновении половых расстройств следует учитывать генетические, эволюционные и экологические механизмы. Определенную роль в возникновении сексуальных расстройств играют различные изменения, происходящие в области гипоталамуса, которые сказываются прежде всего на половом влечении.

По мнению Мастерс и Джонсон (1970), почти любая соматическая дисфункция (в результате заболевания или приема препаратов) может в 95% случаев причинить ущерб сексуальным реакциям.

Согласно Schnabl (1974), страдающие половыми расстройствами мужчины характеризуются: 1) стремлением не отличаться в своем поведении от других мужчин; 2) демонстрацией отсутствия эмоций, холодности в поступках; 3) стремлением к преувеличению, напыщенностью, эгоцентризмом, убежденностью в своем превосходстве, неспособностью к эмоциональному сопереживанию, игнорированием потребности другого человека; 4) склонностью к фобиям, неуверенностью в себе, отказом от попытки преодолеть какую-либо трудность, невозможностью быстро восстановить равновесие после какой-нибудь неудачи; 5) ананкастными чертами, часто в сочетании с повышенной впечатлительностью.

В нашей стране Г. С. Васильченко разработана патогенетическая классификация сексуальных расстройств, которая базируется на четырех составляющих: нейрогуморальной, психической, эрекционной

и эякуляторной. Она исходит из того, что у больного сексологическими расстройствами может быть не один, а несколько синдромов, имеющих различную давность и различные сроки формирования.

I. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей (27,8%)

1. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы (26,8%):

1а) синдромы нарушения темпов пубертатного развития (задержанное, преждевременное и дисгармоничное) (6,3%);

1б) инволюционное снижение половой активности (17,4%);

1в) расстройства, провоцируемые применением гормонотерапии, и др. (3,1%).

2. Вторичные сексуальные расстройства при специфических эндокринных заболеваниях (1,1%):

2а) патология дифференцировки пола (вследствие нарушений соматосексуального развития);

2б) сексуальные нарушения при поражении гипоталамуса;

2в) сексуальные расстройства гипофизарного происхождения;

2г) половые расстройства при заболеваниях семенников (яичек);

2д) сексуальные нарушения при заболеваниях других эндокринных желез.

II. Синдромы расстройств психической составляющей (50,8%)

1. Нарушение психосексуального развития (1%).

2. Психопатологические расстройства, с преобладанием конституционально-эндогенных факторов (10,4%):

2а) акцентуации характера (1,6%);

2б) психопатии (4,7%);

2в) эндогенные психозы (4,1%).

3. Психопатологические расстройства, с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов (30,0%):

3а) с первичным поражением сексуальной сферы (23,1%);

3б) со вторичным вовлечением сексуальной сферы в клиническую картину невроза (6,9%).

4. Синдром дезактуализации и нарушенной реадaptации сексуальной сферы (1,8%).

5. Мнимые сексуальные расстройства (7,6%) с преобладанием чрезмерных требований к себе, с отнесением к себе воображаемых изъянов, с неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений.

III. Расстройства эрекции составляющей (1%)

1. Сосудистая недостаточность (ССНЭС).

2. Патология спинного мозга. Патология периферической нервной системы. Приапизм. Перемежающийся ночной приапизм.

3. Заболевания и повреждения полового члена. Фибробластическая индукция полового члена.

IV. Синдромы нарушений эякуляторной составляющей (20,4%)

1. Урологическая патология (16,4%).

2. Синдром парацентральных долек (3,8%).

3. Патология спинного мозга (0,2%).

Первично-сексологические плюригландулярные синдромы. Эти синдромы объединены в одну группу и имеют следующие особенности:

- сексологическая симптоматика является главной, с которой больные обращаются к врачу;

- у большинства больных поражается несколько мозговых структур и эндокринных образований, поэтому они объединены в группу плюригландулярных.

Преждевременное пубертатное развитие (ППР). К синдрому ППР, который чаще встречается у девочек, принято относить выявление признаков полового созревания до пубертатного возраста: у девочек до 8 лет, а у мальчиков до 10 лет.

В этиологии ППР наибольшее значение придается инфекционно-токсическим воздействиям, травмам, опухолям и наследственной отягощенности.

В основе патогенеза ППР лежит преждевременное прекращение тормозящего действия гипоталамуса на переднюю долю гипофиза, в результате чего она начинает секретировать гонадотропные гормоны, которые вызывают активность гонад, продуцирующих периферические половые гормоны. Вслед за повышением уровня гонадотропинов повышается концентрация тестостерона в плазме крови у мальчиков (эстрадиола у девочек).

Клинически ППР характеризуется ранним формированием вторичных половых признаков с момента рождения или на первом году жизни, или с 4–5 лет. У мальчиков увеличивается половой член, у девочек происходит раннее развитие молочных желез, появляются генитальные кровотечения, у детей обоего пола отмечается выраженный рост волос на лобке. ППР у детей обычно сопровождается внезапным ускорением роста, которое часто бывает первичным проявлением этого состояния. У многих детей, особенно у мальчиков, отмечаются признаки гиперсексуальности, учащаются эрекции, начинаются поллюции, мастурбация, появляется влечение к детям противоположного (реже своего) пола.

Задержка и дисгармония пубертатного развития. Суть данного синдрома заключается в том, что в основе нарушения лежит задержка функции системы гипоталамус–гипофиз–гонады–надпочечники, а не дефект в какой-либо из этих желез. Признаки задержки

пубертатного развития (ЗПР) – это редукция полового оволосения, уменьшение трохантерного индекса (ТИ) и изменение других антропометрических показателей. По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, в 86,4% случаев всех сексуальных расстройств на синдром ЗПР приходится 61,8%, а на дисгармонию пубертатного развития (ДПР) – 38,2%.

Клиническое проявление синдрома ЗПР характеризуется параллельной задержкой физического, психического и полового развития, а при ДПР происходит расхождение в темпах этих трех направлений индивидуального созревания, а также отдельных показателей. В соматическом развитии дети с ЗПР сначала отстают в росте от своих сверстников, но затем вследствие задержки закрытия диаэпифизарных зон роста они догоняют, а нередко и перегоняют их. У них часто отмечается высокий рост, сочетающийся с длинными конечностями при относительно коротком туловище, а также гипотония мышц, часто сочетающаяся с отсутствием нижних брюшных рефлексов и плоскостопием. Нередко выявляются признаки незавершенной зрелости вегетативной нервной иннервации (мраморность кожи, акроцианоз конечностей), а также повышенная чувствительность к боли, симптом вегетативной лабильности (гипергидроз, колебания аппетита, приступы жажды). Значительная часть лиц с синдромом ЗПР или ДПР не переносит алкоголя или никотина.

В психическом развитии наблюдается интеллектуальное снижение, аффективная и волевая вялость, апатия, при этом часто отмечается повышенная механическая память, способность к изучению языков и музыкальная одаренность. Повышенное настроение у них сопровождается двигательной расторможенностью, а пониженное – угрюмостью, апатией, сонливостью.

Диагностика ЗПР и ДПР определяется с помощью шкалы векторного определения половой конституции. При ЗПР значение K_r лежит ниже 3,5, происходит торможение показателей I и II при лучшей сохранности III и IV, которые могут превышать средний показатель 3,6. ДПР характеризуется разбросом показателей, превышающим три ранговые единицы в пределах одного индекса (K_r или K_s) и четыре по всему суммарному диапазону (K_ϕ), даже когда усредненные показатели превышают граничный уровень 3,5.

Инволюционное снижение половой активности

Период возрастного угасания сексуальных проявлений у мужчин связан с физиологическим состоянием. С возрастом у них происходит снижение сексуальной активности. Мужчины, не имею-

щие сексуальной дефицитарности, не приходят к сексологу на прием, так как во время инволюционного снижения полового влечения ценностные ориентации у них смешаются в сторону других жизненных интересов, и они спокойно констатируют климакс. Как правило, это касается мужчин, которые гармонично входили в половую зрелость. Если инволюционное снижение тесно связано с ЗПР и ДПР, то мужчины отмечают ослабление адекватных эрекции при наличии полового влечения, и наоборот. Провоцирующими факторами могут быть психогенные, химические, физические, биологические (в частности, инфекционные), сексуальные абстиненции, однако в большинстве случаев внешние факторы воздействуют в совокупности.

Клинические проявления инволюционного снижения характеризуются прежде всего жалобами на недостаточность эрекции, ослабление полового влечения, затруднения в наступлении эякуляции и оргазма или на ускоренную эякуляцию.

Инволюционное снижение делится на следующие варианты: 1) спокойного угасания, с равномерным снижением всех сексуальных проявлений, при раннем и наиболее выраженном снижении полового влечения, 2) экзальтационный, с ускоренной эякуляцией как ведущим симптомом, 3) ажитированно-невротический, с преобладанием эмоционально-личностной реакции на незначительные сексуальные отклонения.

Сексуальные расстройства, вызванные применением лекарств при гормонотерапии и других веществ

Поражение нейрогуморальной составляющей связано прежде всего с воздействием следующих факторов: 1) применением гормональных препаратов (сустанон, метилтестостерон и др.), 2) употреблением противоэпилептических средств, 3) рентгеновских и других облучений, 4) влиянием свинца, тетраэтилсвинца, радиоактивного кобальта и стронция, ртути и ртутьсодержащих соединений, 5) приемом транквилизаторов (в частности, длительным приемом элениума и др.), 6) анафилаксией, спровоцированной введением лечебных препаратов.

Клинические проявления данной патологии прежде всего связаны с воздействием перечисленных факторов на ЦНС, половые и эндокринные железы. В жалобах больных отмечаются снижение полового влечения, притупление оргазма, ослабление эрекции, задержка эякуляции. Часто необоснованное назначение гормональных препаратов (андрогенов) может привести к инволюционному снижению, а длительный прием – к фармакологической кастрации.

ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

Клинические формы врожденной патологии полового развития подразделяются на следующие группы:

- агенезия гонад (чистая, при синдроме Тернера, внутриутробный анорхизм);
- дисгенезия гонад (синдромы двуполоых гонад, дисгенезии яичек и яичников);
- эмбриогенетические формы функциональной (эндокринной) патологии гонад (синдромы неполной маскулинизации, тестикулярной феминизации, Майера–Рокитанского–Кюстера);
- врожденная дисфункция коры надпочечников (врожденный адреногенитальный синдром).

Агенезия гонад. Представляет собой отсутствие дифференцировки гонад в раннем онтогенезе. Наружные гениталии имеют инфантильное женское строение. Вторичные половые признаки не развиваются.

Для *чистой агенезии гонад* характерен кариотип 46 XY или 46 XX. Гонады отсутствуют, вместо обычного расположения яичников имеются тяжи. Внутренние гениталии – женские (матка, маточные трубы, влагалище) и наружные – женские, допубертатного строения. Вторичные половые признаки самостоятельно не развиваются.

При *агенезии гонад при синдроме Тернера* отсутствует одна из половых хромосом 45 X, 45 Y или варианты со структурными дефектами X-хромосомы, а также набор хромосом 45 X/46 XX, 45X/46 XY и др. В пубертатный период вторичные половые признаки не развиваются, менструации не появляются. У части больных имеются признаки маскулинизации в виде гипертрофии клитора, что часто сочетается с вирильным оволосением тела.

Врожденный анорхизм – это аномалия развития, заключающаяся во врожденном отсутствии яичек. Гибель эмбриональных яичек происходит около 20-й недели внутриутробной жизни, когда уретра сформировалась по мужскому типу, но половой член нормально не развивается. Вторичные половые признаки не формируются, эрекции отсутствуют, поллюций не бывает.

Дисгенезия гонад. При дисгенезии гонады анатомически и гистологически формируются, и пол определяется по наличию фолликулов яичника или семенных канальцев яичек. Генеративная функция, как правило, отсутствует, так как фолликулы яичников не достигают зрелости, а в яичках не происходит сперматогенез.

Синдром двуполоых гонад (истинный гермафродитизм, синонимы: двуполость, бисексуализм, интерсексуализм) – наличие у индиви-

да признаков обоего пола. Яички, как правило, дисгенетичны, не имеют способных к созреванию мужских половых клеток. Яичниковая часть гонад более сохранна, фолликулы способны к созреванию и овуляции. Строение внутренних и наружных гениталий зависит от функционального преобладания той или иной части гонады в эмбриональном и пубертатном периодах. При выборе пола учитывается превалирование женской или мужской части гонад. Гонады, противоположные избранному полу, по возможности удаляют, а наружные половые органы реконструируют с помощью пластической операции.

При *синдроме дисгенезии яичек*, в связи с недоразвитием полового члена, отсутствием яичек и наличием влагалища новорожденному ребенку чаще присваивают женский пол. В пубертатном периоде в большинстве случаев происходит увеличение полового члена, мутация голоса, оволосение по мужскому типу. После хирургической и гормональной коррекции в ту или иную сторону в большинстве случаев наступает хорошая адаптация, формируется нормальное сексуальное влечение; такие пациенты нередко вступают в брак.

Синдром дисгенезии яичников сопровождается патологией эмбрионального развития функции яичников. При рождении ребенка сомнений в женском поле не возникает. Наружные половые органы, равно как и внутренние (маточные трубы, матка, влагалище) женские. С возрастом увеличивается склерозирование тканей гонад. Диагноз ставится обычно поздно, так как больные обращаются к врачу в связи с аменореей или бесплодием.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ПАТОЛОГИИ ГИПОТАЛАМУСА

Гипоталамическая область регулирует эндокринное обеспечение половых функций, а с помощью ее клеток-мишеней, чувствительных к половым стероидам, проявляется эротизирующее влияние половых гормонов на мозг.

При патологии гипоталамуса у мужчин отмечают: снижение полового влечения, спонтанных и адекватных эрекций, уменьшение продолжительности полового акта, снижение или утрата способности к экссессам, притупление ощущений во время фрикций и оргазма. У больных с вегетативно-сосудистыми кризами (чаще симпатико-адреналового или смешанного типа) и ипохондрическими переживаниями иногда развивается коитофобия со страхом смерти или ухудшением состояния в результате коитуса. На фоне выраженных астеновегетативных расстройств у больных часто возникают постэякуляторные ухудшения самочувствия: вялость, разбитость, раздражительность, подавленность, усиление вегетативной симп-

томатики, которые могут продолжаться от 1 до 3 дней. Гиперсексуальность у мужчин с поражением гипоталамуса встречается редко.

Патология гипоталамической области у женщин в зависимости от ее локализации может приводить как к ослаблению, так и к повышению половой функции в любом возрасте. Гиперсексуальность при гипоталамическом синдроме у пациенток может протекать пароксизмально, в виде кризов. Кризы проявляются в резком повышении полового влечения и половом возбуждении, которое нарастает до оргазма. Половое влечение иногда становится императивным, может быть гетеро-, гомо- или бисексуальным. Возбуждение характеризуется сильными специфическими ощущениями в области половых органов, повышением их чувствительности. Как правило, женщины мультиоргастичны, они способны испытывать не один, а несколько оргазмов. Удовлетворение в виде разрядки и спада возбуждения у них наступает ненадолго или вовсе не наступает. При этом синдроме могут наблюдаться различные нервно-психические расстройства, астения, нарушения сна. Эротические сновидения с оргазмом часто не только будят больную, но и вызывают боли внизу живота, пояснице, половых органах. Повышенная сексуальность может приводить к асоциальному поведению, связям с множеством случайных половых партнеров и алкоголизации.

Половые расстройства при нарушениях функций гипофиза

Нарушения функций гипофиза проявляются разнообразными синдромами, которые возникают при понижении выработки гормонов гипофиза (гипопитуитаризм) или их повышении (при гормонопродуцирующих опухолях гипофиза).

Встречается при следующих заболеваниях: *гипопитуитаризм, гипофизарный нанизм, кроаниофарингиома, гиперпролактинемический синдром у мужчин, гиперпролактинемический синдром у женщин, акромегалия*. Сексологическая патология проявляется ослаблением или утратой полового влечения, спонтанных и адекватных эрекций, исчезновением поллюций, отсутствием эякуляций, притуплением оргазма.

Нарушение половых функций у мужчин при патологии половых желез

Яички включены в единую цепь гормональной регуляции: ЦНС – гипоталамус (релизинг – гормоны) – гипофиз (тропные гормоны) – половые железы (половые гормоны) – органы и

ткани. Основным регулятором, как сперматогенеза, так и эндокринной функций яичек является передняя доля гипофиза, которая вырабатывает гонадотропные гормоны (ФСГ и ЛГ), стимулируя морфологические процессы в половых железах, обеспечивая размножение и развитие вторичных половых признаков.

Гипогонадизм связан со снижением уровня половых гормонов и характеризуется недоразвитием вторичных половых органов. В зависимости от характера заболевания в яичках отмечаются атрофия железистой ткани, фиброзная дистрофия, гиалиноз семенных канальцев. У таких больных либидо, как и эякуляции, полностью отсутствуют. Эрекции у них не сопровождаются никакими эротическими переживаниями. Диагностика гипогонадизма основана на половом недоразвитии (прежде всего вторичных половых органов и отсутствии их), результатах исследования содержания в плазме крови ЛГ, ФСГ, тестостерона, определении полового хроматина и кариотипа.

Крипторхизм – состояние, при котором одно или оба яичко не опустились в мошонку, его частота в популяции колеблется от 0,3 до 2,7%. В основном врожденное заболевание. В настоящее время известно более 36 заболеваний, одним из симптомов которых является задержка опускания яичка. Основная жалоба взрослых: половые расстройства, боли или неприятные ощущения в области половых органов при физическом напряжении, во время половых актов. Нарушения сперматогенеза приводят к бесплодию. При двустороннем крипторхизме признаки гипогонадизма более выражены.

Синдром Клайнфелтера наиболее часто встречается при аномалиях половых хромосом 47 ХХУ, 48 ХХХУ, 46 ХУ/47 ХХУ. Данный синдром характеризуется евнухоидными пропорциями тела, гинекомастией и азооспермией. Копулятивная функция в основном не нарушена, пациенты жалуются на бесплодие. У части больных снижено половое влечение, затруднено наступление эякуляции.

Адипозогенитальная дистрофия сопровождается гипогонадизмом и ожирением, проявляется обычно до периода пубертатного развития. Размеры полового органа резко отстают от возрастной нормы, яички гипоплазированы, мошонка недоразвита, со слабой складчатостью, отсутствует пигментация. Уровни ЛГ и ФСГ в плазме снижены.

Половые расстройства при нарушениях функций надпочечников

Нарушения функции коры надпочечников могут быть первичными, когда патологический процесс затрагивает кору, или

вторичными, чаще с нарушениями функций гипоталамо-гипофизарной системы, как при болезни Иценко-Кушинга.

Хроническая недостаточность коры надпочечников, или *Аддисонова болезнь*, обусловлена снижением продукции гормонов корой надпочечников. Первые признаки заболевания – немотивированная слабость и физическая утомляемость, снижение аппетита, массы тела. У мужчин ослабевают половое влечение, эрекции, у женщин нарушается менструальный цикл.

Болезнь Иценко-Кушинга характеризуется нарушением функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Клинические проявления болезни: ожирение туловища при относительно тонких конечностях, лунообразное лицо. Больные жалуются на общую слабость, утомляемость, боли в костях, головные боли. У мужчин снижается половое влечение, с ослаблением как адекватных, так и спонтанных эрекций. Отмечается притупление, а иногда и исчезновение оргазма.

Кортикоэстрома – опухоль коры надпочечников, продуцирующая в большом количестве женские половые гормоны, вызывающие феминизацию. Клинически она характеризуется феминизацией телосложения, угасанием полового влечения, исчезновением эрекций, притуплением оргазма.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гормоны щитовидной железы активно влияют на сексуальную сферу, действуя на половые железы непосредственно или через систему гипоталамус—гипофиз, а также периферический метаболизм андрогенов, кортикостероидов и эстрогенов.

Гипотиреоз (мекседема) характеризуется снижением функций щитовидной железы. Больные жалуются на зябкость, вялость, сонливость, запоры, сухость кожи, снижение памяти. Наблюдается резкое снижение полового влечения, как у мужчин, так и у женщин, а также отсутствие менструаций. У мужчин отмечается ослабление эрекций и уменьшение объема эякулята.

Тиреотоксикоз обуславливается гиперплазией и гиперфункцией щитовидной железы. Больные жалуются на потерю массы тела при обычном или повышенном аппетите, сердцебиение, потливость, тремор рук и дрожание всего тела, общую слабость. Нарушения половых функций у женщин связаны с нерегулярными менструациями, у мужчин – со снижением половой активности при сохранении способности к оплодотворению.

Половые расстройства при сахарном диабете. Сахарный диабет обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме и характеризуется нарушением всех видов обмена и в первую очередь обмена углеводов (хроническая гипергликемия). Для больных характерно: полидипсия, полиурия, полифагия, общая слабость, сухость во рту, кожный зуд и др., повышение содержания сахара в крови и появление его в моче. Частота половых расстройств при сахарном диабете колеблется от 24,7 до 74%. У больных отмечается снижение полового влечения, нарушения эрекции. Сперматогенез обычно не нарушен.

Врожденная дисфункция коры надпочечников (врожденный адреногенитальный синдром) – ВДКН обусловлена дисфункцией коры надпочечников – высокой секрецией андрогенов и недостаточной секрецией глюкокортикоидов. ВДКН может проявляться вирильной формой: врожденной вирилизацией наружных гениталий у девочек (пенисообразный клитор, мошонкообразные большие половые губы) и преждевременным физическим развитием больных любого пола. У девочек молочные железы не развиваются, менструации не наступают, оволосение происходит по мужскому типу, голос становится низким. У мальчиков в детском возрасте отмечается гипертрофия полового члена, но яички несколько отстают от возрастной нормы. При исследовании эякулята у них обнаруживается азооспермия.

ПАТОЛОГИЯ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Без эрекций невозможны интроитус и фрикции, этот феномен среди сексологических жалоб у больных занимает ведущее место. Ослабление эрекции у мужчины в момент интимной близости в большинстве случаев объясняется результатом сложных процессов, связанных с условнорефлекторным и диэнцефальновегетативным обеспечением сексуальной сферы. Считать большинство таких срывов следствием внезапного истощения спинномозговых центров так же наивно, как и объяснять их патологическими сдвигами в нейрорецепторных образованиях предстательной железы.

Диагностика расстройств эрекции должна опираться на неврологические симптомы, доказывающие существование топического очага спинальной или параспинальной локализации, либо урологически или ангиологически регистрируемые симптомы поражения полового члена (рубцы, системное поражение сосудистого аппарата кавернозных тел и т. д.).

Внедрение в клиническую практику методов исследования сосудистой системы существенно расширило современные представ-

ления о гемодинамических механизмах эрекции и способствовало прогрессу в диагностике и лечении васкулогенных форм половых расстройств.

Картина фибропластической индурации полового члена (ФИПЧ) определяется триадой: бляшки, боль в половом члене при эрекции, искривление полового члена, затрудняющее или даже делающее невозможным половой акт. В начальный период больные жалуются только на боли как в спокойном состоянии полового члена, так и при его эрекции. Затем появляются деформация и искривление полового члена при эрекции, обычно в сторону индуративного очага, что затрудняет половые акты. Невротическая симптоматика усугубляет состояние больного и может формировать сексуальные расстройства по психогенным механизмам.

При дифференциальной диагностике следует иметь в виду кавернит, периуретрит, посттравматическую деформацию полового члена, флебит глубоких дорсальных вен, рак полового члена, гумму (сифилому) пещеристых тел, инородные тела.

Очаги самопроизвольно рассасываются очень редко. Как правило, бляшки увеличиваются в размерах и числе. Лечение лишь у немногих больных приводит к исчезновению болезненных ощущений, устранению деформации и искривления полового члена. В отношении полного выздоровления прогноз неблагоприятен.

ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ

В последние годы доказано, что так называемый страх бессилия приводит к изменениям в альфа-адренергической системе гладкой мускулатуры пещеристых синусов и капилляров полового члена, приводя к нарушению сосудистой системы и, как следствие, к импотенции.

Первым методом для оценки васкулогенных эрекции стал пенобрахиальный индекс (ПБИ) — разность между давлениями на уровне плеча крови и в сосудах полового члена. Систолическое давление в артериях полового члена у сексологически здоровых мужчин в среднем на 40 мм рт. ст. ниже. В норме этот показатель составляет 0,8–0,9, а при сосудистых нарушениях — 0,5–0,75.

Для диагностики эректильных расстройств используется ультразвуковая доплерография (УЗДГ), с помощью которой определяется местонахождение артерий полового члена и оценка кривой кровотока в этих артериях.

Для оценки недостаточности кровообращения органов малого таза у больных с аортоподвздошными окклюзиями используется

разница сублингвальной и анальной температур (превышение на 3 градуса специфично для васкулогенной патологии).

Среди инвазивных методов диагностики состояния гемодинамики полового члена нашли применение радиоизотопные методы. Было отмечено, что для радиоизотопной диагностики кровотока в половом члене предпочтителен радиоактивный технеций. Были выявлены типы «А» и «В» пенограмм. Первый характеризуется постепенным подъемом и снижением пенограммы после визуальной сексуальной стимуляции (ВСС), при этом эрекции полового члена нет; второй — быстрым подъемом и снижением ее, сопровождается эрекцией полового члена. При типе «С» подъем кривой на визуальную сексуальную стимуляцию отсутствует. При органических нарушениях потенции характерен пениальный тип «С», а при функциональных — тип «В».

Для диагностики эректильной патологии применяется мониторирование ночной пениальной туменесценции (МНПТ). В основе данного метода лежит феномен возникновения спонтанных эрекции, возникающих во время фазы быстрого сна. При психогенных расстройствах эрекции во время сна при МНПТ выявляются спонтанные эрекции, при органических спонтанные эрекции при МНПТ отсутствуют.

Раджи-Скан усовершенствовал метод МНПТ, разработав прибор, измеряющий ригидность и туменесценцию полового члена. В норме при МНПТ в течение 8-часового сна возникает от 3 до 6 эректильных эпизодов длительностью 10–15 мин., при этом хотя бы один раз окружность у основания полового члена увеличивается более 3 см, а на конце — более 2 см, что продолжается не менее 10 мин.

Ультразвуковая цветная доплерография позволяет выявить: гемодинамику в половом члене в состоянии покоя; наличие дефицита притока крови к кавернозным телам в процессе возникновения эрекции; наличие патологического венозного дренажа. Допплеровское исследование проводится на фоне интракавернозной фармакологической нагрузки (ИКФН), в качестве которой большинство исследователей используют препараты группы простагландинов E₁, учитывая их высокую фармакологическую активность, хорошую переносимость и снижение риска развития приапизма и фиброза кавернозных тел, что особенно часто встречается при использовании папаверина гидрохлорида.

Метод «фаллоартериография», предложенный Михаэл и Поспешил (1978), заключается в селективной артериографии бассейна внутренних подвздошных артерий на фоне искусственной эрекции полового члена, путем перфузии кавернозных тел физиологичес-

ким раствором при помощи инфузионного насоса. Данный метод связан с определенным риском при проведении ангиографических исследований.

Нами разработан метод диагностики и лечения ССНЭС с помощью локально отрицательного давления (ЛОД) и эндоуретральной термометрии (В. С. Володин, О. П. Володина, 1990). Клинические проявления сосудистой недостаточности эрекции характеризовались ослаблением адекватных и спонтанных эрекций, ощущением похолодания в области половых органов, ослаблением напора мочеиспускания, наступлением эякуляции при вялом члене.

РАССТРОЙСТВА ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, стержневые синдромы расстройств эякуляторной составляющей наблюдаются у 20,4% обследованных. Чаще всего (16,4%) встречаются больные с синдромами, связанными с урологической патологией (простатиты, простато-везикулиты и т. д.). Расстройства эякуляторной составляющей, вызванные первичной патологией высших центров головного мозга (синдром парацентральных долек), обнаружены в качестве стержневого поражения у 3,8% обследованных, а обусловленные неврологическими заболеваниями спинальной локализации, — у 0,2%.

Патология уrogenитального аппарата встречается в 72,1% всех сексуальных расстройств. Однако для предварительной санации к урологу целесообразно направлять лишь больных с аденомой предстательной железы, некоторыми формами циститов, варикоцеле и т. п. Все остальные формы сексолог должен лечить сам.

Простатиты делят на две группы в соответствии с двумя формами заболевания. Возникновению застойных простатитов (32,8%) способствуют сидячий образ жизни, транспортные вибрации при частых поездках в автомобиле, хронические запоры, болезни прямой кишки и заднего прохода, приводящие к венозному застою в малом тазу. При формировании простатитов характерны весьма длительные сексуальные фрустрации и суррогатные формы половой активности (в частности, петтинг). Прерванный или искусственно пролонгируемый коитус вначале вызывает застойный простатит, который затем становится воспалительным (бактериальным). Бактериальные простатиты составляют 67,6%, а их хронические формы относятся к наиболее частым инфекционно-аллергическим заболеваниям у мужчин. При этом инфекция заносится в предстательную железу

прежде всего гематогенным путем, реже лимфогенным. Большинство авторов признают существование также абактериальных простатитов, которые описывают под названиями: простатопатия, вегетативный урогенитальный синдром, нейровегетативная дисрегуляция предстательной железы и др.

Патогенез простатитов сложен и относится к урологии.

РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Рассмотрим сексуальные расстройства при психопатологических нарушениях с преобладанием конституционально-эндогенных факторов.

Акцентуации характера — это своеобразные черты в структуре личности, не выходящие за пределы нормы и затрудняющие отношения с окружающими только в определенных условиях. Акцентуации представляют собой усиление отдельных черт характера.

Классификация акцентуаций характера А. Е. Личко (1977) наиболее часто применяется в сексологии.

Астеноневротический вариант характеризуется склонностью к ипохондрии и повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью. Кроме того, у представителей этого типа с детства отмечаются признаки невропатии: беспокойный сон, пугливость, ночные страхи, плохой аппетит, капризность, плаксивость, заикание и т. д. С наступлением пубертатного периода невропатические черты могут сглаживаться, однако тревожная мнительность, склонность к ипохондрии у большинства лиц сохраняется на протяжении всей жизни.

Сенситивный (обидчивый) и *психастеничный* (мыслительный) варианты во многом близки между собой и скорее принадлежат к широкому кругу астеников. Главные черты этих людей — нерешительность, склонность к рассуждательству, своеобразная «этическая скрупулезность», любовь к самоанализу и легкость образования obsessions (навязчивые страхи, опасения, мысли, представления и действия). Под влиянием неудач, в том числе и сексуальных срывов, они становятся настороженными и замкнутыми. Для них характерны также чувство долга, ответственности, высокие моральные требования, как к окружающим, так и к себе. Они чувствительны к любым проявлениям грубости и житейского цинизма. Они находят у себя множество недостатков, в том числе связанных с сексуальной сферой. Наиболее частым поводом к угрызениям в этом плане служит мастурбация. Как правило, собственные слабости, робость и застенчивость расцениваются ими как «последствия онанизма»,

а заодно сюда же относят якобы слабеющую память, дефект телосложения и т. д. Робость и застенчивость у представителей этого варианта усиливаются при первой любви.

Эпилептоидному варианту акцентуации присущи склонность к дисфориям, аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, а также вязкость, тугоподвижность, инертность, накладывающие отпечаток на всю психику, от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории характеризуются длительностью, злобно-тоскливой тональностью, накапливающим раздражением. Одна из особенностей эпилептоидной эксплозивности – это последствие (эпилептоид долго не может «остыть»).

Наряду с претензиями на лидерство и чертами властности эпилептоиды бережливы, скрупулезны и аккуратны, что нередко превращается в самоцель. Сила полового влечения их до известной степени уравнивается свойственной эпилептоидам повышенной заботой о своем здоровье и «страхом заразы», что несколько отодвигает начало половой жизни и ограничивает случайные связи, заставляя находить более или менее постоянных партнеров. Любовь эпилептоидов обычно сопровождается ревностью; измен, как действительных, так и мнимых, они не прощают и даже флирт считают предательством. Половое влечение эпилептоидов очень тесно сопряжено с садистическими или мазохистическими тенденциями, повышенной готовностью к формированию различных половых извращений.

По мнению А. Е. Личко, у эпилептоидов отмечается двойственность, избирательность и зависимость от внешних условий: сверхкорректные в одной ситуации, в другой они проявляют крайнее себялюбие, злобность, агрессивность и жестокость.

Истероидный (демонстративный) вариант личности обращает на себя внимание ненасытной жадью быть в центре внимания. Этому способствуют лживость и фантазирование, склонность к рисовке и позерству, наигранно-преувеличенная экспрессия эмоций, чрезмерная драматизация событий. С этим же связаны претензии на исключительное положение среди окружающих, а также высокий уровень притязаний в отношении своего будущего. Хорошие актерские способности позволяют вживаться в придуманную роль и вводить в заблуждение доверчивых людей. Нередко приписываемая истероидам внушаемость весьма избирательна – распространяется лишь на то, что способно привлечь внимание других и покрасоваться перед ними.

Неустойчивый вариант акцентуации характера определяется безволием, которое проявляется в труде, учебе, исполнении обязанно-

стей и долга. Такие лица упорно отстаивают свои «права» на удовольствие и развлечения, хотя в поиске последних также не обнаруживают напористости. С детских лет они непослушны, непоседливы, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказания. Легко и охотно подчиняясь другим детям, они используют любой предлог для отлынивания от занятий. Рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности и просто безделью. Эти подростки подражают лишь тем моделям поведения, которые сулят немедленные удовольствия и развлечения. Такие дети рано начинают курить, легко идут на мелкие кражи. Отмечается их равнодушие к своему будущему: они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или положении, целиком живут только настоящим, желанием извлечь из него максимум развлечений и удовольствий. Участие в асоциальных группах ускоряет приобретение сексуального опыта. В структуре их либидо наиболее редуцированной оказывается платоническая стадия, и вследствие этого романтическая влюбленность проходит мимо них. В дальнейшем они так же не способны на искреннюю, глубокую и устойчивую любовь, как и на настоящую дружбу; компанию для развлечения всегда предпочитают преданному другу, а их интимные отношения – даже не секс без любви, а игра в секс.

Инфантильно-зависимая акцентуация присуща всегда послушным, прилежным и исполнительным лицам. Не доставляя особых забот ни родителям, ни учителям, они не дают повода для отнесения их к какой-либо психопатологической категории. Сексуальные заботы также чаще всего обходят их стороной. В результате значительная часть таких людей остаются холостяками. Большинство представителей этого типа, вступив в брак, являются образцами устойчивой семейной гармонии. Лишь некоторое число их, доставляя заботы и огорчения другим и в меньшей мере себе, попадают на прием к сексологу.

У инфантильно-зависимых наиболее редуцированы сексуальная и эротическая составляющие либидо при относительно лучшей сохранности платонической. Все возрастные проявления сексуальности запаздывают, а их набор оказывается ограниченным. Первая эякуляция обычно происходит при коитусе. Мастурбации и эксцессы, как правило, отсутствуют. Первый половой акт у них часто является результатом пассивного «совращения» старшей женщиной, уже обладающей сексуальным опытом. В новых связях такие лица тяготеют к старшим женщинам на протяжении всей жизни.

Шизоидный тип отличается аутизмом, замкнутостью, отгороженностью от окружающего, неспособностью или нежеланием устанав-

ливать контакты, снижением потребности в общении, что связано с недостаточной способностью к сопереживанию, неумением проникнуться чувствами другого человека, разделить его радость или печаль. Иногда эти проявления называют шизоидной холодностью или слабостью эмоционального резонанса. Внешняя асексуальность и кажущееся презрение к вопросам пола обычно у них сочетаются с упорной мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями. Шизоидные подростки, болезненно чувствительные в компании, неспособные на ухаживание, не умеющие добиться сексуальной близости в адекватной ситуации, могут неожиданно обнаружить сексуальную активность в самых грубых формах (часами ожидая возможности увидеть обнаженные половые органы, мастурбировать под чужими окнами и т. д.). При этом они глубоко таят сексуальные переживания и не склонны раскрывать мотивы своих сексуальных действий.

При *гипертимном* варианте аномалии характера преобладает приподнятое настроение, лишь изредка и ненадолго омрачаемое кратковременными вспышками. Такие люди плохо переносят строго регламентированный режим.

Сопоставление различных аномалий характера позволяет выделить их общие черты. Прежде всего – это незрелость, психический инфантилизм. Даже выраженный epileптоид как бы пародирует избалованного ребенка, у которого отняли любимую игрушку. У таких лиц преобладают эмоциональные и волевые нарушения при сохранности интеллекта, изменяющегося лишь вторично, причем, в противоположность олигофрениям, он не снижен, а сужен.

По данным Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняка (1977), причиной сексуальных расстройств в 16,6% случаев являются врожденные аномалии структуры личности, из которых на акцентуацию отдельных черт характера приходится 62% и на психопатию – 38%. Результаты исследований А. Е. Личко (1977) свидетельствуют о существовании зависимости сексуальных проявлений от типа акцентуации черт характера. При гипертимном типе акцентуаций отмечаются раннее пробуждение либидо, начало половой жизни и наличие мастурбации; для лабильного типа характерны флирт и ухаживание без попыток к половой жизни; при астено-невротическом типе наблюдается сексуальная астения; при сенситивном типе – убежденность в своей сексуальной неполноценности; при психастеническом типе – раннее сексуальное развитие, интенсивная мастурбация; при шизоидном типе – богатые эротические фантазии, сопровождающиеся мастурбацией, при внешней асексуальности; для epileптоидного типа акцентуации характерны сексуальные эксцессы и склонность к садистическим тенденциям; для истероидного – те-

атральность, демонстративность сексуальных переживаний; для неустойчивого – задержка сексуального развития.

Такие черты характера, как робость, застенчивость, обидчивость, излишняя впечатлительность, мешают правильному формированию платонического, эротического и сексуального либидо, отрицательно влияют на процесс коммуникации, без которого невозможно нормальное развитие личности и психосексуальное развитие, а в последующем снижают уровень психологической совместимости супругов.

Психопатии

Психопатия клинически проявляется в патологических чертах характера, дисгармонии личности, нарушении эмоциональной и волевой деятельности, нарушении адаптации личности в обществе. Психопатические личности не чувствуют и не считают себя больными. Интеллект больных существенно не страдает. Для постановки диагноза ориентируются на следующие критерии, по П. Б. Ганнушкину:

- выраженность патологических черт характера до такой степени, что это приводит к дезадаптации больного в социальном окружении;
- психические особенности личности тотальны, т. е. имеет место патология не каких-то отдельных черт, а всего психического склада;
- патологические черты характера относительно мало обратимы, стабильны.

Диагностика психопатий основывается прежде всего на клиническом анамнезе.

Психопатии возбудимого круга. Людям с этими расстройствами свойственна сильная эмоциональная возбудимость, проявляющаяся приступами гнева, ярости, аффективными разрядами по любому, незначительному поводу, необдуманными, порой опасными действиями. Агрессия таких больных направлена вовне, на близких или обидчиков, реже на себя. Эмоциональная реакция у них не соответствует силе раздражителя. По мере угасания аффективных вспышек у больных появляются элементы критического отношения к своим поступкам. Они дают обещания впредь вести себя нормально. Однако намерения не выполняют, и новая аффективная вспышка по незначительному поводу приводит вновь к конфликту с окружающими.

У некоторых больных кроме указанных особенностей характера отмечаются также выраженная вязкость, обстоятельность мышления, мелочный педантизм, злобность, мстительность, периоды

дисфории. Этот вариант возбудимой психопатии некоторые авторы определяют как *эпилептоидную психопатию*.

Для всех психопатических личностей возбудимого круга независимо от возраста характерны периодически возникающие дисфории (периоды беспричинного тоскливо-злобного настроения), во время которых они могут прибегать к употреблению алкоголя (дипсомания), наркотиков. Эти личности доставляют много неприятностей окружающим и себе, в связи с чем плохо уживаются в коллективе и часто меняют место работы.

Психопатии тормозимого круга. Различают астенический и психастенический варианты.

Астенический вариант характеризуется повышенной утомляемостью, чрезмерной чувствительностью и впечатлительностью, застенчивостью, неуверенностью, повышенной робостью, испытыванием чувства неполноценности. Больные очень исполнительны, ответственны при выполнении задания, легко утомляются, избегают нагрузок. Им присущ постоянный самоанализ, самобичевание, убежденность в своей несостоятельности, никчемности, малодушии, слабых характеристиках. Их состояние ухудшается в ситуации наибольшего напряжения (экзамены). Они не способны к длительному психическому напряжению из-за повышенной утомляемости. Под влиянием неблагоприятных условий они легко дают психогенные реакции.

Психастенический вариант характеризуется нерешительностью, тревожностью, мнительностью. Эти черты усиливаются в ситуации принятия решения. Таким больным свойственны мучительные сомнения (тревожно-мнительные личности) и болезненное мудрствование (умственная жвачка), склонность к самоанализу и потеря чувства реальности, невозможность принять решение. Они часто живут в мире грез, мечтаний. В чрезвычайных ситуациях могут проявить черты мужества, собранности. В работе больные очень ответственны и исполнительны.

Под влиянием внешней среды (психогении, интоксикации, тяжелые соматические заболевания) у больных может легко наступить декомпенсация в виде обострения тревожно-мнительных черт характера, развития невроза.

Психопатии истерического круга. Основной ее чертой является эгоцентризм, постоянное стремление быть в центре внимания. Жажда быть первым часто приводит к лжи, самооговорам, демонстративным попыткам к самоубийству и появлению истерических реакций (припадки, обмороки, афонии, мутизм, явления астазии-абазии, глухота, рвота и т. д.). В основе эмоциональности таких больных лежит театральность, яркость, бурность проявлений. Они с восторгом подхватывают все новые начинания, идеи, однако неспособ-

ны к длительному напряжению, быстро остывают и разочаровываются. Чтобы привлечь к себе внимание, прибегают к экстравагантной одежде, косметике, часто ведут себя вызывающе. Увлекаясь, истерическая личность теряет границу между фантазией и реальностью, принимает выдуманное за действительность и сама начинает искренне этому верить. Если больному не удастся быть в центре внимания, то он может фиксироваться на состоянии своего здоровья и тем самым вызывать интерес близких. Если претензии больного не воспринимаются, то у него на первый план выступает ипохондрическая симптоматика, где выражена обидчивость, капризность, придирчивость. Мышление и поведение истерической личности подчинено эмоциям. Для них характерна повышенная внушаемость и самовнушаемость. Под влиянием неблагоприятных условий у них может развиваться истерический невроз с разнообразными истерическими реакциями.

Паранойяльные психопатии. Характерная черта страдающих этим вариантом психопатий – склонность к образованию сверхценных идей. Находясь под властью этой идеи, они все свои силы направляют на ее реализацию. Попытки вернуть паранойяльного больного в реальность приводят к усилению его убежденности в правильности его идей и необходимости выполнения намеченных действий. Больные обычно подозрительны, заиклены на мелочах, обидах, склонны к мести, конфликтам и сутяжничеству. Мышление паранойяльных личностей характеризуется инертностью, обстоятельностью.

Неустойчивый тип психопатии. При данном варианте основными свойствами личности являются: слабость волевой деятельности, внушаемость, незащитность перед неблагоприятными влияниями окружающей среды, невозможность заниматься одним видом деятельности. Эти личности меняют место работы и профессии, не доводят до конца ни одного дела. Они живут одним днем, никогда не задумываются о будущем. В основе их движущих сил жизни лежит жажда новых впечатлений и развлечений. Они легко присоединяются к асоциальным компаниям, злоупотребляют алкоголем, общаются с наркотиками. Подчиняясь дурному влиянию, могут совершать общественно опасные действия.

Шизоидная психопатия. Страдающие этим недугом характеризуются патологической замкнутостью, необщительностью, что нередко скрывает от окружающих богатый внутренний мир. Они могут быть легко ранимы, робки, застенчивы, тревожно-мнительны.

Во всех случаях диагноз психопатии должен включать типовую принадлежность и характеристику динамической фазы (компенсация, декомпенсация). Разновидности аномалии характера в известной степени помогают установить различные психологические тесты.

Дифференциальная диагностика психопатий проводится главным образом с акцентуациями характера и эндогенными психозами, а также с неврозами.

Эндогенные психозы

По данным Всесоюзного центра сексопатологии больные эндогенными психозами, нуждающиеся в лечении у сексолога, составляют 5,1% пациентов сексологического приема. По нозологическим формам больные шизофренией составляют 80,8%, эпилепсией – 19,2%, больные маниакально-депрессивным психозом за сексологической помощью практически не обращаются.

При эндогенных психозах можно выделить следующий ряд факторов, способствующих дестабилизации сексуальной сферы:

- патогенные влияния, обусловленные психопатологической симптоматикой (аффективные колебания, ипохондрическая фиксация, бредовые интерпретации);
- изменения личности, наступающие при длительном течении психического заболевания, в диапазоне от психопатоподобных признаков, нарушающих социальные коммуникации больного, до грубых проявлений психического дефекта, исключающих возможность создания семьи;
- патогенные влияния, связанные с побочным действием на сексуальную сферу нейролептиков, снотворных, транквилизаторов и противосудорожных средств.

В целом различают три основные формы шизофрении, вызывающие сексуальные расстройства: непрерывно-прогредиентную, периодическую (приступообразную) и смешанную (приступообразно-прогредиентную). Каждая из них по степени прогредиентности делится на ряд вариантов.

Свойственные шизофрении психопатологические явления настолько часто способствуют развитию у больных расстройств сексуальной сферы, что многие психиатры используют сексологические жалобы в качестве одного из критериев дифференциальной диагностики шизофрении. На приеме у сексолога может оказаться больной с любым типом и формой шизофрении, но манифестация кататонических, параноидных или аффективных расстройств больных не оставляет сомнений в наличии психического заболевания, делающего бессмысленным дальнейшее изучение сексуальной сферы пациента. Вне обострения психического заболевания возможность сексологической помощи определяется выраженностью шизофренического дефекта.

Можно выделить несколько групп больных шизофренией, поддающихся под наблюдение врача-сексолога при их непосредственном обращении или обращении их родственников:

- с нарушениями сексуальных функций (изменение интенсивности либидо, ослабление эрекции, изменение продолжительности полового акта, снижение яркости оргазма);
- с необычными субъективными ощущениями, убеждающими в наличии грубых расстройств сексуальной сферы, иногда в сочетании с идеями воздействия извне на половые органы;
- с отсутствием возможности начать половую жизнь в браке (виргогамия);
- с повышенным половым влечением, реже – в сочетании с расторможенностью сексуального поведения, как в зрелом, так и в детском и подростковом возрасте;
- с бредовыми идеями ревности;
- с различными девиациями полового влечения вплоть до бреда сексуальной метаморфозы, т. е. превращения в лицо противоположного пола.

Больные первых трех групп подлежат лечению у сексолога, если их состояние не является фасадом более грубых психопатологических расстройств: депрессии, бреда и т. д., истинная глубина которых нередко становится ясной уже в процессе лечения. Больные трех последних групп практически не нуждаются в помощи сексолога, хотя при стабилизации процесса у них с большой вероятностью могут возникать нарушения сексуальной адаптации в браке, требующие вмешательства.

Патогенетические механизмы дезинтеграции сексуальной сферы при наличии шизофренического процесса могут быть представлены в виде:

- нарушения психосексуального развития под влиянием деформированного воспитания в семьях больных шизофренией, накопления дизонтогенетических признаков; искажения психосексуального развития под влиянием процессуальных факторов;
- дезинтегрирующего влияния болезни на сексуальную сферу: аффективных колебаний, сенестопатий, ипохондрических идей, аутизации, утраты энергетического потенциала;
- побочного эффекта нейролептиков;
- психосексуальных последствий психического заболевания: психосексуальной изоляции вследствие неадекватности поведения, утраты привлекательности для лиц противоположного пола, эмоционального огрубления больных и их субъективной трудности подержания тесных межличностных контактов.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Эпилепсия – хроническое психическое заболевание, возникающее преимущественно в детском или юношеском возрасте, проявляющееся в виде разнообразных пароксизмальных расстройств, психозов и типичных изменений личности, достигающих в отдельных случаях слабоумия. Кроме самостоятельной эпилептической болезни (идиопатическая, генуинная, эссенциальная эпилепсия), выделяют симптоматическую эпилепсию при различных органических поражениях головного мозга.

Поражения психической составляющей копулятивного цикла у данных больных связаны со специфическими изменениями личности: тугоподвижностью мыслительных процессов, обстоятельностью, угодливостью и слащавостью в сочетании со взрывчатостью и агрессивностью, мелочностью, злопамятностью, мстительностью, эгоистичностью, холодностью, что создает сложности во взаимоотношениях с окружающими, в том числе и с членами семьи.

Вторым фактором, вызывающим дезинтеграцию сексуальности у больных эпилепсией, служит длительное и массивное противосимптоматическое лечение с применением как противосудорожных, так и седативных, снотворных и нейролептических препаратов.

Одним из факторов ослабления влечения и снижения сексуальной активности у больных являются астенические расстройства (головная боль, слабость, раздражительность, нарушение сна, утомляемость, снижение работоспособности), отчетливо выявляющиеся у трети больных эпилепсией, особенно при симптоматических формах.

СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

ПРИ МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНОМ ПСИХОЗЕ (МДП)

Маниакально-депрессивный психоз (*циркулярный психоз, циклофрения*) протекает в виде аффективных фаз (депрессивных, маниакальных, сдвоенных, смешанных), разделенных интермиссиями. В отличие от шизоаффективного типа шизофрении при МДП не наблюдается заметных изменений личности и признаков психического дефекта, даже при многократных рецидивах и многолетнем течении заболевания. К МДП относятся менее выраженная форма – *циклотимия*, а также особые формы – *скрытая депрессия* и *эндореактивная дистимия*.

При выраженных формах МДП пациенты практически не обращаются к сексологу. В маниакальной фазе на фоне подъема настроения и гиперактивности у больных наблюдается повышение полового

влечения, резко возрастает сексуальная активность, их поведение в присутствии лиц противоположного пола приобретает эротический оттенок. Такие больные легко заводят знакомства и вступают в случайные половые связи. У них проявляются девиации полового влечения, развратные действия, в отдельных случаях возможны попытки изнасилования. В депрессивной фазе на фоне подавленности, идеаторной и моторной заторможенности у больных отмечается резкое снижение либидо, адекватных и спонтанных эрекций, изменяется продолжительность полового акта, тускнеет оргазм. При выраженных депрессивных расстройствах сексопатологические проявления растворяются в клинической картине депрессии, оттесняются на задний план аффектом тоски или тревоги, идеями самоубийства, греховности.

При скрытой (ларвированной, маскированной, соматизированной) депрессии в клинической картине на первый план выступают соматовегетативные расстройства, маскирующие депрессивную симптоматику. Характерны сердечно-сосудистые, желудочно-кишечные, дизурические расстройства, нарушения сна и т. д. В. Ф. Десятников (1976) выделяет вариант скрытой депрессии, с преобладанием нарушений в сексуальной сфере, которые чаще сводятся к угнетению всех компонентов сексуальности. Реже наблюдаются варианты с ускоренным наступлением эякуляции, причем в их происхождении не исключена роль сексуальных абстиненций, свойственных депрессивным состояниям.

ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОЛИГОФРЕНИИ

Понятие «олигофрения» объединяет группу этиологически различных врожденных или рано (до 3 лет) приобретенных нарушений развития головного мозга, проявляющихся в интеллектуальной недостаточности. Различают наследственные формы олигофрении, связанные с хромосомными aberrациями (например, болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера), моногенными дефектами (например, фенилкетонурия) и полигенными нарушениями, нередко сочетающимися с признаками дисэмбриогенеза; олигофрении, обусловленные предшествовавшими инфекциями и интоксикациями (краснуха, сифилис, токсоплазмоз, токсокоз беременных, алкоголизм); олигофрении, возникшие в раннем детстве вследствие родовой травмы и церебральных заболеваний.

При олигофрении наблюдается задержка психосексуального развития, коррелирующая с глубиной интеллектуальной недостаточности. Чаще на прием к сексопатологу попадают больные с легкой

дебильностью и пограничной умственной отсталостью. Сексологические проявления при олигофрении характеризуются отсутствием стремления к контактам с лицами противоположного пола, невыраженностью сексуальных интересов, поздним вступлением в брак, трудностью сексуального дебюта, низкой сексуальной активностью. Изменения сексуального поведения по типу его расторможенности, как правило, сочетающиеся с сильными вариантами половой конституции и наблюдаемые преимущественно при умственной отсталости органического генеза (травмы мозга, энцефалит, менингит), в практике сексолога чаще встречаются при семейно-сексуальных дисгармониях и вызывают претензии со стороны партнера.

Сексуальные нарушения при психопатологических расстройств, с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов

Эти сексуальные нарушения, самые частые у мужчин, в качестве стержневого синдрома встречаются у 39,4% всех пациентов, обратившихся за сексологической помощью (из них 30% приходится на неврозы, 1,8% – на синдром дезадаптации сексуального поведения и 7,6% – на мнимые сексуальные расстройства).

Неврозы и сексуальные нарушения невротической природы у мужчин. В МКБ-10 вместо рубрики «Неврозы» введен раздел «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства».

Формирование невротических расстройств происходит постепенно. Даже при острых психотравмирующих переживаниях чаще стрессовая (дистрессовая) реакция не сразу приводит к собственно невротическим расстройствам, так как сначала должны декомпенсироваться адаптивные ресурсы личности. Основной причиной любого невроза – от невротической реакции до хронического аффективного расстройства – является психическая травма. Чаще всего это невозвратимые потери (имущества, близких людей), угроза здоровью или благополучию (онкологическое обследование, судебное следствие), унижение (деквалификация, увольнение с работы, предание гласности порочащих сведений, осознание собственной несостоятельности). Наиболее частые при сексуальных расстройствах психические травмы – систематические измены или уход из семьи одного из супругов – наносят удар по всем трем линиям: и невозвратимостью утраты, и доказательством неспособности сохранить привязанность, и унижением в глазах окружающих. Особенно патогенными оказываются бытовые и производственные конфликты,

которые больной разрешить не может. Это может быть прежде всего неудовлетворение потребностей человека.

Холерический или меланхолический темперамент, акцентуации характера или психопатии играют роль предрасполагающего фактора, способного лишь ускорить формирование невроза.

Патогенетические механизмы неврозов многообразны. По мнению П. К. Анохина (1956), невротические состояния представляют собой следствие взаимодействия двух конфликтных возбуждений, ни одно из которых не может быть полностью подавлено.

В. Н. Мясищев (1960) рассматривал психоневроз как «психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно-тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворение потребностей, недостижение цели, невосполнимость потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности».

П. В. Симонов (1975) связывает развитие невроза с возникновением застойного возбуждения эмоциональных центров вследствие дефицита информации при рассогласовании потребностей с вероятностью ее удовлетворения.

М. М. Хананашвили (1978) обуславливает формирование невроза перегрузкой мозга информацией из-за дефицита времени, необходимого для ее анализа, обработки и усвоения, и называет его информационным.

И. П. Павлов создал теорию патогенеза неврозов. В основе ее лежат созданные им концепция типов высшей нервной деятельности (ВНД), учение об экспериментальных неврозах и о взаимодействии корковых сигнальных систем, а также коры и подкорковых образований.

В соответствии с этим учением в основе неврозов лежит срыв ВНД из-за перенапряжения внутреннего торможения, раздражительного процесса либо их подвижности под влиянием психических травм, различных «перегрузок» и сверхсильных, непереносимых для данной нервной системы раздражителей. Клиническая форма невроза и ее конкретная симптоматика определяются как особенностями ситуации срыва (т. е. перенапряжением возбуждения, торможения или подвижности их), так и типом (фенотипом) ВНД больного.

При неврастении идет резкое, патологическое преобладание раздражительного процесса над внутренним условным торможением

у лиц с холерическим и сангвиническим темпераментом. Клинически это проявляется чрезвычайной раздражительностью, повышенной аффективностью, утратой самообладания по малейшему поводу, нарушениями сна и др., т. е. гиперстенической формой. На следующей, второй стадии заболевания при крайнем дефиците внутреннего торможения (в результате чрезмерной его траты) начинает катастрофически ослабевать и раздражительный процесс, вследствие чего в коре головного мозга у больных на короткое время появляются фазовые состояния, и даже запредельное торможение, которые быстро снимаются, обеспечив экстренное восстановление корковых клеток, главным образом во второй сигнальной системе. Однако это не способствует восстановлению их работоспособности, и опять повторяется переход от крайнего возбуждения их к капитуляции перед торможением (патологическая лабильность нервных процессов), т. е. приводит к раздражительной слабости как в церебрально-патологическом, так и в клиническом смысле этого слова.

В случаях продолжающегося патогенного воздействия на нервную систему психотравмы и иных истощающих факторов в коре головного мозга (главным образом, во второй сигнальной системе) у холериков и сангвиников формируется относительно устойчивое преобладание патологического индукционного и запредельно-охранительного торможения. Клинически это выражается в виде повышенной утомляемости, резкого снижения работоспособности, расстройств сна, астенодепрессивных или астеноипохондрических проявлений, т. е. гипостенического синдрома.

При возникновении неврастения у тормозимых лиц (т. е. со слабым типом нервной системы) два предшествующих этапа нейродинамических расстройств (патологическое преобладание раздражительного процесса и раздражительная слабость нервной системы) не наблюдаются, а сразу же идет срыв ВНД, с доминированием патологического безусловного запредельно-охранительного торможения вследствие исходной слабости корковых клеток и резкого снижения предела их работоспособности. Клинически это проявляется выраженной утомляемостью больных, вялостью, резким упадком их работоспособности, снижением настроения, ипохондричностью, т. е. гипостеническим синдромом.

Истерический невроз по И. П. Павлову (диссоциативное расстройство по МКБ-10) развивается под влиянием психотравматизации у больных со слабым общим и художественным специально человеческим типом ВНД. Главными в патогенетических механизмах истерии являются: доминирование подкорковых структур над корой вследствие ее функциональной слабости, явное преобладание в коре

головного мозга первой сигнальной системы над второй и утрированная, патологическая выраженность отрицательной индукции. Последняя обусловлена чрезвычайной слабостью коры в условиях сильных аффективных импульсов, идущих как с подкорково-мозговых (инстинктивных) структур, так и под влиянием словесных воздействий со стороны или собственных мыслей больного. В этих случаях в коре головного мозга у больного вспыхивает очаг сильного возбуждения, который тут же со всех сторон охватывается мощной отрицательной индукцией, как бы освобождается от контактов с остальными зонами коры, и, таким образом, действует автономно от них, то есть вне коррекции со стороны прошлого жизненного опыта больного, как бы по принципу гипнотического рапорта. Именно этот механизм лежит в основе истерической внушаемости и самовнушаемости. Чрезвычайное преобладание подкорковых структур над корковой деятельностью служит причиной повышенной аффективности больных. Истерические амнезии, как правило, аффектогенны и объясняются торможением наблюдающихся у больных патодинамических структур и связанных с ними нейроассоциаций. Разнообразные тики, гиперкинезы и судорожные припадки связаны с возбуждением в двигательных зонах коры, параличи, парезы, астазия-абазия, напротив, — с патологическим торможением в них. Гиперестезии, с одной стороны, гипестезии и анестезии — с другой, связаны соответственно с патологическим возбуждением или же торможением уже в сенсорных зонах коры.

В основе *невроза навязчивых состояний* (абсессивно-компульсивных расстройств, по МКБ-10) лежит срыв ВНД, с образованием уже стойких (в отличие от истерических) больных пунктов мозговой коры у лиц с общим слабым и мыслительным человеческим типом ВНД. Здесь в основе фобий лежат нездоровые пункты коры, зачастую перекрытые патологически инертным торможением, лишь их периферические компоненты («осколки») остаются незаторможенными. Механизмом разнообразных контрастных навязчивостей обычно является нездоровый пункт (с неполной, только относительной его функциональной изоляцией, и поэтому сохранной критикой у больного), фиксированный в патологически инертном возбуждении и ультрапарадоксальной фазе либо на уровне второй сигнальной системы (при навязчивых идеях, кошунственных мыслях), либо на уровне первой сигнальной системы и подкорки при контрастных представлениях, эмоциях и влечениях.

Примитивные навязчивые действия объясняются с детства инертной фиксацией патологических нейроассоциаций в связи с «затверженными» движениями больного, а формирование ритуалов —

с образованием «дочерних» (по отношению к тем, что лежат в основе первичной фобии) пораженных пунктов и индукционными отношениями между ними. Навязчивые сомнения отражают наличие двух (или большего числа) патологических доминант в ВНД больных, причем в связи с нарушением индукционных отношений в коре ни одна из них не приобретает характера настоящей – единой патологической доминанты.

Рассмотрим этапы формирования невротических расстройств. Инициальный период:

1. Появление индивидуальных особенностей реагирования и поведения в стрессовых, дистрессовых и психотравмирующих ситуациях (стенических или астенических, интро- и экстравертированных, адекватных – неадекватных, соразмеренных – несоизмеренных, адаптивно-рациональных или нерациональных, стереотипно-защитных и т. п.).

2. Заострение индивидуальных аномально акцентуированных и стереотипно-защитных реакций в сочетании с начальными невротическими расстройствами.

3. Появление симптомов снижения адаптивных ресурсов на биологическом уровне: расстройство биологических основ адаптации; нарушения в механизмах сна-бодрствования, вегетативно-нейрогуморальной и психосоматической регуляции, которые в свою очередь могут обнаружиться по-разному на личностном уровне. Расстройство личностно-волевых основ адаптации: нарушения в иерархии личностных ценностей; утрата интересов, целей, смысла дела или жизни; снижение личностных ресурсов или невозможность доступа к ним; изменения самосознания, чувства «Я» и т. п.

4. Преобладание дезадаптивных форм психологической защиты; появление когнитивных расстройств адаптации; нарушения когнитивных механизмов адаптации. С позиций системного подхода основная функция психики – познание и адаптация. Все психические феномены имеют информационный смысл, то или иное личностное значение. В этом плане психопатологические расстройства при любых формах неврозов, независимо от того, достигают ли они психического уровня, сами по себе ведут к дезадаптации и формированию начальной клинической картины невротического расстройства.

Период полного развития:

1. Оформленная клиническая картина невроза, позволяющая классифицировать его по рубрикам МКБ в зависимости от преобладания психопатологических или соматоформных расстройств. При неблагоприятном течении происходит дальнейшая декомпенсация адаптивных ресурсов.

2. Утяжеление и осложнение клинической картины невроза, полиморфность и смешанность расстройств, принимающих затяжное течение, с тенденцией к хронизации и психосоматическим осложнениям.

Период хронического течения невроза:

1. Стойкость и терапевтическая резистентность невротических расстройств.

2. Начало психопатизации личности, чаще по смешанному (мозаичному) типу.

3. Выявление органически подобных расстройств (переход функционального в органическое) – выраженные вегетативные расстройства, с гипоталамическими пароксизмами; субаффективные циклически-фазные отклонения; декомпенсация «почвы» неврозов – резидуальных органических изменений центральной нервной системы; переход функциональных соматизированных невротических нарушений в собственно психосоматические болезни.

4. Невротическое развитие личности характеризуется явными признаками психопатоподобного изменения личности и преобладанием в поведении аномальных и патологических адаптивных реакций. Наблюдается тенденция «смыкания» невроза с так называемыми ядерными психопатиями.

Собственно невротические расстройства могут быть застывшими или даже несколько регрессировать. Однако суть невротического развития личности зависит не от психопатических, невротических или соматоорганических проявлений.

О *невротическом развитии* следует говорить в тех случаях, когда имеет место изменение содержания «самости» личности: болезнь становится основной ценностью личности, главным объектом ее внимания и интересов; вытесняет из сознания другие жизненно важные и объективно актуальные интересы, привязанности и т. п. В конечном счете, патологическое невротическое содержание личности определяет ее жизненную направленность и образ жизни.

Синдром дезактуализации и реадaptации сексуального поведения (СДРСП). Клинические проявления СДРСП рассмотрим на примере больных ишемической болезнью сердца (ИБС). У больных ИБС СДРСП можно представить в виде двух фаз: вынужденной абстиненции (собственно дезактуализации) и постабстинентных или реадaptационных расстройств.

Фаза вынужденной абстиненции у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) или приступ стенокардии, характеризуется стрессовыми воздействиями ИМ на физиологические системы организма человека в целом: на соматический, психологический и сексо-

логический компоненты здоровья. С развитием ИМ наступает резкое снижение полового влечения или его исчезновение, более редкое появление и даже полное исчезновение спонтанных эрекций, эротических сновидений и ночных поллюций (В. С. Володин, О. П. Володина, 1990).

Инфаркт миокарда или приступ стенокардии в остром периоде представляет собой стресс (страх перед смертью, боли в области сердца, встревоженные лица родных и друзей, вид капельницы и мониторов), который вызывает различные психические изменения в виде невротических реакций, тем самым вовлекая в развитие болезненного состояния психическую составляющую копулятивного цикла. Кроме того, ИМ сопровождается снижением гонадотропной функции, тем самым подчеркивая заинтересованность нейрогуморальной составляющей. Таким образом, на фоне общей слабости и астенических проявлений при участии психической и нейрогуморальной составляющих происходит дезактуализация сексуальных интересов, оттесняя сексуально-эротическую мотивацию на задний план симптомами, угрожающими жизни больного.

Фаза постабстинентных расстройств или реадaptации наступает по прошествии острого периода и по мере улучшения соматического состояния: у больных появляются половое влечение, спонтанные и адекватные эрекции, эротические сновидения с ночными поллюциями, которые могут служить основными критериями, характеризующими восстановление сексуальной функции после ИМ. Последние зависят в основном от соматического и психического состояния, личностных особенностей пациента и его реакции на заболевание ИБС, половой конституции, возрастного периода, межличностных отношений в браке и своевременной правильной информации об интимных отношениях, полученной от врача.

У небольшой части больных ИБС, которые находились в периоде возрастной инволюции, до ИМ отличались сниженной половой активностью, слабой половой конституцией и партнерша которых воспринимала половой акт как «супружескую обязанность», после ИМ происходила перестройка ценностных ориентаций личности: сексуальная сфера с третьего или четвертого места передвигалась на последнее, и пациенты спокойно констатировали наступление климакса.

Однако у большинства больных ИБС в восстановительный период при возобновлении половой жизни возникали проблемы, которые вызывали психические нарушения и способствовали формированию сексологических расстройств.

Контрольные вопросы

1. Классификация сексуальных расстройств, по К. Имелинскому.
2. Психосексуальные расстройства в классификации МКБ-10.
3. Этиология и патогенез сексуальных расстройств.
4. Патогенетическая классификация сексуальных расстройств, по Г. С. Васильченко.
5. Преждевременное пубертатное развитие.
6. Задержка и дисгармония пубертатного развития.
7. Инволюционное снижение половой активности.
8. Клинические формы врожденной патологии полового развития.
9. Половые расстройства при патологии гипоталамуса.
10. Половые расстройства при патологии половых желез.
11. Половые расстройства при патологии надпочечников и щитовидной железы.
12. Диагностика патологии эрекционной составляющей.
13. Патология эякуляторной составляющей.
14. Классификация акцентуаций характера, применяемая в сексологии.
15. Основные критерии психопатии.
16. Сексуальные расстройства при шизофрении.
17. Половые расстройства при эпилепсии.
18. Сексуальные расстройства при маниакально-депрессивном психозе.
19. Половые расстройства при олигофрении.
20. Этиология и патогенез сексуальных расстройств невротического генеза.
21. Синдром дезактуализации и реадaptации сексуального поведения.

Глава 8

ПЕРВЕРЗИИ И ДЕВИАЦИИ

По мнению А. М. Свядоша, перверзии, или извращения, — это болезненные нарушения направленности полового влечения или его удовлетворения, в то время как половые девиации не относятся к болезненным отклонениям от общепринятых форм полового поведения. Термин «девиация» впервые появился в рамках психоанализа, обозначая поведение или ориентацию, не соответствующие принятым в обществе нормам, часто имеет негативный оттенок. По мнению сексологов, этот термин страдает неопределенностью и обладает яркой эмоциональной окраской, поэтому в последнее время редко используется при описании сексуального поведения. На смену ему пришло менее унизительное определение «вариация», означающее, что склонности и пристрастия определенного человека не совпадают с общепринятыми. «Парафилия» — наиболее точный термин, используемый при описании сексуальной ориентации и поведения, которое отличается от нормы, дословно переводится как «подобие любви».

Итак, девиации психосексуального развития — это нарушения полового самосознания. Рассмотрим их в соответствии с классификацией по МКБ-10.

ТРАНССЕСУАЛИЗМ (F 64.0)

Транссексуализм — это стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное (соответствующее генетическому полу) формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Частота встречаемости транссексуализма среди мужчин колеблется от 1: 30 000 до 1: 100 000 населения у различных авторов, причем соотношение между мужчинами и женщинами встречается от 2:1 до 8:1. Средний возраст обращения к врачам у мужчин 23–24 года, а у женщин — 25 лет.

Грубые нарушения дифференцировки структур мозга, ответственных за половое поведение, в первую очередь гипоталамуса, приводят к искажению аутоидентификации и ощущению принадлежности к другому полу. Способствует ли тестостерон появлению так называемого мужского или женского поведения при расстройствах половой индентификации, остается пока неясным. Как у мужчин, так и у женщин нарушения могут быть обусловлены различными экзогенными воздействиями в пренатальном периоде, в том числе применением некоторых фармакологических средств. Мнение, что транссексуализм возникает при попытках воспитывать ребенка в другом поле, не имеет под собой основы. Во-первых, когда воспитатели начинают воспринимать проявления транссексуализма у ребенка, его половое самосознание оказывается уже сформированным (не позже 5 лет, а обычно раньше), и любые воспитательные меры не могут его изменить, а, во-вторых, для коренного изменения поведения (например, половой роли) лишь воспитательными мерами требуется не только время, но и стремление самого пациента.

В клинике транссексуализма на первый план выступают нарушения поведения, обусловленные ощущением принадлежности к другому полу. На этапе формирования полового самосознания эти дети называют себя именами противоположного пола, просят родственников в присутствии других говорить, что они не мальчики, а девочки, или наоборот. Мальчики стремятся носить женскую одежду, а девочки — мужскую. Данное поведение взрослыми воспринимается как детские шутки, блажь или капризы. Жизнь детей-транссексуалов превращается в постоянную и полную трагизма борьбу за свое «Я», за право сменить пол, добиться гармонии между собственным половым самосознанием и восприятием себя окружающими. Полоролевые игры в дочки-матери, доктора служат как бы индикатором сформированного полового самосознания. У детей возникает сильное и устойчивое предпочтение исполнять роль противоположного пола, и если им она не достается, то в знак протеста могут выйти из игры.

На этапе формирования полоролевого поведения они вели себя как дети противоположного пола и преимущественно играли с детьми другого пола (63% мальчиков и 92% девочек); предпочитали игры, характерные для противоположного пола 67% мальчиков и 92% девочек; стеснялись раздеваться в присутствии лиц одного с ними пола 60% мальчиков и 46% девочек; переодевались в одежду другого пола иногда 37% мальчиков и 23% девочек, постоянно — 46% девочек; четко осознавали свою принадлежность к противоположному полу 90% мальчиков и 100% девочек.

Этап формирования психосексуальной ориентации при транссексуализме более сложен, чем при нормальном становлении сексуальности. С началом активного функционирования половых желез резко нарастает ощущение принадлежности к противоположному полу, жизнь в «чужом» поле превращается в пытку, ношение одежды другого пола становится все более постоянным. Крайне обостренно воспринимается пациентами развитие половых органов и вторичных половых признаков, так как они свидетельствуют о половой принадлежности к «чужому» полу и служат доказательством их «неправильного» поведения. Девушек беспокоит увеличение молочных желез, и они их туго бинтуют, на ночь привязывают к ним лед, замораживают искусственным льдом. Юноши тягостно переживают рост половых органов, появление волос на лице, первые эрекции.

Выделяют два варианта транссексуализма: ядерный и краевой. Ядерный вариант практически не зависит от влияний микросоциальной среды и не поддается адаптации без смены пола. В противоположность им краевые формы отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные при сохранности в то же время у пациентов ощущения принадлежности к противоположному полу. В основе краевого варианта лежат менее грубые, иногда значительно смягченные нарушения половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе.

Постоянная борьба со своим «пороком», между потребностью и зависимостью от мнения окружающих ведет к дисгармонии личности, ее патохарактерологическому формированию даже без психопатологической отягощенности.

Большая часть таких женщин и мужчин адаптируется, находя компенсацию в работе, свойственной противоположному полу.

Труднее социально адаптироваться мужчинам-транссексуалам. С детства их женственность вызывает насмешки, пренебрежение и даже травлю со стороны сверстников. Если девочка с мальчишескими замашками в глазах подростков, а подчас и взрослых стоит выше своих сверстниц, то женственный мальчик занимает на иерархической лестнице сверстников более низкое положение, становится человеком «второго сорта». Женские профессии, которые они в последующем выбирают, непрестижны и продолжают вызывать удивление и насмешки мужчин. Компенсация и адаптация крайних форм транссексуализма по конформному типу может длиться всю жизнь, но часто после многих лет жестокого подавления биологические мотивации прорываются и стремление к смене пола вынуждает обратиться к врачу.

Диагноз транссексуализма основывается на следующих критериях:

- стабильное и неизменное чувство принадлежности к противоположному полу, дискомфорт и ощущение несоответствия своему биологическому полу;
- постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков и приобрести противоположные путем хирургического и гормонального лечения;
- завершение полового развития.

Дополнительными диагностическими указаниями являются развитие данных нарушений с раннего детского возраста, отсутствие симптомов другого психического заболевания и врожденных аномалий развития половых органов.

Трудности дифференциальной диагностики связаны с тем, что просьба пациента сменить пол воспринимается врачами как вычурная и нелепая, как проявление психического заболевания. Сверхценные и даже бредовые идеи смены пола встречаются в клинике психических расстройств, чаще всего в случаях паранойального синдрома при эндогенных процессах и органических поражениях головного мозга. Ранние этапы психосексуального развития этих пациентов обычно протекают без каких-либо особенностей, а стремление сменить пол возникает либо при дебюте психического заболевания, либо при его обострении. При транссексуализме обязательно клиническое психопатологическое обследование в стационаре с исключением сверхценных или бредовых идей полового метаморфоза, обусловленных психическими заболеваниями.

Наиболее трудна дифференциальная диагностика крайних вариантов транссексуализма, внешне нередко принимаемых за гомосексуальное поведение, и отдельных случаев гомосексуализма с искаженной половой ролью, когда пациенты, чтобы избежать конфликтов с законом, стремятся легализовать измененную направленность полового влечения и предпринимают попытки сменить пол.

Транссексуализм дифференциально диагностируется в следующих случаях:

- при эндогенных психических заболеваниях (шизофрения), в клинике которых на первое место выходят бредовые идеи сексуального метаморфоза;
- при транссвестизме двойной роли (исключительно у мужчин);
- при гомосексуализме, имеющем в своей клинической картине полоролевую инверсию;
- при других нарушениях половой идентичности в рамках расстройств личности, органических поражений головного мозга.

Прогноз неблагоприятен, когда ядерные транссексуалы с активным стремлением сменить пол не находят подобной возможности, и дисгармония между их паспортным полом и половым самосознанием не разрешается. Краевые варианты более благоприятны. Однако в тех и в других случаях часто встречаются затяжные депрессивные состояния, суицидальные мысли (60% у мужчин и 23% у женщин) и попытки (соответственно 20 и 8%). Несмотря на все сложности смены пола, транссексуалы, добившиеся ее, находятся в лучшем положении, могут сексуально адаптироваться и даже вступить в брак.

При *транссвестизме двойной роли* (трансролево поведении) (F64.1) ношение одежды противоположного пола используется как часть образа жизни с целью получить удовольствие и испытать душевный комфорт от собственного внешнего вида и временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Переодевание не сопровождается сексуальным возбуждением и разрядкой.

Дифференциально-диагностическими критериями транссвестизма являются:

- желание выглядеть как лица противоположного пола и реализация этого желания через использование атрибутов соответствующей одежды;
- периодичность данного желания;
- парциальность, избирательность переодевания (в одиночестве, в незнакомой обстановке);
- социальная половая роль, соответствующая биологическому полу;
- гетеросексуальное половое влечение.

Дифференциальная диагностика проводится с эндогенными и экзогенными психическими расстройствами, в рамках которых присутствуют явления транссвестизма.

ГИПЕРРОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ. САДОМАЗОХИЗМ (F65.5)

Гиперролево поведение характеризуется чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли.

В его формировании определенное значение имеет процесс половой дифференцировки структур мозга. Нарушения дифференциации мозга могут служить фоном, на котором формируется гиперролево поведение. Однако более значимы прививаемые нормы микросоциальной среды, в первую очередь повсеместно распрост-

раненные высокие требования к маскулинному поведению, оцениваемому гораздо выше, чем женское.

Становление садизма у мужчин и мазохизм у женщин, если они не выходят за рамки нормального поведения, начинается на ранних этапах онтогенеза. Отсутствие при этом тактильного и эмоционального контакта с матерью или ухаживающим за ребенком лицом приводит к развитию у детей агрессивного поведения. В подобных случаях элементы садизма, возникающие в раннем детстве, обычно выходят в последующем за рамки нормального поведения, и на их основе формируются сексуальные парафилии (перверсии). В основе патологических мазохистических перверсных тенденций и установок лежит не отсутствие контакта с матерью, а наоборот, гиперопека, заласканность и т. д. Формирование патологических *садистических* тенденций и установок в значительной мере облегчается при эпиптоидных, истерических, неустойчивых, шизоидных и органических психопатиях или эндогенном процессе. *Мазохистические* установки чаще сочетаются с шизоидными, астеноневротическими и психастеническими психопатиями.

Садизм выражается в получении удовлетворения только при унижении партнерши или жестоком обращении с ней. Это определение происходит от имени французского писателя маркиза де Сада, много писавшего о жестокости как способе получения сексуального удовлетворения. При крайних его проявлениях половое удовлетворение наступает при нанесении жертве телесных повреждений или даже ее умерщвлении, причем максимальное возбуждение достигается при виде агонии. Встречаются и другие варианты садизма: активный флагеллантизм (удовольствие при бичевании других), копрофемия (желание произносить в присутствии лиц другого пола непристойные слова с целью вызвать смущение и стыд).

Мазохизм представляет собой патологическое гиперфемининное поведение (страдание, пассивность), которое проявляется в получении удовольствия при унижении и физических страданиях, доставляемых партнером, и выступает как половое извращение (перверсии). Без таких действий партнера удовлетворение может не наступить. Этот термин связан с именем австрийского писателя барона фон Захер-Мазоха, в романе которого «Венера в мехах» подробно описано удовольствие, доставляемое болью.

На этапе формирования психосексуальных ориентаций мазохистические желания включаются в структуру полового влечения. Встречаются также иные формы: пассивный флагеллантизм (удовольствие от бичевания, порки), пикацизм (стремление пачкаться

мочой, калом, выделениями из половых органов партнера), сервизм (пажизм – половое удовлетворение от роли слуги или пажа).

Возникла целая индустрия, обслуживающая садомазохистский секс: специальные кандалы, плетки, цепи, кляпы; существуют даже каталоги и журналы, в которых подробно описываются техники таких актов.

Диагностика патологического гиперролевого поведения затруднена из-за недостаточной откровенности больных, сознательно скрывающих перверсные тенденции. Для их выявления необходимо тщательно анализировать этапы становления сексуальности, условия и ситуации возникновения первых оргазмов, побуждать подробно описывать эротические сновидения и при возможности получать объективные сведения от партнера.

Дифференциальная диагностика проводится между простым и патологическим гиперролевым поведением. Патологические установки (перверсии) необходимо дифференцировать от психических расстройств, которые обычно сочетаются с ними.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОСЕСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ

Парафилии (сексуальные перверзии) – нарушения психосексуальных ориентаций – представляют собой искажения направленности полового влечения и форм его реализации. Они истинны только тогда, когда искаженное половое влечение вытесняет и замещает нормальную половую жизнь. Перверсные элементы – легкие девиации полового влечения, свойственные нормальной сексуальности, – играют роль дополнительных, второстепенных аксессуаров и не являются патологией.

Существует ряд теорий возникновения перверсий: генетическая, эндокринная, неврогенная, нейроэндокринная, условно-рефлекторная, психоаналитическая и др. Каждая из них, за исключением психоаналитической, объясняет искажения направленности полового влечения нарушениями определенного этапа психосексуального развития.

Дизонтогенетическая концепция, сформулированная во Всероссийском научно-методическом центре по вопросам сексопатологии, рассматривает перверсии как результат нарушений индивидуального психосексуального развития в постнатальном онтогенезе и объединяет элементы перечисленного ряда теорий. Очевидно, парафилии формируются вследствие гипертрофии и закрепления отдельных проявлений психосексуального развития, свойственных его ранним

этапам. Фоном, способствующим становлению перверсий и определяющим их выраженность, а в ряде случаев и клиническую картину, служат различные варианты психосексуального дизонтогенеза, которые заключаются в нарушениях сроков и темпов становления сексуальности и в искажениях полоролевого поведения.

Парафилии могут возникать также при преждевременном психосексуальном развитии, обусловленном растлением и совращением. Наиболее грубыми они бывают при шизоидной психопатии и эндогенном процессе.

Перверсии могут формироваться при различных психических заболеваниях (эндогенный процесс, психопатия, эпилепсия, олигофрения, органическое поражение головного мозга и т.д.), причем структура перверсии в этих случаях отражает особенности психопатологической почвы, на которой она развивается. Например, тормозимым психопатам чаще свойственны вуайеризм, педофилия, фетишизм и скотоложество; истероидным – эксгибиционизм и нарциссизм, а возбудимым – эксгибиционизм и педофилия в сочетании с садизмом. Формированию сексуальных перверсий способствуют нарушения гетеросексуальной коммуникации и затруднения в поисках адекватного объекта.

Рассмотрим основные признаки парафилий (Мастерс, Джонсон, 1998). Эти стойкие, многократно повторяющиеся сексуальные фантазии связаны с различными неодушевленными предметами; страданием или унижением самого человека или его партнера (ши); с детьми и взрослыми, не подозревающими о том, что они являются объектами парафильного влечения, а также с животными.

Лица с парафилиями, как правило, выбирают для себя такую профессию или хобби, которые позволяют им постоянно соприкасаться с излюбленными эротическими стимулами (например, продают дамскую обувь или нижнее белье при фетишизме или работают с детьми при педофилии). Попытки сексуальной активности в отсутствие парафилических объектов обычно приводят к таким половым дисфункциям, как нарушения эрекции или эякуляции. Возможны и другие сопутствующие проблемы, в том числе алкоголизм, наркотическая зависимость, личностные нарушения.

При легкой степени парафилии человек заметно подавлен повторяющимися эпизодами парафильного влечения, но никогда не поддается им и не переходит к действиям. При умеренной степени он иногда поддается под влияние парафильного влечения. При тяжелой степени человек многократно действует, подчиняясь парафильному влечению.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПО ОБЪЕКТУ

Нарциссизм (аутоэротизм, аутомоносексуализм, аутофилия, аутоэрастия) – направленность полового влечения на самого себя, влечение к любованию собственным телом (культ своего тела), сопровождающееся половым возбуждением. Нарциссизм как перверсия встречается крайне редко, как эпизод в процессе формирования сексуальных перверсий. Мастурбация может расцениваться как проявление аутоэротизма только тогда, когда она сопровождается нарциссизмом.

Транзиторные элементы нарциссизма свойственны детскому возрасту, более яркими оказываются в пубертатном периоде. Нарциссизму присущи любование собственным телом, в частности половыми органами, рассматривание себя в зеркале, ласкание своего тела и даже фотографирование самого себя в обнаженном виде с последующим созерцанием этих фотографий. Все эти признаки сопровождаются половым возбуждением и мастурбацией для получения оргастической разрядки. У мужчин возбуждение усиливается при виде себя с эрегированным половым членом. Элементы нарциссизма длительно сохраняются на фоне регулярной половой жизни, выполняя роль стимулятора полового возбуждения, что проявляется в необходимости видеть себя обнаженным (в зеркале или на фотографиях, слайдах). В отдельных случаях самосозерцание должно продолжаться для нарастания возбуждения во время коитуса.

Эксгибиционизм (F65.2) – влечение к обнажению половых органов перед представителями того или иного пола; встречается, как правило, у мужчин. Проявляется в демонстрации обнаженных половых органов, эрегированного полового члена.

При этом особо значим испуг женщин, и эксгибиционисты стремятся появиться внезапно – из-за кустов, в проеме окна, в подъезде дома. Некоторые эксгибиционисты вечерами, надев плащ или пальто и обнажив половые органы, прячутся в тени возле пустынных остановок городского транспорта, электропоездов, а затем, внезапно появляясь в свете фонарей, распахивают одежду. Иногда случаи эксгибиционизма наблюдаются и в общественном транспорте в позднее время. Выбрав место, с которого он виден только одной женщине, эксгибиционист демонстрирует ей обнаженные половые органы. Зная, что такое поведение уголовно наказуемо как хулиганство, эксгибиционисты принимают соответствующие меры. Возможно, именно в связи с безнаказанностью обнажение нередко совершается перед детьми. При сочетании эксгибиционизма с садизмом для пациента в первую очередь важны реакции страха и стыда

у женщины, а при сплетении с мазохизмом, наоборот, преобладают собственные ощущения стыда и страха перед наказанием.

Согласно зарубежным исследователям (Smukler, Schiebel, 1975), типичные эксгибиционисты состоят в браке, обладают довольно высоким интеллектом, обеспечены хорошей работой и не проявляют видимых признаков серьезных эмоциональных расстройств. Как правило, это робкие, застенчивые люди.

Скопофилия (F65.3) (микроскопия, визионизм, вуайеризм) – влечение к подглядыванию за половым актом или за обнаженными либо раздевающимися людьми. К скопофилии следует отнести и увлечение порнографическими изображениями, фильмами и т. д.

Элементы скопофилии часто вкрапливаются в обычную сексуальность. Вуайеризм может сочетаться с элементами нарциссизма, и тогда пациенты могут довести половые акты до завершения, только наблюдая за собой в зеркало во время близости. Иногда они вынуждены поддерживать половое возбуждение во время полового акта, представляя себя наблюдателями происходящего. В противном случае возбуждение спадает и эрекция ослабевает. Порнографическая скопофилия как перверсный элемент обычной сексуальности выражается в рассматривании порнографических изданий перед коитусом, иначе он оказывается невозможным. Стремление к групповой активности, невозможность без этого добиться оргазма и эякуляции встречается у мужчин и женщин именно как проявление скопофилии. В случаях перверсии страдающие скопофилией могут долго ждать в кустах около пляжа, в туалетах, чтобы подсмотреть переодевание или увидеть обнаженные половые органы. Некоторые пациенты регулярно появляются под окнами гинекологических кабинетов, бродят ночью по городу и заглядывают в окна квартир. Скопофилии обычно сопровождаются мастурбацией.

Практически при всех нарушениях психосексуального развития обращает на себя внимание незрелость полового влечения. Происходит как бы «зависание» между эротической реализацией либидо и сексуальными фантазиями.

В последнее время нередко встречаются такие варианты скопофилии, как триолизм (плюрализм – половые акты трех человек и более на глазах друг у друга) и увлечение порнографией (вульгарно натуралистические непристойные изображения половой жизни в литературе, изобразительном искусстве, на сцене, в кино и др.)

Фетишизм (F65.0) (идолизм, сексуальный символизм) – возведение в культ фетиша, символизирующего сексуального партнера, и половое влечение к нему, сопровождающееся сексуальным возбуждением. В качестве фетиша могут выступать предметы туалета

(носовые платки, нижнее белье, одежда, обувь) или определенные части тела (ноги, волосы, молочные железы, половые органы и т. д.). Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

В клинической картине фетишизма четко просматривается заместительный характер перверсии. Фетиш обычно символизирует и замещает либо конкретный объект любви, либо собирательный образ предпочитаемых объектов по принципу «часть вместо целого». Он помогает усилить яркость фантазий и мечтаний, сделать их предметными и осязаемыми, добиться максимального полового возбуждения. Элементы фетишизма сопровождают как нормальную, так и патологическую сексуальность. Половое удовлетворение достигается не просто получением желанного предмета, а путем его обоняния, осязания, прикалывания к половым органам, «укладывания» в постель в сочетании с мастурбацией. «Бельевой» фетишизм часто сопровождается переодеванием в белье лиц противоположного пола, что представляет трансвестизм как один из вариантов фетишизма. Вызывающее половое возбуждение переодевание часто сочетается с мастурбацией, что при трансформации полоролевых установок позволяет отличить его от трансвестизма, который обнаруживается в виде стремления утвердить себя в роли противоположного пола и парафилией не является. Фетишисты чаще крадут белье с веревок во время его сушки, на пляжах и в других местах, а иногда покупают в магазинах. У каждого фетишиста имеются свои предпочтения. Фетишизация частей тела, если она не замещает нормальной половой жизни, представляет собой парафилические элементы. Однако части тела могут быть объектами влечения в рамках перверсии, которая нередко сочетается с другими парафилиями.

Гораздо реже наблюдаются ретифизм (фетишизм обуви), трансвестизм – в качестве фетиша используется одежда противоположного пола, переодевание в которую необходимо для получения удовлетворения), пигмалионизм (монументофилия) – влечение к статуям.

Фетишистский трансвестизм (F65.1) представляет собой ношение предметов туалета или одежды противоположного пола для восстановления соответствующей этому полу внешности и ощущения принадлежности к нему. Желание переодеваться в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением и при достижении оргазма и снижении полового возбуждения быстро пропадает.

Зоофилия (зооэрастия, зооэротия, скотоложество, содомия, бестиялизм, бестииофилия) – половое влечение к животным и получение сексуального удовлетворения в контактах с ними.

В качестве объектов сексуального удовлетворения у мужчин служат домашние животные: козы, овцы, ослицы, кобылы, коровы, очень редки случаи половых актов с домашней птицей (куры, гуси) и мелкими животными (кролики и т. д.), которые обычно сопровождаются проявлениями садизма. В большинстве случаев контакты мужчин с животными проходят в виде вагинальных сношений. Среди женщин зоофилия распространена значительно меньше и проводится чаще как куннилингус с собаками и кошками. При длительной и более частой практике не исключена возможность закрепления зоофилии как тотальной перверсии.

Некрофилия – половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Встречается исключительно редко.

Поиск объекта для совершения полового акта с трупом представляет определенные трудности, некрофилы охотятся за трупами, пытаются проникнуть в дом, где есть покойник. Часть из них, чтобы иметь свободный доступ к трупам, устраиваются работать в морги. Очень редко в поисках объекта удовлетворения некрофилы идут на убийство, после чего совершают половой акт с трупом жертвы. В этих случаях убийство не связано с удовлетворением садистических тенденций, а служит средством достижения поставленной цели.

НАРУШЕНИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ ПО ВОЗРАСТУ ОБЪЕКТА

Педофилия (F65.4) – половое влечение к детям. Основой для формирования педофилии служат задержка психосексуального развития, нарушения коммуникации с лицами другого пола, а также сексуальные расстройства, мешающие нормальной половой жизни. Педофилии чаще наблюдаются у подростков, 30-летних и пожилых мужчин. Среди подростков основную часть составляют лица, которые в связи с задержкой психосексуального и эмоционального развития не умеют налаживать контакт со сверстниками и ухаживать за ними. В группе 30-летних преобладают женатые, но не сумевшие устроить свои сексуальные и социальные отношения мужчины, которые получают половое удовлетворение в игре с девочками и не рискуют пойти на близость со взрослыми женщинами. Среди пожилых чаще всего встречаются лица одинокие и страдающие половыми расстройствами. Аналогичны причины влечения к малолетним и при гомосексуализме как у мужчин, так и у женщин. Обычно эти парафилии направлены на детей родственников, друзей и знакомых.

В случаях педофилии исключительно редко встречаются половые акты, как и изнасилования. Обычно все основывается на «добровольных» началах. Лишь подростки используют запугивания и угрозы. Раствлевающие действия обычно включают в себя рассказы об интимных отношениях, демонстрацию порнографических изображений, осмотр и показ половых органов, ласки, поверхностный и глубокий петтинг, иногда орально-генитальные контакты, значительно реже дело доходит до генитального контакта, вестибулярного коитуса. В любом случае соvrращение приводит к преждевременному психосексуальному развитию ребенка, искажению его сексуальности и психики, а нередко и к парафилиям, навязанным совратителями. Педофильные тенденции, возникающие в пожилом возрасте на фоне снижения полового влечения, могут долго не реализовываться; они обычно формируются на фоне атеросклероза в сочетании с энцефалопатией. В некоторых случаях педофилия может сочетаться с садизмом, что представляет собой еще большую опасность.

Эфебофилия – половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста. В формировании этого влечения, так же как и педофилии, не последнюю роль играют трудности контактов со сверстниками, хотя они выражены значительно меньше. Нередко эфебофилия развивается у лиц с половыми расстройствами, при этом к сексуальным контактам с подростками их побуждают неопытность юношей, незнание ими техники полового акта и вытекающая отсюда меньшая вероятность услышать осуждение своих сексуальных действий. Определенную часть эфебофилов прельщает неопытность подростков, и они охотно занимаются их «обучением». Истоки эфебофилии могут восходить к подростковому возрасту, особенно на фоне задержки психосексуального развития и при контактах, оставивших яркий след. В пожилом возрасте возникновение эфебофилии связано с угасающей сексуальностью и половыми расстройствами, когда контакты с подростками служат как бы стимуляторами.

Сексуальное поведение при эфебофилии имеет некоторые особенности. В первую очередь это растление, схожее с таковым при педофилии, но более откровенное: беседы под видом полового просвещения, демонстрация порнографических изображений, фильмов, «случайное» оставление на видном месте порнографических рукописей и т. д. Лица с эфебофилией стремятся найти работу в коллективах подростков. Во многих случаях контакты с подростками вследствие их скрытности проходят незамеченными. Особенно просто, даже с чувством благодарности воспринимают юноши и подростки проявления эфебофилии у женщин. Женщины добровольно берут на себя наставничество подростка при первых его ша-

гах в сексуальной жизни. Наибольшее наслаждение эфебофилы получают от неопытности своих подопечных, так как обучение стимулирует половое возбуждение. Иногда эфебофилия принимает выраженные патологические черты. В более трудном положении находятся мужчины-эфебофилы, так как девушки менее легко вступают в половые отношения, чем юноши, и для их растления требуется больше времени. При хорошей адаптации и соблюдении социальных и морально-этических норм эфебофильные тенденции реализуются в выборе внешне инфантильных партнеров. При утрате со временем или в результате лечения признаков выраженного инфантилизма партнер теряет сексуальную привлекательность для эфебофила.

Геронтофилия – половое влечение к лицам пожилого и старческого возраста. В ее истоках лежит отношение ребенка к взрослому человеку как к идеалу, кумиру, образцу для подражания. Недостаток внимания к себе, нарушение связи с родителями, отсутствие заботы со стороны взрослых дети нередко пытаются компенсировать самостоятельно. В 26% случаев они с нежностью относятся к воспитателям детских дошкольных учреждений, прижимаются к ним, говорят им ласковые слова. В школьные годы первая влюбленность, особенно у девушек, нередко направлена на учителя, артиста и т. д. В генезе геронтофилии может играть роль стремление найти старшего друга, причем не столько сексуального партнера, сколько человека, который окружил бы заботой. Это иногда особенно четко выступает у инфантильных лиц, в первую очередь у девушек со слабым половым влечением.

Возможно формирование геронтофилии в результате растления и соvrращения детей и подростков пожилыми людьми. Первые сексуальные переживания, по тем или иным причинам связанные со взрослыми людьми, могут фиксироваться и в последующем определять направленность полового влечения. Влечение к пожилым мужчинам иногда возникает у молодых женщин в процессе поиска адекватного партнера, что связано с неудачами сексуальных контактов со сверстниками.

Геронтофилы выбирают партнеров если не из пожилых лиц, то хотя бы из людей значительно старше себя. Геронтофилы либо не испытывают сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками, либо оно бывает менее ярким. У мужчин нередко попытки вступить в близость с женщиной своего возраста не сопровождаются половым влечением и вследствие недостаточности эрекции заканчиваются неудачей, а у женщин не наступает возбуждения и оргазма. Если геронтофилия возникает на основе садистических тенденций, то сексуальная активность связывается с изнасилова-

ниями, истязаниями и унижением пожилых людей. Подобные случаи обычно требуют судебно-психиатрической экспертизы. По поводу геронтофилии к врачу обращаются исключительно редко. Обычно геронтофилия, выявляемая при обследовании по поводу отсутствия влечения и неудовлетворенности в браке как женщин, так и мужчин, сопровождается нарушениями психосексуальных ориентаций по полу объекта.

ГОМОСЕКСУАЛИЗМ

Прежде чем рассматривать гомосексуализм как тип сексуального поведения, дадим определения понятиям: *бисексуал*, *амбисексуал*, *гомосексуал*.

Бисексуалами называют мужчин или женщин, которые испытывают сексуальное влечение к лицам обоего пола. Этой проблеме уделяли мало внимания. Частота встречаемости среди женатых американцев составляет 2% (Fay et al, 1989). В связи со СПИДом в 80-е годы отмечается снижение бисексуальности, так, многие мужчины, которые раньше позволяли себе гомосексуальные встречи, прекратили свою бисексуальную активность. Гейджон (1977) выделяет пять разных категорий бисексуалов: молодежь, экспериментирующая с целью выявить свои сексуальные предпочтения; люди, находящиеся на пути от гомосексуальной к гетеросексуальной ориентации, или наоборот; проститутки (независимо от пола), встречающиеся с представителем своего пола за деньги; люди, реагирующие на сексуальную стимуляцию независимо от ее источника; люди, явно склонные к половой активности с представителями как своего, так и противоположного пола.

Амбисексуалы (такую подгруппу бисексуалов выделили Мастерс и Джонсон, 1979) – это мужчины или женщины, совершенно безразличные к полу своих партнеров, никогда не вступающие в прочные связи и имеющие частые половые контакты и с мужчинами, и с женщинами. Личность или физическая привлекательность потенциального партнера мало влияет на их выбор.

В настоящее время нет достоверных данных о причинах бисексуальности, а биографии бисексуалов не укладываются в многочисленные теории сексуальных ориентаций.

Гомосексуалами называют мужчин и женщин, которых на протяжении значительного периода времени привлекают в сексуальном плане преимущественно лица одного с ними пола. Слово «гомосексуал» происходит от греч. *gomos* – равный и лат. *sexus* – пол.

Гомосексуализм (у обоих полов – инверсия; у мужчин – уранизм, гей; у женщин – лесбиянство, лесбийская любовь, сафизм,

точнее сапфизм) – половое влечение к лицам своего пола. В литературе гей чаще встречается при описании выраженной гомогендерной сексуальной ориентации и идентичности у мужчин. У женщин чаще используется термин «лесбиянка». На заре существования Римской империи гомосексуальное поведение считалось обычным. Браки между двумя мужчинами или женщинами считались нормальными и признавались высшим обществом. Так, император Нерон состоял в браке с мужчинами. В средние века обвинение в гомосексуальности превратилось в одно из орудий инквизиции: гомосексуалы считались не только извращенцами, но и еретиками и изменниками.

Распространенность гомосексуализма, по данным разных авторов, варьирует среди мужчин от 1 до 4%, у женщин – от 1 до 3%.

Биологические теории гомосексуализма. *Генетическая теория* Каллмана (Kallman, 1952) основана на группе однойцовых и двухъяйцовых близнецов. Так как близнецы находятся в одинаковых условиях, то оба однойцовых близнеца должны быть гомосексуалами, а двухъяйцовые – гомо- и гетеросексуалами. По данным Каллмана, однойцовые близнецы по признаку гомосексуальности достигают 100%, а двухъяйцовые – 12%. Последующие исследования не подтвердили частоту встречаемости гомосексуализма, и теория потеряла свою популярность.

Гипотеза, что в формировании гомосексуальности играют роль *гормональные факторы*, высказывается многими учеными. Однако аргументы в пользу низкого содержания тестостерона или высокого содержания эстрогена для мужчин с гомосексуальной ориентацией не подтвердились. Так, введение взрослым гомосексуалам половых гормонов никак не влияет на их сексуальную ориентацию. В данной концепции слишком простая причинно-следственная связь.

Психологические теории. *Концепция Фрейда* предполагает, что в обычных условиях психосексуальное развитие ребенка идет по гетеросексуальному типу, а при неправильном разрешении эдипова комплекса нормальное развитие может остановиться на «незрелой» стадии, что в конечном итоге приведет к гомосексуальности. По мнению Фрейда, у всех людей имеется скрытая склонность к гомосексуальности при определенных обстоятельствах (например, неизжитом страхе кастрации у мужчин), гомосексуальное поведение может впервые проявиться в зрелом возрасте.

Модель Бибера основана на изучении им и его коллегами семейной жизни своих пациентов, из которых 106 было гомосексуалами, а 100 – гетеросексуалами. Было выявлено, что у многих гомосексуалов были чересчур властные матери и слабовольные, пассивные

отцы, у гетеросексуалов подобное соотношение встречалось редко. И. Бибер высказал мнение, что гомосексуальность порождается страхом перед отношениями с лицами противоположного пола. Однако современные данные не позволяют однозначно утверждать, что гомосексуальность всегда возникает в результате неправильного воспитания.

Согласно *бихевиористской теории*, ранние сексуальные опыты людей могут направить их в сторону гомосексуального поведения в результате приятных, доставляющих удовлетворение сексуальных контактов с представителями своего пола или неприятных, разочаровывающих и даже вызывающих страх гетеросексуальных опытов. Удачный гомосексуальный контакт с партнером может стать основой для фантазий во время мастурбирования, и если мастурбирование закончилось оргазмом, то данная фантазия становится положительным подкреплением. Согласно этой теории, человек, переживший неприятные гетеросексуальные контакты в сочетании с удачными гомосексуальными встречами, может постепенно перейти к гомосексуальности. Известно, что некоторые женщины, подвергшиеся изнасилованию, становятся лесбиянками.

По *теории Стормза*, раннее половое созревание наступает в возрасте 12–13 лет, когда сексуальное экспериментирование обычно. Сильное половое влечение усиливает воздействие любого сексуального опыта, доставляющего удовольствие, однако в этом возрасте более доступны гомосексуальные контакты, чем гетеросексуальные. Взаимодействие между биологическими и психологическими факторами делает весьма возможным сохранение предпочтения к гомосексуальным контактам во взрослом возрасте.

Этиологические факторы и патогенетические механизмы гомосексуализма полностью неизвестны. Согласно нейроэндокринной теории, гомосексуализм предопределяется нарушениями процесса половой дифференциации мозга в пренатальном периоде. У феминизированных мужчин-гомосексуалов выявлены реакции женского типа на введение эстрогенного препарата, а у некоторых женщин-гомосексуалок – мужского типа. Нарушения половой дифференциации мозга обуславливают искажение чувствительности гипоталамуса к гормональным воздействиям.

Однако нарушения дифференциации мозга и гормональные сдвиги не предопределяют формирование гомосексуального влечения, а становятся почвой для искажений полового самосознания и полоролевого поведения, которые повышают риск возникновения гомосексуализма. Нейроэндокринное обеспечение является лишь энергетическим компонентом либидо. Становлению гомосексуализ-

ма способствуют также этиологические факторы и патогенетические механизмы, свойственные перверсиям в целом.

Белл и Вайнберг (Bell, Weinberg, 1978) при опросе геев и лесбиянок выделили следующие типы гомосексуалов:

- стремящиеся к постоянству. Они образуют прочные связи, похожие на гетеросексуальные супружеские пары. У них мало сексуальных проблем, мало половых партнеров и они редко специально занимаются поисками полового партнера;
- не стремящиеся к постоянству. Живут с одним партнером, но обычно имеют много связей на стороне и затрачивают немало времени на их поиски. У них чаще возникают сексуальные проблемы, и они чаще сожалеют о своей гомосексуальности, чем представители предыдущей группы;
- функциональные. Они не образуют пар, имеют много половых партнеров и мало сексуальных проблем. Обычно это молодые люди, почти не сожалеющие о своей гомосексуальности и проявляющие большой интерес к сексу;
- дисфункциональные. Не образуют пар и имеют многочисленных половых партнеров, отличаются высокой половой активностью, но при этом у них много сексуальных проблем;
- асексуальные. Отличаются слабым интересом к сексу и не образуют пар. Они чаще имеют не только гомо-, но и гетеросексуальные контакты и стараются скрывать свою гомосексуальную ориентацию более тщательно, чем другие.

По данным А. Кинзи, препубертатные гомосексуальные игры были отмечены у 52% юношей и 35% девушек. Хотя бы один контакт в течение жизни с лицом одноименного пола имели 48% мужчин (в 37% случаев завершился оргазмом) и 28% женщин (13% из них испытали при этом оргазм). Максимальная гомосексуальная активность приходится на этап формирования психосексуальных ориентаций, когда еще выражено разделение коллективов на однополые группы.

У мужчин и женщин с гомосексуальным влечением в 5% случаев патологическое влечение направлено на детей (педофилия), в 45% – на подростков (эфебофилия), в 45% – на взрослых (андрофилия) и в 5% – на пожилых лиц (геронтофилия).

В контактах гомосексуалов (независимо от их пола) обращает на себя внимание преобладание эротических форм половой активности: взаимная мастурбация – 40%; орально-генитальные контакты (у обоих полов взаимные) – 69%; у мужчин иррумация, минет, фелляция; у женщин куннилингус, ламбитус – 40%, интрафеморальный коитус – 12%; мужеложество (коитус пер анум, то же – с маль-

чиками – педерастия) у мужчин и имитация коитуса с помощью рук, различных приспособлений или с попыткой введения клитора во влагалище у женщин – суммарно 8%. Кроме того, встречаются и другие варианты: анилингус (анилинкция) – раздражение языком области заднего прохода, петтинг и одна из его разновидностей – фроттаж – трение половыми органами о разные части тела, в том числе о половые органы.

Отечественные исследователи В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко (1990) изучили основные этапы психосексуального развития и описали клинику гомосексуализма.

Гомосексуализм, сформированный на фоне трансформации половой роли в сочетании с преждевременным психосексуальным развитием, затрагивает ядро личности, рано обращает на себя внимание нарушениями полоролевого поведения и сохраняется в течение всей жизни. Подобные пациенты обычно к сексологам не обращаются. Они в основном социально адаптированы, не пытаются бороться с перверсией. При сочетании гомосексуального влечения и трансформации половой роли чаще встречаются гомосексуальные половые акты. В отношении своего партнера такие гомосексуалы играют роль представителей противоположного пола. Мужчины охотно берут на себя все заботы о доме, с удовольствием занимаются приготовлением пищи и другими чисто «женскими» обязанностями, т. е. играют роль жены в гомосексуальной паре. Подчас их поведение становится утрированным, гиперфеминным, они применяют косметику и переодеваются в одежду другого пола (гомосексуальный трансвестизм), что отражает трансформацию половой роли. В партнеры они выбирают лиц с выраженным маскулинным или даже гипермаскулинным поведением. Отношения неотличимы от истинной любви со всеми ее атрибутами (самоотдача, ревность и т. д.). В случаях трансформации половой роли у женщин в их гомосексуальном поведении проявляются маскулинные черты.

Гомосексуализм формируется на фоне преждевременного психосексуального развития без трансформации половой роли, менее заметен, так как полоролевое поведение таких пациентов соответствует общепринятым нормам микросоциальной среды, а искажения полового влечения обычно тщательно скрываются ими. В этих случаях нередко встречается гиперролевое поведение.

Появившееся на фоне задержки психосексуального развития гомосексуальное половое влечение в результате постоянной и трудной борьбы долго не реализуется. Компенсацией служат работа, спорт и различные увлечения. Иногда как частичное разрешение конфликта между половым влечением и негативным отношением

к нему практикуются заместительные формы сексуальной активности. Мужчины-гомосексуалы часто посещают общественные бани, где они могут найти объект как для истинных сексуальных контактов, так и для суррогатных форм половых отношений (скопофилия, взаимный массаж и т. д.). Поверхностный петтинг также относится к заместительным формам гомосексуальной активности.

При гомосексуализме, сформированном на фоне задержки психосексуального развития в сочетании с трансформацией половой роли, клиническая картина менее контрастна, чем при преждевременном обновлении сексуальности. Нередко наблюдаются случаи гомосексуального контакта наряду с гетеросексуальной половой жизнью. С течением времени одно из влечений начинает преобладать, а другое сходит на нет.

Возникновению гомосексуальной направленности полового влечения способствуют и неблагоприятные влияния микросоциальной среды. Патогенным фактором, способствующим формированию гомосексуального влечения, может стать внушение родителями и воспитателями неприязненного отношения к противоположному полу. Такое воспитание особенно сказывается на женщинах. Попытки матери предотвратить раннее соvrращение и убедить дочь в том, что все мужчины – подлещи и негодяи, часто формируют негативное отношение к мужчинам, которое может мешать становлению гетеросексуального влечения и общению со сверстниками. В подобных случаях требуется длительная психотерапевтическая работа с пациенткой, с постепенным введением в круг ее общения мягких, добрых и ласковых юношей или мужчин и полной изоляцией от женщин. Молодой возраст и легкость достижения оргазма делают возможным переключение полового влечения на гетеросексуальное.

При гомосексуализме, сформированном на фоне задержки психосексуального развития, пациенты могут вступать в брак, но чаще всего первые же попытки начать гетеросексуальную половую жизнь заканчиваются неудачей. У мужчин отсутствуют или резко ослаблены адекватные эрекции, а интроитус обычно невозможен, у женщин не наступает достаточного полового возбуждения и оргазма. Даже при сильном желании наладить семейную жизнь мужчин задолго до первых попыток мучают сомнения в своей полноценности, что нередко становится единственной причиной неудач.

Попытки лечения больных, скрывающих свои гомосексуальные тенденции и другие половые извращения, совершенно безуспешны, так как лечение бывает неадекватным.

Единственным методом, более или менее объективно выявляющим нарушения в направленности влечения, служит метод фалло-

плетизмографии. Обследование проводится следующим образом. Пациенту демонстрируют стандартный набор цветных слайдов с изображениями обнаженных мужчин, женщин и детей (4–30 лет). Время экспозиции слайда и паузы строго обозначены. Последовательность демонстрации слайдов произвольная, но постоянная при каждом обследовании. Специальные датчики улавливают и фиксируют изменения объема полового члена или влагалища. С помощью данной методики можно установить возрастную и половую направленность полового влечения, а также элементы эксгибиционизма.

Гомосексуализм дифференцируют с транссексуализмом. Особенно осторожно нужно подходить к явлениям трансвестизма и четко отграничивать фетишистский трансвестизм от такового при половых нарушениях и от переодевания в одежду другого пола при транссексуализме.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятия «девиация» и «парафилия».
2. Транссексуализм (нарушение полового самосознания).
3. Диагностические критерии транссексуализма.
4. Дифференциальная диагностика транссексуализма.
5. Клиника и диагностика садизма и мазохизма.
6. Основные и сопутствующие признаки парафилии.
7. Клиника нарциссизма.
8. Эксгибиционизм и его клиника.
9. Клиническая картина вуайеризма.
10. Клиническая картина фетишизма.
11. Клиническая картина зоофилии и некрофилии.
12. Педофилия, этиология, патогенез, клиника.
13. Клиника эфебофилии.
14. Этиология, патогенез и клиника геронтофилии.
15. Понятие «бисексуаль» и их категории.
16. Биологические теории гомосексуализма.
17. Психологические теории гомосексуализма.
18. Клиническая картина гомосексуализма.
19. Диагностика нарушений психосексуальных ориентаций.

Глава 9

ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Терапия сексуальных расстройств у мужчин и женщин включает: медикаментозное лечение, физиолечение, семейную терапию, секс-терапию, психотерапию.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

При расстройствах, связанных с нарушениями нейрогуморальной составляющей, часто применяют медикаментозные препараты как основной метод лечения.

Медикаментозные средства для лечения нейрогуморальной составляющей подразделяются на гормональные и негормональные (неспецифические).

Применение гормональных препаратов. Часто врачи различных специальностей назначают больным половые гормоны главным образом с целью стимуляции (активации) сексуальных функций. Специально проведенный анализ 100 историй болезни больных, лечившихся у сексологов, установил, что тестостерон и его аналоги принимали 72% больных независимо от поражения составляющей копулятивного цикла.

Зарубежные исследователи (J. Bancroft и др., 1983) при проведении фаллографии не выявили различий между визуально провоцируемыми эрекциями у здоровых мужчин и страдающих гипогонадизмом до и после введения тестостерона. Это свидетельствует о том, что «основные механизмы эрекции, однажды сформированные, в дальнейшем не зависят от андрогенов».

Один из ведущих сексологов мира Jan Raboch в специальной работе «Тестостерон и сексуальность у мужчин» (1978), распределил факторы, вызывающие сексуальные расстройства у мужчин, на пер-

вые места ставит влияние социального окружения (5 баллов) и девиации структуры личности (2–3 балла), в то время как снижение выработки тестостерона в яичках половозрелого мужчины помещает на 6-е место.

В специальном исследовании больных с гипогонадотропным гипогонадизмом N. Bobrow, J. Money, V. Levis (1971) применили заместительную терапию гормонами, так как их концентрация у всех больных оказалась сниженной. Наблюдая за ними, они отметили подтягивание симптомов задержанного пубертатного развития (тип лобкового и общего оволосения) при отсутствии положительных сексуально-эротических ощущений от близости с нормальной эрекцией. Авторы пришли к выводу, что задержка и неполнота сексуального развития у этих больных обусловлены не низкой концентрацией тестостерона в плазме крови, а первичным дефектом гипоталамических мозговых структур. Следовательно, при назначении заместительной терапии ориентировка на концентрацию тестостерона в плазме крови не может обеспечить положительных терапевтических результатов.

Из всех больных с пониженным содержанием андрогенов в плазме крови только у части это понижение определяется поражением самих гонад, у других же имеется изолированное или сочетанное поражение надпочечников, у третьих – патология гипофиза, а у четвертых – нарушение гипоталамических структур.

Однако в практической работе с сексологическими больными особую важность приобретают не недостаточная эффективность или даже полная неэффективность заместительной терапии, а те случаи, когда неоправданное применение гормональных препаратов имеет отрицательные последствия. При введении в организм больного излишнего количества стероидных гормонов чувствительные кибернетические стражи организма включают сигнал тревоги, по которому происходит экстренная мобилизация ингибирующих факторов, подавляющих функции яичек и надпочечников, а поскольку отсутствие положительного эффекта нередко влечет за собой повышение доз андрогенов, это вызывает атрофию секретирующих клеток как в яичках, так и в надпочечниках. Последствия данного лечения – фармакологическая кастрация.

Помимо упомянутых кибернетических механизмов, здесь сказываются и другие закономерности. Так, концентрация тестостерона в плазме крови не относится к основным константам человеческого организма. Концентрация стероидных гормонов подвержена значительным колебаниям на протяжении жизни, в частности сезонным и на протяжении суток.

Сексологам хорошо известны эмпирические факты, в частности наибольшая результативность первых порций андрогенов, быстрая утрата препаратами пролонгированного действия своего стимулирующего свойства и, наконец, особый феномен, описанный в литературе как «эффект отдачи», «эффект пружины».

У человека ни один гормональный препарат непосредственно не воздействует ни на половое влечение, ни тем более на эрекции. Если подобные эффекты отмечаются, то они опосредованы либо через суггестию, либо через многокомпонентную цепь преобразований общего состояния организма.

В отличие от синдромов с грубыми соматическими нарушениями роста и развития (включая формирование вторичных половых признаков) синдромы нейрогуморальной недостаточности, выражающиеся в замаскированной дефицитарности общего состояния организма, снижении тонуса и реактивности, встречаются в повседневной практике сексолога наиболее часто. Их своеобразие заключается в том, что они располагаются на стыке поведенческих проявлений сексуальности (коррекция которых рассмотрена в разделе о расстройствах психической составляющей копулятивного цикла) и соматических нарушений (корректируемых специфическими гормональными препаратами). В противоположность этому, поражение механизмов общей реактивности организма, составляющих биологический базис сексуальности, сказывается на всех компонентах копулятивного цикла – от либидо до эрекции и эякуляций. Воздействие на эти замаскированные конституциональные синдромы, подрывающие биологическую основу общей и специфической жизнестойкости и сопротивляемости организма больного, служит обязательным условием успешного лечения, предпосылкой действенности наиболее тонких реабилитационных методов, в том числе психотерапевтических.

Адаптогены и вещества, сходные по механизмам действия. Адаптационные возможности организма в значительной мере зависят от скорости мобилизации его энергетических ресурсов и наличия пластических материалов. Интенсивность метаболизма определяется концентрацией коферментов и кофакторов, скоростью синтеза энзиматических белков, функциональным состоянием желез внутренней секреции и т. д. Повышение физической и умственной работоспособности под влиянием адаптогенов объясняется за счет нарастания неспецифической сопротивляемости. В отличие от стимуляторов группы фенамина стимулирующее действие их значительно ниже и не сменяется глубоким истощением и снижением метаболизма, преобладанием катаболических процессов над восстановительными.

Наиболее известным представителем адаптогенов является корень *женьшеня*. Химический состав его сложен: кроме эфирных масел, органических азотистых соединений, минеральных веществ, из него выделены специфические гликозиды, названные панаксозидами и гинзенозидами.

Женьшень обладает не только стимулирующим, но и тонизирующим действием, надолго повышает работоспособность после приема (тонизирующие средства не следует отождествлять со стимуляторами, которые повышают работоспособность быстро, но ненадолго). В специальных исследованиях было отмечено и гонадотропное действие женьшеня, которое проявилось только в осенне-зимний период. Весной женьшень оказывал угнетающее действие, а летом — очень слабое положительное.

При длительном использовании женьшеня для повышения тонуса рекомендуется в первые 10 дней назначать половину применяемой разовой дозы (при повторных курсах этого можно не делать). При использовании его как стимулятора рекомендуется сразу давать суточную дозу, т. е. 1 г порошка, 1 мл жидкого экстракта, 30 мл 3%-ной или 10 мл 10%-ной настойки (настойки женьшеня 40 мл; по 10–20 капель 1 раз в день или через день за 30–60 мин. до еды). Курс лечения женьшенем продолжается не менее 30–40 дней, после чего делают 2-недельный перерыв.

Фармакологические исследования показали, что *элеутерококк* действует не хуже женьшеня, а по некоторым параметрам даже превосходит его. Наблюдения за пушными зверями в питомниках выявили высокую эффективность элеутерококка для повышения воспроизводительных функций. В клинической практике используется спиртовой 40%-ный экстракт элеутерококка из корневищ с ветвями. Применяется он по 30–40 капель за 30 мин. до обеда.

При исследовании влияния *лимонника китайского* отмечен максимальный эффект на фоне мышечного утомления — в этих условиях лимонник способствовал увеличению работоспособности в 2–3 раза (в среднем на 280%). Повторный прием стимулирующих доз препарата в первые 2 суток дает кумуляцию эффекта, а с третьих суток наблюдается выраженное снижение эффективности; для восстановления его стимулирующего действия требуется 10-дневный перерыв. Экспериментально-клинические наблюдения показали, что стимулирующее действие лимонника наступает через 30–40 мин. после приема, наиболее выражено в первые часы и продолжается, постепенно ослабевая, от 4 до 6 ч.

Препараты лимонника плохо переносятся при желудочно-кишечных заболеваниях. Вследствие выраженного преобладания сти-

мулирующего действия над тонизирующим их не следует принимать вечером во избежание нарушения сна. Лимонник противопоказан при всех состояниях нервного возбуждения, повышенном артериальном давлении, нарушениях сердечной деятельности.

Применяется по 20 капель или по 1 порошку за 30–40 мин. до еды в первой половине дня.

Аралия маньчжурская, как и элеутерококк, принадлежит к семейству аралиевых.

Более высокая по сравнению с женьшенем и элеутерококком токсичность аралии компенсируется большей силой ее действия, а терапевтическая широта воздействия жидкого экстракта ее намного выше, чем при использовании как стимулирующих, так и тонизирующих доз женьшеня и элеутерококка. Настойка аралии противопоказана при повышенной нервной возбудимости, гипертонической болезни, бессоннице.

Применяется по 10–20 капель в первой половине дня.

Сапарал получают из корней аралии маньчжурской. Как тонизирующее средство назначается по 1 таблетке 1–2 раза в первой половине дня. Курс лечения 15–30 дней. После 1–2-недельного перерыва можно проводить повторные курсы, назначая препарат в тех же дозах в течение 10–15 дней. Препарат противопоказан при эпилепсии, гиперкинезах, гипертонии, состояниях повышенной нервной возбудимости.

Заманиха — растение из семейства аралиевых. Из ее корней и корневищ готовят настойку на 70%-ном спирте, обладающую стимулирующим и тонизирующим действием. Стимулирующие и тонизирующие дозы, а также терапевтическая широта препарата идентичны показателям элеутерококка.

Применяется по 20–30 капель за 20–30 мин. в первой половине дня.

Золотой корень (родиола розовая) — многолетнее травянистое растение из семейства толстянковых. Очищенный специфический гликозид родиолы — родозин.

Жидкий экстракт родиолы получают из измельченных корней и корневищ родиолы путем экстрагирования 40%-ным этиловым спиртом.

Экспериментальные и клинические исследования препаратов родиолы розовой подтвердили высокое стимулирующее и тонизирующее действие этого адаптогена: у лиц, принимавших экстракт родиолы, к концу работы отмечено улучшение таких показателей, как жизненная емкость легких, сила мышц и, что особенно важно, укорочение восстановительного периода.

В процессе лечения сексуальных расстройств препаратами золотого корня у мужчин отмечается улучшение лабораторных показателей секрета предстательной железы (в частности, увеличение содержания в нем лецитиновых зерен) и повышение уровня 17 КС в моче.

Применяют по 5–10 капель за 15–30 мин. до еды 1–2 раза в сутки в первой половине дня.

Препарат противопоказан при повышенной возбудимости, гипертонических кризах и лихорадочных состояниях.

Левзея сафлоровидная – травянистое растение семейства сложноцветковых. В Сибири это семейство известно под названием «маралова трава», а корень – как «маралий корень». Из корневищ с листьями готовится спиртовой экстракт на 70%-ном этиловом спирте.

Клиническое изучение препарата посвящено как общестимулирующему действию, так и специфическому влиянию его на половую сферу.

Оптимальная стимулирующая доза – 40 капель, длительность действия после однократного введения – 5 ч; тонизирующая доза – 20–30 капель.

Применяется по 20–30 капель перед едой в первой половине дня.

Стеркулия платановидная как стимулирующее и тонизирующее средство выпускается в виде настойки на 70%-ном этиловом спирте.

Применяется по 10–20 капель перед едой в первой половине дня.

Пантокрин – адаптоген животного происхождения, жидкий спиртовой экстракт (на 50%-ном этиловом спирте) из пант марала и пятнистого оленя, используют в качестве тонизирующего средства. Частые повторные введения пантокрин ослабляют и даже полностью угнетают реакцию организма на этот препарат. Он противопоказан при выраженном атеросклерозе, органических заболеваниях сердца, стенокардии, повышенной свертываемости крови, тяжелых формах нефрита и диарее.

Применяется по 30 капель или по 1 таблетке 2 раза в день.

Маточное (пчелиное) молочко (апилак) является секретом желез молодых медоносных пчел и служит пищей маточных личинок. Содержащиеся в маточном молочке микроэлементы и витамины входят в состав разнообразных катализаторов и ферментных систем. В нем имеются почти все вещества, необходимые для строения и функционирования любого живого организма: белки, жиры, углеводы, витамины, аминокислоты, ферменты, жирные кислоты и гормоноподобные вещества. Из микроэлементов маточного молочка очень важное значение для сексуальной и генеративной функций имеет цинк, значительное количество которого обнаружено в гипофизе, половых железах, эякуляте. Поскольку маточное молочко с успехом приме-

няют при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (стенокардия, атеросклероз, гипертоническая болезнь в сочетании со спазмами мозговых сосудов и т. д.), его целесообразно назначать пожилым сексологическим больным с этими сопутствующими заболеваниями.

Применяется по одной таблетке 0,01 г 2–3 раза сублингвально.

Противопоказанием к применению маточного молочка и его препаратов являются идиосинкразия к ним, болезнь Аддисона, заболевания надпочечников и острые инфекционные заболевания. Препараты маточного молочка принимают последний раз не позднее 18 ч, чтобы не вызвать бессонницу.

Панфетин андрологический состоит из пантогематогена сухого, золотого корня, красного корня, марального корня, зверобоя, корня айра болотного, листьев черники, брусники и смородины.

Повышает иммунитет, жизненный тонус. Восстанавливает кровоснабжение и лимфоциркуляцию в мужских половых органах. Повышает либидо, улучшает эрекцию. Восстанавливает секрет простаты. Улучшает процесс мочеиспускания.

Выпускается в порошке по 75 г. Принимается по 1 десертной ложке в день за 30 мин. до приема пищи.

Общие механизмы действия адаптогенов. На основании биохимических и других исследований можно сделать вывод, что адаптогены не являются допингами, «посягающими» на резервы, предназначенные для экстремальных ситуаций. В этом смысле они резко отличаются от стимуляторов типа фенамина. Повышение работоспособности, вызываемое адаптогенами, главным образом обеспечивают их гликозиды, которые не только стимулируют работоспособность, но и регулируют энергетическое обеспечение и пластическое восстановление повышенной мышечной активности. Возрастание интенсивности и эффективности мышечной работы под влиянием адаптогенов аналогично воздействию тренировок и не сопровождается отрицательным последствием.

При любой функциональной активности, в том числе и при мышечной, энергия расходуется как на собственно двигательную деятельность, так и на обеспечение пластических функций – биосинтез белков и нуклеиновых кислот. При этом энергетическое обеспечение играет роль регулятора функциональной активности различных систем организма.

Адаптация организма осуществляется регулированием соотношений «поступающей» и «выходящей» энергии, и совершенство системы (организма) оценивается по затратам: чем меньше энергии расходуется на поддержание какой-либо константы при внешних возмущениях, тем выше ее адаптационный уровень.

С известной долей условности выделяют и даже противопоставляют адаптации патологическую и физиологическую. Под последней подразумевают такие формы существования, при которых все физиологические функции обеспечиваются сбалансированными энерготратами без включения стрессовых реакций. Возможности к приобретению высокой физиологической адаптации ограничиваются генетическими, наследственными рамками, а реальный ее «потолок» определяется индивидуальной тренированностью.

При нагрузках, превышающих возможности физиологической адаптации индивидуума, совершается переход из зоны физиологической адаптации в зону общей адаптационной реакции (ОАР), что при систематических дозированных повторениях тренирует организм и укрепляет его устойчивость к вредным воздействиям окружающей среды. После прекращения стресса, на выходе из ОАР, происходит восстановление и даже сверхвосстановление израсходованных энергетических и пластических резервов. Эта особенность используется в спорте при выборе режима тренировок: оптимальный тренировочный режим предусматривает начало очередной тренировки на пике суперкомпенсации. Если тренировки слишком часты и организм не успевает компенсировать прежние затраты, наступает снижение его функционального уровня. Повышение неспецифической сопротивляемости с помощью адаптогенов связано с нарастанием физиологической адаптации путем быстрой мобилизации энергии и ее восстановления еще до включения ОАР.

Лечение препаратами йохимбина. Йохимбин – природный растительный алкалоид – альфа-2-адреноблокатор, получаемый из коры тропического дерева *Corynanthe Yohimbe*, является, пожалуй, одним из немногих препаратов, избирательно расширяющих преимущественно сосуды наружных и внутренних половых органов, что способствует появлению или усилению эрекции у мужчин и повышению либидо у женщин.

Механизм действия йохимбина еще полностью не изучен. При его введении повышается тонус симпатической нервной системы, а также уровень антидиуретического гормона в крови, стимулируется деятельность центральной нервной системы. В эксперименте на кроликах было установлено, что введение йохимбина подкожно вызывает длительную эрекцию у кроликов за счет повышения возбудимости спинального центра и притока крови к почкам и органам малого таза.

В специальном исследовании, посвященном изучению йохимбина, Р. В. Белета делает следующие выводы:

- применение его достаточно эффективно при лечении половых расстройств у лиц молодого возраста без органической патологии, преимущественно при невротических расстройствах;

- йохимбин малоэффективен у лиц старше 70 лет;
- его не следует применять длительно, а только в виде коротких (максимум до 10 дней) курсов, за 30–40 мин. перед половым актом;
- пищевые добавки, содержащие йохимбин (промен-экстра, суперйохимбе экстракт), малоэффективны в клинической сексологии из-за низкой концентрации чистого алкалоида.

Вазоактивные препараты. Для лечения эректильной дисфункции применяются вазоактивные препараты: 2% папаверина гидрохлорида, ряд препаратов алпростадилла (простагландин Е₁, ПГ-1): вазопростан, проставазин, эдекс, каверджект, которые вводятся интракавернозно. Ригидность полового члена возникает через 5–8 мин. и продолжается от 30 мин. до 4 ч. Вазоактивные вещества действуют непосредственно на артериолы и гладкую мускулатуру пещеристых тел, минуя ЦНС и вегетативную нервную систему.

Папаверин – неселективный ингибитор фосфодиэстраз. Механизм действия его связан с потенцированием аккумуляции циклического гуанозинмонофосфата и циклического аденазинмонофосфата, вызванной стимуляцией гуанилат- и аденилатциклазы соответственно.

Время полужизни папаверина в плазме крови 1–2 ч, он метаболизируется практически в печени, максимальный уровень его в плазме достигается через 30 мин. после интракавернозного введения.

К побочным явлениям относятся приапизм и пениальный фиброз.

MUSE_T (алпростадил) – трансуретральная система, однократно вводимая в переднюю часть мочеиспускательного канала мужчины, выпускается фирмой Vivus (США). Это вещество по химическому составу идентично природному простагландину Е₁ (PGE), связано с полиэтиленгликолем в качестве наполнителя и упаковано в стерильный контейнер. Наконечник контейнера вводится в уретру на глубину около 3 см. Капсула с алпростадиллом высвобождается нажатием на кнопку аппликатора. MUSE_T выпускается в 4 дозах: 125, 250, 500 и 1000 мкг.

Введенный в уретру алпростадил проходит через эректильные тела по сосудам, связывающим губчатое тело с кавернозными телами, вызывая вазодилатацию в сосудистом бассейне. Сосудорасширяющий эффект алпростадилла на кавернозные артерии и трабекулярную гладкую мускулатуру пещеристых тел приводит к расширению лакунарных пространств в пещеристых телах и быстрому притоку артериальной крови. По данным производителя, 80% введенного алпрос-

тадила абсорбируется в течение 10 мин. и быстро выводится из системной циркуляции легкими, при этом концентрация препарата в крови практически не определяется.

После введения эффект продолжается 30–60 мин. Наименьшая доза $MUSE_T$ (аллпростадил) колеблется от 125 до 250 мкг, при необходимости доза повышается под контролем врача.

Противопоказания: серповидно-клеточная анемия, лейкоз, множественная миелома, гиперчувствительность к простагландину, болезнь Перони.

Побочные реакции: боль в половом члене, ощущение жара или жжения в уретре, кровянистые выделения из уретры вследствие травмирования слизистой, боль в яичках, члене, промежности, ногах.

В 90-е годы на внутренний рынок страны стали поступать многочисленные сексуальные стимуляторы в виде лекарственных препаратов: тентекс, спеман и др. Вслед за папаверином появились новые разработки фармацевтической промышленности – препараты для интракавернозного введения (эдекс, каверджект и др). Препарат *виагра* (*Viagra*), разработанный фирмой Pfizer (США) и зарегистрированный в 1998 г., моментально стал пользоваться популярностью сначала в США, а затем и в других странах. Во второй половине 1998 г. он зарегистрирован и разрешен для применения в России. Высокая эффективность (в ходе клинических исследований более 80% больных с эректильной дисфункцией (ЭД) различной этиологии сообщили об улучшении эрекции), простота использования сразу же вывели этот препарат на лидирующее место среди фармакологических методов лечения.

Виагра (силденафил цитрат) – пероральный препарат, предназначенный для лечения нарушений эрекции. Он восстанавливает нарушенную эректильную функцию и обеспечивает естественный ответ на сексуальное возбуждение. Эрекция полового члена вызывается высвобождением окиси азота (NO) в кавернозном теле при сексуальной стимуляции. Окись азота активирует фермент – гуанилатциклазу, что приводит к повышению уровня циклического гуанозинмонофосфата (ЦГМФ), расслаблению гладких мышц кавернозного тела и резкому возрастанию кровотока в половом члене. Кроме того, силденафил является ингибитором ЦГМФ-специфической фосфодиэстеразы 5-го типа (ФДЭ5), отвечающей за распад ЦГМФ в кавернозном теле. Силденафил не оказывает прямого расслабляющего влияния на гладкую мускулатуру кавернозного тела, но активно усиливает расслабляющее действие NO на эту ткань, вызывая периферический эффект. При активации пути NO / ЦГМФ, что наблюдается при сексуальном возбуждении, угнетение

ФДЭ5 под влиянием силденафила приводит к увеличению уровня ЦГМФ в кавернозном теле. В связи с этим фармакологический эффект возможен лишь при адекватной сексуальной стимуляции.

Под наблюдением находилось 15 больных с половыми расстройствами, причем 8 из них приобрели виагру самостоятельно. Трое из 8 мужчин принимали виагру в дозировке по 25 мг, но улучшения не отмечали. Четверо страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями (ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь) и принимали препарат в дозе по 100 мг, после чего у них возникали неприятные ощущения в области сердца и усиливалась экстрасистолия. У одного больного в возрасте 67 лет отсутствовало либидо.

Основными жалобами всех этих больных на момент обращения были: недостаточные или отсутствие адекватных эрекций, преждевременное или затрудненное семяизвержение, притупление оргастического ощущения, отсутствие либидо. Среди составляющих копулятивного цикла у мужчин преобладало поражение психической составляющей – 8 (53,3%), нейрогуморальной – 2 (13,35%), эрекционной – 2 (13,35%), эякуляторной – 3 (20%). В соматическом плане пациенты были представлены: сердечно-сосудистыми заболеваниями в виде ГБ и ИБС; урологическими заболеваниями: хроническим простатитом и аденомой простаты; эндокринным заболеванием: сахарным диабетом.

В большинстве случаев виагра назначалась в комплексном лечении и только в трех – в виде монотерапии по 50 мг. Максимальная доза не превышала 100 мг на прием. Рекомендуемую дозу принимали за один час до предполагаемого полового акта.

Клиническое улучшение в ходе исследования отмечено у 11 пациентов (73,3%) и характеризовалось улучшением адекватных эрекций, достаточных для проведения интроитуса, нормализацией эякуляторной функции и повышением яркости оргазма.

По данным зарубежных авторов (A. Stern, D. Bart, E. Nagatam et al., 1998), при органической патологии эрекционной дисфункции улучшение от применения виагры отмечено у 68%, при психогенной – у 84% и смешанной – у 77%.

В процессе приема пациентами виагры были выявлены следующие побочные эффекты: головная боль, головокружение, тахикардия, сухость языка, которые носили преходящий характер.

При назначении виагры следует руководствоваться следующими положениями:

1. Назначать препарат должен врач после сексологического обследования пациента, при выявлении патологии сердечно-сосудистой системы необходима консультация кардиолога.

2. Виагра усиливает гипотензивное действие нитратов, поэтому применение препарата противопоказано больным, получающим донаторы окиси азота или нитраты в любых количествах.

3. В молодом возрасте при отсутствии психических расстройств достаточно 25 мг на прием, при смешанной форме – 50 мг, а при органическом поражении – до 100 мг.

4. После приема виагры эффект начинает проявляться через 30–40 мин. (пациенты ощущают прилив крови к лицу), и только при условии обязательного проявления сексуальной активности (ласки, поцелуи, объятия, особенно в сочетании с просмотром эротических фильмов).

5. Следует иметь в виду, что виагра не повышает либидо и не уменьшает депрессию.

Таким образом, при комплексном подходе к лечению половых расстройств у мужчин препарат виагра раскроет свои дополнительные клинические возможности.

Несмотря на выраженный терапевтический эффект, не все пациенты с эректиональной дисфункцией, которым предлагалась виагра, соглашались на прием препарата. Основными причинами были:

- высокая цена препарата. В основном это были пациенты пожилого возраста, а стоимость таблетки сравнивалась с месячной пенсией;

- риск осложнений. После массового назначения виагры при ЭД в средствах массовой информации появились сообщения о смертельных исходах у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Многие пациенты, особенно перенесшие инфаркт миокарда, опасались, что прием препарата вызовет ухудшение их состояния, а назначение нитратов в этом случае будет противопоказано;

- реклама лекарственных средств фирмами, занимающимися лечением ЭД, с акцентом на быстрый, немедленный эффект и излечение почти в 100% случаев, вызвала обратную реакцию – недоверие к новому, еще мало известному населению препарату;

- желание пройти полный курс лечения. Годами выработывался стереотип лечения (особенно у тех, кто проходил лечение по поводу ЭД): таблетки, уколы, физиолечение, после которых восстанавливалась эрекция, и пациенты определенное время обходились без медикаментов. Отсутствие веры в простоту лечения: принял таблетку – возникла эрекция;

- на данный момент не сформирован эффект «молвы» от пациента к пациенту, в результате которого больной приходит на прием к врачу внутренне подготовленным друзьями и знакомыми к тому, что назначенный препарат будет эффективен и он в него верит, еще не попробовав.

Одной из особенностей российской сексологии является комплексный подход к обследованию пациентов с сексологическими расстройствами с учетом составляющих копулятивного цикла: психической, нейрогуморальной, эрекционной, эякуляторной, а не по принципу лекарство – симптом – мишень (в данном случае ЭД).

Испытания препарата виагра проводились по протоколам, предложенным самой фирмой-производителем. При этом использовалась анкета, предложенная Американским национальным институтом здоровья, которая не была апробирована в России. Отечественная сексологическая школа позволяет провести клиническое изучение препарата с учетом структурного анализа сексологических расстройств у мужчин и разработать методические рекомендации по его применению.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ

В ЛЕЧЕНИИ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

В генезе половых расстройств существует определенная зависимость и взаимодействие психогенного и соматического факторов. У лиц более молодого возраста отмечается большая уязвимость психогенного звена половой системы, которая с возрастом уменьшается. В пожилом возрасте более чувствительно соматическое звено. Эффективность лечения зависит от правильной оценки состояния больного, выявления этиологии и ведущих звеньев патогенеза с учетом личностных особенностей.

Учитывая, что половая функция – парная, эффективность лечения будет успешнее, если в диагностике и лечении будет участвовать партнерша.

При выборе физиотерапевтических методов следует учитывать состояние всех фаз копулятивного цикла.

Лечение должно быть систематизированным и поэтапным:

I этап – этиотропное лечение, основная задача которого состоит в устранении причины, купировании симптомов и синдромов полового расстройства;

II этап – патогенетическое воздействие, направленное на восстановление функционального состояния регуляторных систем, купирования общих синдромов, восстановление рецепторного аппарата гениталий, активацию резервов регуляторных систем;

III этап – целенаправленная стимуляция нарушенных фаз копулятивного цикла.

Лечение целесообразно начинать с наиболее простых методов и по мере необходимости переходить к более сложным процедурам (лечебная гимнастика, электролечение, грязелечение и т. д.).

Противопоказания к физиотерапии – общие (тяжелые декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, печени, почек, тяжелая степень психических расстройств и т. д.), специальных противопоказаний не установлено.

В наши задачи не входит описание конкретных физиотерапевтических методик, мы коснемся только набора методов.

Лечебная гимнастика. Данный метод показан при всех формах половых расстройств, но особое внимание уделяется физическим упражнениям при половых расстройствах психо- и нейрогенного характера и при воспалительных процессах внутренних половых органов. В процессе гимнастики больному может проводиться психотерапевтическое потенцирование по следующей схеме: 1) в доступной форме разъясняются причины полового расстройства; 2) подробно объясняется механизм устранения этих расстройств с помощью лечебной гимнастики; 3) внушается уверенность в излечении; 4) в процессе лечения концентрируется внимание на достигнутом положительном эффекте, а также внушается уверенность в постепенном нарастании этого эффекта.

Водолечение. Основано на термических, механических и частично химических раздражениях кожи. Так, при повышенной общей и сексуальной возбудимости температура воды (35–38°C) оказывает успокаивающее действие. Для лиц с преобладанием тормозных процессов, понижением либидо и ослаблением эрекции рекомендуются: углекислые ванны 35–36°C по 8–12 мин. через день; циркулярный, веерный душ, душ Шарко 30–33°C по 1–2 мин. ежедневно; сидячие ванны 28–30°C по 3–4 мин. ежедневно. В зависимости от расстройств эякуляции, невротических наслоений применяются: хлоридно-хвойные, скипидарные или йодо-бромные ванны, подводный душ, подводный массаж, сочетание душа с массажем.

Специальный пальцевой массаж. Его действие сводится в основном к обменно-трофическим эффектам. Благодаря активации обменных процессов улучшаются функции различных тканей и органов, восстанавливается копулятивная функция. При половых расстройствах, обусловленных простатитом, везикулитом, уретритом, широко применяется местный специальный пальцевой массаж с целью освобождения пораженных органов от воспалительных элементов, устранения застойных явлений, улучшения тонуса половых органов, активации их функции.

Массаж предстательной железы, семенных пузырьков, уретры противопоказан при острых и специфических поражениях названных органов (гонорея, трихомоноз и др.).

Грязелечение. Показано в стадии ремиссии воспалительного процесса (противопоказано при специальных инфекциях), а также для

закрепления положительного лечебного эффекта при лечении простатита, везикулита. Кроме того, применяются грязевые аппликации в виде трусов.

Электролечение. Виды этой процедуры зависят от диагноза.

При сексуальных расстройствах, сопровождающихся невротическими реакциями, для нормализации процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга применяется *гальванизация* шейных симпатических узлов. Для больных с ускоренной эякуляцией и ослабленными эрекциями на фоне повышенной возбудимости рекомендуется *электрофорез*, по Щербаку, с магнием, бромом, новокаином.

Механизм действия *электростимуляции* сводится к улучшению трофики и возбудимости различных отделов нервной системы, восстановлению возбудимости и проводимости интеррорецепторного аппарата при половых расстройствах. Лучший эффект уретральной стимуляции у некоторых больных можно объяснить большой чувствительностью к эрогенным воздействиям зоны семенного бугорка.

Вибрационный массаж эрогенных зон применяется при половых расстройствах у лиц со стойким ипохондрическим состоянием. В зону воздействия включаются также ипохондрические «боли» или другие «ощущения». Используется аппарат ЭВМ.

Физиологическое действие *дарсонвализации* заключается в уменьшении сосудистых спазмов, болеутоляющем действии. Применяется при сексуальных расстройствах с выраженной вегетативной дисфункцией. При понижении возбудимости нервной системы и ослаблении эрекции в некоторых случаях благотворно действует дарсонвализация области ягодиц.

Микроволновая (СВЧ) терапия применяется у больных при простатите и везикулите на первом этапе лечения для купирования воспалительного процесса. Терапевтический эффект микроволн обусловлен их рассасывающим и противоотечным действием в результате усиления циркуляции крови, повышения проницаемости клеточных мембран, усиления биохимических ферментативных процессов в тканях железы и повышения сократительных свойств, что способствует выведению воспалительного секрета, скопившегося в предстательной железе.

Диадинамические токи применяются при тех же формах заболевания, что и микроволновая терапия.

Ультразвук обладает многими целебными свойствами: противовоспалительным, десенсибилизирующим, анальгезирующим, рассасывающим. Применяется при обострении воспалительных процессов в половых органах или при выраженных плотных инфильтратах

в предстательной железе, семенных пузырьках, мочеиспускательном канале, как самостоятельно, так и в сочетании с лекарственными препаратами (фонофорез).

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

В отличие от лечения нейрогуморальных синдромов, в которых преобладают медикаментозные средства, при расстройствах психической составляющей копулятивного цикла в качестве основного метода используют различные виды психотерапии.

Психотерапия сексологических больных вследствие особенностей половой сферы не ограничивается применением отдельных методик (гипнотерапия, аутогенная тренировка и т. д.), а образует основу лечебно-реабилитационного комплекса.

Понятие «реабилитация» шире понятия «лечение» — ее цель не только в избавлении от страданий, но и в восстановлении личностного и социального статуса больного, его положения в собственных глазах и глазах окружающих.

Реабилитационная программа должна основываться на следующих принципах.

1. Апелляция к личности больного, активное вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс, сотрудничество с врачом в достижении целей реабилитации.

2. Разносторонность усилий, направленных на разные сферы жизнедеятельности больного (семья, работа, досуг и т. д.), с целью изменить его отношение к себе, к своей болезни и к своему микро-социальному окружению.

3. Единство биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.) воздействий.

4. Последовательность и ступенчатость прилагаемых усилий, воздействий и проводимых мероприятий. Любые воздействия, в том числе и психосоциальные, необходимо дозировать с постепенным, ступенчатым, переходом от одного к другому.

Семейная психотерапия. При этом используются два подхода: терапевтический, при котором врач проводит сеансы со всей семьей, и теоретический, при котором в качестве пациента рассматривается не индивидуум, а вся семья в целом. Супружеская психотерапия предполагает прежде всего установление гармоничных и уравновешенных отношений между супругами, семейная же направлена в первую очередь на правильное воспитание детей. Супружескую и

семейную психотерапию следует рассматривать как близкие, но разнонаправленные формы психотерапии.

Супружеский конфликт обычно возникает тогда, когда обе стороны пытаются овладеть одним и тем же объектом, занять одно и то же место или одну и ту же исключительную позицию или пытаются играть несовместимые роли, достичь несовместимых целей или применить для достижения одной цели взаимоисключающие средства. Там, где супруги совместно стремятся к реалистическим целям и согласованным оценкам, т. е. способны к сотрудничеству, взаимному обогащению как личностей, конфликтов не бывает.

Общую стратегию супружеской психотерапии, как подчеркивает В. М. Воловик (1980), нужно нацеливать не на прошлые конфликты семьи, к разбору которых и без того постоянно стремятся супруги, а на реальные проблемы, существующие сегодня и стоящие на пороге завтрашнего дня. Психотерапевт должен сначала четко определить свою роль, так как каждый из супругов в большей или меньшей мере, осознанно или неосознанно стремится к получению от психотерапевта информации или суждения, подкрепляющих его собственную позицию в конфликте. Психотерапевт должен прежде всего постоянно держать себя так, чтобы не стать орудием для осуществления чьих-либо планов. Каждому члену семьи должно быть ясно, что психотерапевт будет профессионально эрудированным наблюдателем и комментатором, но не судьей. В ходе супружеской реабилитации члены семьи должны постепенно научиться (сначала с помощью и с подсказками психотерапевта, а затем и самостоятельно) видеть существо дела качественно иначе, учитывая восприятие каждого члена семьи.

Супружескую психотерапию при сексуальных расстройствах наиболее целесообразно разделять на три этапа:

- диагностический (выявление патологии у обоих партнеров и линий взаимодействия между супругами при учете влияний других членов семьи);
- этап конфронтации партнеров с основной проблематикой и осознанием причин кризиса и его парциальных проявлений;
- этап восстановления межличностных взаимоотношений на основе замены деструктивных психологических установок на конструктивные.

В ходе собственно психотерапевтических второго и третьего этапов приходится, как правило, преодолевать защитные психологические реакции, которые в начальной фазе второго этапа у большинства пациентов и их партнеров достигают особой напряженности. Так, С. В. Днепровская (1975) выделяет шесть таких защитных реакций:

вербализованные возражения; умолчание; реакция раздражения; отрицание обсуждаемых фактов; поспешное согласие с врачом (формальное, исключительно внешнее, без внутренней переработки и интериоризации); уклонение от существа обсуждаемых вопросов.

Для преодоления внутрисемейных противоречий эффективна разработанная В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1979) «стереоскопическая техника» лечения супружеских пар двумя психотерапевтами. Каждого партнера ведет «свой» терапевт, а проблемы обсуждаются вчетвером. Каждый терапевт как бы защищает позицию «своего» пациента, однако в ходе «разборов» психотерапевты наглядно демонстрируют конфликтующей паре способы конструктивного разрешения противоречий, возможности продуктивного взаимодействия при обсуждении семейных проблем, отношения доверия и взаимопонимания, позволяющие свободно выражать свои чувства. При этом важно не столько совпадение пола терапевта и пациента, сколько наличие у психотерапевта личностных особенностей, наиболее импонирующих пациенту. Оптимальным оказывается объединение усилий врача и психолога. По опыту петербургских врачей, позиция психотерапевта в процессе семейной психотерапии значительно более активна и требует большей оперативности, чем в индивидуальной и групповой психотерапии: она диктует необходимость быстрого вмешательства в дела семьи, особенно в кризисные периоды, для предупреждения непоправимых действий отдельных членов семьи.

Супружеской психотерапии свойственны особые этические и деонтологические трудности. Следует помнить, что врач – не более чем эксперт и советник по медицинским вопросам, и вмешиваться в личную жизнь ему никто право не давал. Хотя сексолог должен стремиться сохранить семью пациента, в ряде случаев единственно правильным и гуманным исходом первого этапа реабилитации становится расторжение брака. В подобных обстоятельствах сексопатолог должен проявлять предельную объективность и сдержанность. Ни в коем случае не допуская директивного тона, он имеет право лишь крайне деликатно подвести супругов к мысли об этом решении.

Секс-терапия. Сексуальная терапия как разновидность комплексной психотерапии функциональных сексуальных расстройств заключается в систематическом выполнении партнерской парой серии сексуальных заданий, которые затем обсуждаются с врачом. В процессе обмена партнерами мнениями о своих ощущениях, желаниях и потребностях постепенно ликвидируются недоразумения, ослабляется состояние напряженности между ними (коммуникативный тренинг), тренируется нарушенная сексуальная функция, выявляются и используются наиболее эффективные ее стимулы.

Развитие сексуальной терапии связано прежде всего с работами американского гинеколога У. Мастерс и его ассистентки В. Джонсон (1970), а затем было развито психиатром Каплан (1974) и психологом J. LoPiccolo (1978). В основе этого метода лежит терапевтическая работа врача (могут участвовать два врача – мужчина и женщина) с партнерами, непосредственно направленная на симптом и заключающаяся в выполнении заданий.

Секс-терапевтам удается ликвидировать вагинизм в 100% случаях через две недели, а ускорение эякуляции – более чем в 80%. В основе всех секс-терапевтических методик лежит симптоматический подход. Так, У. Мастерс и В. Джонсон сводят патогенез ускоренной эякуляции к патологическому условному рефлексу, порожденному спешкой и тревожностью, а лечение – к тренировке тормозного условного рефлекса, подкрепляемого безусловной защитной реакцией на болевое раздражение путем сдавливания головки полового члена у венечной бороздки.

Данный метод лечения ориентирован на непосредственную причину нарушений и быструю ликвидацию симптома, что, кроме всего, является экономически выгодным. Мастерс и Джонсон рекомендуют проведение сексуальной терапии двумя врачами – мужчиной и женщиной, так как один врач не может разобраться в сексуальных переживаниях обоих партнеров. Большинство пар страдали функциональными сексуальными расстройствами без невротических нарушений; пациентов с психозами на лечение не принимали. Варианты сексуальной терапии представляли мастурбационный тренинг, имитационные занятия, с применением специальных фильмов, и групповые формы консультаций.

Основываясь на работах перечисленных авторов, чехословацкий сексолог С. Крадохвил (1985) в своей монографии подробно изложил методику секс-терапии в виде инструкций к семи занятиям. Введение к занятиям и ход самих занятий были напечатаны на отдельных листах, которые после консультации выдавались на время пациентам. Занятия следует проводить в удобной обстановке (закрытые двери, тепловой комфорт, интимное освещение, приятная музыка) в течение часа в день.

Занятие 1. Ощущения при взаимном тактильном раздражении различных частей тела. Партнеры стараются как можно интенсивнее переживать свои эмоции, полностью им поддаться.

Занятие 2. Ощущения при стимуляции половых органов женщины.

Занятие 3. Ощущения при стимуляции полового члена мужчины.

Занятие 4. Продленная стимуляция полового члена мужчины.

Занятие 5. Ощущение при контакте половых органов, с нахождением полового члена во влагалище.

Занятие 6. Стимуляция клитора при введенном во влагалище половом члене.

Занятие 7. Ощущения при комбинированной стимуляции во время фрикций.

Инструкция подробно разбирается с партнерами во время консультаций и для лучшего научения выдается в печатном виде с рисунками. Акцент делается на отдельные упражнения в зависимости от характера расстройств и хода занятий. Ход терапии и все ощущения подробно разбираются при беседах с партнерами, кроме того, каждый из партнеров ведет самостоятельно дневник. Занятия проводятся один раз в 7–14 дней, число занятий – 9–10.

Методы психотерапии при лечении сексуальных расстройств. *Рациональная психотерапия* основана на объяснении характера нарушений и их коррекции с помощью успокоения, поддержания и соответствующих рекомендаций с учетом поражения составляющей копулятивного цикла.

Воздействие убеждением, по мнению С. Кратохвил (1985), опирается на анамнестическое и соматическое обследование, в том числе гениталий, и включает:

- убеждение в адекватности полового развития (речь идет о размерах и строении половых органов);
- убеждение в наличии возможностей для адекватной половой жизни, подтверждаемое анамнестическими сведениями, полученными от пациента;
- подробное объяснение психогенных механизмов возникновения сексуальных расстройств, что снижает уровень тревоги пациента, связанной с недостатком информации и логическим непониманием причинно-следственных связей, и позволяет давать пациенту рекомендации.

Содержание рациональной психотерапии зависит от поражения составляющей копулятивного цикла у мужчины и женщины. Эффективность ее определяется искусством врачевания в целом.

При *патогенетической психотерапии* объясняются причины и механизмы возникновения нарушений, а также условия формирования личности, которые могли сыграть патогенетическую роль в возникновении сексуальных расстройств. Учитываются и переживания, которые пациент в настоящее время четко не осознает (Р. А. Зацепицкий, 1973). Она проводится в виде беседы с пациентом, во время которой анализируются проблемы больного в связи с его отношениями к отцу и матери в детстве, первые сексуальные переживания,

ния, подавленные желания, страхи и нерешенные внутренние конфликты. Понимание подавленных переживаний и реакций на них позволяет изменить отношение пациента к ним, произвести эмоциональную коррекцию невротического поведения. Этот психотерапевтический метод реализуется в серии индивидуальных бесед с психотерапевтом или в виде групповой ориентированной терапии.

Гипнотерапия сексологических больных может проводиться как индивидуально, так и групповым методом. На сеансах гипноза надо внушать пациенту то, что было предметом беседы при рациональной психотерапии: не следует относиться к половому акту как к некоей задаче; не следует контролировать степень эрекции; половой акт будет давать только положительные ощущения и эмоции. Во время сеанса гипноза у пациента можно вызывать переживания сексуально-возбуждающих сцен, представление о половом восстановлении его половой активности.

Аутогенный тренинг представляет собой тренировку общей релаксации в комбинации с аутосуггестивными формулами. Пациент обучается вызывать состояние психического покоя, ликвидировать нервное напряжение, регулировать свое душевное состояние и некоторые вегетативные реакции. В. В. Андриановым (1972) разработана методика групповых аутогенных тренировок, состоящих из нескольких стадий: а) пациенты достигают состояния аутогенно вызванной релаксации; б) они концентрируют свое внимание на активизирующих, направленных на достижение чувства уверенности в себе формулах («с каждым занятием я становлюсь спокойнее и увереннее», «моя воля усиливается, и растет уверенность в собственных силах», и т. д.); в) вырабатывается представление о самом себе при оптимально протекающем половом акте; г) снова достигается состояние покоя с помощью формулы («половой акт прошел успешно и в дальнейшем будет таким же успешным», «мы оба счастливы»); д) наконец, активизирующее и мобилизующее заключение («я полон энергии»).

Следует отметить, что при современной организации сексологической помощи без специального изучения сексологии даже самый опытный психотерапевт не может претендовать на лечение сексологических расстройств и ни один врач, не владеющий основными методами психотерапии, не может быть аттестован как профессиональный сексолог.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Эректоротерапия. Основным показанием для применения эректора является изолированное нарушение эрекционной функ-

ции (при сохранности либидо и эякуляции) у больного с расстройствами эрекции, психической или нейрогуморальной составляющих, в частности снижение или прекращение эрекции в период предварительных ласк, при попытке введения члена во влагалище.

Поражение эрекции составляющей возникает у больных при органических заболеваниях и травмах спинного мозга, периферической нервной системы, а также полового члена. Лечение их, как правило, чрезвычайно сложно и часто комплексно.

Применение эректора при каждом половом акте у таких больных дает единственную возможность успешной функциональной реабилитации, позволяя начать или возобновить половую жизнь. При назначении эректоротерапии необходимо учитывать психологическую готовность (установка больного на данный лечебный метод).

При обучении пользованию эректором можно создать у больного уверенность в успешном совершении полового акта с его помощью. Необходимо также убедить больного в том, что половой акт с применением эректора будет максимально приближаться к нормальному. Уже одна лишь словесная инструкция может оказывать положительное влияние.

Обучение больного пользованию эректором является одним из факторов, включающих компенсаторные механизмы: у многих больных с расстройствами психической составляющей эрекции восстанавливаются после обучения, до применения эректора. У других больных половые функции полностью восстанавливаются после нескольких половых актов, также совершаемых без непосредственного использования эректора, который находится рядом, но не задействован.

Эректор дает возможность больному произвести интроекцию и совершить все стадии копулятивного цикла. При этом включается обратная афферентация, возникающая в нейрорецепторах кожи полового члена, кавернозных телах, задней уретре, семенном бугорке, а также в экстерорецепторах контактных и дистантных эрогенных зон (которые имеют сугубо индивидуальную топографию у различных мужчин). Все эти факторы в свою очередь максимально приближают совершаемый с помощью эректора половой акт к физиологическому. Образовавшаяся при этом обратная афферентация информирует ЦНС о протекании всех стадий копулятивного цикла. Особой выраженности обратная афферентация достигает на эякуляторно-оргастической стадии цикла – главном механизме, который информирует ЦНС о достаточности или недостаточности проведенного поведенческого акта, обеспечивая безусловнорефлекторное подкрепление в виде оргазма.

Эректоры должны отвечать следующим требованиям: 1) половой акт, совершаемый с их помощью, должен максимально приближаться к физиологическому; 2) они не должны вызывать неприятных ощущений ни у мужчины, ни у женщины; 3) кожный покров полового члена должен быть максимально открыт; 4) механические вспомогательные средства следует подбирать строго индивидуально; 5) они должны обеспечивать приспособление к изменяющимся размерам полового члена при наступлении эрекции; 6) должны быть простыми, удобными в применении, особенно длительном; 7) должны выдерживать гигиеническую обработку.

В отечественной медицинской практике известны три типа эректоров.

Среди эректоров первого типа заслуживает внимания модель С. А. Плотичера и И. М. Порудоминского. Он состоит из двух металлических проволочек, образующих его стержень. Один из концов стержня заканчивается дугами, изогнутыми по конфигурации околочленчатой бороздки полового члена. На втором его конце имеются рожки, на один из которых надета пластмассовая трубка с застежкой на конце, другой имеет так называемый грибок для фиксации застежки за мошонкой.

Модификация этой модели, предложенная З. А. Зусманавским и М. В. Цирюльниковым, отличается дополнительными дугами, расположенными ближе к корню полового члена, что несколько улучшает фиксацию, но еще более увеличивает его объемность.

Наиболее отвечающей вышеописанным требованиям является модель В. С. Володина (патент № 1736482 «Эректор В-1»), представляющая собой конструкцию, похожую на санки. Стержни-полосы проходят по уретральной поверхности полового члена, а дуги охватывают головку по венечной бороздке. Эректор фиксируется у корня полового члена, у лобка, не мешая удлинению полового члена во время эрекции, так как соединение дуг с полосками достаточно подвижно. При пользовании эректором половой член в период полового акта остается совершенно открытым, благодаря чему его рецепторы доступны для сексуальной стимуляции. Гигиеническая обработка эректора (теплой водой с мылом или дезинфицирующим раствором) не представляет трудностей.

Основными противопоказаниями к применению эректора являются: тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, состояния после недавно перенесенных инсультов и инфарктов, период реконвалесценции после тяжелых длительных соматических заболеваний, ряд психических расстройств, заболевания половых органов – выраженная гипо- и эписпадия, а также недоразвитие головки

полового члена со слабой выраженностью венечной бороздки, в связи с чем эректор не удается фиксировать. При поражении эякуляторной составляющей эректор позволяет увеличить продолжительность полового акта.

Локальная декомпрессия. Этот метод (ЛД), известный также под названиями «локальное отрицательное давление» (ЛОД) и «пневмомассаж», был предложен И. В. Заблудовским в 1909 г. Он позволяет вызвать полноценную физиологическую эрекцию независимо от сексуально-эротических воздействий и с успехом применяется для лечения сексуальных расстройств (Г. С. Васильченко, Р. В. Белета, Б. А. Горячев, 1981, 1983). Показан в первую очередь при различных клинических вариантах синдрома сосудистой недостаточности эрекционной составляющей, при нарушениях психической составляющей, в клинической картине которых доминирует ослабление эрекций, а также при некоторых формах простатитов.

Во время сеансов ЛД половой член помещают в барокамеру. При этом происходит интенсивная диффузия кислорода из крови в ткани, т. е. активная оксигенация в условиях раскрытия и наполнения кровью большинства капилляров, что способствует увеличению площади транскапиллярного обмена для газов и питательных веществ, улучшению функции плазматических мембран, транспорту кислорода в межтканевых пространствах и интенсификации метаболизма. Все эти процессы улучшают трофику и способствуют ликвидации дегенеративных изменений в сосудистом аппарате кавернозных тел, о чем свидетельствуют стойкость получаемых результатов и динамика эндоуретральной термометрии (Г. С. Васильченко, В. С. Володин, 1987). В отличие от других сексологических синдромов при нарушениях сосудистого аппарата кавернозных тел требуется более длительное лечение ЛД.

Положительные результаты применения ЛД при поражении эякуляторной составляющей (в форме хронических простатитов) свидетельствуют о косвенном влиянии благотворных сдвигов в гемодинамике кавернозных тел полового члена на васкуляризацию предстательной железы. Ее кровоснабжение тесно связано с вазоциркуляторными колебаниями в кавернозных телах полового члена.

Противопоказания к ЛД: психические расстройства, выраженный атеросклероз, в частности кардиосклероз или церебральный атеросклероз; инфекционные заболевания, злокачественные опухоли, эндокринные заболевания, фимоз, парафимоз, варикозное расширение вен семенного канатика, пахово-мошоночные грыжи, водянка яичек, наличие повреждений, воспалительных процессов в области половых органов.

Методы лечения эякуляторной составляющей

При лечении больных с расстройствами эякуляторной составляющей наиболее специфичен массаж предстательной железы. Данная процедура неприятна для пациента и утомительна для врача, поэтому часто используется вибротерапия предстательной железы и семенных пузырьков. На вибратор надевают три презерватива, наружный смазывают детским кремом, стержень вводят в прямую кишку на глубину 10–12 см. После этого аппарат включают на скорость 50 об/мин. В течение одной минуты массируют правую долю предстательной железы и правый семенной пузырек, а затем точно так же – левую долю железы и левый семенной пузырек. После этого массируют междолевую бороздку. Вся процедура в описанной последовательности повторяется трижды, причем в третий раз массаж междолевой бороздки проводится в течение 2 мин. Таким образом, суммарно один сеанс составляет 10 мин, курс лечения 12–15 сеансов. При отсутствии болезненности для усиления лечебного эффекта можно использовать скорость 120 об/мин. Во время массажа больной ощущает вибрацию (особенно при скорости 120 об/мин.) и тепло в области промежности, корня полового члена, мошонки, с иррадиацией его по ходу кавернозных тел до головки полового члена, а также в паховую область. К концу сеанса обычно появляется ощущение позыва к мочеиспусканию. При соблюдении правил проведения массажа болевых ощущений пациент не испытывает.

Столь же «специфичными» и одновременно свободными от каких бы то ни было отрицательных побочных эффектов являются хлорэтиловые блокады, которые представляют собой лишь один из методов в обширной области рефлексотерапии.

Лечение сексуальных расстройств у женщин неотделимо от лечения или психопрофилактических мероприятий у их партнеров. Степень вовлеченности мужчины в сексуальное расстройство женщины может быть различной. В одном случае сексуальное расстройство женщины может быть связано с проблемами партнера, в другом – она может страдать фригидностью или вагинизмом, в третьем – оба партнера обнаруживают сексуальную дисгармонию, вызванную психологической несовместимостью, несовпадением сексуальных потребностей и возможностей их удовлетворения.

При выраженных формах расстройства применяется комплексное лечение с обязательным включением психотерапии. После установления диагноза объем психотерапии может быть сведен к трем вариантам: 1) психотерапия занимает ведущее место в лечебном

комплексе (сексуальные дисгармонии, психогенные расстройства, неврозы); 2) психотерапия играет дополнительную роль (эндокринные расстройства, органические заболевания центральной нервной системы); 3) психотерапия направлена на внутреннюю картину болезни (реакцию личности на заболевание), психотерапия в системе реабилитации больной.

Контрольные вопросы

1. Особенности применения гормональных препаратов при лечении половых расстройств у мужчин.
2. Причины фармакологической кастрации.
3. Применение адаптогенов при лечении сексуальных расстройств.
4. Механизмы действия адаптогенов.
5. Особенности применения препарата йохимбин.
6. Показания и противопоказания при назначении виагры.
7. Использование физиотерапевтических методов в лечении половых расстройств.
8. Семейная психотерапия в системе реабилитации сексологических больных.
9. Секс-терапия в лечении половых расстройств.
10. Применение эректоротерапии в лечении сексологических расстройств у мужчин.
11. Локальная декомпрессия в лечении половых расстройств у мужчин.
12. Лечение расстройств эякуляторной составляющей у мужчин.
13. Особенности лечения сексуальных расстройств у женщин.

Глава 10

САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Сексуальным просвещением должны заниматься родители, школа, медицинские учреждения, средства массовой информации, литература и искусство. Семья закладывает фундамент личности, как нравственный, так и чувственный, определяя отношение к себе и своему телу, половое самосознание, способность к самораскрытию и пониманию другого. Родительские ответы на вопросы ребенка о тайне деторождения и половых различиях не только несут в себе информацию, но и во многом определяют установки взрослого. Во многих странах пришли к выводу, что базовым сексуальным просвещением должна заниматься школа, причем не врач, а специально подготовленный учитель. Так считают и ведущие российские специалисты. Заслуживает особого внимания программа, разработанная профессором И. Ф. Мягковым (1987) с сотрудниками, для подготовки студентов по психологии семейной жизни, которая включает следующие разделы: психологию добрых отношений, социально-психологические проблемы семьи, этико-психологические аспекты интимных отношений в браке, психологию семейного воспитания.

Психология добрых отношений

Она включает следующие рубрики.

1. Анатомо-физиологические и психологические особенности мужчин и женщин.
2. Психосексуальное развитие мальчиков и девочек.
3. Становление полоролевой идентификации. Взаимоотношения между полами в разные возрастные периоды.
4. Специфика проявлений сексуальности у мальчиков и девочек.
5. Сексуальные игры в дошкольном возрасте. Особенности полового поведения в младшем школьном возрасте. Половое созревание в подростковом и юношеском возрасте.

6. Развитие высших чувств. Приятельские, товарищеские отношения, симпатия, дружба, любовь как виды межличностных отношений привязанности. Исторические аспекты любви. Роль воспитания в становлении чувств. Добрачные половые отношения и семья.

7. Отклонения в половом поведении. Онанизм. Гомосексуализм. Проституция. Профилактика отклонений.

8. Готовность к браку: социальная, психологическая, физиологическая зрелость. Выбор партнера. Мотивы брака. Установки на брак и семью, стереотипы родительской семьи. Добрачная психологическая и социально-психологическая совместимость юношей и девушек.

Социально-психологические проблемы семьи

Этот раздел включает следующие рубрики.

1. Семья как малая группа, ее специфика и закономерности функционирования. Структура семейных отношений. Динамические процессы в семье. Система установок, ориентаций и ожиданий супругов. Семейные ценности.

2. Психологические особенности полных, неполных и сверхполных семей. Стадии супружеской жизни и особенности взаимодействия супругов на разных этапах семейного цикла. Типы браков.

3. Социокультурные стереотипы мужественности и женственности. Особенности социально-ролевого статуса мужчины и женщины в современных семьях.

4. Психологический климат семьи и его составляющие.

5. Условия, способствующие гармонизации семейных отношений. Специфика внутрисемейного общения. Социально-психологический, характерологический и психофизиологический уровни совместимости супругов. Факторы удовлетворенности браком. Семейные конфликты, их причины и типы, способы конструктивного решения. Классификация неблагополучных семей.

6. Мотивация разводов. Поведение супругов в предразводных ситуациях. Профилактика разводов.

Этико-психологические аспекты интимных отношений в браке

Данный раздел включает следующие рубрики.

1. Любовь как нравственная основа брака. Роль сексуальности в общей системе супружеских отношений. Динамика сексу-

альных отношений в браке, их особенности в разные возрастные периоды.

2. Взаимосвязь психологической и сексуальной адаптации. Интимность как показатель единства психологического и сексуального компонентов. Зависимость между уровнем интимности и удовлетворенности браком. Семейные роли и интимные отношения. Психологический смысл интимных отношений.

3. Особенности сексуального поведения мужчины и женщины. Эрогенные зоны.

4. Условия гармонизации сексуальных отношений. Типы сексуальных дисгармоний.

5. Психогигиена половой жизни. Последствия сексуальной депривации и раннего сексуального опыта. Отклонения в половом поведении. Психологические причины фригидности и импотенции.

6. Оптимальные сроки зачатия. Регуляция рождаемости. Противозачаточные средства.

Психология семейного воспитания

В данный раздел входят следующие рубрики:

1. Воспитание детей как одна из главных функций семьи. Формирование личности ребенка в семье. Семья – первый институт социализации ребенка. Этапы первичной социализации.

2. Родительские репродуктивные установки, ожидания. Родительские позиции: специфика отцовской и материнской позиций. Мотивы рождения ребенка. Психология беременности, родов. Биологическая и социальная проблемы материнской любви. Отцовская любовь. Проблема бездетности.

3. Установки на воспитание детей. Типы семейного воспитания. Особенности воспитательного процесса на разных этапах развития детей. Особенности эмоционального отношения с детьми в младенческом и раннем возрасте. Стили отношений родителей с детьми. Последствия ранней материнской депривации. Депривация – это состояние ребенка, возникающее вследствие того, что жизненные обстоятельства длительно ограничивают удовлетворение им его потребностей.

4. Гармоничные супружеские отношения как условия психического здоровья ребенка. Нарушения взаимоотношений родителей и детей. Значение семейного фактора в происхождении некоторых видов нервно-психических расстройств у детей.

5. Отклонения в поведении (девиация, делинквентность) ребенка и их профилактика.

Вопросы для обсуждения

Этот раздел включает следующие вопросы:

1. Социальный и психологический смысл существования семьи.
2. Причины дестабилизации брачно-семейных отношений в настоящее время.
3. Как изменились роли мужа и жены в современной семье?
4. Перспективы развития брака и семьи.
5. Проблемы молодой семьи и пути их разрешения:
 - недостаточная готовность к семейной жизни;
 - любовь и ее проявления в супружестве;
 - взаимная адаптация супругов;
 - распределение ролей между супругами;
 - борьба за лидерство;
 - поиск типа отношений, удовлетворяющих обоих супругов;
 - выработка общих семейных ценностей;
 - отделение от родителей;
 - изменение взаимоотношений супругов при рождении первенца;
 - жилищная проблема;
 - финансовая проблема.
6. Как сохранить любовь?
7. Добрые сексуальные отношения: «за» и «против».
8. Как вы понимаете семейный долг? Права и обязанности.

Однако многие учителя не только профессионально, но и морально не подготовлены к этой работе. Взрослые, понимая необходимость сексуального просвещения, занимают жесткие охранительные рамки, считая, что необходимо уберечь молодежь от эротики и сексуальности, которые в сознании старших часто ассоциируются с различными бедами. Опасаясь форсировать пробуждение сексуально-эротических интересов детей, взрослые в большинстве случаев запаздывают с информацией, сообщая ее слишком поздно и в недостаточном объеме.

Дети и подростки нуждаются в знаниях о своем организме и происходящих в нем изменениях в связи с половым созреванием. Минздравом России разработана «Программа гигиенического обучения и воспитания школьников, формирования норм и навыков здорового образа жизни для средней школы». Она состоит из 10 основных разделов, непосредственно связанных с формированием здорового образа жизни (ЗОЖ) и укреплением здоровья школьников.

Один из ее разделов посвящен гигиеническим аспектам полового воспитания, которое является неотъемлемой частью общего ги-

гиенического образования. Половое воспитание направлено на сохранение здоровья, предупреждение ранних половых связей, охрану репродуктивного здоровья, заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), и ВИЧ-инфекции.

Для его осуществления необходимы комплексность, системность и непрерывность, а также учет возрастных психофизиологических особенностей и особенностей восприятия детей раннего возраста (начальная школа – 7–9 лет; основная школа – 10–14 лет; средняя школа – 15–17 лет).

Программа предполагает, что при переходе из одной возрастной группы в другую объем и уровень знаний должны расширяться и углубляться, при этом к знаниям учащихся должны предъявляться следующие требования:

- понятие о поле и специфической гигиене;
- физиологические и психологические особенности организма юношей и девушек и определяющие их факторы;
- половое созревание, его значение и влияние на физическое и психическое состояние;
- основные понятия о взаимоотношении полов;
- принципы и нормы ЗОЖ юношей и девушек, медицинские и социальные последствия их соблюдения;
- особенности венерических заболеваний и СПИДа, медицинские и социальные последствия.

Данная программа должна входить в общую программу школьного образования.

Рассмотрим опыт санитарного просвещения молодежи в США в начале 90-х годов, когда была принята специальная программа. Она базировалась на концепции «Обучение контрацепции» – обучение тому, как избежать неблагоприятных последствий ранней половой жизни. Однако использование контрацепции негласно разрешает начало половой жизни. Итогом этой программы стали внебрачные беременности и заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП). В результате США отказались от данной программы из-за ее неэффективности.

В 1996 г. конгресс США принимает законы по социальной реформе, посвященные:

- браку как основе процветания общества;
- браку как необходимому институту благополучия общества;
- поддержке ответственного отцовства и материнства – успешному воспитанию и развитию детей.

Конгресс начинает реализацию программы «Обучение только воздержанию», ежегодно с 1998 по 2002 г. выделяя 50 млрд долл.,

причем на каждые 4 долл. из федерального бюджета штаты дополнительно выделяют 3 доллара. Эта образовательная программа поднимает следующие проблемы:

- положительные стороны жизни, которые могут быть реализованы благодаря половому воздержанию;
- половое воздержание вне брака как ожидаемый эталон поведения школьников;
- воздержание – единственный способ избежать нежелательной беременности и ЗППП;
- стандарты полового поведения человека – в моногамных отношениях;
- половой акт вне брака, его психологические и физические последствия;
- рождение детей вне брака отрицательно для детей, родителей и общества;
- достижение самостоятельности до начала половой жизни.

Для выполнения поставленной программы необходимо решить следующие задачи:

- снизить подростковую беременность среди девушек 15–17 лет до 50 на 1000;
- уменьшить число сексуально активных подростков до 15% в возрасте 15 лет и до 40% – 17 лет;
- уменьшить число ЗППП: гонорей – не более 100 на 100 000, хламидиозом среди женщин 25 лет – не более 5%, сифилисом – 4 случая на 100 000 населения;
- уменьшить число рожденных внебрачных детей среди девушек 15–17 лет.

Половое просвещение, по мнению экспертов ВОЗ, является полезным и эффективным, так как:

- дети и подростки, прошедшие систематический курс сексуального просвещения, больше знают о сексе, и их знания более достоверны;
- хотя оно не избавляет их от проблем и трудностей психосексуального развития, но облегчает разрешение возникающих при этом конфликтов;
- знание облегчает им понимание и терпимость к чужим взглядам и поведению, что весьма ценно как в личном, так и общественном плане;
- если курс сексуального просвещения включает сведения о контрацепции, он резко уменьшает количество подростковых беременностей и аборт.

Профессор В. В. Кристаль с сотрудниками (1988) разработал систему мероприятий, направленных на предупреждение сексуаль-

ных расстройств, которая включает в себя три этапа: профилактику биосоматических нарушений, профилактику психосексуального развития и профилактику сексуальной дисгармонии супружеской пары.

Профилактика расстройств биосоматического компонента сексуального здоровья начинается с психопрофилактики нарушений беременности матери, так как правильное ее течение является залогом нормального развития плода, его генетического пола, правильной половой дифференцированности мозга и соматополового развития. Профилактика нарушений соматополового развития направлена на ликвидацию соматических и детских инфекционных заболеваний, на укрепление общего соматического состояния ребенка. При наличии факторов риска профилактика заключается в ранней диагностике нарушений, диспансеризации женщин и проведении индивидуальных профилактических мероприятий.

Психопрофилактика нарушений сексуального здоровья сводится к воспитанию у ребенка правильного осознания своей половой принадлежности, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. На данном этапе родители и воспитатели детских учреждений должны информировать детей о развитии пола, о половых различиях, направлять и организовывать детские игры с учетом пола. В половом воспитании помимо семьи и школы, имеющих первостепенное значение, большую роль играют детские и юношеские организации, средства массовой информации. Одно из условий правильного полового воспитания детей – обучение родителей, учителей и воспитателей способам и принципам этого воспитания. Для такой работы следует привлекать квалифицированных врачей (психотерапевтов, сексологов, акушеров-гинекологов), психологов, социологов.

Профилактика нарушений сексуального здоровья направлена на ликвидацию патогенных факторов, приводящих к сексуальной дисгармонии. Причиной сексуальной дисгармонии в подавляющем большинстве случаев является низкий уровень психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации супругов и неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни. Социально-психологические аспекты формирования сексуальной дисгармонии представляют собой главным образом диссоциацию ценностных ориентаций супругов, отсутствие совместно выработанной иерархии ценностей. Кризисные ситуации и сексуальная дисгармония возникают также у лиц с различными акцентуациями характера, с неадекватным стереотипом реагирования на любую фрустрацию. Типологические особенности

личности играют, как правило, важную роль и при неправильной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Понижение уровня социально-психологической адаптации при сексуальной дисгармонии резко снижает адаптационные возможности личности в целом и в свою очередь выступает в качестве патогенного фактора.

Все сказанное особенно характерно для больных неврозами и психопатиями.

Естественно, правильное половое воспитание является неотъемлемой частью общего воспитания личности, которое должно основываться на принципах нравственности, морали. Принципы нравственно-семейных отношений – это равноправие супругов, верность и ответственность друг перед другом и детьми, сохранение моногамного брака, в наибольшей степени гарантирующего реализацию интересов, желаний супругов и их детей.

Одним из основных условий успешной профилактики сексуальной дисгармонии, как и ее коррекции, является системный характер мероприятий, которые должны представлять собой непрерывную цепь профилактических воздействий с учетом критериев оценки состояния социального, социально-психологического, психологического, сексуально-поведенческого и физиологического компонентов сексуальной гармонии.

Не менее важно соблюдение этапности и последовательности в проведении профилактических мероприятий, которые должны следовать в определенном порядке: вначале половое воспитание, затем сексуальное просвещение.

Профилактика сексуальной дисгармонии должна быть комплексной. На каждом возрастном этапе необходимо правильно сочетать методы, формы и содержание профилактических мероприятий, получаемая ребенком информация должна соответствовать его развитию. Комплекс профилактических мероприятий включает воздействие семьи, школы, общественных институтов.

Важным принципом профилактики нарушений сексуального здоровья является ее дифференцированный характер в зависимости от возраста, интеллектуального уровня, пола и т. д. Большое значение имеет также принцип преемственности полового воспитания и просвещения (семьи, школы и других общественных институтов), а также эстетичность воспитания и культура общения, отношений между супругами.

Правильное половое воспитание и просвещение, ознакомление с основами гигиены половой жизни и социально-психологическими аспектами супружеских отношений способствуют охране сексуального здоровья и предупреждению сексуальной дисгармонии суп-

ружеской пары, в том числе у лиц, страдающих неврозами и психопатиями.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться и с лицами, вступающими в семейный союз. В последние годы мы видим сокращение числа браков и повышение процента разводов. Так, в 1996 г. в России сыграно 1 200 000 свадеб и зарегистрировано 650 000 разводов. После подачи заявления в загс 20% на регистрацию не являются. Санитарно-просветительная работа должна включать разделы «Кодекс о браке и семье», вопросы анатомии и физиологии человека, основные проявления сексуальности мужчины и женщины, вопросы планирования семьи и психологию брака. Учитывая рыночные отношения в нашей стране, читать лекции и проводить беседы можно на хозрасчетной основе.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться с врачами поликлиник и больниц. Сексологу необходимо знать контактные телефоны заведующих неврологическими, психиатрическими, психологическими, урологическими и эндокринологическими отделениями, рекомендуется выступать на врачебных конференциях поликлиник и больниц. Ему важно иметь свой раздел в местной газете, где и проводить санитарную работу с учетом местных особенностей региона, распространенности венерических заболеваний и наркомании.

КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

При коррекции нарушений сексуального здоровья должны учитываться следующие факторы:

- уровень заболеваемости членов семьи при дисгармоничном супружестве;
- показатели репродуктивной функции семьи;
- показатели производственной активности членов семьи (уровень производительности труда, продвижение по службе, защита дипломов, диссертаций и т. д.);
- уровень общественной активности членов семьи, взрослых и детей, в производственных коллективах и учебных заведениях;
- снижение или повышение у членов семьи тяги к вредным привычкам (употребление спиртного, курение и т. п.);
- уровень расходов учреждений здравоохранения и социального обеспечения по содержанию детей и других нетрудоспособных лиц из семей, распавшихся в результате супружеской дисгармонии (содержание детей в домах ребенка, специнтернатах для детей-инвалидов, одиноких лиц в домах престарелых и т. д.);

- уровень сохранения жилищных условий семьи в результате предотвращения развода супругов.

К фактам роста заболеваемости при супружеских разводах и ранней смертности (в частности, вследствие суицида) следует добавить статистически достоверную связь между увеличением показателя ранней смертности и числом дисгармоничных браков. Проведенный В. В. Кристаль анкетный опрос вдов позволил установить, что 69,7% ранних смертей мужчин, страдавших неврозами, произошли в семьях, где имела место сексуальная дисгармония (причинами смерти были суицид, инфаркт миокарда и др.).

Проведение лечебных и профилактических мероприятий среди больных неврозами и психопатиями часто благоприятно сказывается на репродуктивной функции семьи. Имеется и обратная зависимость: например, излечение истерического невроза и неврастениии женщин статистически достоверно связано с рождением второго ребенка.

Существенным показателем эффективности психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии у больных неврозами и психопатиями является повышение производительности труда супругов.

Неблагоприятный психологический фон в семье, конфликты, сексуальная дисгармония не только резко ухудшают морально-психологический климат в семье, но и создают супругам сложности психологического характера в производственных коллективах, а их детям – в учебных заведениях, снижают успеваемость и общественную активность детей. Успешное лечение больных и психотерапевтическая коррекция имеющих у них расстройств сексуального здоровья и сексуальной дисгармонии способствуют значительному повышению общественной активности супругов и членов их семей в трудовых коллективах и учебных заведениях. Родители начинают проявлять живой интерес к учебным успехам детей, их общественным интересам.

Контрольные вопросы

1. Психология добрых отношений.
2. Социально-психологические проблемы семьи.
3. Этико-психологические аспекты интимных отношений.
4. Психология семейного воспитания.
5. Программа США «Обучение контрацепции».
6. Программа США «Обучение только воздержанию».
7. Три этапа профилактики сексуальных расстройств, по В. В. Кристаль.
8. Коррекция нарушений сексуального здоровья.

Глава 11

ДЕОНТОЛОГИЯ В СЕКСОЛОГИИ

Эффективность диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с сексуальными расстройствами во многом определяется характером взаимоотношений врача и пациента, соблюдением принципов медицинской деонтологии. Коротко рассмотрим становление деонтологии в медицине.

Еще за 1500 лет до н. э. врачи Древней Индии давали профессиональную клятву. Для европейской медицины по сей день непреходящее значение имеет этика Гиппократ (460–370 гг. до н. э.), в особенности его знаменитая клятва, основные положения которой в дальнейшем входили в многочисленные этические наставления, кодексы врачей всех последующих веков. К этим положениям относятся:

- уважение к жизни («Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно так же я не вручу никакой женщине абортивного пессария»);
- запрет на причинение вреда больному («Я направлю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости»);
- уважение к личности больного («В какой бы дом я ни вошел, я войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами и мужчинами, свободными и рабами»);
- врачебная тайна («Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной»);
- уважение к профессии («Клянусь считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями. Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство»).

Основные положения клятвы Гиппократы практически в неизменном виде выполняли вплоть до XX в. две важнейшие функции, присущие профессиональной этике. Во-первых, – педагогически-воспитательную функцию: осознанное освоение будущим врачом конкретных этических заповедей Гиппократы во многом определяло его мировоззрение, профессиональное мышление, во-вторых, – практически-регулятивную функцию: сталкиваясь в своей профессиональной деятельности со сложными социальными коллизиями и морально-этическими дилеммами, врач использовал заповеди Гиппократы как некий алгоритм их разрешения.

Чтобы защитить врачебную профессию от нарушений профессиональной этики в будущем, ВОЗ в 1948 г. принимает Женевскую декларацию – современный аналог клятвы Гиппократы. В 1949 г. Всемирная медицинская ассоциация (ВМА) принимает Международный кодекс медицинской этики, в котором, в частности, определяется как неэтичное: любое саморекламирование, если реклама не получила подтверждения соответствующего органа профессионального врачебного сообщества; участие в медицинском обслуживании, если врач не обладает профессиональной независимостью; получение любой суммы денег помимо соответствующего профессионального вознаграждения.

В 60–70 годы появилась биоэтика – этическое осмысление так называемых проблемных ситуаций, возникших в клинической практике. Это прежде всего проблемы, связанные с репродукцией человека (искусственный аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение). Поскольку в биоэтике в первую очередь находят отражение взаимоотношения врача и пациента (как безнадёжного, умирающего больного, как донора или реципиента), ее также можно считать врачебной этикой, но не классической. Ответственность за принятие решений распределяется между врачом и пациентом. Система ценностей, определяющая моральный выбор и врача, и пациента, больше не является жестко заданной медицинской этической традицией, но становится подвижной и одновременно по-новому устойчивой, поскольку вся она основывается на приоритете прав пациента.

Систему этических воззрений по степени их обобщенности можно представить в виде следующих уровней: верхний – этические теории, далее – этические принципы и, в конце, – стандарты поведения.

В области медицинской этики доминируют две теории морали: деонтологическая и утилитаристская.

Схема деонтологической этики выглядит следующим образом: восприятие проблемы – составление перечня альтернативных действий – сравнения перечня альтернатив с перечнем этических пра-

вил – выбор той альтернативы, которая соответствует правилу. Если одному правилу соответствует несколько альтернатив (и следовательно, несколько правильных действий), то выбрать из них можно исходя из предпочтений, договоренностей и т. д. Если же вариант действия (альтернатива) соответствует одному правилу, но противоречит другому, то приходится обращаться к правилам более высокого уровня (принципам).

Схема утилитарной этики (этики целесообразности, пользы, последствий) представляется как восприятие проблемы – составление перечня альтернатив – составление перечня возможных (положительных и отрицательных) последствий для каждой альтернативы – выбор альтернативы с наибольшим количеством блага.

Термин «деонтология» введен английским философом-утилитаристом И. Бентамом при разработке им учения о долге применительно к представителям самых различных профессий. Он считал основным положением деонтологии стремление к достижению наибольшего блага для наибольшего числа людей при выполнении профессиональных обязанностей. В отечественную медицину термин «деонтология» введен Н. Н. Петровым.

Медицинская деонтология – учение о профессиональных, моральных и юридических обязанностях и правилах поведения медиков по отношению к больному, включая и профессиональную ответственность врача перед обществом. Таким образом, медицинская деонтология касается трех сторон деятельности медиков: их взаимоотношений с больными и их родственниками; взаимоотношений между собой; взаимоотношений с обществом.

Врачебная тайна – определенное поведение медика в отношении всего виденного и слышанного им от пациента при оказании ему лечебной помощи, в том числе и в форме совета. Необходимость соблюдения врачебной тайны вытекает из доверия, которое оказывает пациент сексологу при обращении за медицинской помощью. Без такого доверия верное понимание больного и, стало быть, правильное его лечение затруднительно, а то и вовсе невозможно. Сексолог должен ценить и сохранять оказанное ему доверие. Он должен уметь держать при себе не только то, что он слышал и видел, но и все то, о чем он может лишь догадываться. Однако вопрос о врачебной тайне касается не только психиатра и больного.

Деонтология, касающаяся сексологии, должна пронизывать слова и действия не только врача, но и всего медперсонала. По отношению к людям, приходящим на сексологический прием, она должна проявляться неукоснительным состраданием. Всем сотрудникам сексологических учреждений следует исключить из обихода

термины, хоть в малейшей степени имеющие обидный, уничижительный оттенок: не только «бессилие», «импотенция», «несостоятельность», «слабость» и им подобные, но и слово «больной». Для максимального обеспечения врачебной, семейной тайны нельзя называть в присутствии третьих лиц фамилию пациента, а на рабочих столах персонала не должны находиться медицинские документы других обследуемых. Ожидание у сексологического кабинета пациентами должно быть сведено к минимуму или вовсе исключено.

Деонтология в сексологии имеет принципиальные отличия, обусловленные спецификой сексуальных расстройств, многообразием их этиологических и патогенетических факторов. Основные принципы медицинской деонтологии должны строго соблюдаться на всех этапах обследования и лечения, начиная с первой встречи врача-сексолога с больным и заканчивая заключительным этапом социально-психологического восстановления пациента.

На первом этапе – диагностическом – основным клиническим методом является расспрос пациента. Особенное значение приобретает здесь установление межличностного контакта врача и больного. Здесь важно использовать принцип партнерства – создание отношений доверия и взаимного сотрудничества как основы точной диагностики и успеха всего последующего лечения и реабилитации. Эти отношения между врачом и пациентом должны устанавливаться еще до определения ведущего синдрома и нозологии сексуального расстройства. Без должного контакта с больным невозможно выявить и обсудить наиболее интимные стороны человеческих отношений. Здесь деонтологический подход не только сочетается с психотерапевтическим, но и идет параллельно с ним. От врача требуется эмоциональная настроенность по отношению к больному, способность к сочувствию, сопереживанию. Врач должен обладать тактом и деликатностью. Деонтологические требования на диагностическом этапе определяются не только задачами, но и единством комплексного подхода к больному. Они направлены на достижение максимально доверительного контакта с больным, позволяющего получить полноценное представление о личности пациента, истории его сексуального расстройства, жалобах и их согласованности друг с другом, с индивидуальными особенностями пациентов, с событиями их жизни. Больной должен видеть желание врача помочь ему, заинтересованность в успехе лечения.

Степень овладения принципами деонтологии в значительной мере зависит от внутренней интеллигентности врача-сексолога, его воспитанности, способности к сопереживанию, умения тонко чувствовать психологию людей. В то же время необходимы специаль-

ные знания. Умение врача ориентироваться в современных методах диагностики и лечения сексологического больного, найти нужный контакт и подход к нему, создать благоприятный психологический климат во взаимоотношениях с пациентом, понять проблемы, волнующие его, определяется профессиональной подготовкой и эрудицией врача, его чисто человеческими качествами, его культурой. Именно на этом уровне закладываются основы успеха или неудачи в лечении больного, установлении правильного диагноза и соответственно ему назначенного лечения. Врач должен демонстрировать уважительное отношение к пациенту, сопереживание, желание помочь, заинтересованность его ощущениями и теми подробностями о болезни, которыми пациент считает нужным поделиться с врачом.

Деонтологической необходимостью является отсутствие посторонних лиц в кабинете сексолога при сборе анамнестических данных, беседе с больным о его заболевании, поскольку она затрагивает сугубо интимные аспекты человеческих взаимоотношений: ведь в зависимости от своих характерологических личностных особенностей, а также привитых ему в детстве морально-этических норм, пациент может не раскрыть своих проблем перед врачом.

Со стороны врача недопустимы императивная форма разговора с больным, формальное отношение к нему, которые не только исключают установление контакта между ним и врачом, но и увеличивают вероятность врачебных ошибок при установлении диагноза.

Информацию о состоянии больного иногда лучше собирать у него постепенно в течение нескольких встреч, практикуя так называемое динамическое обследование, предложенное З. Фрейдом для изучения личностных особенностей пациентов.

Врач-сексолог должен помнить о том, что при раскрытии интимных вопросов у некоторых больных срабатывают защитные психологические механизмы. Возможно сопротивление, которое может быть сознательным или бессознательным. Больной может скрывать от врача психотравмирующие моменты (мастурбацию, измену жены, мужа). Вопрос о мастурбации желательно ставить так, чтобы больной счел ее само собой разумеющимся проявлением организма, которое носит физиологический характер в период юношеской гиперсексуальности. Вопросительный характер формулировки («Занимались ли вы онанизмом?»), который может вызвать смущение и отрицательный ответ у отдельных пациентов, желательно заменить утвердительным, само собой разумеющимся («В каком возрасте имел место онанизм?»).

Поведение врача должно строиться в зависимости от эмоционального состояния пациента, его характера, уровня развития и культуры, выраженности сексуального расстройства. Важно помочь

больному выразить словами то, что его беспокоит, так как не все пациенты обладают этим умением. Таким больным необходимо дать набор слов и предложить выбрать из него то, что ему подходит. Дать варианты слов: онанизм, мастурбация и др.

Деонтологический подход заключается в умении выслушать больного, войти в мир его переживаний, несмотря на ограничения во времени, снять уровень тревоги как базового чувства больного, идущего к врачу, поскольку повторное переживание снижает уровень напряжения, снизить у больного излишнее напряжение также помогает осуществление рациональной психотерапии, вселяющей в него надежду на улучшение или восстановление половой функции.

Деонтологически важна правильная оценка психоэмоционального состояния больного. Зачастую оно нарушается, возникает тревога, страх, снижение настроения, раздражительность, образование новых психологических механизмов (уход в болезнь), новых форм поведения, системы оценок. Возникает субъективная реакция на возникновение полового расстройства и отрицательная установка в отношении проводимого лечения, неверие в его успех, изменение отношения к себе, своему состоянию, к окружающим. Все это приводит к изменению индивидуальных характерологических и личностных особенностей.

Наличие тревоги у больного свидетельствует о его психологическом неблагополучии. Это своеобразный удар по «Я» личности. Личность человека фрустрирована, заблокирована в каких-то своих потребностях, но человек часто не осознает, какие потребности у него заблокированы. Если в результате правильного деонтологического подхода тревога не будет устранена, она соматизируется, «привязывается» к чему-либо: «что-то с простатой», «что-то с сердцем» и т.п. И, как следствие, возникают соматические нарушения. Если тревога не соматизируется, она может углубляться и находить выход в депрессии или в стремлении к алкоголю, наркотикам. При наличии у больного сексуального расстройства, обусловленного психогенией, не всегда целесообразно заполнение анкет «Сексуальная формула мужчины», «Сексуальная формула женщины», а нередко и исследование предстательной железы и якулота, поскольку эти диагностические исследования еще больше фиксируют больного на заболевании половой системы и затрудняют общение с ним. Возможно создание патологической основы для возникновения невротических состояний.

В психическом статусе больных с сексуальными расстройствами часто определяются астенические, депрессивные и ипохондрические признаки, невротическая симптоматика. Больные тревожно

мнительны. Эти проявления могут быть обусловлены как развитием самого полового расстройства, так и преморбидными психопатологическими особенностями личности, наличием сопутствующих психосоматических заболеваний. Поэтому деонтологически важно и необходимо, чтобы врач-сексолог обладал знаниями в области психологии личности, поскольку любой патологический процесс влечет за собой изменение психологического состояния. В результате возникает сложная зависимость психического и соматического. Нередко в поле зрения врача-сексолога попадают пациенты, личность которых патологически изменена. Все это требует особого деонтологического подхода к больному с половым расстройством, особенно на первом диагностическом этапе, поскольку оно влияет на всю личность больного, включая весь комплекс психофизиологических и социальных факторов, а также межличностные отношения в супружеской или партнерской паре. Здесь возникают особые этико-психологические проблемы.

Деонтологический подход к сексологическому больному включает в себя как необходимое условие понимание внутреннего мира больного, его отношение к себе и окружающим в связи с возникающими взаимосвязанными личностно-психологическими, семейно-психологическими, семейно-сексуальными и социальными проблемами. Сексологу необходимо иметь представление о том, как влияет сексуальное расстройство на больного, каков прогноз — улучшение сексуальной функции, без изменений или выздоровление, сохранение гармоничных интимных и межличностных отношений, социального статуса больного, а также, что больше всего может служить психологическим стимулом к улучшению сексуальной функции или полному ее восстановлению, быть причиной положительных эмоций, а что может вызвать раздражение и нервное напряжение. Здесь важно соблюдать принцип индивидуального подхода к каждому конкретному больному, поскольку перед страдающими одним и тем же сексуальным расстройством все эти вопросы и проблемы предстают по-разному. К ним имеется неодинаковое отношение, разные факторы и обстоятельства могут как помочь их преодолению, так и служить препятствием. Деонтологически правильный подход к больному сексуальным расстройством включает в себя использование индивидуальной системы, компонентами которой являются знание личностных особенностей, факторов дисгармонии супружеской или партнерской пары, социально-психологических отношений. Здесь важно иметь представление о типах реагирования на болезнь, о положительных и отрицательных событиях и обстоятельствах. По этому поводу П. Б. Ганнушкин (1964) писал: «Исте-

рик, психастеник, сангвиник, маньяк – все они каждый по-своему реагируют на одно и то же заболевание: истерик будет маскировать свою истинную боль и поведет врача по совершенно ложному пути, психастеник будет преувеличивать, а сангвиник – преуменьшать и даже отрицать свое заболевание. По отношению к каждому из них врач должен точно установить тот плюс, ту добавку, которая должна быть отнесена за счет психики больного; только тогда может быть намечена врачебная линия поведения».

В сексологии наиболее часто встречаются два варианта отношения больного к своей болезни: нозофобный, когда больной боится своей болезни (повторно обследуется, меняет врачей, даже понимая временами, что эти опасения преувеличены, он не может преодолеть их), и ипохондрический, при котором пациент необоснованно убежден в том, что страдает тяжелым заболеванием, или же переоценивает серьезность менее тяжелой болезни. В отношении больных с сексуальными расстройствами практически невозможно систематизировать все имеющиеся в деонтологии варианты, так как нередко именно индивидуальное сочетание личностных особенностей с наличием психопатологических изменений может создавать те формы отношения к своему болезненному состоянию, которые не имеют места у сексуально психически здоровых людей с другими видами соматических нарушений.

Таким образом, личностный подход к больному, психотерапевтический контакт с ним являются одним из основных деонтологических принципов взаимоотношений врача и больного. В сексологии соблюдение этого принципа особенно важно, поскольку характер нарушения половой функции тесно связан с личностными особенностями больных, а также нередко и с психотравмирующей ситуацией, предшествующей половому расстройству, особенно при его формах, обусловленных психотравмой.

Половое расстройство оценивается и воспринимается больным в зависимости не только от его индивидуальных особенностей, но и от характера заболевания, а также имеющейся у него медицинской информации. Поэтому врач-сексолог должен использовать лечебное перевоспитание больного с обязательной его ориентацией на новые социально-культурные ценности. На лечебном этапе работы с больным деонтологически важно помнить о том, что личностные реакции больных на нарушение половой функции часто приводят к развитию невротических расстройств.

Сексуальное расстройство часто переживается больными как весьма значимое для их личности и сопровождается выраженными эмоциональными реакциями, приобретающими в ряде случаев осо-

бенно затяжной характер. В фиксации патологической реакции личности на сексуальное расстройство играют роль особенности воспитания, система психологических ценностей (т. е. то место, которое занимает сексуальная жизнь у данного больного), характер межличностных взаимоотношений в паре, возраст и многие другие факторы.

Врач-сексолог исследует, а соответственно и лечит, не только и не просто расстройства сексуальные, но и расстройства личностные. И здесь особенно важно использовать подход к больному не просто как к человеку с тем или иным набором психологических симптомов и синдромов, а как к личности, имеющей помимо измененных заболеванием сторон и преморбидные индивидуальные особенности. Личностные особенности больных, их морально-этические установки и ценностные ориентации могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на характер клинического течения заболевания и эффективность его лечения. Особенно это относится к длительным, хронически протекающим заболеваниям половой системы, поскольку любое из них может стать фактором, изменяющим личность больного человека.

На враче-сексологе лежит ответственность за решение вопроса о состоянии сексуального здоровья пациента, о том, в какой степени расстройство половой функции может сказаться на психике больного, семейно-сексуальных, а также межличностных отношениях супругов или партнеров, а также и на той социальной сфере взаимоотношений, в которой находится больной, привычном укладе жизни. Особенно остро стоит вопрос при работе с больными половыми расстройствами, пострадавшими при ликвидации аварий, когда возникают проблемы инвалидности, развода и другие изменения привычных семейных и социально-психологических отношений.

На глубоком изучении заболевания и личности больного базируется деонтологический подход на втором этапе работы с больным – лечебном. Необходимо понять особенности формирования личности, ее развития и те изменения, которые связаны с половым расстройством. От этого будет зависеть возможность корригирования личности, а также самого расстройства.

Необходимо прежде всего показать больному, что его представление об исключительности его заболевания неверно, обосновать это статистическими данными, различными жизненными примерами. Следует указать, что многим мужчинам свойственны временные неудачи в сексуальной сфере, связанные с переутомлением, длительными интервалами между половыми сношениями, эмоциональными перегрузками, злоупотреблением спиртными напитками и т. д.

Используя деонтологический подход, необходимо разобраться в нескольких случаях сексуальных неудач больного и показать ему, что его мысли о вреде мастурбации возникли у него после этих неудач. В то же время следует сопоставить удачные попытки к половой близости, подчеркнуть и сделать акцент на первостепенной значимости поведенческих и эмоциональных реакций. Это, в свою очередь, укрепит уверенность больного в себе. Особое внимание нужно уделить анатомо-физиологическим данным сексуальной сферы больного и, основываясь на них, доказать несостоятельность убеждений больного в неправильной трактовке причин и условий развития сексуального расстройства. Необходимо также обратить внимание больного на учет возрастных особенностей сексуальной функции.

Следует подчеркнуть, что эрекция относится к произвольным функциям, что она спонтанно возникает в соответствующей обстановке и не должна быть предметом внимания больного. Врач должен дать больному сведения о том, что способность к совершению половой близости зависит и от эмоционального состояния, возрастных особенностей, индивидуальных биоритмических показателей, характера межличностных отношений, социальных условий и многих других факторов.

Больной должен также располагать информацией о том, что не все женщины испытывают оргазм при половой близости и часто идут на нее только из любви к мужу или для стабилизации семейных отношений. Нормальным для женщин также считается переживание оргазма не в каждом половом акте. Касаясь длительности полового акта, нужно убедить больного в том, что ласки мужчины, его внимание, приятные слуховые воздействия являются определяющими для женщины моментами, и часто не менее приятными, чем сам половой акт.

Особый деонтологический подход к больному используется и при наличии у него ускоренного семяизвержения. Прежде всего необходимо убедить больного в адекватности этих изменений, сопоставив данные пациента с нормативными параметрами фрикционной стадии. Используя параллельно с деонтологическим и психотерапевтический подход, следует связать ускорение эякуляции с половой конституцией, возможной или имеющейся невротической реакцией и другими факторами и обосновать это логическими доводами.

Врач-сексолог должен помнить о том, что в психопатологической структуре страха перед половой близостью не играет существенной роли ни нозологический фактор заболевания, ни возраст, ни уровень интеллекта, общей культуры и эрудиции больного. Поэтому синдром тревожного ожидания перед половой близостью проте-

кает, в основном, однотипно у всех обращающихся больных. Поскольку значимость этих болезненных проявлений играет роль в формировании отношения личности к болезни, врач, владеющий деонтологическими навыками, должен перестроить эту систему значимости у больного и тем самым снизить остроту переживания полового расстройства. Параллельно необходимо формировать здоровые представления и установки.

Врач, использующий деонтологический подход, обязан не только раскрыть патогенетические механизмы полового расстройства, но и обсудить с больным вопросы психогигиены и психопрофилактики сексуальных расстройств. При этом врачу-сексологу необходимо владеть мастерством проведения беседы, умением деликатно коснуться самых интимных вопросов.

На лечебно-реабилитационном этапе врачу-сексологу приходится лечить не только обратившегося за помощью пациента — мужчину или женщину, но и супружескую или партнерскую пару. При положительном отношении к мужу жена является незаменимым помощником врача. Взаимная адаптация супругов особенно необходима. Деонтологически важно выяснить установки супруги на половую слабость мужа, ее поведенческие реакции при его неудаче, характер техники половой близости, обстановку, в которой она протекает, и другие факторы. Врач-сексолог должен иметь представление о разнообразных отрицательных реакциях женщины на половую слабость мужа и уметь их корректировать, используя элементы психотерапии. Необходимо добиться активного участия жены в лечебном процессе. При коррекции сексуальной дисгармонии следует учитывать различные аспекты семейной жизни супругов, а также их характерологические особенности.

Особенно важно деонтологически правильно корректировать сексуальные дисгармонии при невротических расстройствах у супруга. На первый план здесь выходит обучение супруги правильному, тактичному поведению, что может предотвратить появление невроза ожидания неудачи, к которому склонны лица с тревожно-мнительными чертами характера, со слабой половой конституцией. Врач-сексолог должен помнить о том, что невроз ожидания неудачи может развиваться и под влиянием сексуальных неудач, а также мнимых последствий онанизма.

Даже при так называемой молчаливой простатопатии у лиц с полной эмоциональной уравновешенностью или при мнимых сексуальных расстройствах рекомендации врача, нередко только гигиенические, должны облекаться в психотерапевтическую форму. Так, сексолог, учитывая механизмы психологической защиты, не дол-

жен сразу давать корректирующие рекомендации, если они противоречат взглядам или неосознанным установкам пациента. Врачу следует предварительно перестроить эти установки и убедиться, что новые, правильные установки интериоризованы пациентом. Контроль за процессом интериоризации является одним из кардинальных признаков, отличающих рациональную психотерапию от простой врачебной рекомендации хирурга или терапевта. Если к реабилитации привлекается сексуальный партнер пациента (даже сексологически здоровый), то и для него рекомендации следует облекать в психотерапевтическую форму.

Деонтология в сексологии также учитывает и возрастной аспект, поскольку к врачам обращаются пациенты различного, в том числе и геронтологического возраста, а причины их обращения также чрезвычайно разнообразны. Возникающие при этом психологические и сексуальные проблемы требуют особого подхода. Необходимо учитывать особенности изменения психоэмоционального состояния у подростков и пожилых людей.

У подростков развивается робость, сужение интеллектуальных интересов, комплекс собственной сексуальной неполноценности, неуверенность в своих сексуальных возможностях. Это сказывается на общении с лицами противоположного пола, возможностях учиться, приобретать профессию. Могут развиваться у больных и невротические расстройства. При лечении подростков особенно важно соблюдать деонтологические принципы, так как при половом созревании у них происходит перестройка нейроэндокринной системы организма. В связи с этим возможно развитие психоневрозов, нарушений функций щитовидной железы и других патологических состояний. Нередко наблюдающаяся у подростка мнительность требует особой тактики врача-сексолога.

У пожилых людей под влиянием возрастных соматических факторов нередко формируются астенический и астеноипохондрический синдромы, проявляющиеся слабодушием, слезливостью со склонностью к инертности эмоциональных реакций. У большинства таких больных с половыми расстройствами отмечается неустойчивость настроения с преобладанием пессимистической «окраски» и склонности к депрессивным реакциям. Также могут иметь место ослабление активного внимания, нарушение памяти и другие изменения.

Особого внимания заслуживает деонтологический подход при консультации мужчин, находящихся в климаксе. Для снятия дистонии, тревоги, невротических явлений необходимо использовать психотерапию супружеской пары. Здесь особенно важна психологическая подготовка больного к половому сближению, переход на

новый УФР, что дает начало длительной полноценной сексуальной жизни. Особый деонтологической тактики требует изменение реакции супруги на склонность мужа к адюльтерам – супружеским изменам. В этом случае необходимо уверить ее, что это нормальный климактерический «всплеск», который имеет преходящий характер и является потребностью в реализации сексуального либидо. Адюльтер здесь нередко выступает как симптом мужского климакса. В этом случае для гармонизации климакса в инволюции деонтологически правильным считается переключение пациента на духовное общение, духовные ценности (общение с людьми, творчество, природа). Если личность состоялась, имеет место ее целостность, гармония, то и период инволюции протекает благополучно, и сексуальное общение гармоничное. Задача сексолога – помочь реализации накопленного внутреннего мира у мужчины в климаксе.

У женщины в климактерический период нередко желание интимной близости идет вразрез с имеющимися социальными установками на то, что она в этом возрасте уже может обходиться без интимной близости или вообще не должна жить половой жизнью. Врачу-сексологу необходимо изменить эту установку, дать понять женщине, что в этот период она не ущемлена в интимной жизни, что климакс – постепенное продолжение периода зрелости, а не старость, и характер его течения во многом зависит от самой женщины. Супружескую пару, находящуюся в этом периоде, нужно готовить к тому, что в климаксе начинается «звездный час» женщины, и настроить мужа на половую близость с ней. Также необходимо снять тревогу и отрицательные эмоции, помня о том, что климакс всегда обостряет невроз, если он имеется, а также может способствовать актуализации имеющейся конфликтной ситуации. Дать установку на непреходящие духовные ценности, на закономерность изменения внутреннего мира человека в процессе инволюции – задача сексолога.

Особое значение имеет проблема иатрогений, поскольку известно, что при сексуальных расстройствах они приводят к особенно тяжелым последствиям. При профилактике иатрогений очень важны такие личностные особенности пациента, как склонность к психопатическим, психастеническим, невротическими навязчивым реакциям. Онанофобия, коитофобия нередко оказываются проявлением невроза, психопатии или психоза. «Толчком» к возникновению фобии может стать неправильно построенная с деонтологических позиций беседа с больным. В формировании и углублении иатрогений у таких больных весьма значимы ситуационные факторы, а также сила психотравмирующего воздействия на больного.

Травмирующие высказывания врача или его молчание нередко порождают тревожную реакцию.

Огромное значение имеет выполнение деонтологических правил в условиях стационара. Это касается и ознакомления больного с результатами обследования, диагноза, намечаемого плана лечения, прогноза заболевания. Информацию такого рода больной может получить и во время беседы с врачом. В связи с этим необходимо избегать также и сложных манипуляций на половых органах без крайней на то необходимости.

Деонтологические требования в сексологии включают в себя и необходимость сохранения врачебной тайны, что касается не только посторонних лиц, но и близких родственников.

Успешная реабилитация больного определяется во многом правильной деонтологической тактикой врача и формированием у пациента соответствующих установок, внушением ему убежденности в эффективности проведенного лечения.

На заключительном этапе реабилитации больного чрезвычайно важно укрепить полезные больному представления или же снизить значимость старых, повлиять на его личность, помочь ему выбрать правильную линию поведения, направленную на гармонизацию семейно-сексуальных отношений и устранение неблагоприятных социально-психологических факторов. Это имеет огромное значение не только для лечения, но и для профилактики возможных обострений заболевания.

Врач-сексолог не должен забывать и о таком деонтологическом аспекте, как принцип коллегиальных взаимоотношений между врачами, направленный на предупреждение врачебных ошибок. В их числе нужно отметить отказ врача от обращения за советом к коллеге, лучше разбирающемуся в круге вопросов, стоящих перед ним.

В деонтологическом направлении также должна строиться деятельность «Центров репродукции», занимающихся вопросами планирования семьи, гигиены брака, гигиены половой жизни. Работа этих консультаций с молодежью обоего пола, и в первую очередь с готовящимися вступить в брак и молодоженами, имеет важное значение в предупреждении воспалительных заболеваний половых органов, нарушений сексуальной функции, семейно-сексуальных дисгармоний.

С деонтологических позиций должны проводиться любые формы санитарного просвещения по вопросам полового воспитания среди различных возрастных групп населения. Необходимо учитывать эмоциональный настрой аудитории, а также пол и возраст, уровень общей культуры и подготовки.

Излагаемые сведения должны быть доступными для восприятия и в то же время строго научно обоснованными. В освещении **всех** вопросов необходима компетентность, точность, деликатность. Только при этих условиях советы и рекомендации сексопатолога правильно воспринимаются и с большей эффективностью выполняются.

Пропагандировать нужно не методы лечения, а основные пути профилактики заболевания, его рецидивов, а также важность **своевременного** обращения к врачу. Касаясь интимных сторон **отношений**, врач должен проявлять особый такт, умение тонко **чувствовать**, т. е. те качества, без которых нельзя вторгаться во **внутренний** мир другого человека.

Врачу-сексологу необходимо использовать принцип **единства** деонтологического и психотерапевтического подходов. **Выполнение** этих принципов будет способствовать снижению **диагностических** ошибок врачей и, в конечном счете, гармонизации **семейно-сексуальных** отношений.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Основные положения клятвы Гиппократата.
2. Схема деонтологической этики.
3. Понятие «деонтология».
4. Особенности деонтологии в сексологии.
5. Деонтологический подход с учетом психопатологической симптоматики.
6. Деонтологический подход при лечении расстройств эрекции и эякуляции.
7. Деонтологический подход с учетом возраста пациентов.
8. Деонтология в «Центре репродукции».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975.
2. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция. – М.: Медицина, 1985. – 240 с.
3. Володин В.С., Володин С.М., Володина О.П. Супружеская гармония. – Воронеж: ЦЧКИ, 1991. – 175 с.
4. Володин В.С., Володина О.П. Сексологические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца. – Воронеж: ВГУ, 1990. – 96 с.
5. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Деонтология в сексапатологии//Сексапатология и андрология. – Киев, 1995.
6. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексапатология. – Алма-Ата, 1985. – 272 с.
7. Иванов Н.В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. – М.: Медицина, 1966. – 152 с.
8. Имелинский К. Психогигиена половой жизни. – М.: Медицина, 1972. – 256 с.
9. Имелинский К. Сексология и сексапатология. – М.: Медицина, 1986. – 242 с.
10. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. – Л.: Медицина, 1979. – 183 с.
11. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии: Пер. с англ. – СПб.: «Питер», 2000. – 896 с.
12. Кон И.С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1998. – 320 с.
13. Кон И.С. Введение в сексологию: Курс лекций. М.: Олимп ИНФРА-М, 1999. – 288 с.
14. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
15. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия. – М.: Республика, 1996.
16. Крахотвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
17. Крахотвил С. Терапия функциональных сексуальных расстройств. – М.: Медицина, 1985. – 158 с.
18. Кришталь В.В. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях. – Сочи, 1988. – 120 с.
19. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1985. – 255 с.
20. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии: Пер. с англ. – М.: Мир, 1988. – 692 с.
21. Мягкер В.К., Мишина Т.М. Семейная психология при неврозах: Методические рекомендации. – Л., 1976.
22. Мягков И.Ф., Боков С.Н. Медицинская психология. Основы патофизиологии и психопатологии. – М.: Логос, 1999. – 232 с.
23. Общая сексапатология/Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
24. Свядош А.М. Женская сексапатология. – М.: Медицина, 1974. – 183 с.
25. Сексапатология: Справочник/Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
26. Сеченов И.М. Влияние нервов на половые органы // Физиология нервной системы: Избр. труды. – М., 1952.
27. Ткаченко А.А. Сексуальные извращения-парафилии. – М.: Триада-Х, 1999. – 461 с.
28. Тэниэхилл Р. Секс в истории: Пер. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
29. Частная сексапатология/Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1, 350 с.; Т. 2, 304 с.
30. Якобзон Л.Я. Половая холодность женщины. – Л., 1928. – 290 с.
31. Якобзон Л.Я. Половое бессилие. – Пг., 1918. – 332 с.
32. Яффе М., Фенаик Э. Секс в жизни женщины: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1991. – 176 с.
33. Яффе М., Фенаик Э. Секс в жизни мужчины: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1990. – 190 с.

Приложения

Приложение 1

ПРОГРАММА ФАКУЛЬТАТИВНОГО КУРСА «ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ И МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ УНИВЕРСИТЕТОВ

Объяснительная записка

Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения» от 27 июня 1988 г. предусматривает повышение профессионального мастерства медицинских кадров.

Приказ МЗ СССР от 10 мая 1988 г. № 370 «О дальнейшем совершенствовании сексологической помощи населению» предусматривает введение факультативного курса «Основы медицинской сексологии» для студентов медицинских институтов в объеме 20 часов, начиная с 1989–1990 учебного года.

Целью факультативного курса является овладение студентами теоретическими знаниями по медицинской сексологии и сексопатологии на современном уровне. В ходе факультативного курса студент должен освоить основные понятия медицинской сексологии, ее терминологию, получить знания о формировании сексуальности и ее проявлениях в различные возрастные периоды. Лекции курса также освещают семейно-сексуальные дисгармонии, основные проявления сексуальных расстройств, половые извращения, вопросы профилактики и терапии.

Факультативный курс позволит слушателям дифференцировать сексуальные нарушения от возрастной и конституциональной нормы и давать грамотные рекомендации, направленные на профилактику семейно-сексуальных дисгармоний.

Курс состоит из десяти лекций по 2 часа в соответствии с прилагаемым планом.

Программа является наиболее важной составной частью курса, содержащей подробный перечень теоретических знаний, которыми должны овладеть студенты. Программа снабжена списком рекомендуемой литературы.

Проведение факультативного курса «Основы медицинской сексологии» для студентов всех факультетов медицинских институтов целесообразно преподавателями кафедр психиатрии, прошедшими подготовку по медицинской сексологии и сексопатологии.

Заявки на циклы усовершенствования преподавателей медицинских институтов по сексологии и сексопатологии просим направлять в адрес Главного управления подготовки и использования медицинских кадров Минздрава СССР (г. Москва, 101431, Рахмановский пер., 3).

Список рекомендуемой литературы

1. Общая сексопатология /Под ред. Г.С. Васильченко.– М.: Медицина, 1977.– 488 с.
2. Частная сексопатология /Под ред. Г.С. Васильченко.– М.: Медицина, 1983.– Т. 1, 350 с.; Т. 2, 304 с.
3. *Имелинский К.* Сексология и сексопатология.– М.: Медицина, 1986.– 242 с.
4. *Имелинский К.* Психогигиена половой жизни.– М.: Медицина, 1972.– 256 с.
5. *Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция.– М.: Медицина, 1985.– 240 с.
6. *Святош А.М.* Женская сексопатология.– М.: Медицина, 1988.– 183 с.
7. *Иванов Н.В.* Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств.– М.: Медицина, 1966.– 152 с.
8. *Исаев Д.Н., Каган В.Е.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей.– Л., 1979.– 183 с.
9. *Кратохвил С.* Терапия функциональных сексуальных расстройств.– М.: Медицина, 1985.– 158 с.
10. Неврозы и сексуальные расстройства /Н.К. Липгарт, Л.А. Стукалова, И.М. Виш и др.– Воронеж: Изд-во ВГУ, 1985.– 158 с.
11. *Якобзон Л.Я.* Половое бессилие.– Пг, 1918.– 332 с.
12. *Якобзон Л.Я.* Половая холодность женщины.– Л., 1927.

**ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ЛЕКЦИЙ
ФАКУЛЬТАТИВНОГО КУРСА
«ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ**

Наименование разделов курса	Лекции часы
1. Предмет и задачи медицинской сексологии. История развития медицинской сексологии. Сексологическая служба в СССР	2
2. Этапы формирования сексуальности	2
3. Анатомические особенности строения и васкуляризации половых органов	1
4.1. Основные физиологические проявления зрелой сексуальности мужчин и женщин	1
4.2. Стадии копулятивного цикла	2
4.3. Понятие нормы в медицинской сексологии	2
5. Семейно-сексуальные дисгармонии. Причины, профилактика	2
6. Основные проявления сексуальных расстройств у мужчин и женщин	2
7. Перверсии (половые извращения, парафилии) и девиации	2
8. Терапия сексуальных расстройств	2
9. Санитарно-просветительская работа	1
10. Врачебная этика и деонтология при работе с сексологическими больными	1
ИТОГО:	20

**ПРОГРАММА
ФАКУЛЬТАТИВНОГО КУРСА
«ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ»
ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ИНСТИТУТОВ**

1. Предмет и задачи медицинской сексологии. История развития. Организация сексологической службы
 - 1.1. Предмет и задачи медицинской сексологии
 - 1.1.1. Определение понятий: медицинская сексология и сексопатология
 - 1.1.2. Связи с другими медицинскими дисциплинами
 - 1.1.3. Три концепции сексопатологии: редукционистская, комплексная и системная
 - 1.2. История развития медицинской сексологии
 - 1.2.1. Этап наблюдений и накопления знаний
 - 1.2.2. Параметрический этап
 - 1.2.3. Современный этап
 - 1.2.4. Различные направления в сексологии: локализационистское, энциклопедическое, психоанализ
 - 1.3. Организация сексологической службы
 - 1.3.1. Отделение и кабинеты семейного врачебно-психологического консультирования
 - 1.3.2. Сексологические кабинеты на базе психоневрологических диспансеров и областных клинических больниц
 - 1.3.3. Консультации «Брак и семья»
2. Этапы формирования сексуальности
 - 2.1. Пренатальный период половой дифференцировки структур мозга
 - 2.2. Этап формирования полового самосознания
 - 2.3. Этап формирования стереотипа полоролевого поведения
 - 2.4. Этап формирования психосексуальных ориентаций (полового влечения)
 - 2.4.1. Первая стадия – становление платонического компонента полового влечения
 - 2.4.2. Вторая стадия – формирование эротического компонента полового влечения
 - 2.4.3. Третья стадия – формирование сексуального компонента. Особенности периода юношеской гиперсексуальности
 - 2.5. Общие закономерности психосексуального развития. Понятие о фазах
3. Анатомические особенности строения половых органов
 - 3.1. Анатомия половых органов мужчины
 - 3.2. Анатомия половых органов женщины
 - 3.3. Особенности васкуляризации гениталий мужчин и женщин
 - 3.4. Особенности иннервации
4. Физиологические особенности сексуальности
 - 4.1. Физиология проявления зрелой сексуальности в различные возрастные периоды
 - 4.1.1. У мужчин:
 - 4.1.1.1. Либи́до
 - 4.1.1.2. Эре́кция

- 4.1.1.3. Эякуляция
- 4.1.1.4. Оргазм
- 4.1.1.5. Поллюции
- 4.1.2. У женщин:
 - 4.1.2.1. Либидо
 - 4.1.2.2. Половое возбуждение
 - 4.1.2.3. Варианты оргазма
 - 4.1.2.4. Варианты взаимосвязи оргазма и удовлетворения у женщин
- 4.2. Стадии копулятивного цикла
 - 4.2.1. Стадии копулятивного цикла у мужчин
 - 4.2.2. Стадии копулятивного цикла у женщин
- 4.3. Понятие нормы в медицинской сексологии
 - 4.3.1. Динамика возрастных изменений половых функций у мужчин
 - 4.3.1.1. Период юношеской гиперсексуальности. Феномен акселерации. Мастурбация
 - 4.3.1.2. Переходный период становления сексуальности. Сексуальные эксцессы
 - 4.3.1.3. Период зрелой сексуальности. Условно-физиологический ритм
 - 4.3.1.4. Инволюционный период
 - 4.3.2. Динамика возрастных изменений половых функций у женщин
 - 4.3.3. Половая конституция мужчин и женщин
 - 4.3.4. Длительность полового акта
- 5. Семейно-сексуальные дисгармонии
 - 5.1. Психологические дисгармонии
 - 5.2. Сексуальные дисгармонии
 - 5.3. Профилактика семейно-сексуальных дисгармоний
- 6. Основные проявления сексуальных расстройств у мужчин и женщин
 - 6.1. Проявления сексуальных расстройств у мужчин
 - 6.2. Проявления сексуальных расстройств у женщин
 - 6.3. Вопросы этиологии и патогенеза
 - 6.3.1. Роль эндокринных факторов в генезе сексуальных расстройств
 - 6.3.2. Неврологические причины сексуальных расстройств (нарушения проводимости, опухоли и травмы спинного мозга, снижение порогов возбудимости глубоких структур мозга и др.)
 - 6.3.3. Роль урологических и гинекологических факторов в развитии сексуальных нарушений
 - 6.3.4. Влияние психики на возникновение и течение сексуальных нарушений
 - 6.3.4.1. Характерологические особенности личности
 - 6.3.4.2. Влияние психических расстройств
 - 6.3.4.3. Роль психотравмирующих факторов
 - 6.3.4.4. Мнимые сексуальные расстройства
- 7. Перверсии и девиации
 - 7.1. Понятие перверсии и девиации
 - 7.2. Этиология и патогенез
 - 7.3. Клиника отдельных форм девиации и перверсий
 - 7.3.1. Транссексуализм (нарушение полового самосознания)
 - 7.3.2. Полоролевые перверсии: садизм, мазохизм
 - 7.3.3. Нарушение психосексуальных ориентаций с замещением объекта
 - 7.3.3.1. Нарциссизм
 - 7.3.3.2. Эксгибиционизм
 - 7.3.3.3. Визионизм

- 7.3.3.4. Фетишизм
- 7.3.3.5. Зоофилия
- 7.3.3.6. Некрофилия
- 7.3.4. Нарушение психосексуальных ориентаций по возрасту объекта
 - 7.3.4.1. Педофилия
 - 7.3.4.2. Эфебофилия
 - 7.3.4.3. Геронтофилия
- 7.3.5. Нарушение психосексуальных ориентаций по полу объекта – гомосексуализм
- 8. **Терапия сексуальных расстройств**
 - 8.1. Принцип парности
 - 8.2. Использование различных модификаций секс-терапии
 - 8.3. Психотерапевтические методики
 - 8.4. Физioterпевтические методики (в том числе пневмомассаж, хлорэтиловые блокады, рефлексотерапия)
 - 8.5. Характеристика отдельных фармакологических средств, применяемых в лечении сексуальных нарушений
 - 8.6. Осложнения лекарственной терапии сексуальных расстройств (в том числе медикаментозная кастрация при необоснованном применении гормональных препаратов)
- 9. **Санитарно-просветительская работа**
 - 9.1. Роль врача в профилактике сексуальных нарушений
 - 9.2. Санитарно-просветительская работа с различными контингентами:
 - 9.2.1. С педагогами, воспитателями, школьными врачами и родителями
 - 9.2.2. Вступающими в брак и молодоженами
 - 9.2.3. С лицами зрелого возраста
 - 9.2.4. С медицинскими работниками
- 10. **Врачебная этика и деонтология при работе с сексологическими больными**