

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

А.А.Кирпиченко, Ан.А.Кирпиченко

**ОСНОВЫ
ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ
РАССТРОЙСТВ**

Библиотека ВГМУ



0 0 0 5 5 1 1 1

**Витебск
Издательство ВГМУ
2001**

616.89-008.44297

УДК 616.89-055.3(07)

ББК 56.145.093+56.14-328--

К.43

Рецензенты: доктор медицинских наук, профессор **В. П. Адашкевич**;
кандидат медицинских наук, доцент **А. А. Пашков**

Кирпиченко А. А., Кирпиченко Ан. А.

К.43. Основы психосексуальных расстройств: Учебное пособие. –
Витебск, издательство ВГМУ, 2001. – 58 с.

В учебном пособии рассматриваются вопросы, предназначенные для изучения этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики половых расстройств у мужчин и женщин. Особое внимание уделяется терапевтическим приемам, которые излагаются по каждому разделу сексуальных нарушений.

Предназначено для студентов 5-6 курсов лечебно-профилактического факультета, врачей-стажеров, психиатров, сексопатологов и др.

Учебное пособие написано в соответствии с программой, подготовленной на кафедре психиатрии ВГМУ и утвержденной Центральным методическим Советом непрерывного медицинского и фармацевтического образования 15 мая 2001 г., протокол № 5.

297955

Кр. 2000

Витебский государственный
медицинский университет
БИБЛИОТЕКА

© А.А.Кирпиченко, Ан.А.Кирпиченко, 2001

© Издательство Витебского государственного
медицинского университета, 2001

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Лекция № 1. Сексопатология как наука. Краткий исторический очерк. Организационные вопросы сексопатологии	5
Лекция № 2. Этапы психосексуального развития в онтогенезе	9
Лекция № 3. Половая конституция. Функциональные комплексы копулятивного акта у мужчин и женщин	15
Лекция № 4. Основные психофизиологические проявления сексуальности у мужчин и женщин	19
Лекция № 5. Сексуальные расстройства у мужчин и их лечение	26
Лекция № 6. Половые расстройства у женщин и их лечение	33
Лекция № 7. Половые извращения.	40
Литература	47

ВВЕДЕНИЕ

До настоящего времени большинство отечественных врачей мало знакомы с вопросами сексопатологии. Однако большие социальные перемены последних лет, различные общественные, психологические и экономические процессы в стране коснулись медицины. Обнаружилось, что у большого количества населения наблюдается разнообразная патология со стороны половой сферы. Преодолевая стеснительность, многие пациенты обращаются за медицинской помощью. Сложившиеся положения обязывают врачей изыскивать современные методы, наиболее эффективные по оказанию помощи населению в этом вопросе.

Как известно, Республика Беларусь наиболее пострадала в результате аварии на Чернобыльской АС. Это существенно отразилось на сексуальном здоровье населения, особенно на репродуктивной функции. Вредное влияние на половую сферу оказывают негативные экологические, техногенные и социальные факторы. Воздействуя на психическую сферу, указанные факторы способствуют развитию стрессовых явлений с угнетением половой функции.

В пособии в доступной форме излагаются не только клиника, патогенез психосексуальных расстройств, но и приводятся современные методы лечения и профилактики.

Пособие предназначено для взрослых читателей и может служить хорошим источником знаний при непосредственной работе с пациентами.

Лекция № 1

Сексопатология как наука. Краткий исторический очерк. Организационные вопросы сексопатологии

План лекции

1. Медицинская сексология как междисциплинарная область знаний.
2. Доисторический период.
3. Период донаучных исследований в области сексологии.
4. Период досексуальных знаний.
5. Современный период сексологических знаний.
6. Задачи медицинской сексологии.
7. Концепции сексопатологии по Г.С. Васильченко.
8. Методологические подходы в сексопатологии.

Медицинская сексология – это междисциплинарная область знаний, изучающая причины, патогенез, клинику, диагностику и лечение сексуальных нарушений. Термин «сексология» происходит от слов *sexus* – пол (греч.), *sexe* – пол (фр.), *logos* – учение (греч.). Развитие сексологии стало возможным после краха антисексологических установок в обществе.

Различают нормальную сексологию – науку, изучающую нормальную половую функцию, и сексопатологию или медицинскую сексологию, изучающую болезни, связанные с нарушением сексуальных функций. Последняя в свою очередь подразделяется на обычную сексопатологию, изучающую общие вопросы нарушения сексуальных функций, и частную сексопатологию, изучающую отдельные формы сексологических расстройств. Следует отметить, что для сексопатологии (сексологии) характерна парность функциональной деятельности организма. Наука отличается многомерностью проявлений, – в ней задействованы психические, эндокринные, ферментативные, неврологические и другие функции организма. Для сексуальной деятельности человека характерны две функции: репродуктивная и непосредственно сексуальная функция.

Польский ученый К. Имелинский выделил 4 периода развития сексологии:

1. Доисторический период. Сведения крайне немногочисленны о сексуальной жизни доисторических людей.
2. Период донаучных исследований в области сексологии, закончившийся на рубеже 18-19 веков.
3. Период досексологических знаний, когда сексология не была выделена в самостоятельную дисциплину из других наук.

4. Современный период сексологических знаний. В это время сексология утвердилась в науке, как самостоятельная система междисциплинарных знаний. Этот период сексологических знаний начался лишь в 20 веке, когда все запреты, сдерживаемые в рамках европейской культуры на протяжении веков, были устранены. В странах мусульманского вероисповедования и Дальнего Востока сексология развивалась медленно, что может быть связано с религиозными убеждениями и культурой.

Доисторический период. Хотя и существует относительно мало представлений об образе жизни пещерных людей, но и те сведения, которые дошли до наших дней, говорят о том, что первобытный человек не был безразличен к сексуальной сфере. Наскальные рисунки в пещерах подтверждают, что вопросы сексуальности всегда обращали на себя внимание человека. Первобытные люди стремились выражать сексуальность в символической форме, о чем говорят изображения женщины с фаллосом, а также многочисленные мифы и предания.

Период донаучных исследований. В древности в культурах различных народов пытались вопросы сексуального поведения объяснить с философско-этической, религиозной, а также непосредственно сексологической точки зрения. Так, женские гениталии называли раковиной Афродиты (раковина символизировала тайну оплодотворения). В современной сексологической литературе распространено название «клитор» (Клиторис, дочь Мирмидона, была так мала, что Зевс был вынужден превратиться в муравья, чтобы сблизиться с нею). Из философов древности вопросам сексологии уделяли внимание создатели крупных философских систем Платон и Аристотель. Платон не отделял любовь сексуальную от телесной. Он считал, что любовь сексуальная, физическая является необходимой для достижения высшей духовной любви. Платон высказал мысль о том, что общество представляет собой наиндивидуальное единство и, что индивидуум должен быть по отношению к нему в подчиненном положении, т.е. должно быть единомыслие, единство чувств и поступков. Он предлагал упразднить моногамную семью, ввести общность жен и государственное воспитание детей. Ученик Платона Аристотель (IV век до н.э.) рекомендовал при выражении сексуальных чувств поступать в соответствии с законом разума, сдерживать свои страсти и избегать крайностей. Он пытался объяснить происхождение того или иного пола с особенностями оплодотворения. Аристотель считал, что пол овцы и козы зависит от направления ветра во время копуляции: северный ветер способствует рождению потомства мужского пола, южный – женского. Гиппократ, создатель основ учения о темпераменте, высказывал мысль о том, что частые половые акты укрепляют и увеличивают член, в то время как сексуальное воздержание уменьшает его.

Во время его жизни господствовало мнение, что мастурбация вызывает многие заболевания. По Гиппократу семя скапливается из всех частей

тела, особенно из головы. В связи с этим, утрата семени, равно как и любые выделения из мочевого канала являлись причиной многих заболеваний, в том числе и воспалительных. Гиппократ утверждал, что при половом акте существует обмен жидкостями, осуществляется своеобразная взаимная прививка, укрепляющая здоровье противоположного пола. Этот взгляд способствовал развитию так называемой герокомии – концепции, согласно которой мужчина может омолаживаться, вступая в половую связь с молодыми девушками. Считалось, что не только половое сношение, но даже просто соприкосновение с молодым телом (влияние его тепла, дыхания) вызывает омоложение. Учение о герокомии нашло свое отражение в конце 19 века во взглядах австрийского и американского психоаналитика В.Райха, который ввел понятие жизненной энергии («аргон»). Речь идет о лечебном влиянии неэлектромагнитной силы, возникающей в период сексуального возбуждения, и ее лечебном воздействии.

Период досексологических знаний. Этот период, охватывающий 19 век, характеризуется быстрым развитием науки и техники, расцветом искусства и культуры. Доминирующим классом в обществе стала буржуазия, которая привнесла свой стиль жизни. Создались условия для всестороннего развития личности, процветания романтизма с прославлением сентиментальной любви и страданий. Различные отрасли науки стали изучать явления сексуальности. Было выявлено много научных фактов, ставших основой современной сексологии. В частности, с помощью микроскопии были установлены неизвестные до этого некоторые аспекты развития плода. Ч.Дарвин создал первую современную теорию эволюции, выдвинул концепцию об изменчивости видов, полового отбора и борьбе за существование. В области медицины гинекологи, неврологи и психиатры пытались определить основные механизмы полового влечения, патологической сексуальности.

Социологи описали сексуальные ритуалы и обычаи в период совместной сексуальной жизни. Ценный вклад в изучение сексуальности человека внесла и художественная литература, описавшая вопросы сексуальной патологии у Маркиза де Сада, Леопольда Захер-Мазоха. Маркиз де Сад был автором психологических рассказов на тему сексуальных отклонений, систематизировал механические средства, употребляемые при половом акте (блоки, лебедки, подъемники), используемые для истязаний. Сексуальные переживания Л. Захер-Мазоха описаны во многих романах. О том, что его эротические переживания основаны на собственном опыте, свидетельствуют публикации и документы, показывающие сущность мазохизма, как сексуального отклонения. Использование фамилий вышеназванных авторов соответствуют обозначению двух противоположных сексуальных девиаций – садизма и мазохизма.

Современный период сексологических знаний. Только последние десятилетия 20 века сексopatология стала самостоятельной наукой. Однако и в настоящее время сексуальная сфера подозрительна в изучении, ис-

пытывает дополнительные трудности, приводит к противоречиям и вызывает нарекания на исследователей, работающих по проблемам сексологии. В то же время современные научные достижения создали определенную теоретическую основу, что привело к выделению сексологии в самостоятельную науку.

Большинство ученых руководствовалось, в первую очередь, стремлением избавить людей от страданий, вызванных сексуальными расстройствами. Так, Рихард фон Крафт-Эбинг в 1886 году издал труд «Сексуальные психопатии», который явился основой для развития современной сексопатологии.

И.Блох в 1909 году издал книгу «Сексуальная жизнь нашего времени и ее связь с современной культурой». Блох рассматривал садизм и мазохизм как повсеместные и массовые проявления. З.Фрейд первый открыл широкие кругам общественности роль сексуального поведения в жизни человека. Следует отметить описание им скрытых в подсознании человека детской сексуальности, комплекса Эдипа. Им описана связь поведения взрослого человека с отклонениями в сексуальной жизни, а также возникновением неврозов, патологии характера и даже психозов. А.Кинзи доказал, что существует противоречие между сценой стиля жизни человека и его моральными принципами, что существующие моральные и сексуальные предписания постоянно нарушаются людьми.

У.Мастерс, профессор акушерства и гинекологии в Сет-Луисе, совместно со своей ассистенткой В.Джонсон изучили 694 человека, сняли на киноплёнку около 10 тысяч сексуальных реакций. Мастерс и Джонсон написали книгу о лечении сексуальных расстройств, где и предложили ряд рекомендаций, терапевтических приемов.

Несмотря на укоренившиеся в сознании общественности нормы поведения, протест, часто направленный против личности исследователя, сексология продолжает успешно развиваться.

Организационные вопросы сексопатологии

Задачами медицинской сексологии являются:

1. Изучение сексуального здоровья населения и влияние на него различных факторов окружающей среды.
2. Научная разработка теоретико-методологических основ сексологии.
3. Определение методов диагностики, лечения сексуальных расстройств. Социально-гигиенические мероприятия по профилактике сексуальных расстройств.

В связи с отсутствием налаженной сексопатологической службы Г.С.Васильченко выделяет следующие 3 концепции сексопатологии: моно-, мульти- и междисциплинарную. При монодисциплинарном подходе сексопатология рассматривается как раздел той специальности, в которую представлен любой квалифицированный специалист данного профиля (уролог, эндокринолог, психиатр). Одновременно он же является и сексопатологом. Эта концепция называется также редукционистской, отдельные аспекты

сексопатологии растворяются в рамках ряда смежных дисциплин. Мультидисциплинарная концепция сексопатологии учитывает, что в физиологическом обеспечении половой функции принимают участие различные системы организма (нервная, психическая, эндокринная, урогенитальный аппарат) и, следовательно, лечение сексологических больных должно решаться комплексно с привлечением различных специалистов на базе сексологических диспансеров. И, наконец, междисциплинарная концепция свидетельствует о том, что сексопатология должна выделяться в самостоятельную клиническую дисциплину. Она должна быть размещена между смежными специальностями. Сексуальная патология отличается спецификой как практических, так и методологических обследований и лечебно-реабилитационного воздействия. Междисциплинарная сексопатология формирует собственную понятийную платформу.

Исходя из трех выше изложенных концепций, рассматривают 4 методологических подхода в сексопатологии: наивно-механистический или локализационистский, энциклопедический, параметрический и системный.

При первом, наивно-механистическом этапе сексуальные заболевания связывались с заболеваниями половых органов. Считалось, что все сексуальные расстройства являются прямым результатом местных урологических нарушений или эндокринных расстройств.

Второй, энциклопедический этап являлся результатом преодоления локализационизма и введения полиэтиологичности сексуальных расстройств. В частности, сексуальные заболевания связывались не только с урогенитальной патологией, но и с психической сферой, нервной системой и нейроэндокринологией.

Мультидисциплинарный подход способствовал развитию параметрического этапа, когда был зарегистрирован большой диапазон разброса индивидуальных проявлений сексуальности человека, их возрастная обусловленность, зависимость от экономических и социально-психологических факторов.

Несмотря на то, что мультидисциплинарный подход в сексологии сочетался с применением приемов смежных специальностей (физиологического, клинического, социального), все же Васильченко Г.С. в 1956 году разрабатывает первую междисциплинарную модель сексопатологии, открывающую системный этап ее развития с описанием специфической методики сексологического обследования и развернутыми нозологическими характеристиками специфических первично-сексологических нарушений, обосновывая тем самым дисциплинарную самостоятельность сексопатологии.

В Республике Беларусь ведущим ученым в области сексологии является Д. З. Капустин – главный сексопатолог министерства здравоохранения. Изданные им труды вместе с соавтором в 1981-1983 годах (« Интимный мир семьи», « Гармония брака» и др.) способствуют дальнейшему развитию сексопатологии в вопросах сексуального воспитания детей, младших школьников, подростков, а также полового воспитания юношей и

девушек. Определен характер сексуальных расстройств, затронуты вопросы ревности, внебрачных половых отношений.

Видным ученым в области сексопатологии в нашей стране также является В. А. Доморацкий. Его работы посвящены различным разделам сексопатологии, но наибольшим успехом пользуются вопросы психотерапевтического воздействия на человека при коррекции психогенных сексуальных дисфункций.

В настоящее время в Республике Беларусь создана система сексологической службы. Вопросы сексологии преподаются студентам в медицинских вузах.

Вопросы для закрепления материала к лекции №1

1. Медицинская сексология – определение.
2. Почему медицинская сексология считается междисциплинарной областью знаний?
3. Какие различия в понимании сексологии и медицинской сексологии (сексопатологии)?
4. Учение польского ученого К. Имелинского о периодах развития сексологии.
5. Почему в странах мусульманского вероисповедования развитие сексологии шло медленно?
6. Взгляды Аристотеля и Гиппократов на особенности отдельных сексуальных функций человека.
7. Точка зрения психоаналитика В. Райха на происхождение сексуального возбуждения.
8. Противоположные сексуальные девиации – садизм и мазохизм. Происхождение и суть понятий.
9. Какие работы проделали Крафт – Эбинг и Блох, У. Мастерс и В. Джонсон для развития сексологии?
10. Учение З. Фрейда о сексуальности человека.
11. Какие концепции сексологической службы изложены московским сексопатологом Г. С. Васильченко?
12. Каких Вы знаете ученых сексопатологов в Республике Беларусь?

Лекция № 2

Этапы психосексуального развития человека в онтогенезе

План лекции

1. Общие положения.
2. Онтогенетические этапы психосексуального развития (после рождения).
 - ◆ Этап формирования полового самосознания.
 - ◆ Этап формирования полоролевого поведения.
 - ◆ Этап формирования психосексуальной ориентации (полового влечения):
 - 1 стадия – романтическая;
 - 2 стадия – эротическая;
 - 3 стадия – психосексуальная;
 - 4 стадия – зрелой сексуальности;
 - 5 стадия – инволюционная.
3. Даосизм.

Половая жизнь человека начинает развиваться в первые 7-12 недель после зачатия. В это время идет половая дифференциация структур мозга плода. В зависимости от преобладания количества андрогенов закладывается соответствующий пол.

С половой дифференциацией связаны половые признаки сна, инстинктивной деятельности, предпочтение пищевым продуктам (солевые, сладкие, горькие и др.). Для мужского пола характерно такое качество характера, как агрессия. Чем больше андрогенов, тем сильнее агрессия. Для женского пола характерна игривость, лстивость, что зависит от преобладания эстрогенов. Нарушения половой дифференциации наблюдаются при:

1. маточно-плацентарных травмах;
2. гипоксии плода в результате тяжелых физических работ;
3. различных интоксикациях;
4. стрессах беременных, хронических конфликтных ситуациях.

Во время беременности женщина должна постоянно общаться со своим ребенком. Все препараты, понижающие артериальное давление, снижают половое влечение и половую дифференциацию структур мозга. Аналогичным действием обладают транквилизирующие и некоторые гормональные препараты.

Этап формирования полового самосознания развивается обычно от рождения до 3-5 лет. В 5 лет половое самосознание прочно формируется и изменить его нельзя. В 1,5 года ребенок осознает разделение полов и себя

относит к одному из них. Игры, как правило, у мальчиков и девочек различны. С 6 месяцев ребенок обязательно должен быть с матерью, т.к. девочку мать должна обязательно доласкать, иначе не будут развиваться эрогенные зоны. При воспитании мальчика необходимо избегать гиперопеки. При содержании детей в детском доме возможно развитие проституции в связи с отсутствием правильного полового воспитания. Не случайно даже животные длительное время не отпускают детенышей от себя. К примеру, маленькая обезьянка при отсутствии матери крепко цепляется к кукле.

Этап формирования полоролевого поведения. Он развивается в период от 3-5 до 10-12 лет. Ребенок осваивает стиль поведения взрослых той микросоциальной сферы, которая его окружает, обычно – это семья. Роли в семье между родителями не должны быть перепутаны. Ребенок в точности повторяет взаимоотношения отца и матери и других взрослых членов семьи. В целом, в связи с эмансипацией женщин роли могут быть изменены, так, например, женщина – комиссар, женщина – директор крупного производственного объединения, школы, завода, женщина – депутат и т.д. В частности, в кинофильме «Оптимистическая трагедия» оптимизма много, но для женщины – это трагедия. Нарушения полоролевого поведения ясно показаны на примере «ученика кулинарного техникума».

Встречается и гиперролевое поведение, чаще у подростков. Например, кавказцы воспитывают «мужчину-джигита», или, например, роль «душечки» в произведении Чехова. Известны также проявления эмансипации и среди других слоев общества. В частности, мадам Никсон говорила: «Какие счастливые советские жены, они не знают, что такое быть женой президента». Или, например, жена Рейгана способствовала избранию своего мужа президентом. Аналогичные взаимоотношения были у Раисы Максимовны и Михаила Сергеевича Горбачевых. Подобные примеры наблюдаются и в нашем университете.

В детских садах воспитателями наряду с женщинами должны быть и мужчины, а в школах должно быть достаточное количество педагогов мужчин и женщин. Роли должны быть не искажены.

Третий этап – **формирование психосексуальной ориентации** (полового влечения) – развивается в возрасте от 10-12 до 18-25 лет. Он начинается у девушек с возникновением первой менструации и раньше; с первого семействования и раньше – у мальчиков. Возникает ряд стадий формирования психосексуальной ориентации. Первая стадия называется романтическая (платоническая). Происходит идеологизация при выборе объекта полового влечения, это – первая любовь. Уже на этой стадии появляются признаки половой дифференциации. У мальчиков проявляются характерные сексуальные ухаживания. Он предлагает партнерше поднести портфель, дарит цветы, уделяет повышенное внимание, или же дергает за косу, шиплет. Во сне при правильной дифференциации юноша видит, что он спасает свою партнершу при пожаре, наводнении. Девочка видит, что ее спасают. При нарушении половой дифференциации происходит наоборот –

она спасает своего возлюбленного, а он мечтает о том, как его спасают. Девочки созревают раньше парней, они более активные (пишут записки, назначают свидания). Нарушения половой дифференциации могут проявляться в маскулинизации (устраивают в школе драки, появляется склонность к ограблению, курению, алкоголизации). Тем не менее, каждая стадия должна идти планомерно, организм в своем развитии не должен пере скакивать через ту или иную стадию.

Вторая стадия называется эротическая, проявляется у юношей стремление к ласкам, объятиям, поцелуям, но без полового акта. У девушек эротическая стадия длится долго. Иногда на эротической стадии и заканчивается их психосексуальное развитие. У юношей вторая стадия протекает быстро, в то время как у девушек психологически зафиксировано ухаживание на эротической фазе. И когда у юношей появляется стремление к изнасилованию, она не понимает, зачем это нужно, если можно обойтись и без полового акта.

Третья стадия называется сексуальной. Она быстро развивается у юношей, т.к. оргазм, возникающий у них в этой фазе, закрепляет всю функциональную систему, и чем она больше, тем меньше сбоев.

У девочек сексуальная фаза развивается медленно, потому, что:

- а) менструации не связаны с оргазмом, иногда болезненны;
- б) возможность полового акта сопровождается боязнью лишения девственности;
- в) возникает боязнь забеременеть;
- г) возможны осуждения окружающих.

Оргазм у девушек появляется при первом половом акте в том случае, если она ранее занималась мастурбацией. В случае недоразвития эрогенных зон у женщины, правильное развитие этих зон зависит от постоянных ласк мужчин. Так как мужчина считает, что женщина не должна отказываться от полового акта, та идет с ним до уровня эротических ласк. Таким образом, появляется большое число изнасилований, где в 50% случаев действия девушек являются провокационными.

Следует отметить, что на этом этапе отмечается юношеская гиперсексуальность, недифференцированная сексуальность. Возможны мастурбации, перверзии, нарушения полового самосознания, транссексуализм. Немецкий ученый Dozner считает, что это связано с нарушением мозгового дифференцирования, возникает так называемая половая дисфория (gender dysphoria). В данном случае необходимо дифференцировать транссексуализм с образом половой метаморфозы, а также учитывать, что смена пола, которую обычно используют транссексуалисты, может быть вариантом сексуальной адаптации гомосексуалистов.

Четвертая стадия – зрелая сексуальность. Для нее характерно развитие условного физиологического сексуального ритма. В зависимости от конституции условный физиологический ритм составляет 2-3 раза в неделю.

Пятая стадия – инволюционная, когда сексуальные функции начинают постепенно увядать. В возрасте около 60 лет лица начинают увлекаться порнографией, эротическими играми. Возникновение половых актов с молодыми людьми объясняется тем, что существует мнение, что соприкосновение с молодым телом омолаживает (герокомия). В целом же половая активность у мужчин поддерживается на определенном уровне до 30-35 лет, затем наступает постепенное увядание. В то же время половая активность у женщин сохраняется до 40-45 лет, когда у мужчин уже отмечается снижение половой активности. Это приводит к необоснованным внутрисемейным конфликтам, возникновением идей ревности, что требует вмешательства врача психотерапевта-сексопатолога.

В целом же сексопатологи рекомендуют следующую частоту половых сношений в зависимости от возраста мужчины:

30 лет – 1 раз в 8 дней;

40 лет – 1 раз в 16 дней;

50 лет – 1 раз в 20 дней;

60 лет – забыть про секс.

Половые акты должны производиться с таким расчетом, чтобы количество их в течение индивидуальной жизни человека составляло в среднем 5400 раз. В тоже время следует отметить, что у лиц старше 60 лет особенно при проведении регулярных терапевтических мероприятий может продолжаться активная половая жизнь до 70 лет и более.

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больной В., 63 лет, служащий, обратился к врачу с жалобами на полное отсутствие эрекции при попытках к половым актам в течение 2 лет. Ранее 6-8 лет периодически отмечал плохую и недостаточную эрекцию. В последнее время стал раздражительным, вспыльчивым, нарушился сон, появилась быстрая физическая и психическая утомляемость.

Половая жизнь – с 18 лет, регулярная – с 23 лет. Женат в течение 29 лет, отношения с женой хорошие. В начале половой жизни отмечает 2-3 половых акта в неделю. Применял в течение 22 лет прерываемое половое сношение. Половые эксцессы, венерические заболевания отрицает.

Выглядит моложе своих лет. Наружные половые органы и органы мошонки в пределах нормы. При ректальном исследовании простата плоская, в размерах не увеличена, эластичная, бороздка слегка сглажена, семенные пузырьки и куперовы железы не пальпируются. В секрете простаты при исследовании отклонений от нормы не обнаружено.

Больному проведена психотерапия, 15 сеансов массажа простаты и дарсонвализации кожных покровов вдоль позвоночника, ягодиц, бедер. Назначен курс витамина В-1, пантокрин, инъекции тестостерона-пропионата.

При беседе с больным через 2 года выяснено, что больной живет нормальной регулярной половой жизнью с частотой 1 половой акт в 7-10 дней.

Как видно из приведенного примера больной 63 лет длительное время страдал отсутствием эрекции и обнаруживал признаки неврастенического синдрома. Несмотря на возраст, больной прошел соответствующее лечение, в результате чего наступило выздоровление и он смог продолжать регулярную половую жизнь.

В последнее время широкое распространение в популярной литературе и на страницах газет получило описание половой жизни лиц, проживающих в Китае, Японии, Корее и других странах. Это течение называется даосизм. Освещение среди населения даосской сексуальной практики осуществляют соответствующие мастера, которые рассматривают « секс не ради секса, а для собственного духовного развития и самосовершенствования» (Мантек Чиа и др.). Указанные исследователи подсчитали, что для того чтобы мужчина в сексуальном плане удовлетворил женщину ему необходимо сделать не менее тысячи фрикций. При этом необходимо отказаться от идеи эякуляции как конечного пункта полового акта и растягивать удовольствие сколь угодно долго. В процессе полового сношения следует каждые 20 минут расслабляться, «позволяя крови и энергии свободно перемещаться по телу». Даосы рекомендуют « настраиваться на партнера задолго до того, как Вы окажетесь с ним в постели». При этом сравнивается энергия мужчины с огнем, который быстро воспламеняется и быстро сгорает, а энергия женщины – с водой, которая медленно греется и медленно остывает. Поэтому мужчине никогда нельзя торопиться, а женщине нужно время, чтобы « дойти до нужной кондиции». Физические движения не столь важны, они лишь тень движения энергии. « Мужчины должны входить в женщину не слишком твердым, а выходить после эякуляции именно таким, не дожидаясь пока пенис умиротворенно размякнет». Если один из партнеров болен, чем-то удручен или голоден, с сексом лучше подождать.

Вопросы для закрепления материала к лекции № 2

1. Какие особенности поведения человека зависят от преобладания в организме мужских или женских половых гормонов?
2. При каких патологиях беременности наблюдается нарушение половой дифференциации?
3. Какие особенности формирования этапа полового самосознания?
4. Воспитательный процесс и формирование полоролевого поведения у подростка.
5. Какие особенности формирования психосексуальной ориентации у юношей и девушек?
6. Какие особенности условного сексуального ритма?
7. Какое различие в возрастных изменениях половой активности мужчин и женщин?

8. Какова рекомендуемая частота половых сношений в зависимости от возраста?
9. Какое среднее количество половых актов совершает человек в процессе индивидуальной жизни?
10. Что такое даосизм?

Половая конституция. Функциональные комплексы копулятивного акта

План лекции

1. Половая конституция, определение.
2. Объективные методы определения половой конституции у мужчин.
3. Шкала векторного определения половой конституции у мужчин.
4. Функциональные комплексы копулятивного акта у мужчин и женщин.

5566767

Половая конституция. Под половой конституцией понимают совокупность генетически обусловленных психологических, физиологических и морфологических особенностей пола организма, определяющих его реактивность в процессе взаимодействия с окружающей средой. Чем сильнее половая конституция, тем устойчивее организм к патогенным факторам внешней среды. Более раннее половое созревание сопровождается и более ранним физическим и психическим развитием. Для определения половой конституции используются специальные векторные шкалы (табл. 1,2). Половая конституция, несмотря на то, что она является одним из проявлений общей конституции человека, отличается собственной спецификой.

Интегральная оценка половой конституции опирается на объективные антропологические показатели и на функциональные сексологические данные.

Трохантерный индекс – соотношение величины роста к длине ноги. В норме он должен соответствовать 1,95 – 2,0. Если трохантерный индекс равен менее 1,85, то это низкий показатель; если выше 2,09 – верхняя граница нормы. Трохантерный индекс – признак специфический и говорит о ранних нарушениях пубертатного развития и, прежде всего, связан с патологией гонад. Таким образом, диапазон нормы трохантерного индекса от 1,85 до 2,09. Длина ноги при этом измеряется от линии *dist.intertrochanterica* до пола. Необходимо учитывать, что в молодом возрасте от 10 до 16 лет, когда идет интенсивный рост скелета, относительно превалирует длина трубчатых костей до окончания процесса окостевания. В этом случае показатели трохантерного индекса будут значительно ниже нормы, что необходимо учитывать при исследовании.

Супинаторная проба Жерико. Проба Жерико на супинацию у мужчин и женщин различная. У женщин линия, соединяющая плечевой пояс с составленными вместе кистями рук образует угол, повернутый внутрь, в то время как у мужчин в этих случаях линия прямая.

Оволосение на голове, лобке и теле.

У мужчин и женщин отмечаются различия лобного и затылочного оволосения. У мужчин наблюдаются залысины или лысина. На затылке у женщин оволосение в форме буквы «S», а у мужчин – сплошной дуги, повернутой внутрь.

Мошонка должна быть складчатой, пигментированной, упругой консистенции.

Яички. Объем яичек измеряется по следующей формуле:

$$V = L^3/4,$$

где L – длина яичка. В норме длина яичка 4 см, а объем равен 16 см³. Объем яичка менее 10 см³ является патологией.

Размеры полового члена крайне переменчивы. Наименьший размер в спокойном состоянии 3,5 см; наибольший – 19 см. При эрекции (erigere – подниматься) величина пениса увеличивается в 3 раза. В тех случаях, когда размеры полового члена относительно большие, величина его практических не увеличивается. Установлена также зависимость эрекционной способности пениса от его длины – чем больше длина пениса, тем реже и медленнее он способен к эрекции.

Исследование предстательной железы оказывает существенную помощь сексопатологу в выявлении возможной ее атрофии. При андрогенной недостаточности предстательная железа имеет форму серпа, открытого кверху, т.е. верхний сегмент железы уплощается и западает, а нижний в виде валика как бы окаймляет образовавшуюся впадину. Если величина серпа имеет диаметр 2,5-3 см, то это свидетельствует о значительном снижении андрогенной насыщенности. Полное отсутствие предстательной железы говорит о тяжелом пороке развития яичек или полном их отсутствии.

Из лабораторных методов диагностики на первом месте стоит исследование эякулята. Этот метод широко применяется в сексологической практике в связи с доступностью, безвредностью, относительной простотой, а также высокой информативностью, позволяющей судить об андрогенной активности яичек. Эякулят лучше всего получить непосредственно перед лабораторным исследованием.

Для получения спермы может быть применен виброеякулятор. В норме объем эякулята составляет от 2 до 5 мл. Уменьшение объема указывает на недостаток стероидных (андрогенных) либо гонадотропных (гипофизарные нарушения) гормонов. Увеличение количества эякулята до 7-8 мл обычно сопровождается снижением концентрации спермиев. Цвет эякулята колеблется от желтоватого до белого. Желтый цвет указывает на увеличение количества лейкоцитов (гнойный), являющихся результатом воспалительных процессов, а красный цвет указывает на наличие эритроцитов. Установлено, что при комнатной температуре через 60 минут нормальные семенные нити обычно движутся против тока жидкости (реотаксис), что соответствует их продвижению по половому аппарату женщины.

В норме можно условно считать концентрацию спермиев от 40 до 119 млн. на 1 мл эякулята. Эякулят с содержанием спермиев 20-39 млн. на 1 мл относят к условной норме. К олигоспермии I степени относится содержание спермиев 10-19 млн. на 1 мл эякулята, олигоспермия II степени – менее 10 млн. на 1 мл эякулята.

Азооспермия и аспермия характеризуются отсутствием в эякуляте спермиев. При азооспермии имеются клетки спермиогенеза, из которых происходит образование спермиев. При аспермии в эякуляте нет этих клеток. Аспермия связана либо с непроходимостью спермовыносящих путей, как последствия воспалительных заболеваний, либо атрофией спермиогенного эпителия.

Астеноспермия. Основой данного феномена является снижение подвижности спермиев, количество которых в эякуляте содержится менее 40%. Полное отсутствие движущихся спермиев в эякуляте говорит о некрооспермии. Под тератоспермией понимают повышенное содержание в эякуляте патологических морфологически измененных форм, что может быть результатом алкоголизма, гонореи, трихомонадного орхита. Тератоспермия часто лежит в основе самопроизвольных выкидышей.

Шкала векторного определения половой конституции мужчин. Интегральная оценка половой конституции, опирающаяся на объективные антропологические показатели и на функциональные сексологические, была разработана и апробирована отечественными исследователями, для мужчин – Г.С. Васильченко (1974); для женщин – И.Л. Богтевой (1983).

Семь показателей предусматривает шкала векторного определения половой конституции мужчины. В простейшем варианте она предполагает следующее (таб. 1): векторы I – IV тесно связаны с генотипом исследуемого, в то время как векторы V – VII отражают половую активность индивидуума.

Выделяют следующие коэффициенты:

Кг – генотипический индекс половой конституции, выражается средней арифметической векторов I – IV.

Ка – индекс половой активности, выражается средней арифметической векторов V-VII.

Кф – фенотипический индекс половой конституции, выражается средней арифметической из доступного числа наборов имеющихся векторов.

Таким образом, соотношение коэффициентов Кг и Ка способствует определению преобладания у данного пациента генотипической половой конституции или, наоборот, индекса половой активности.

У женщин определение генотипа осуществляется по четырем первым показателям (начало менструации, а также по наличию или отсутствию ее, трохантерному индексу, характеру оволосения). Другие показатели у женщин несколько «расплываются» по шкалам. В таких случаях показатели лучше определять по графе, которая ближе к остальным полученным данным.

Функциональные комплексы копулятивного акта. Метод структурного анализа половых расстройств представляет собой совокупность диагностических признаков, завершающихся постановкой развернутого клинического диагноза полового расстройства. Диагностика сексуальных нарушений основывается на динамике развертывания патологической структуры заболевания.

Первым этапом структурного анализа, оценки функционального состояния организма является синдромы формирования нейрогуморальной составляющей, которая связана с деятельностью всей системой эндокринных желез и глубоких структур мозга. Нейрогуморальная составляющая является базой выраженности полового влечения и половой возбудимости нервной системы. Она включает в себя синдромы темпо-пубертатного развития, половой активности, сексуальные нарушения при поражении таламуса, гипофиза и половые расстройства при заболевании семенников.

Следующий раздел характеризуется наличием синдромов расстройств психической составляющей, который связан с деятельностью коры больших полушарий, обуславливает направленность половой активности. Сюда относятся, кроме нарушения психосексуального развития, акцентуация характера, психопатия, эндогенные психозы, мнимые сексуальные расстройства.

Синдромы поражения эрекционной составляющей включают в себя нарушения функционирования спинальных и экстраспинальных отделов проводниковых, сегментарных и периферических разделов иннервации полового члена, сосудистый аппарат половых органов. Анатомо-физиологическим субстратом ее являются спинальные центры эрекции, а также сосудистый аппарат половых органов.

Синдром нарушения эякуляторной составляющей включает в себя эякуляторные функции, выполняющиеся предстательной железой, яичками, семенными бугорками и другими нервно-мышечными и сосудистыми компонентами, вплоть до парацентральных долек коры головного мозга.

У женщин функциональные комплексы копулятивного акта состоят из трех разделов: первых два (нейрогуморальная составляющая и психическая составляющая) аналогично описанным ранее мужским. И третья, последняя, называется генитосегментарная составляющая, которая включает в себя сосудистые формы, нервную систему, обеспечивающие функционирование данной сферы.

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Векторы	Конституция										
	слабая			средняя					сильная		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
	0-1,5	1,6-2,5	2,6-3,5	3,6-4,5	4,6-5,5	5,6-6,5	6,6-7,5	7,6-8,5	8,6-9		
I. Пробуждение либидо (годы)	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше		
II. Первая эякуляция (годы)	19 и позже	17-18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше		
III. Трохантерный индекс (ТИ) – отношение роста к длине 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. Оволосение	Редкие пушковые волосы	Горизонталь по женскому типу	Тенденция к горизонтали	По мужскому типу						По мужскому типу с гипертрихозом	
V. Максимальный эксцесс, число эякуляций	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и больше		
VI. Время вхождения в полосу УФР после женьбы (годы)	-	«медовый месяц»	1	2-3	4-5	6-10	11-19	20-29	30 и больше		
VII. Время вхождения в полосу УФР (абсолютный возраст)	-	До 22	23-26	27-31	32-36	37-40	41-45	46-50	51 и больше		

Шкала векторного определения половой конституции женщины

Векторы	Конституция										Патология и редкие конституциональные варианты
	слабая			средняя				сильная			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
I. Менструальная функция Первая менструация Регулярность менструаций	0-1,5 17 и позже	1,6-2,5 16	2,6-3,5 15	3,6-4,5 14	4,6-5,5 13	5,6-6,5 12	6,6-7,5 11	7,6-8,5 10	8,6-9 9 и раньше	Нарушения менструальной функции	
II. Детородная функция Сроки наступления беременности после начала половой жизни Характер течения беременности	—	10 лет и дольше	3-9 лет	1-2 года	3-6 мес.	1-3 мес.	Даже при контрацепции	Регулярная без патологии	—	—	
		Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятных воздействиях (психоэмоциональные, соматические, медикаментозные)	Эпизодические кратковременные нарушения при выраженных неблагоприятных воздействиях							
		Невынашивание, тяжелая патология беременности, мертворождение	Угроза прерывания, патологическое течение, токсикозы беременности	Легко протекающие токсикозы беременности							
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Векторы	Конституция										Патология и редкие конституциональные варианты
	слабая			средняя				сильная		Патология и редкие конституциональные варианты	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
III. Трохантерный индекс	1,88	1,89 - 1,93	1,94 - 1,96	1,97 - 1,98	1,99	2,00	2,01 - 2,02	2,03 - 2,04	7,6 - 8,5	8,6 - 9	>2,05
IV. Характер оволосения	A ₀ P ₀	A ₁ P ₁	A ₂ P ₂	По женскому типу A ₃ P ₃				Тенденции к мужскому	Мужское периглозом (гирсутизм)		
V. Пробуждение эротического либидо (годы)	≥17	15-16	14	13	12	11	10	9	8 и раньше		
Первый оргазм	-	≥35	31-34	26-30	21-25	18-20	15-17	12-14	11 и раньше		
Время после начала регулярной половой жизни	-	10 лет	3-9 лет	1-2 года	6-11 мес.	2-5 мес.	1 мес	До начала регулярной половой жизни или при первом коитусе	До контакта с партнером		
Достижение 50-100% оргастичности	-	40	35	30	25	20	19	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 мес.	2-5 мес.	1 мес	Сразу с начала половой жизни		

VI Оргазм

Вопросы для закрепления материала к лекции №3

1. Дайте научное определение половой конституции.
2. Какие основные признаки половой конституции мужчины?
3. Что такое трохантерный индекс, проба Жерико?
4. Какие Вы знаете лабораторные методы исследования при нарушениях половой функции?
5. Что такое виброэякулятор?
6. Какова зависимость размеров полового члена от способности к эрекции?
7. Как определяется соотношение коэффициентов Кг и Ка и что оно выражает?
8. Каковы составляющие функционального комплекса копулятивного акта у мужчин?
9. Какие три составляющие функционального копулятивного акта у женщин?

Основные психофизиологические проявления сексуальности у мужчин и женщин

План лекции

1. Копулятивный цикл у мужчин.
2. Сексуальная функция женщины.
3. Формы половой жизни.
4. Мастурбация, виды мастурбации.
5. Лечение мастурбации.
6. Эрогенные зоны.
7. Оргазм, виды оргазма.

Для каждого здорового мужчины характерен определенный исходный уровень сексуальной напряженности, что является результатом деятельности нейрогуморальной составляющей. Но это стадия копулятивного цикла. Начало полового акта возникает с первой, психической стадии, когда субъект осознает половое желание, направленное на конкретный сексуальный объект. Если копулятивный цикл происходит без помех, наступает следующая, вторая стадия - эрекционная. Эрекция может возникать у человека с самого рождения в результате действия сосудисто-рефлекторного акта, который приводит к увеличению размера полового члена. Эрекция происходит за счет усиления притока крови к половому члену. Усиливается кровоток в 6-8 раз, при этом приток соответствует оттоку и человек не испытывает неприятных ощущений. Регулирование кровотока осуществляется подушкой Эбнера.

Различают следующие виды эрекции: спонтанная, адекватная. По качеству подразделяется на полную и неполную. Ночные и утренние эрекции являются признаком быстрого сна.

Третья стадия, копулятивная или фрикционная, завершается после резкого нарастания остроты полового возбуждения четвертой стадией, эякуляционной, во время которой происходит семяизвержение. Наступает спад нервного возбуждения с последующим развитием последней пятой стадии, абсолютной, а затем относительной рефрактерности.

Сексуальная функция женщины существенно отличается от мужской. Особенности сексуальных переживаний у женщины сводятся к следующему:

1. Женская сексуальность отличается большей психологической окрашенностью и связана с оценкой личностных качеств сексуального партнера. При глубокой взаимной привязанности партнеров женщина длительное время может довольствоваться *satisfactio sine orgasmo* (удовлетворение без оргазма).

2. В процессе психосексуального онтогенетического развития женщины отмечается тенденция к застреванию на эротической фазе.

3. У многих женщин возможность переживать оргазм не наступает вообще. Если у мужчины в норме возникновение оргазма связано с половым созреванием, то у лиц женского пола оргазм чаще относится на периоды, следующие за началом регулярной половой жизни.

4. Эрогенные зоны у женщины, особенно экстрагенитально расположенные, в процессе полового возбуждения играют большую роль, в то время как у мужчин эрогенные зоны локализованы в области половых органов (рис. 1).

5. Женский копулятивный цикл не имеет рефрактерной стадии, в то время как мужчине необходим период для накопления зрелых сперматозоидов в эякуляте.

Формы половой жизни

Различают в основном три вида форм половой жизни человека:

1. гетеросексуальный вариант;
2. бисексуальный вариант;
3. гомосексуальный вариант.

Абсолютно нормальной моделью полового акта следует считать гетеросексуальный коитус. В то же время необходимо учитывать, что в половой жизни человека наряду с генитальным взаимодействием входит психологическое, интерперсональное взаимоотношение. Различают следующие формы половой жизни:

А. Генитальные формы. К ним относятся:

1. Нормальный гетеросексуальный коитус
2. Орогенитальные (лабиогенитальные) контакты (кейра, фелляция, куннилингус, минет)
3. Суррогатные формы коитуса
 - а) вестибулярный коитус
 - б) нарвасдата (coitus intra mammae)
 - в) подмышечный коитус
 - г) coitus per anum гетеросексуальный и гомосексуальный.

Суррогатные формы коитуса применяются в случае необходимости избежать нарушения девственности, а также возникновения беременности, при ослаблении эрекции и в случаях, когда оргазм может наступить только при применении суррогатных форм.

Б. Сексуальные действия с животными (зоофилия, содомия от имени древнего библейского города Содомы, разрушенного огненным дождем, землетрясением за грехи и крайнюю распущенность нравов жителей).

В. Заместительные викарные формы половой активности. Сюда относятся:

- а) мастурбация,
 - б) петтинг
- +,0.

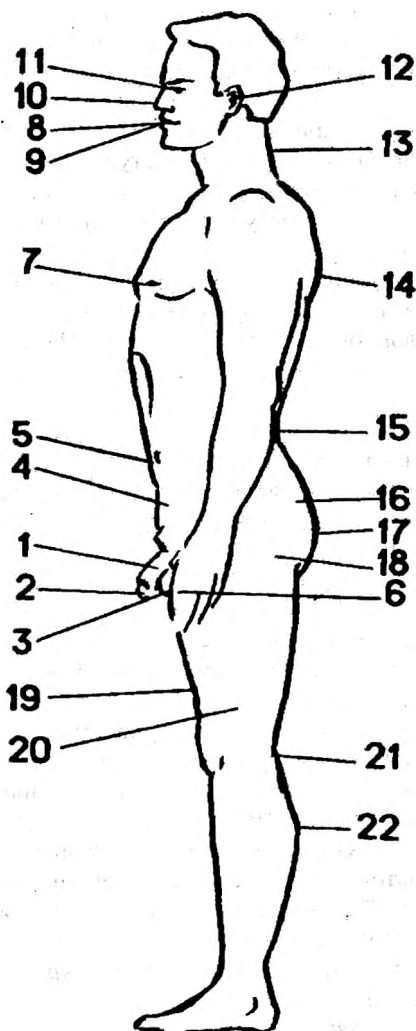


Рис. 1. Эрогенные зоны мужчины (по Бурятскому Д.Л. с соавт., 1990).

1-половой член; 2-головка полового члена; 3-мошонка; 4-низ живота; 5-пупок; 6-пальцы и осязание; 7-сосок; 8-язык и вкус; 9-рот; 10-нос и обоняние; 11-веки и зрение; 12-ухо и слух; 13-шея; 14-«кошачье место»; 15-поясница; 16-крестец; 17-ягодицы; 18-анус; 19-внутренняя поверхность бедер; 20-внешняя поверхность бедер; 21-подколенная ямка; 22-голень.

Мастурбация (от лат. manus – рука и stupro – оскверняю), онанизм (по имени библейского персонажа Онана) – достижение оргазма, семяизвержения путем искусственного раздражения эрогенных зон, половых органов. Различают следующие виды мастурбации:

1. Мастурбация в период юношеской гиперсексуальности. Для нее характерно начало не ранее 10 лет, обычно после первых поллюций.

2. Заместительная (викарная) мастурбация отмечается в более позднем возрасте (после 20 лет) и всегда после начала половой жизни..

3. Подражательная мастурбация, как правило, не совершается наедине, а чаще группой подростков.

4. Фрустрационная псевдомастурбация – раздражение половых органов до появления эрекции, не приводящее ни к эякуляции, ни к оргазму.

5. Ранняя допубертатная мастурбация. Начало этого вида мастурбации чаще всего в возрасте до 10 лет. Как правило, появляется оргазм без эякуляции.

6. Персевераторно-обсессивная мастурбация характеризуется превращением ее в невротические расстройства с чертами навязчивости. Этот вид мастурбации может развиваться при различных нервно-психических расстройствах, например, шизофрении, психопатиях, невротическом развитии личности и др.

Необходимо отметить, что первые четыре вида мастурбации требуют применения воспитательно-корректирующих мер, а пятый и шестой вид мастурбации нуждаются в проведении лечебных мероприятий. В частности, применение психотропных средств не является целесообразным, т.к. они ухудшают функциональное состояние глубинных структур мозга. Не рекомендуется применять димедрол, супрастин. Можно использовать небольшие дозировки смеси Серейского. Рекомендуется начинать с дегидратационной терапии. Диакарб, фурасемид, лазикс применять не следует, т.к. нарушается водно-солевой обмен, а диакарб выводит калий, что приводит к ухудшению состояния. Необходимо назначить триампур не более 1/4 таблетки утром натощак. На следующий день назначается I чайная ложка глицерина. Для детей схема лечения следующая: один день триампур, следующий день глицерин, следующий день отдых и так один месяц. Эуфиллин применяется в те дни, когда дают триампур и глицерин; 0,5 таблетки взрослому и 1/8 или 1/4 таблетки ребенку, смешивая с сахаром.

Вторая схема. Назначают триампур в течение одной недели, делается перерыв в одну неделю; затем вновь в течение недели назначают триампур. Прием жидкости не ограничивают. Одновременно с триампуром дается следующая микстура:

	детям	взрослым
магнезия	3,0	12,0
цитраль 1%	3 мл	5 мл
NaBr	0,5-1,0	3,0
кофеин	0,05	0,1

глицерин 20,0
добавляется вода до 200,0

20,0

Следует иметь в виду, что в первую неделю наступает ухудшение состояния, т.к. включаются компенсаторные механизмы организма. Через 2-3 недели от начала дегидратации назначают ноотропы, лучше пантогам. Применяют в больших дозах аскорбиновую, лимонную, янтарную кислоты, лучше не в таблетках, а в порошке до 1,0 в сутки. В 0,5 литра подсолнечного масла растворяют по 50-100 мл витаминов А, Е, Д. Всей этой смесью смазывают тыльные поверхности кистей ежедневно.

После шестилетнего возраста применяют хлорэтиловую блокаду, воздействуя на рефлексогенные зоны верхней части ромба Михаэлиса. В тяжелых случаях при отсутствии улучшения назначают лечение лидазой и бийохинолом. Весной назначается лидаза, осенью – бийохинол. Ноотропы следует назначать через день после окончания курса лидазы или бийохинола и в дозировке, уменьшенной вдвое, сиднокарб соответственно через 2 дня, также в половинной дозировке. Показана гипносуггестивная терапия.

Петтинг (от англ. pet – баловать, ласкать, раздражать) – преднамеренное получение оргазма путем искусственного возбуждения эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталиев. Различают поверхностный и глубокий петтинг. При поверхностном петтинге осуществляется раздражение эрогенных зон в повседневной жизни обычно обнаженных (например, поцелуи) или же раздражение других эрогенных зон только через одежду. Глубокий петтинг предполагает прямое раздражение эрогенных зон, прикрытых одеждой. Различают также гетеро- и гомосексуальный петтинг. Раздражение основных и второстепенных эрогенных зон, предшествующее коитусу, не является петтингом, а входит в понятие предварительных ласк.

Последний вид половой жизни представляет экстрагенитальные формы половой жизни. Сюда относят платоническую любовь, танцы и гейшизм. Указанные особенности играют роль переходных вариантов, обеспечивающих предварительное знакомство и адаптацию к сексуальному партнеру. При психологической неудовлетворенности одного из партнеров происходит поиск на стороне. В частности, мужчина ищет женщину, носительницу нежного очарования, духовной близости. Для удовлетворения этой потребности в Японии существует институт гейш, а в Древней Греции служил институт гетеро.

Следует отметить, что в настоящее время существуют уникальные формы полового удовлетворения: применение методов самоповешения, помещение головы в воздухо непроницаемые емкости ограниченного объема, использование различных масок и другие.

Кроме самоповешения не менее, если и не более, часто для достижения тех же целей, страдающие описываемой патологией лица помещают голову в воздухо непроницаемые емкости ограниченного объема (чаще – в

пластиковые мешки) либо закрывают лицо изолирующими масками (чаще используются противогазные маски или маски для подводного плавания). Причем оргазм в этих случаях может возникать и без дополнительной стимуляции половых органов, так как под воздействием острой кислородной недостаточности происходит нарушение процессов возбуждения – торможения в головном мозге, что и обуславливает центральное происхождение семяизвержения и оргазма. Этот механизм хорошо известен не только судебным медикам. Многие сексуально нормальные мужчины «постигают» его эмпирическим путем и широко применяют в повседневной половой жизни, зная, что банальная задержка дыхания в завершающем периоде полового акта ускоряет наступление семяизвержения и оргазма.

Как видно из приведенного перечня сексуальных девиаций, разделенных их на отдельные «виды» весьма условно и неоднозначно, а их «нозологическое» определение порой достаточно путано, симптоматично и нередко малоудовлетворительно с семантической точки зрения. Отнесения сексуальных предпочтений конкретного лица к тому или иному виду девиации затрудняется еще и тем, что у многих субъектов отмечается не только количественное сочетание отдельных симптомов разных девиаций, но и их тесное переплетение, взаимопроникновение и слияние в такие комплексы, которые не позволяют провести их однозначную идентификацию с известными видами нарушений сексуального поведения. Это положение усугубляется тем, что практически каждый «вид» сексуальной девиации помимо прочего может иметь еще и оттенок гетеро-, гомо- или бисексуальных предпочтений. В связи с этим более целесообразным и удобным в практическом отношении является не приспособление выявленных у обследуемого лица симптомов к существующим терминологическим категориям (и тем более не дальнейшее усложнение классификации сексуальных девиаций за счет изобретения новых терминов), а феноменологическое описание установленных в процессе обследования нарушений полового влечения.

Эрогенные зоны

Половое возбуждение возникает не только под постоянным воздействием нейрогуморальной составляющей, но и при раздражении особо чувствительных в половом отношении участков тела – эрогенных зон (от греч. слова *eros* – любовь, страсть). В этих зонах помимо обычных рецепторов (тактильных, температурных, болевых) имеются еще так называемые генитальные тельца (*Corpuscula nervosa terminalis genitalia*), обладающие специфической половой чувствительностью. Различают генитальные и экстрагенитальные эрогенные зоны. У мужчин наиболее возбудима головка полового члена, менее возбудима мошонка и внутренние поверхности бедер. Половое возбуждение усиливается при смещении кожи члена и давлении на его корень.

У женщин основными эрогенными зонами считаются клитор, малые половые губы и передняя стенка влагалища. Кроме этого, к эрогенным зонам относятся молочные железы, губы и ротовая полость, шея, кожа внут-

ренных поверхностей бедер (рис. 2). Размеры клитора значительно колеблются и могут достигать 3 см в покое. При массивном применении мужских половых гормонов, а также при гермафродитизме, конституциональном вирилизме размеры могут значительно увеличиваться. Богато снабженный нервными окончаниями клитор у многих женщин вызывает в процессе стимуляции эротическую реакцию.

Передняя стенка влагалища более чувствительна к стимуляции, чем задняя. У некоторых женщин высоковозбудимой является определенная зона влагалища, названная зоной S. Встречаются индивидуальные вариации локализации эрогенных зон. Так, например, у некоторых пациенток половое возбуждение вызывало прикосновение к моче ушных раковин, у другой - к коже в области крестца, у третьей - к коже возле волос на голове и т.д.

Реактивность эрогенных зон не постоянна и зависит от самочувствия, эмоционального состояния, фазы менструального цикла. У некоторых женщин экстрагенитальная эрогенная зона чрезвычайно развита и любое прикосновение к ее коже вызывает сексуальную реакцию - сексуальная кожа (sex skin).

Оргазм

Оргазм (orgasmus – греч. страстное желание) - это высшее сладострастное половое ощущение. Многие в момент наступления оргазма испытывают задержку всех психических процессов, внезапное оцепенение, чувство разлившегося тепла, необычайного сладострастия. Оргазм сопровождается глубокими вздохами, стоном, ритмичными движениями головой, судорожными притягиваниями к себе партнера. А.М.Свядош (1988) предлагает следующую классификацию оргазма у женщин.

I. По источнику возникновения:

- 1) коитальный,
- 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, петтинговый, случайный).

II. По локализации:

- 1) клиторический,
- 2) вагинальный,
- 3) неопределенной локализации.

III. По течению:

- 1) кратковременный (пикообразный),
- 2) затяжной (волнообразный),
- 3) однократный,
- 4) многократный.

IV. По интенсивности:

- 1) сильный,
- 2) умеренный,
- 3) слабый.

Вариации течения оргазма обнаруживают значительную индивидуальную устойчивость. У большинства женщин в отличие от стандартного

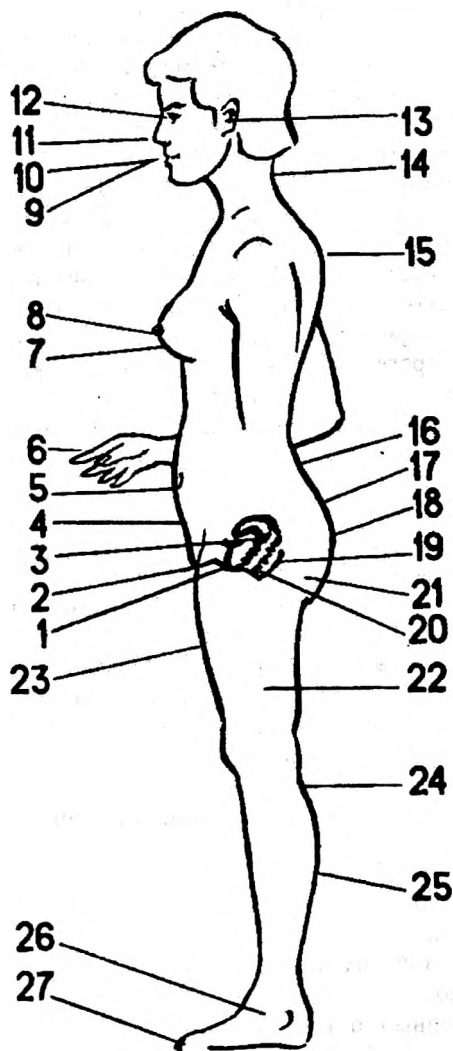


Рис. 2. Эрогенные зоны женщины (по Бурятскому Д.Л. с соавт., 1990).

1-клитор; 2-уретра; 3-шейка матки; 4-низ живота; 5-пупок; 6-пальцы и осязание; 7-молочная железа; 8-сосок; 9-язык и вкус; 10-рот; 11-нос и обоняние; 12-веки и зрение; 13-ухо и слух; 14-шея; 15- «кошачье место»; 16-поясница; 17-крестец; 18-ягодица; 19-задний свод; 20-интроитус; 21-анус; 22-внутренняя поверхность бедер; 23-внешняя поверхность бедер; 24-подколенная ямка; 25-голень; 26-стопа; 27-пальцы ног.

пикообразного оргазма у мужчин наблюдается сглаженный куполообразный тип оргазма, продолжающийся до 30 секунд к дольше. Иногда наблюдается несколько волнообразных подъемов и спадов, что позволяет говорить о мультиоргастичности женщины.

По данным А. М. Свядоша мужчины в США в период подготовки к половому акту применяют по отношению к женам поцелуи в 99,4% случаев, раздражение молочных желез рукой – в 98%, раздражение женских половых органов рукой (в том числе дигитальное раздражение клитора) – в 95%, оральное раздражение молочных желез – в 93%, расширенную технику глубокого поцелуя – в 87% и оральное раздражение женских половых органов – в 54% случаев (Kinsey).

По данным Американского сексологического института, в США женщины нынешнего поколения в половом отношении стали более активны. Так, из женщин, родившихся до 1900 г., раздражали мужские половые органы рукой 80%, орально – 37%, из родившихся после 1920г. – соответственно 95% и 52%. Иногда занимали во время полового акта активное положение (сверху мужчины) 52%. Спали голыми из родившихся в 1900г. 37%, из родившихся после 1920г. – 59% женщин. Половая холодность стала встречаться в США у женщин, родившихся после 1920г., в 2 раза реже, чем у поколения, родившегося до 1900 г., что связывают с более свободным отношением женщин нынешнего поколения США к половой жизни.

Вопросы для закрепления материала к лекции № 4

1. Каковы стадии копулятивного цикла мужчины?
2. Какие особенности сексуальных переживаний у женщины?
3. Какие Вы знаете генитальные формы половой жизни?
4. Что означают сексуальные действия с животными?
5. В чем проявляются викарные формы половой активности?
6. Что такое мастурбация?
7. Виды мастурбации.
8. Какие виды мастурбации нуждаются в восстановительно-корректирующих мерах, а какие в проведении лечебных мероприятий?
9. Какие виды терапии показаны для ранней допубертатной мастурбации?
10. При каких заболеваниях может наблюдаться персевераторно-обсессивная мастурбация?
11. Дайте определение понятию петтинг.
12. Опишите виды оргазма по А.М. Свядошу. Дайте их клиническую характеристику.

Лекция № 5

Сексуальные расстройства у мужчин и их лечение

План лекции

1. Анэякуляторный синдром.
2. Синдром преждевременной эякуляции.
3. Нарушения эрекционных составляющих.
4. Синдром парацентральных долек.
5. Болезнь Пейрони.
6. Сатириазис.

В настоящее время сексопатология достаточно сильна для успешной борьбы с половыми расстройствами. Тем не менее, среди населения существует ошибочное мнение о неизлечимости половых расстройств.

Пациенты, которые не в состоянии получить необходимую сексуальную помощь, находятся в глубокой депрессии. Им, в первую очередь, необходимо применять психотерапевтические приемы, постоянно внушая мысль о возможности излечения.

Расстройства половой функции у мужчин сводятся к проявлению заболевания всего организма, поэтому трудно отнести то или иное половое расстройство к нозологической единице какого-либо заболевания. Чаще всего это синдромальное нарушение, имеющее в своей основе как функциональные, так и органические изменения. У мужчин наблюдаются анэякуляторный синдром, синдром преждевременной эякуляции, снижение эрекционной составляющей, болезнь Пейрони, парацентральных долек и др.

Анэякуляторный синдром характеризуется отсутствием эякуляции при половом акте. Развитие полового влечения останавливается на эротическом уровне. У данных пациентов наблюдается сочетание задержки пубертатного и психосексуального развития. Кроме этого, анэякуляторный синдром наблюдается при неврозоподобной шизофрении с преобладанием депрессивных расстройств. Анэякуляторные расстройства могут быть первичными, которые возникают с началом половой жизни, и вторичными. Последние возникают в результате развития какого-либо заболевания или психотравмирующей ситуации.

Различают АЕА – анэякуляторный синдром абсолюта – полное отсутствие эякуляции, за исключением поллюций.

АЕР – анэякуляторный синдром релятива (относительный). Кроме поллюций, семяизвержение есть при мастурбации, при половом сношении с определенными женщинами в определенных условиях, например, в туалете, ванне.

АЕС – анэякуляторный синдром спурия – ложный анэякуляторный

синдром. Семяизвержения нет, т.к. прерывается половой акт из-за ослабления эрекции. Это один из вариантов «синдрома ожидания неудачи». Он возникает вторично при психогенно-невротических реакциях, эндогенных процессах с превалированием депрессивного состояния в клинической картине заболевания. В этом случае, как правило, половые функции безразличны, либидо недостаточно. У этих пациентов существует форма мастурбации – сжатие полового члена между бедер в одиночку, это аутичные формы мастурбации. Мастурбация также может вызываться вращением крайней плоти по животу, иногда имитируя дойную корову. В 25% случаев у этих пациентов наблюдаются искажения полового влечения – садизм, мазохизм, эксгибиционизм или гомосексуальный фетишизм (пациент гладит бедра у пьяных мужчин). Часто бывают нарушения ролевых поведений в семье. Наблюдается гиперопека со стороны матери, в то время как отец влияния на воспитание не оказывает. Развитие сексуальности идет по женскому типу со склонностью к длительным ласкам, «он ближе к моим подругам, чем к другим грубым мужчинам». Нарушается дифференциация половых органов – короткая уздечка на половом члене, фимоз.

Лечение. Свободный поиск приемлемых приемов сексуального акта не годится. Назначение тонизирующих средств на фоне депрессивных состояний также неприемлемо.

Рекомендуется эмоционально-стрессовая психотерапия с эмоционально-негативным воздействием на психику больного. Целесообразно применять виброэякуляторы. Добиться семяизвержения необходимо в течение двух недель. На второй – третий сеанс необходимо заставить пациента добиться семяизвержения.

Синдром преждевременной эякуляции (Ejaculatio praecox)

В норме половой акт длится от 1 до 3 минут. В основе преждевременной эякуляции лежит наступление семяизвержения во время полового акта, проходящее раньше указанного времени. Различают следующие варианты преждевременной эякуляции:

ЕРА – (ejaculatio praecox absolutae) эякуляция прекокс абсолюта – семяизвержение наступает при количестве фрикций меньше 20;

ЕРР – (ejaculatio praecox relativae) эякуляция прекокс релятива – эякуляция наступает во время полового сношения при количестве фрикций больше 30;

ЕАР – (ejaculatio an teoportae) эякуляция антепорте – семяизвержение происходит в преддверие влагалища.

Выделяют ЕТ – (ejaculatio tardae) эякуляция Тарда – задержка эякуляции, половой акт длительный, изнуряющий. Наблюдается при утомлении половых партнеров, конфликтных ситуациях, дилатации влагалища, при половых извращениях, в процессе приема алкоголя или транквилизирующих средств. Различают: 1. мнимые, 2. истинные преждевременные эякуляции. Мнимые возникают после длительной абстиненции, например,

у моряков длительно находящихся в плавании, военнослужащих, заключенных, а также в результате приема стимуляторов, таких как женьшень, элеутерококк, прозерин, секуренин и др. Истинные преждевременные эякуляции связаны с поражением следующих 2 составляющих полового акта:

- 1) психическая преждевременная эякуляция связана с напряжением, страхом, спешкой, а также при наличии хорошей партнерши;
- 2) поражение эякуляторной составляющей - хронический застойный простатит, уретрит и все другие воспалительные заболевания урогенитальной системы.

Лечение

1. Необходимо увеличить количество контусов, что может привести к нормализации скорости эякуляции.

2. Рекомендуется на половой член надевать 1-2 презерватива, что уменьшает ощущение трения головки полового члена. Этому же способствует и рекомендация обнажать головку полового члена для адаптации к трению и огрубению кожи.

3. Может быть назначена мазь с анестезическими средствами (совкаин, дикаин) для смазывания головки полового члена, области уздечки.

4. Из транквилизаторов наиболее показан соннапакс. Назначают в дозах до 40 мг за 1-2 часа до полового акта, а также радедорм, реланиум, ксанакс, триоксазин, мезапам, мебикар, мепробамат.

5. В терапевтически резистентных случаях рекомендуют амитриптилин на ночь до 12,5 мг.

6. Для лечения преждевременной эякуляции применяется также экстракт спорыньи по 20-30 капель 3 раза в день.

7. Может быть проведен курс серноокислой магнезии 25% по 5-10 мл в сочетании с новокаином 1-2% – 5 мл внутривенно или внутримышечно.

8. В затяжных случаях применяется гипносуггестивная терапия и аутогенный тренинг. Основная форма внушения: "Я смогу любить эту женщину сильно и долго".

9. Кроме того, для продления полового акта используются следующие приемы:

а) временная остановка полового акта с последующим продолжением;

б) перед сильным семяизвержением партнерша осуществляет сжатие головки полового члена. В этом случае эрекция ослабевает, однако семяизвержение не наступает.

Нарушения эрекционной составляющей

Расстройства эрекции заключается в отсутствии или недостаточности уплотнения и увеличения полового члена, что исключает или затрудняет проведение полового акта. Различают первичные и вторичные нарушения эрекции. При первичном нарушении пациентам ни разу не удалось совершить половой акт в связи с тем, что они всегда испытывали затруднения с эрекцией. Вторичные нарушения возникают тогда, когда

причиной являются психогенные факторы или соматические неблагополучия. Функциональные нарушения эрекции возникают без видимых признаков органической патологии. Органическими причинами нарушения эрекции могут быть неврологические расстройства: повреждение пояснично-крестцовых отделов спинного мозга и соответствующих проводящих путей, сирингомиелия, рассеянный склероз и др.; эндокринные нарушения, сосудистая патология, аномалии или заболевания уrogenитальных органов и токсические воздействия (хронический алкоголизм, отравление свинцом, прием психотропных средств).

Причиной функциональных сексуальных расстройств часто являются психогенные факторы: ситуационные факторы, страх перед возможностью возникновения беременности или боязнь заразиться венерическими болезнями, проживание совместно с родителями, с детьми и др. Психотравмирующие переживания с эмоционально-негативной окраской, предшествующие половой активности или жизни событий, способствуют возникновению функциональных сексуальных расстройств. Последние могут возникать также при нарушении межличностных отношений между партнерами: холодное, даже агрессивное поведение жены, подозрение в неверности, нарушение взаимоотношения и др. Нарушения полового акта могут быть связаны с особенностями личности мужчины. Речь идет о лицах, склонных к психастеническим переживаниям, с чувством тревожности, личной неполноценности, а также при наличии девиантных сексуальных влечений (гомосексуализм, педофилия, фетишизм и др.). При выраженной усталости, депрессиях может так же нарушаться эрекционная составляющая.

Лечение. Положительные результаты лечения нарушений эрекционной составляющей дает назначение препарата иохимбина ($C_{22}H_{28}N_2O_3$). Этот препарат до настоящего времени широко применяется в сексологической практике. Его производят из коры дерева иохимбеа, растущего в Африке (Камерун).

Ряд авторов, проводивших изучение иохимбина при половом бессилии, указывают на способность этого препарата вызывать сильные эрекции, улучшая кровоснабжение половых органов и действуя непосредственно на центр эрекции, расположенный в спинном мозгу. Кроме того, иохимбин способствует усилению сперматогенеза. Он вызывает так же расширение коронарных сосудов и снижает кровяное давление при гипертонической болезни. При приеме иохимбина необходимо прекратить употребление алкогольных напитков и курение. Назначают препарат в дозах до 5-10 мг в таблетках 3-4 раза в день после еды.

Кроме этого, для улучшения эрекции может быть введено в кавернозное тело 1-2 мл папаверина или внутрикавернозное введение препарата каверджект. Основная дозировка каверджекта колеблется от 5 до 20 мкг. Применяют каверджект путем прямого внутрикавернозного введения. Инъекцию в большинстве случаев могут выполнять сами пациенты после

предварительного обучения технике виутрикавернозного введения. После укола в половой член через 8-20 минут наступает полная эрекция. Длится она от 1 до 2 часов, затем исчезает. Для того чтобы обеспечить устойчивую эрекцию полового члена, возраст пациента принципиального значения не имеет. Мужчинам даже в преклонном возрасте каверджек поможет снять сексуальные проблемы. Не рекомендуется принимать этот препарат мужчинам, страдающим заболеваниями крови, тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Противопоказан препарат людям с повышенной сексуальной активностью.

Из других препаратов могут быть рекомендованы: Тен-Текс форте (таблетки), мустонг (в драже), химколин (мазь). Кроме этого применяются широко известные препараты: настойки женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка; пантокрин, сиднокарб, сиднофен. Из физиотерапевтических процедур назначают ЛОД (локальное отрицательное давление) 10-12 сеансов; массаж простаты, раздражение семенных бугорков с помощью прибора «Интрадон», эректоры, вибромассажные приборы.

В стойких резистентных к терапии случаях рекомендуется хирургическое протезирование, а также операция на сосудах при облитерирующем эндартериите. Рекомендуется диетотерапия. Пациентам назначают яйца, икру, орехи, перец, лук, укроп, мяту.

Психотерапия является одним из важнейших методов лечения патологии эрекции, составляющей, т.к. она способствует устранению нарушений фрустрирующих эмоционально-отрицательных воздействий, возникающих при наличии половых проблем. Следует обратить внимание, что для большинства мужчин характерен так называемый эффект Кулиджа. (Так звали владельца фермы в США, где выращивали крупный рогатый скот) Его молодая жена рассказала ему о быке, который не пропустил ни одной коровы. "Да, – заметил Кулидж, – но ни к одной из них не подошел дважды". С мужчинами картина такая же. В мужской сексуальности заложена смена партнерш – за этим стоит весь биологический эволюционный путь.

Американские ученые Мастерс и Джонсон в основу своих терапевтических приемов положили описанный феномен Кулиджа.

Синдром парацентральных долек

Это заболевание характеризуется снижением порога возбудимости центров головного мозга, ответственных за эякуляцию и оргазм. Клиника сводится к наличию с детства энуреза, адекватных и неадекватных поллюций. Снижается порог чувствительности – при волнении, например, опоздании на поезд, получении неудовлетворительной оценки в школе наступает эякуляция. Длительность полового акта меньше 1 минуты. Чаще всего наблюдается эякуляция антепорте, а также эякуляция при поцелуях, танцах, в состоянии воображения (психическая мастурбация). Указанные нарушения закона силовых взаимоотношений (эякуляторная атаксия) не поддаются лечению сонапаксом, анестезирующими мазями. Чем длитель-

нее энурез, тем выраженнее синдром парацентральных долек. Наблюдается инверсия зон "ахилового рефлекса", вызывается с передней поверхности голени и не одинакова с различных сторон. Отмечаются патологические рефлексы Бабинского, Россолима, оральные рефлексы. Характерна анизокория.

Лечение. 1. Дегидратационная терапия проводится инъекциями сернокислой магнезии, лазикса, таблетками фурасемида, диакарба.

2. Прием раствора витаминов А, Д, Е, растворенных в подсолнечном масле по 1 столовой ложке натошак.

3. Триампур по 1 таблетке натошак или глицерин по 1 столовой ложке натошак.

4. Хлорэтиловая блокада ромба Михаэлиса через день до 10 сеансов.

5. Ноотропная терапия в сочетании с лечением амитриптилином, начиная с 12,5 мг до 50-75 мг в сутки.

Болезнь Пейрони

Заболевание характеризуется локализацией болезненного процесса в белочной оболочке и перегородке пещеристых тел полового члена. Болезнь еще называется фибропластическая индурация полового члена, т.к. в ряде случаев в соединительной ткани образуются зоны окостенения, разрастается грубая соединительная ткань, что приводит к деформации полового члена, искривлению его, появлению белей при эрекции, иногда невозможности выполнения полового акта. Фиброзные бляшки могут располагаться на различной глубине, однако наиболее характерно их возникновение у корня полового члена, реже в центральной части и головке. Образующиеся коллагенозные узлы самопроизвольно рассасываются очень редко. Как правило, они увеличиваются в размере и количестве. Одновременно у больных обнаруживают контрактуру Дюпюитрена, фиброзные утолщения на пальцевых фалангах.

Лечение болезни Пейрони сводится к проведению комплексных терапевтических мероприятий. Назначаются большие дозы витамина Е по 200-400 мг ежедневно в течение длительного времени (около года), стероидные гормоны (кортизон и его производные), применяют рассасывающую терапию в виде назначения ферментных препаратов (лидаза и др.) и биогенных стимуляторов (алоэ, стекловидное тело и др.). Из физиолечения широко применяют ультразвук, диатермию, диодинамические токи и др. При деформации полового члена и резком искривлении может быть применено хирургическое лечение с удалением очагов остификации.

В отношении полового возбуждения прогноз неблагоприятный.

Приапизм

Приапизм – заболевание, характеризующееся частыми болезненными эрекциями полового члена, не связанными с половым возбуждением и не исчезающими после полового акта. Название происходит от греческого слова приап – бог садов и плодородия. В нелеченных случаях приапизм может привести к фиброзу кавернозных тел и нарушению их способности

к эрекции. Приапизм обычно начинается внезапно во сне без видимой причины. Иногда связывают развитие заболевания с лейкозом, злокачественной анемией, интоксикацией алкоголем или же с интракавернозным введением папаверина, применяемым с лечебной или с диагностической целью.

Различают два вида приапизма: первый вид – связан с затруднением венозного оттока из полового члена, приводящим к сдавлению глубоких артерий и возникновению ишемии тканей. Во втором случае резко усилен приток артериальной крови и существующий венозный отток, хотя он и выше обычного, не компенсирует его. Второй вид приапизма прогностически более благоприятен. Больных беспокоят боли в области полового члена и промежности. Половой член максимально напряжен и утолщен, т.к. спонгиозное тело уретры и головка полового члена не напрягаются, следовательно, мочеиспускание свободно. Акт дефекации в связи с резким сокращением мышц промежности и сфинктера прямой кишки затруднен и болезненный. Больные угнетены, беспокойны, нарушается сон.

Лечение следует начинать как можно раньше. Необходима внутрикаверная инъекция адреналина 0,5% 0,5 мл на 10-20 мл физиологического раствора, допамина 2-4 мкг на 1 кг. Патологическая эрекция исчезает через несколько минут. Показана также аспирация крови с кавернозных тел и внутрикавернозное введение физиологического раствора с гепарином. При неблагоприятном течении заболевания рекомендуется хирургическое лечение для создания венозного дренажа или эмболизации внутренних половых артерий.

Сатириазис

Повышение сексуальных проявлений у мужчин – сатириазис (по греческой мифологии демона плодородия – Сатира). Различают физиологическое повышение мужской сексуальности и патологическое. Физиологические изменения присущи у мужчин в период юношеской гиперсексуальности и у лиц молодого возраста, не живущих регулярной половой жизнью. В этот период проявляется повышенное либидо, возникают длительные и учащенные спонтанные эрекции. Подобные состояния не следует относить к патологии, они не требуют медикаментозной коррекции. Патологическая гиперсексуальность (сатириазис) чаще всего носит вторичный характер и в большинстве случаев связана с различными психическими расстройствами, сопровождающимися аффективными нарушениями (маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза, гипертимная психопатия, олигофрения, органические поражения центральной нервной системы, т.е. где на первый план выступают гипоманиакальные расстройства) .

Лечение в данных случаях сводится к проведению комплексных терапевтических мероприятий основных психических расстройств.

Вопросы для закрепления материала к лекции № 5.

1. Какие клинические разновидности анэякуляторного синдрома Вы знаете?
2. Какие признаки синдрома ожидания неудачи?
3. Каковы методы лечения анэякуляторного синдрома?
4. Какие клинические характеристики синдрома преждевременной эякуляции Вам известны?
5. Каковы меры медицинского характера для лечения синдрома преждевременной эякуляции?
6. В каких случаях наблюдается задержка эякуляции?
7. Какие клинические признаки нарушений эрекционной составляющей?
8. Каковы функциональные и органические причины нарушений эрекционной составляющей?
9. Какие современные методы лечения применяются для восстановления эрекционной составляющей?
10. Что означает эффект Кулиджа?
11. Какова клиническая картина синдрома парацентральных долек?
12. Каковы методы лечения синдрома парацентральных долек?
13. Какова клиническая картина болезни Пейрони?
14. Методы лечения болезни Пейрони. Каков прогноз при данном заболевании?
15. Какова клиника приапизма?
16. Методы лечения приапизма.
17. Какие клинические признаки сатириазиса Вы знаете?

Половые расстройства у женщин и их лечение

План лекции

1. Общие принципы лечения.
2. Аноргазмия.
3. Фригидность.
4. Нимфомания.
5. Вагинизм.
6. Женский гомосексуализм (лесбийская любовь).

Общие принципы лечения

При лечении нарушений половой сферы у женщин важно врачу создать атмосферу искренности и доверия, обсудить наиболее интимные стороны человеческих отношений с пациенткой. От врача, проводящего терапию сексуальных нарушений у женщин, помимо глубоких профессиональных знаний требуется наличие жизненного опыта, чтобы вызвать их расположение и доверие. От этого зависит успех терапевтических мероприятий. Врачу необходимо понять переживания пациентки, оказать на нее логическое и эмоциональное воздействие. На половую функцию женщины воздействуют различные этические и нравственные представления. Особое внимание следует уделять личности заболевшей, ее внутренней картины болезни.

Девушка, 21 года, не жившая половой жизнью, вышла замуж за мужчину, ранее состоявшем в браке. В первую брачную ночь муж в пьяном виде стал хвастаться своими мужскими победами над женщинами, подробно описывая сцены интимной жизни. При первой попытке проведения полового акта в свадебную ночь у нее возникло чувство страха, отвращения, активно сопротивлялась мужу. Считала мужа грубым, вульгарным, нечувствительным. Была не удовлетворена супружеством, никогда не испытывала оргазма, несмотря на хорошие половые способности мужа. Постоянными отказами поддерживать интимные отношения с мужем провоцировала его на агрессивное поведение. Вынуждена была развестись с ним. В течение последних 3 лет живет с другим мужем, испытывает при половом акте с ним оргазм. Имеет одного ребенка.

К половым расстройствам у женщин относятся аноргазмия, фригидность, нимфомания, вагинизм и др.

Аноргазмия

Термин аноргазмия обозначает отсутствие у женщин оргазма, как конечного эффекта взаимодействия составляющих копулятивного цикла. Аноргазмия развивается:

1. при боязни забеременеть или заразиться какой-либо венерической болезнью;

2. в психотравмирующих ситуациях;
3. при разрывах промежности и прошивании клитора во время родов;
4. при возникновении синдрома Шихена – в результате большой кровопотери в родах и последующей анемии развивается недостаточность передней доли гипофиза. Появляются атрофия наружных и внутренних половых органов, аменорея, гипоплазия матки, исчезает лобковое и подмышечное оволосение и др.;
5. при психических заболеваниях, в клинической картине которых преобладают депрессивные и астено-депрессивные расстройства.

К, жительница Орши, 32 лет, педагог по специальности. По характеру скромная, спокойная, в меру общительная. Менструации с 17 лет, несколько болезненные, продолжительностью 3-4 дня. Воспитывалась в благополучной семье «строгих правил». Вышла замуж в 20 лет за одноклассника, с которым с детства были дружеские отношения. К будущему мужу чувства влюбленности, желания половой близости не имела, относилась к нему с уважением. В течение 3-4 лет супружеской жизни оргазма не испытывала, хотя к началу конгуса появлялась гиперемия наружных половых органов, выделялся секрет желез. В 23 года при просмотре у подруги фильма с сексуальными сценами вдруг почувствовала прилив тепла и жара к половым органам, сердцебиение. В эту же ночь во время половой близости с мужем представила себя и его в роли героев просмотренного фильма и к своему удивлению впервые испытала половое удовлетворение. С этого времени оргазмом заканчивалась каждая половая близость с мужем.

Кроме этого аноргазмия наблюдается при состоянии фригидности – (frigiditas - холодный, лат.).

Фригидность

Различают следующие виды фригидности:

- 1) конституциональная – половая холодность в результате врожденных свойств личности;
- 2) ретардационная фригидность развивается в результате задержки психосексуального развития;
- 3) психогенная фригидность, как результат задержки формирования психологического компонента сексуального влечения;
- 4) симптоматическая фригидность; характеризуется отсутствием оргазма в связи с наличием гинекологических заболеваний.

Лечение. Для преодоления половой холодности и аноргазмии необходимо применять комплекс различных терапевтических мероприятий.

1. В первую очередь начинать лечение необходимо с выявления у пациентов эрогенных зон с применением техники терапевтической мастурбации.
2. Показан вибромассаж.
3. Целесообразно удлинение полового акта путем приостановления фрикций во время него.

4. Применяется техника терапевтического воображения, подражания, воспоминания приятного, сексуальных игр.

5. Используется самомассаж клитора до 40 минут, раздражение последнего теплой струей воды в ванне, периодическая тренировка (напряжение мышц промежности).

6. Дополнительными средствами может быть назначение мужских половых гормонов, гепариновой мази на область клитора и др.

При лечении аноргазмии в первую очередь необходимо выявить причину этого расстройства. Это может быть интоксикация наркотиками, депрессия или депрессивные расстройства различной этиологии, неврастения, гипостенический вариант, нарушения мускулатуры тазового дна, дилатация влагалища и т.д. Следует обеспечить женщине нормальный режим труда и отдыха, избавить ее от переутомления, недосыпания, эмоциональной напряженности. Женщинам, страдающим аноргазмией, необходима активная мышечная деятельность, а также диета, богатая белками и витаминами. Повышают половую возбудимость красный перец, мускатный орех, корица. Влияние алкоголя на половое влечение крайне индивидуально. Он может и тормозить и растормаживать половое влечение. При ослаблении мышц тазового дна и дилатации влагалища рекомендуются физические упражнения, связанные с напряжением мышц промежности.

Увеличению психозеротической возбудимости могут способствовать вещества, которые применяют и для стимуляции половой активности мужчин. К ним относятся настойка корня женьшеня, экстракт элеутерококка, пантокрин. Эти вещества могут применяться постоянно вне зависимости от менструального цикла.

Для стимуляции рефлекторной деятельности спинного мозга, а также максимальной чувствительности назначают стрихнин или близкий ему по действию секуренин. Для усиления полового влечения у женщины применяют также мужские половые гормоны (андрогены). Рекомендуется назначать тестостерон и применять его не более 5 недель. Можно применять метилтестостерон. Указанные препараты назначаются под язык. В случае появления охриплости голоса, растительности на лице, а также возрастание массы тела и т.д., андрогены подлежат немедленной отмене. Назначаются также местные процедуры: горячие влагалищные души, орошение минеральными водами, грязелечение, а также диатермия половых органов.

Приводим пример из книги Л. Я. Мильмана «Импотенция», 1972 года.

Женщина 32 лет обратилась за помощью по поводу частых обострений кольпита трихомонадной этиологии.

При осмотре большой установлен: наружные половые органы правильно развиты, хорошо выражены малые и большие половые губы. Сохранена задняя спайка, однако вход во влагалище зияет и определяется значительное выпячивание задней стенки влагалища. Складчатость слизистой влагалищной трубки полностью отсутствует. Слизистая влагалища гиперемирована, имеется большое количество выделений молочного цвета, пенистого характера. Внутренние поло-

вые органы без существенных особенностей за исключением чрезмерной подвижности матки. Обращает на себя внимание состояние шейки матки. Последняя представляется массивной, умеренно плотной. Наружный зев зияет, с боков от него отмечаются обширные, до свода влагалища, старые разрывы. Передняя губа шейки матки значительно элонгирована наподобие « хоботка», причем эта часть шейки представляется как бы зажатой между передней и задней стенками влагалища. При натуживании обе стенки и передняя губа шейки матки значительно опускаются и выпячиваются наружу. Недержания мочи нет.

В анамнезе одни срочные роды, 8 лет тому назад. Роды проводились в крупном и квалифицированном роддоме г. Ленинграда. Период раскрытия длился 38 часов, причем уже через 12 часов после начала родов выявилась несостоятельность родовой деятельности, по поводу которой была использована родостимулирующая терапия. Имело место преждевременное отхождение околоплодных вод (при открытии зева на 1,5 п. п.). Полное открытие зева наступило через 30 часов после отхождения околоплодных вод.

В связи с нарушением сердечной деятельности плода на этом этапе ведения родов встал вопрос о необходимости родоразрешения путем кесарева сечения. Однако выравнивание сердечных тонов у плода и отсутствие какой-либо сократительной деятельности матки позволило отложить родоразрешение и дать возможность отдохнуть роженице. Через 6 часов после отдыха и повторного применения родостимуляции возобновилась достаточно энергичная родовая деятельность. Вставление головки плода происходило несколько асинклитически (передний асинклицизм). Дальнейшее продвижение головки шло по обычному механизму и через 40 часов после начала родов родился мальчик весом 5,2 кг, длиной 52 см.

При осмотре родовых путей обнаружены разрывы зева с двух сторон, целостность которого была восстановлена наложением кетгутовых швов. Разрывов промежности и влагалища не обнаружено. Родильница была выписана на 11-й день после родов с ребенком.

Первые четыре года в браке царил согласие и любовь. Как правило, при половых актах достигала состояния оргазма и была полностью удовлетворена. Однако уже через 2 года стала обращать внимание на то, что, несмотря на достаточную продолжительность полового акта, у мужа не наступает эякуляция. Со своей стороны женщина отметила снижение остроты и чувства удовлетворения во время полового акта. Необходимость половой близости возникала все реже и реже, что заставило заподозрить в измене мужа.

По словам женщины, в половом акте перестало ощущаться тесное соприкосновение половых органов, нередко женщина не чувствовала момента *emissio penis*. Фрикции не вызывали прежнего уровня удовольствия. Ко всему присоединилась трихомонадная инвазия, доставлявшая женщине серьезный дискомфорт.

После лечения кольпита была предпринята операция ампутации шейки матки, передняя и задняя пластики с укреплением мышц тазового дна.

Во время операции было установлено, что внутренние ножки леваторов атрофичны, а слева – вообще разорваны. Укрепление тазового дна встретило существенные технические затруднения. Через 6 месяцев после восстановительной операции, со слов женщины, хотя и наступило некоторое улучшение в вос-

приятных во время половых сношений, тем не менее половое удовлетворение так и не достигло прежнего, бывшего до родов, уровня.

Через 4 года после пластической операции при осмотре больной преждему определялась недостаточность мышц тазового дна и опущение стенок влагалища.

Жалобы на половую анестезию сохранились.

Больная К. 29 лет, служащая, замужем более 10 лет, мать двоих детей. С самого начала супружеской жизни была сексуально слабо возбудимой, никогда не испытывала оргазма. После кратковременной любовной игры половой акт с мужем осуществляли в течение 5 минут в классическом положении, при этом была пассивной. Часто после полового акта отмечала боли в нижней части живота. Из-за нежелания возникновения повторной беременности последние годы использовали прерванный половой акт. При сексологическом обследовании у больной выявлена чувствительность половых органов, особенно клитора, однако их стимуляцию муж никогда не осуществлял.

Первым в психотерапевтическое отделение был госпитализирован муж больной в связи с возникновением неврастенических расстройств у психастенической личности. Во время проведения психотерапевтических сеансов установлено, что одной из основных причин возникновения нарушений является сексуальная дисгармония. Оба супруга избегали половой близости. Муж больной отличался скупостью в проявлении эмоций, считал, что половой акт приводит к истощению нервной системы. По этой причине супруги планировали проведение полового акта по определенным дням и часам, в определенных условиях.

Во время сеансов психотерапии с больным осуществлен анализ причин, послуживших возникновению невротических расстройств, проведена тренировка пациента в проявлении эмоций. Для проведения сексуальных занятий в конце курса лечения была привлечена супруга пациента

Д., математик, в возрасте 22 лет по любви вышла замуж. Муж старше на два года, инженер. До женитьбы пользовался успехом у женщин, отличаясь высокой потенцией. С начала семейной жизни к половой близости всегда оставалась совершенно равнодушной, не получая удовольствия от ласк или поцелуев, никогда не испытывая оргазм. Муж испытывал к ней значительное эмоциональное и половое влечение, зная о фригидности супруги. В семье трое детей. Совместно прожили 14 лет, муж погиб в автокатастрофе. Вторично замуж не вышла. Внебрачных связей не имеет. От своей фригидности не страдает. По характеру общительна, женственна, кокетлива; заботливая мать.

Нимфомания

Гиперсексуальность в клиническом проявлении характеризуется повышением полового влечения (гиперлибидомия), которое сочетается с повышенной способностью к повторным оргазмам (гиперпотенциями) или полным отсутствием таковых. Наиболее частыми причинами развития гиперсексуальности является маниакальное состояние при маниакально-депрессивном психозе, циркулярной шизофрении, истерии, патологиче-

ском климаксе, опухоли головного мозга и яичников. Гипертрофированное половое влечение носит навязчивый или сверхценный характер, реже имеет бредовую окраску. Циклическое повышение влечения при гипоталамическом синдроме проявляется чаще в дни, близкие к менструации. Больные часто меняют партнеров, занимаются длительной мастурбацией, обращаются за помощью с просьбой облегчить их состояние. Выглядят уставшими, измученными, истощенными.

Гиперсексуальность часто возникает после оперативных вмешательств с наркозом, обширных операциях на гениталиях, после внематочной беременности, после аборт, особенно связанных с обильным кровотечением. При патологической гиперсексуальности оргазм длится 1-2 и более часа и за 2-3 месяца женщины худеют на 8-15 кг. Иногда больные вызывают скорую помощь или же занимаются самолечением. Может развиваться жажда, дистермия – температура то 35°C, то повышается до 40°C.

Лечение. Психотропные препараты антипсихотического действия ухудшают состояние. Временно снижают приступы гиперсексуальности седуксен, элениум и другие транквилизаторы. При депрессивных состояниях назначают amitриптилин. Показано назначение дегидратационной терапии с последующим проведением хлорэтиловых блокад ромба Михалыса от 2-3 до 10-12 раз.

Вагинизм – судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, сжатие бедер, препятствующее выполнению полового акта. Вагинизм можно отнести к нарушению у женщин психической составляющей. В редких нелеченных случаях это заболевание является причиной виргогамии (девственного брака), длящейся несколько лет. Вагинизм возникает чаще у женщин с особенностями характера в виде мнительности, тревожности, аффективной лабильности, а также в случаях нерешительности и слабоволия партнера, при «идеальном» муже с тихим и покладистым характером. Судорожному сокращению мышц перед половым актом предшествует страх болей при дефлорации.

Различают три степени выраженности вагинизма:

Первая степень – реакция наступает при введении полового члена во влагалище.

Вторая степень – при прикосновении к половым органам или ожидания прикосновения к ним.

Третья степень – судорожное сокращение мышц наступает при одном только представлении о половом акте.

Различают также псевдовагинизм, когда невозможность совершения полового акта является результатом гинекологических заболеваний, а также коитофобии, развившейся на фоне психических расстройств.

Лечение. Основным методом лечения является гипносуггестивная терапия, рациональная и разъяснительная психотерапия. Ранее применялась дефлорация под наркозом или рассечение циркуляторных мышц. Не-

обходимо психотерапевтически работать с партнершей, т.к. она в данном случае является лидером по отношению к партнеру.

Назначают также транквилизирующие средства, водные процедуры и электропроцедуры, способствующие снижению повышенной нервной возбудимости.

Женский гомосексуализм (лесбийская любовь) является тяжелым нарушением психосексуального поведения. При этом часть людей тяжело страдают от своей болезни, другая часть людей (около 60%) считают это вполне нормальным явлением и, естественно, не желают лечиться. 3% женщин, страдающих гомосексуализмом, кончают жизнь самоубийством.

Каузальная терапия гомосексуализма практически не разработана, поэтому только лишь с разработкой биохимических методов определения гормонов в околоплодной жидкости возможно в скором времени удастся диагностировать инверсию полового влечения и применять соответствующие меры. На основании литературных данных лечения гомосексуализма различные методы, применяемые в наше время (пересадка желез одноименного пола, кастрация, электросудорожная терапия, коразоловые шокки), не влияют на направленность полового влечения. Применение психотерапевтических воздействий и длительного поэтапного перевоспитания в отдельных случаях оказывается положительным. Использование условно-рефлекторного метода с помощью апоморфина позволяет внушить безразличие пациента к гомосексуальным актам. С помощью этого метода удается первоначально выработать безразличие, а затем и отвращение к гомосексуальному партнерству. Кроме этого можно применять психотропные средства, в частности, аминазин, галоперидол, сенорм, меллерил. Применением в прошлом лобной лейкотомии не удалось добиться изменения направленности полового влечения.

Вопросы для закрепления материала к лекции № 6

1. Какова клиника аноргазмии?
2. Какие причины вызывают аноргазмию?
3. Какая клиническая картина фригидности?
4. Какие виды фригидности Вы знаете?
5. Каковы методы лечения аноргазмии и фригидности?
6. Что такое техника терапевтического воображения?
7. Какие медикаментозные средства применяются для лечения аноргазмии и фригидности?
8. Нимфомания является признаком гиперсексуальности или наличия психического заболевания?
9. Каковы методы лечения патологической гиперсексуальности женщин?
10. Какие степени вагинизма Вы знаете?

11. Что такое псевдовагинизм?
12. Каковы терапевтические приемы при лечении вагинизма?
13. Женский гомосексуализм является результатом нарушения психосексуального развития или это вполне нормальное явление?
14. Каковы попытки лечения лесбийской любви?

Половые извращения

Клиническая картина нарушений при половых извращениях очень разнообразна.

В первую очередь следует отметить возникновение **сексуальных перверзий**. Сексуальные перверзии – это болезненные нарушения полового влечения или способов его удовлетворения. Различают следующие их разновидности: нарциссизм, фетишизм, педофилию, гомосексуализм, а также садизм, мазохизм, эксгибиционизм, трансвестизм и др.

Нарциссизм (narcissismus – по греческой мифологии, юноша – Нарцисс, влюбившийся в свое отражение в воде и превратившийся в цветок нарцисса) – направленность полового влечения на самого себя, половая самовлюбленность, любование собственным обнаженным телом или его частями (чаще является составным компонентом других перверзий). Лица, страдающие нарциссизмом, любят отражение своего тела в зеркале, онанируя при этом, ласкают себя и даже фотографируют, а затем разглядывают снимок. При формировании нарциссизма важную роль играет изоляция ребенка от сверстников в раннем возрасте, когда возникает желание изучать собственное тело.

Фетишизм (от фр. fetichisme, fetiche – идол, предмет поклонения) – половое влечение к какому-либо предмету, вещи, принадлежавшей противоположному полу (нижнее белье, носовые платки, колготки, прядь волос). Половое удовлетворение достигается путем ощупывания, разглядывания, обоняния, прикладывания к половым органам этих вещей в сочетании с мастурбацией. Фетишисты часто крадут такие вещи, иногда покупают их в магазине. Фетишизм является наиболее распространенной формой перверзий и свойственен преимущественно мужчинам. Примером его может служить следующее наблюдение.

Испытуемый П., 32 лет, родился вторым ребенком в семье служащих. Из анамнеза известно, что в детстве болел ветряной оспой. До 12 лет страдал ночным недержанием мочи, с 5-6-го класса занимался онанизмом. Учился в школе удовлетворительно. Окончил 8 классов, затем мореходное училище. Получил специальность электрика. До призыва в армию и после демобилизации работал электриком на различных судах. Женат, имеет двоих детей. Спиртные напитки употреблял эпизодически, выпивая 200–300 г водки или 1-2 бутылки вина. Иногда не помнил событий, имевших место, когда был в состоянии опьянения. Опомлялся постоянно. Рвотный рефлекс сохраняется. В течение 2 лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «психопатия, сексуальные извращения в форме фетишизма и эксгибиционизма».

Из производственной характеристики: к работе относится добросовестно, задания выполняет, трудовую дисциплину не нарушает, ведет себя скромно, отношения с сослуживцами нормальные, принимает участие в спортивных меро-

приятных. Однако вне работы ведет себя по-хулигански: ходит и демонстрирует перед малолетними детьми половой орган. Из показаний этих детей известно, что он разговаривает с ними, трогает через трусики половые органы. Однажды попросил принести туфлю и носки какой-нибудь девочки, взял их, расстегнул брюки и на член надел вначале носок, потом туфлю.

Психическое состояние: сознание больного ясное, ориентировка всех видов сохранена; он хорошо вступает в контакт, в беседе ведет себя несколько сдержанно, последовательно сообщает амнестические сведения, даты основных событий прошлого; память, интеллект без грубых нарушений; ориентирован в основных общественно-политических событиях; эмоционально адекватен; признает все показания детей; рассказывая об оргазме при онанировании в их присутствии, краснеет, опускает глаза, говорит, что постоянно испытывает потребность в таком виде удовлетворения половых влечений, объясняет это отсутствием жены.

В третий раз привлекается к ответственности за подобное извращение. Оно проявляется в форме фетишизма в сочетании с эксгибиционизмом и не сопровождается психотической симптоматикой (бредом, галлюцинациями, расстройством сознания). Больной критически относится к своим противоправным поступкам.

Некрофилия (от гр. *nekrophilia*; *nekros* – мертвый, *philia* – влечение, любовь) – исключительно редкая разновидность фетишизма, при которой роль фетиша играет мертвое человеческое тело. Бывает у психически больных или у лиц с психопатологической наследственностью. Сочетаясь с садизмом, проявляется осквернением, надругательством над трупами, изредка – поеданием трупов. Некрофилы раскапывают свежие могилы, устраиваются работать в морги, в отдельных случаях совершают убийства.

Элементами некрофилии являются сексуальные действия со спящими или лицами, находящимися в бессознательном состоянии, а также повышенный интерес к умершим и кладбищам.

Эксcrementофилия – также разновидность фетишизма, где роль фетиша играют человеческие выделения (моча, кал, слюна, семенная жидкость). Половое возбуждение вызывается обнюхиванием, лизанием, проглатыванием выделений, обмазыванием ими, прикосновением к ним. Ярко выраженная эксcrementофилия может быть переходной формой некрофилии.

Педофилия (от гр. *paedophilia*; *paídos* – ребенок, *philia* – любовь) – половое влечение к малолетним детям. Патологической основой ее служат задержки психосексуального развития, затруднения в общении с лицами противоположного пола, различные сексуальные расстройства.

По данным зарубежных авторов, 24 % женщин в детстве служили объектом сексуальных манипуляций совратителей. Педофилия бывает среди подростков, 30-летних мужчин и даже пожилых людей. У подростков она развивается в том случае, если они из-за отсутствия сексуального и эмоционального развития не умеют общаться со сверстниками, ухаживать за ними. Среди 30-летних мужчин педофилия чаще всего встречается у

женатых, сексуально фрустрированных, боящихся отношений со взрослыми женщинами. Пожилые люди, обычно одинокие, импотентные, прибегают к общению с малолетними, чаще всего с девочками 6-11 лет, для стимуляции угасающей сексуальности. Сопутатели детей являются в основном их знакомыми, близкими или родственниками (члены семьи).

Педофилы в большинстве случаев не идут дальше ласк, шлепков по ягодицам, показа гениталий, порнографических картинок, эротических рассказов. Иногда дело доходит до вестибулярного коитуса. Лишь подростки-педофилы для удовлетворения половых влечений прибегают к угрозам, запугиванию, т. е. сочетают педофилию с садизмом, что, как правило, наносит детям увечья и даже приводит к их гибели.

Рассмотрим один из случаев педофилии.

Испытуемый, 27 лет, страдает перверзной психопатией со склонностью к эксгибиционизму и педофилии.

Из анамнеза: родился в крестьянской семье; раннее развитие без особенностей; травм головы с потерей сознания не было; образование высшее; служил в армии; женат, имеет дочь; временно не работает.

Со слов жены: был хорошим семьянином, много занимался с дочерью, по утрам обычно отлучался из дома минут на 50, якобы покупать периодическую печать или на прогулку.

Из рассказа больного: с юношеских лет занимался онанизмом; после женьбы эти занятия прекратил, из-за болезни жены около года не жил с ней половой жизнью; в этот период опять стал заниматься онанизмом, даже после половых актов с женой, так как полного удовлетворения с ней не получал; последнее время появилось желание осматривать девочек, дотрагиваться до их обнаженного тела, половых органов, при этом ощущал удовлетворение; девочкам представлялся работником спортивного общества, носил с собой блокнот, куда записывал их паспортные и физические данные; заходил к ним домой или на лестничных площадках ощупывал их груди, половые органы, при этом обнажал половой член, испытывая чувство оргазма, при необходимости оказывал на них психические воздействия, угрожал убийством. Однажды завел девочку в спальню, заставил ее раздеться, уложил на кровать, касался ее половых органов руками и совершил с ней насильственный половой акт.

Соматическое состояние: телосложение правильное, рост средний, костно-мышечный аппарат без особенностей, со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Психическое состояние: сознание ясное; контакт поддерживает по существу; ориентировка всех видов правильная; память сохранена; дает о себе необходимые сведения; критически оценивает свои поступки, сожалеет о случившемся; мышление последовательное, логичное; обманов восприятия и бреда не наблюдается. В данном примере приведены два вида половых извращений — педофилия и эксгибиционизм (см. далее). Испытуемый критично относится к своим болезненным переживаниям. Изменения психической сферы у него ограничиваются нарушением личностных характерологических свойств, не сопровождаются психотическими расстройствами.

Геронтофилия (от гр. gerontophilia; geron – старик, philia – любовь) – половое влечение к лицам пожилого и старческого возраста.

В генезе этой перверзии часто отражаются переживания детства. Так, в детских домах дети, лишенные ласки и влияния взрослых, в 26 % случаев (по данным В. Е. Коган, Д. Н. Исаева, 1979) с особой нежностью относятся к воспитателям, прижимаются, льнут к ним, говорят ласковые слова. Часто первая влюбленность, особенно у девушек, направлена на учителя, артиста и т. д.

Истинная геронтофилия проявляется сексуальными действиями по отношению к лицам пожилого возраста; к сверстникам же половое влечение отсутствует.

Геронтофилия может сочетаться с садистскими (избиение, унижение стариков) и мазохистскими (безвольное подчинение и унижение) актами.

Содомия (от гр. Sodomia, по названию древнего библейского города Содомы, разрушенного землетрясением, огненным дождем за грехи и крайнюю сексуальную распущенность жителей) – половое влечение к животным. Встречается преимущественно в животноводческих районах среди мужчин, лишенных возможности иметь половые контакты с противоположным полом (например, пастухи, конюхи). Перверзии в данном случае носят частичный, заместительный характер.

Объектами полового влечения могут служить козы, овцы, ослицы, кобылы, коровы, свиньи, иногда мелкие животные – гуси, кролики, кошки (в таких случаях содомия носит садистский характер). Среди женщин содомия встречается реже и сводится к орально-генитальным контактам.

Гомосексуализм (homosexualismus; от гр. homos – одинаковый+лат. sexus– пол) – половое влечение к лицам аналогичного пола. Влечение мужчины к мужчине называется педерастией (мужеложство), женщины к женщине – лесбианством. Предполагается, что основой для формирования этой патологии является нарушение корковой дифференциации мозга в эмбриональном периоде и, как следствие, искажение чувствительности гипоталамуса к гормональным воздействиям.

У гомосексуалов изменяется соотношение между содержанием в крови тестостерона и эстрогена. Установлено, что отягощенность по гомосексуализму больше обуславливается со стороны матери, а также поздним возрастом родителей (особенно матери) при рождении сына. Дальнейшее формирование гомосексуализма может подкрепляться влиянием микросоциальной среды (социальная изоляция, неправильное половое воспитание, гиперопека, соращение и т. д.).

Сексуальные действия у гомосексуалистов проявляются в виде взаимной мастурбации, орально-генитальных контактов, интрафеморального коитуса, мужеложства у мужчин (лат. Coitus per anum) и имитацией полового акта у женщин (лат. Tribadia interna).

Мужчины-гомосексуалисты отыскивают половых партнеров в общественных банях, туалетах, на железнодорожных вокзалах.

Различают пассивных и активных гомосексуалистов. При этом роли их могут легко меняться. У женщин в зависимости от возраста предпочитаемого объекта может быть половое влечение к девочкам, девушкам, старухам.

Садизм (от *sadismus*; назван по имени французского писателя маркиза де Сада, страдавшего этой патологией и описавшего ее в своих рассказах) – сексуальное возбуждение, которое возникает в ситуации неограниченной власти и господства над партнером, особенно при унижении его или причинении ему боли. В крайних вариантах садизма для полового удовлетворения у садиста возникает желание нанести жертве телесные повреждения или даже убить ее. При этом в отличие от аналогичных ситуаций при некрофилии особенное наслаждение доставляет вид агонизирующей жертвы.

Мазохизм (от гр. *masochismus*; назван по имени австрийского писателя Л.Захер-Мазоха, страдавшего этим заболеванием) – половое удовлетворение путем унижения со стороны партнера и боли, причиняемой им. Эта патология может выходить за рамки сексуальности и проявляться стремлением к зависимости от другого человека и тенденцией к самовнушению, самоуничижению. Мазохисты провоцируют неприязненное отношение к себе, осуждение и агрессию со стороны окружающих, к примеру, отказываются от награды, поощрений, дискредитируют себя в социальном плане. В связи с этим их иногда называют моральными мазохистами. Встречается и такая форма мазохизма, при которой человек упорно стремится подвергнуть себя хирургическим операциям. Иногда у одного человека могут сочетаться мазохизм и садизм (садомазохизм).

Эксгибиционизм (от лат. *exhibitio* – выставлять, показывать) – стремление к обнажению половых органов перед лицами противоположного пола. Элементы его могут проявляться уже у детей во взаимном обнажении и разглядывании гениталий. У подростков в случае снижения порога половой возбудимости и раннего сексуального развития эти действия сопровождаются половым возбуждением, а затем могут закрепляться оргазмом. Внезапное появление взрослых во время мастурбации может вызвать у подростка страх, стыд и необычно яркий оргазм. Подобные ситуации служат начальным толчком для окончательного формирования данной патологии.

Эксгибиционизм встречается преимущественно у мужчин и проявляется демонстрированием эрегированного полового члена в неожиданной обстановке, где присутствуют женщины. Испуг последних, замешательство и приносят удовлетворение эксгибиционистам. Поэтому они стремятся появиться внезапно из-за кустов, в подъезде, в освещенном окне, нередко выжидают подходящую ситуацию в поздний час на остановках городского транспорта, неожиданно появляясь в свете фонарей, иногда – в полупустых вагонах поездов, электричек, трамваев.

Транссексуализм (от лат. *transsexualism*, *trans* – приставка, означающая движение; *sexus* – пол) – нарушение полового самосознания. Проявляется стойким убеждением в своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное формирование половых органов и вторичных половых признаков. Субъективно при этом переживается ощущение чуждости собственного тела, отвращение к нему.

В генезе данной патологии ведущее место занимает нарушение половой дифференцировки мозговых структур, участвующих в реализации полового поведения, в частности гипоталамуса. Кроме того, определенную роль, возможно, играют различные экзогении, возникающие в пренатальном периоде, в том числе и употребление гормональных средств.

Формирование транссексуализма обычно завершается к 5-летнему возрасту, и никакие воспитательные меры не могут пресечь это. Уже в дошкольном возрасте дети официально стремятся сменить пол, одевают определенную одежду, в играх выбирают роли, способствующие этому. Максимального накала такое стремление достигает в период полового созревания: девушки туго бинтуют развивающиеся грудные железы, прикладывают к ним лед, юноши перевязывают и прочно фиксируют к промежности половой член, иногда даже решаются на самокастрацию.

Половое влечение у женщин-транссексуалов формируется к женщинам, у мужчин – к мужчинам.

Рассмотрим такой пример.

Испытуемый П., 24 лет, поступил в стационар на экспертизу.

Из анамнеза известно, что наследственность у него психопатологически не отягощена. Раннее развитие без особенностей. Окончил 10 классов, кулинарное училище. С 9-летнего возраста почувствовал душевную близость с девочками. Играл только с ними, увлекался куклами. С 14 лет стал испытывать половое влечение к мальчикам. Часто переодевался в женскую одежду, ходил в женский туалет, красил волосы, делал завивку. После окончания кулинарного училища работал поваром в речном порту, но вскоре ушел оттуда. Объяснял это тем, что было много поклонников, которые мешали работать. Устроился на работу водителем трамвая. Представлял себя женщиной, носил женскую одежду, говорил женским голосом. В 1980 году впервые самостоятельно обратился за советом к психиатру в связи с интенсивным влечением к лицам мужского пола и в последующем делал это неоднократно.

Соматическое состояние: рост 172 см, масса 64 кг; дыхание везикулярное; сердечные тоны чистые, ритмичные; молочные железы развиты незначительно, мужские половые органы развиты хорошо, оволосения по мужскому типу, наличия женских половых органов не обнаружено; данных, свидетельствующих о патологии эндокринной системы, не получено.

Психическое состояние: фон настроения снижен, эмоционально лабилен, сознание ясное; контакту доступен, ориентировка всех видов сохранена; говорит высоким голосом, не всегда от мужского лица, кокетничает, театрален, общителен, бредово-галлюцинаторных переживаний не обнаруживает, выражает желание быть женщиной («тогда, может быть, было бы больше пользы для государства: взял бы на воспитание ребенка»), откровенно рассказывает о своих связях с мужчинами, мечтает выйти замуж, утверждает, что к женщинам влечения не испытывает, правильно оценивает сложившуюся ситуацию.

Обследовался во Всесоюзном сексологическом центре, взят на очередь для анатомического изменения пола.

Данный больной обнаруживает психопатические черты личности, транс-сексуализм с явлениями трансвестизма, с суицидальными наклонностями, в связи с чем может быть проведена оперативная терапия с последующей гормональной коррекцией пола. В дальнейшем показана психологическая адаптация к новому паспортному полу, выработка соответствующих социальных установок.

Значительно реже, чем сексуальные перверзии, встречаются расстройства влечений в виде пироманий, суицидоманий и дромоманий.

Как видно из приведенного перечня сексуальных девиаций, разделение их на отдельные «виды» весьма условно и неоднозначно, а их «нозологическое» определение порой достаточно путано, симптоматично и нередко малоудовлетворительно с семантической точки зрения. Отнесения сексуальных предпочтений конкретного лица к тому или иному виду девиации затрудняется еще и тем, что у многих субъектов отмечается не только количественное сочетание отдельных симптомов разных девиаций, но и их тесное переплетение, взаимопроникновение и слияние в такие комплексы, которые не позволяют провести их однозначную идентификацию с известными видами нарушений сексуального поведения. Это положение усугубляется тем, что практически каждый «вид» сексуальной девиации помимо прочего может иметь еще и оттенок гетеро-, гомо- или бисексуальных предпочтений. В связи с этим более целесообразным и удобным в практическом отношении является не приспособление выявленных у обследуемого лица симптомов к существующим терминологическим категориям (и тем более не дальнейшее усложнение классификации сексуальных девиаций за счет изобретения новых терминов), а феноменологическое описание установленных в процессе обследования нарушений полового влечения.

Вопросы для закрепления материала к лекции № 7

1. Дайте клиническое определение половых извращений.
2. Что означает термин нарциссизм?
3. Какое клиническое определение фетишизма?
4. Являются ли разновидностью фетишизма некрофилия и эксcrementофилия?
5. В каких случаях у людей возникает педофилия?
6. Каковы признаки развития геронтофилии?
7. Почему возникает содомия?
8. Что способствует гомосексуальным наклонностям?
9. В связи с именами каких писателей возникли названия садизм и мазохизм?
10. Почему эксгибиционизм чаще осуществляется демонстрацией эрегированного полового члена в неожиданной ситуации?
11. Каково отличие транссексуализма от гомосексуализма?

Литература

1. Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В. Медицинская сексология.- Издательство Саратовского университета, 1990.-272 с.
2. Владин В. В., Капустин Д. З. Гармония брака.-Минск, 1981.-238 с.
3. Владин В. В., Капустин Д. З. Интимный мир семьи. Минск, 1983. 190 с.
4. Доморацкий В. А. Уровни психотерапевтического воздействия при коррекции психогенных сексуальных дисфункций. Москва, 2000, с. 326-327.
5. Имелинский К. Сексология и сексопатология.-Москва: Медицина, 1986.-424 с.
6. Кирпиченко А. А. Психиатрия: 3-е издан., переработанное и дополн.- Минск: Выш. Школа, 1996.-392с.
7. Кон И. С. Введение в сексологию.-Москва: Медицина, 1988.- 320 с.
8. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов.- Москва: Медицина, 1994.- 224с.
9. Кратохвил С. Терапия функциональных сексуальных расстройств. – Москва: Медицина, 1985.- 160 с.
10. Мильман Л. Я. Импотенция.-Л., Медицина, 1972. – 262 с.
11. Свядош А. М. Женская сексопатология: 3-е издание, перераб. и дополн. – Москва: Медицина, 1988. – 174 с.
12. Старович З. Судебная сексология. – Москва: Юридическая литература, 1991.- 334 с.
13. Фрейд З. Психология сексуальности. – Минск: Прамед, 1993. – 160 с.
14. Частная сексопатология. Руководство для врачей| под рук. Васильченко Г. С. – Москва, 1983. – Т. 1-2.
15. Stanway. A womans guide to men and sex Gulid Publishing, London,1988.

Учебное издание

**Кирпичеко Александр Андреевич
Кирпиченко Андрей Александрович**

ОСНОВЫ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ РАСТРОЙСТВ

Редактор Ю.Н. Деркач
Технический редактор И.А. Борисов

Подписано в печать 08.06.2001. Формат 60x84 1/16.
Бумага типографская №2. Компьютерный набор. Усл. печ. листов 3,37.
Заказ № 494. Тираж 400 экз.

Издательство Витебского государственного медицинского университета.
210602, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27. Лицензия ЛВ № 91 от 22.12.97 г.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном
медицинском университете.
210602, г. Витебск, пр. Фрунзе, 27. Лицензия ЛП № 326 от 05.01.99 г.