

ЧАСТНАЯ СЕКСО- ПАТОЛОГИЯ

Частная сексопатология: (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО — Т. 2.— М.: Медицина, 1983, 352 с., ил.

Г. С. Васильченко — профессор, руководитель Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии; авторский коллектив — сотрудники центра и специалисты Москвы, Ленинграда, Киева, Харькова, Ашхабада, Тбилиси, Горького, Куйбышева и Ставрополя.

Во втором томе руководства представлены расстройства психической, эрекционной, эякуляторной и генито-сегментарной составляющих копулятивного цикла, принципы их диагностики, и методы лечения при этих расстройствах. Подробно описаны брачный клиринг и его разновидности, семейно-сексуальные дисгармонии и методы их профилактики и лечебной коррекции.

Издание рассчитано на сексопатологов и специалистов смежных дисциплин: невропатологов, психиатров, эндокринологов, урологов, гинекологов.

В книге 19 рис., 10 табл., список литературы содержит 544 источника.

Рецензент: профессор А. М. Свядощ

3 ПСИХИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

Хотя функциональная активность психической составляющей копулятивного цикла в отличие от нейрогуморальной составляющей проявляется лишь по достижении половой зрелости, ее формирование начинается уже на ранних стадиях онтогенеза, лишь с незначительным отставанием следуя за формированием индивидуального сознания [239, с. 138—144]. Если нейрогуморальную составляющую можно уподобить силовой установке, питающей всю систему, то психическая составляющая выполняет роль распределительного пульта, от которого зависит, куда, когда и в какой форме будет направлена сексуальная энергия.

Феноменология расстройств психической составляющей в связи с этим неизмеримо разнообразнее: если диапазон нейрогуморальных синдромов определялся главным образом смазанностью или путаницей морфологических признаков пола и колебаниями уровня либидо, то симптомокомплексы расстройств психической составляющей имеют самые причудливые проявления — от влечения к представителям собственного пола до стремления выставить напоказ половые органы или производить сексуальные действия над трупами.

В психической составляющей сходятся, как в фокусе, симптомокомплексы поражений всех составляющих; при этом каждый симптомокомплекс подвергается своеобразному, подчас парадоксальному преломлению, когда самые прогностически грозные симптомы приобретают положительную эмоциональную окраску, а проявления сильной половой конституции, сочетаясь со свидетельствами влюбленности, порождают тяжелые аффективные переживания, которые могут нанести глубокий ущерб личности больного.

Психическая составляющая, будучи психофизиологическим субстратом осознания сексологических феноменов и преломляя всю специфику поведенческих и вегетативных проявлений в субъективном плане, определяет в конечном счете целостную реакцию личности на реализацию одного из важнейших аспектов биосоциального взаимодействия индивидуума со всеми, пользуясь социально-психологическим термином, *значимыми другими*. В сказанном нет ни преувеличения, ни парадокса — при всей интимности сексуальных проявлений любое действие влюбленных совершается под неусыпным наблюдением так называемой референтной группы социально значимых других, составленной к тому же не только из их

современников, но и из многих предшествующих поколений, определивших, что и как надлежит делать и чего и как не следует делать при интимном сближении. Носителями такого контроля являются сами влюбленные, а его инструментом — чувство стыда [332]. В условиях современной цивилизации акт дефекации и сексуальные действия принято совершать скрытно, а прием пищи в присутствии других людей не только не считается постыдным, но, напротив, имеет оттенок праздничности. Однако существуют островные цивилизации, в которых публичная дефекация или любые сексуальные действия не считаются нарушением приличий, а прием пищи в присутствии посторонних считается глубоко безнравственным, свидетельствующим о крайней моральной и интеллектуальной дефектности субъекта.

По выражению Ж.-М. Гюйо, «стыд цивилизовал любовь», хотя чувство стыда выходит за рамки только сексуального поведения. В ходе исторического развития устанавливается определенная для данного человеческого сообщества система норм, которые каждый считает для себя обязательными. Нарушение этих норм вызывает возмущение и презрение не только у окружающих, но и у самого нарушителя, который как бы становится внутренним свидетелем и судьей своих поступков. Ставится под удар его чувство собственного достоинства, страдающее от предполагаемого осуждения другими людьми (значимыми другими), незримо, но властно определяющими его честь и самоуважение. Значительную роль в формировании всего нравственного кодекса, в том числе норм сексуального поведения, играли религия и наука. По мере утраты церковью влияния на сознание людей и с возрастанием роли научного знания половая мораль формируется преимущественно на рациональном естественнонаучном и социально-психологическом фундаменте. Ее определяют психоигиеническая целесообразность и соображения максимального обеспечения физического и духовного здоровья, благополучия и счастья людей.

В ходе исторического развития изменяются биологические потребности человека по линии их все большей социализации [136], и это сказывается в неуклонном освобождении половой морали от влияния церкви [364, 379].

Понимание условного характера норм половой морали и постепенное ослабление установленных церковью психоигиенически необоснованных запретов, обусловленных идеализацией аскетизма, нашли отражение в определении экспертами ВОЗ *концепции здоровой половой жизни* [238]:

«1. Способность наслаждаться половой жизнью, иметь детей и контролировать свое поведение в соответствии с общественной и личной этикой. 2. Свобода от страха, стыда, чувства вины и предрассудков, а также прочих психологических факторов, подавляющих половые реакции и мешающих половым отношениям. 3. Отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, ограничивающих функции пола и репродуктивную функцию».

3.1. БРАЧНЫЙ КЛИРИНГ И ЕГО РАЗНОВИДНОСТИ

Одной из важных проблем сексологии является психобиологическое несоответствие партнеров. Его недооценка сказывается практическими потерями демографического, экономического, социально-психологического планов и отягощает сексопатологию (поскольку ключевым этиологическим фактором сексуальных расстройств чаще всего становится несоответствие партнеров). В индивидуальном плане это начинается, как в рассказе В. Шукшина «Жена мужа в Париж провожала», с осознания супругами того, «что они напрочь чужие друг другу люди», а заканчивается трагедиями, выходящими далеко за индивидуальные рамки. По подсчетам Г. И. Наана на основании официальных статистических отчетов [223], число разводов в 1973 г. по сравнению с 1965 г. увеличилось на 59%, а по сравнению с 1913 г. — в 65 раз. Официально расторгается почти каждый третий брак. Это можно понять: брак модели 1913 г. был ориентирован не на любовь к супругу (супруге), а на любовь к супружеству. В дальнейшем экономическая независимость женщины и улучшение жизненных стандартов повысили значение межличностной совместимости — взаимные требования к брачным партнерам возросли, а с ними возросла и неудовлетворенность брачными союзами, построенными без учета этих требований.

Трагедия, изображенная в рассказе В. Шукшина, — трагедия фрустрированных экспектаций [4], порождающих взаимную ненависть супругов (Колька «за что-то жестоко мстит жене», хотя он обаятельный парень и «это очень на него непохоже», а Валентина клеймит его «куркулем», хотя знает, что все Паратовы — бедняки в прошлом и первыми вошли в колхоз). Финал рассказа — один из вариантов мифа об андрогинах (разгневанные боги не могли придумать наказания безжалостнее, чем разделить гармоничные человеческие существа на две части — мужскую и женскую, разбросав их по лицу земли и наделив стремлением друг к другу. Влекомые любовью, они находят не свою, а чужую половину, и в этом извечная кара, наложенная на человечество обитателями Олимпа).

Разработка путей наибольшего соответствия потребностям двух участников поиска с целью обеспечения оптимального обоюдывыгодного союза лежит в основе теории и практики *клиринга* (от англ. clear — ясный, чистый, свободный). Все виды клиринга, составляющие основу любой биржевой и маклерской деятельности (в том числе по обмену жилья, предметов коллекционирования, комплектованию кадров или подбору женихов и невест), имеют прежде всего информационную природу [100]. Клиринговый подход к отысканию подходящего брачного партнера на основе формализованных показателей отнюдь не революционный — все способы исходят из того же принципа. В самом деле, любовь с первого взгляда — это соотнесение двух образцов (ожидаемого и наличного) с преобладанием неинформированности. Знакомство на работе — соотнесение двух объектов

при неполной информации. Сватовство — соотнесение объектов при определяемой интересами маклера (свахи) дезинформации. И, наконец, брачный клиринг, опирающийся на достижения теории информации, социальной психологии и сексологии — соотнесение двух объектов на основе обоюдной информации, полнота которой определяется методологически продуманным отбором максимального объема дескрипторов, наиболее существенных для стабильности брачного союза.

3.1.1. КОНЦЕПЦИЯ ПЯТИ БРАЧНЫХ ФАКТОРОВ

Социальный заказ, возложенный на сексопатолога обществом, не может сводиться к решению чисто медицинских задач. Любое сексуальное проявление вплоть до самых элементарных (эрекция и эякуляция) адекватно реализуется только в рамках межличностного взаимодействия, традиционной формой которого является брачный союз. Являясь продуктом длительного исторического развития, брак постоянно эволюционирует, и сексопатолог обязан учитывать весь исторический и социально-психологический контекст своего времени, ибо каждый этап развития общества, моделируя сознание и самосознание всех его членов, определяет и структуру семьи, и ее функции, в том числе — систему половых ролей, половой диморфизм путей социализации, критерии брачного подбора и основные модели взаимной адаптации супругов. Без знания многообразных функций брачного союза сексопатолог не может эффективно воздействовать даже на самые парциальные симптоматические отклонения [59, 50, 212].

Рассматривая различные виды клиринга, Г. Г. Воробьев противопоставляет жилищный обмен как относительно простой клиринг (поскольку участники хорошо знают, что они имеют и чего хотят) брачному клирингу как намного более сложному, так как здесь «участники не только не могут выразить свою потребность, но зачастую не знают ее» [100]. Как выразился И. С. Кон, мужчина, мечтающий о стройной темпераментной брюнетке, глубоко понимающей музыку и свободно владеющей французским языком, может жениться на флегматичной блондинке рубенсовских пропорций с незаконченным средним образованием и без намека на какие бы то ни было музыкальные задатки, которая заботится о нем, как о ребенке, и не устает восхищаться его истинными и одной лишь ею распознанными достоинствами и достижениями [167]. Если отыскивать брачного партнера трудно даже практически здоровым и достаточно общительным людям со зрелой психикой, то эти сложности возрастают у лиц с пониженной коммуникабельностью, акцентуациями характера, комплексами неполноценности и т. п.

Для диагностической оценки сложившихся и зарегистрированных, но переживающих кризисы брачных союзов, для облегчения выбора партнера упомянутыми лицами, а также для прогнозирования отношений сложилась концепция о пяти основных брачных факторах [83]. Концепция основывается на исходном положении о по-

лифункциональности брачного союза, призванного объединять материально-экономические, культурные и сексуальные потребности партнеров в условиях тесного и длительного контакта. Из соображений моделирования условно принимается, что структура общего брачного потенциала составляется из физического, материального, культурного, сексуального и психологического факторов. По каждому фактору имеет значение не только обладание определенными положительными качествами, но и соответствие этих качеств ожиданиям (экспектациям) партнера.

Физический фактор (ФФ) имеет сугубо интуитивный характер: вне зависимости от половой принадлежности один человек вызывает у другого безотчетную симпатию или антипатию. Эта индивидуальная и глубоко личностная реакция определяется всем физическим обликом (особое значение имеет лицо), тембром голоса, манерой поведения, речи, мимикой, жестикulyацией, манерой одеваться, наконец запахом, свойственным данному человеку. Определяясь на первых же этапах общения, ФФ отличается исключительной устойчивостью и, как правило, сохраняет свою положительную или отрицательную окраску в ходе длительного общения, подвергаясь лишь незначительным модификациям (усиление симпатии, выработка большей терпимости или, наоборот, обострение непереносимости). У всех людей независимо от возраста он тесно спаян с сексуальным фактором [419], однако у молодых людей это влияние выражено ярче, а с возрастом в случаях увеличения роли культурного фактора проявляет некоторую тенденцию подчиняться последнему.

Материальный фактор (МФ) определяется соотношением вклада партнера в общий материальный статус семьи и соответствием этого вклада ожиданиям и требованиям другого партнера. Соответствие может быть высоким как при больших требованиях и их удовлетворении, так и при незначительном вкладе и небольших требованиях. Таким образом, МФ в значительной мере определяется его местом в ряду ценностных ориентаций личности, что ярко выступает в том же рассказе В. Шукшина, где различия между материальными и культурными устремлениями супругов образовали первую трещину, которая затем катастрофически расширялась вплоть до трагической развязки.

Культурный фактор (КФ) определяется соотношением интеллектуально-культурных запросов супругов. Выраженность этого фактора весьма изменчива на протяжении жизни даже у одной пары.

Сексуальный фактор (СФ) определяется соответствием реальной программы интимной близости каждого из партнеров сексуальным ожиданиям другого. Этот фактор подвержен многим влияниям, в том числе возраста и состояния здоровья, с которыми он и должен прежде всего соотноситься. Модели мужской и женской сексуальности не тождественны как в качественном (например, различия эрогенных зон), так и в возрастном плане. Если тенденцией мужской сексуальности является стереотипизация половой активности после 30 лет, то тенденция женской сексуальности проявляется в повышении запросов к этому же возрасту. СФ может оказывать мощное

модулирующее влияние на ФФ, чаще в виде обострения предсуществовавших неосознанных или подавляющихся психологических установок (у Каренина всегда были некрасивые, оттопыренные уши, и Анна не могла этого не видеть, однако она четко это осознала только после того, как полностью определились ее отношения с Вронским).

Все рассмотренные выше факторы тесно спаяны друг с другом, что иллюстрируется таким показателем, как косметика. Она обычно рассматривается как один из основных индикаторов ФФ, причем нередко забывают о достаточно выраженных его корреляциях с КФ и СФ. Обычно чем больше косметики, тем ниже образовательный индекс и культурный уровень. В сексуальном плане независимо от капризов моды во все времена определенный класс мужчин стойко держался убеждения, что, кроме минимального гигиенического набора (зубная паста, мыло и т. п.), истинная красавица ни в чем, тем более в бутафории, не нуждается, поскольку у нее «все свое и все настоящее». Однако при всех этих корреляциях *психологический фактор* (ПФ) занимает особое положение. Этот фактор — коллектор, на котором фокусируются все другие, и в то же время именно он определяет единство и целостность человеческого поведения. В общей структуре брачного взаимодействия ПФ подразумевает соотношение личностных особенностей обоих супругов, прежде всего их характеров и ролевых притязаний.

Каждый из пяти факторов в различных браках характеризуется различной относительной величиной и может приобретать разную направленность. Взаимодействуя, эти факторы интегрируются в общую результирующую, обозначаемую как *брачный потенциал*. Полученные по разработанной для этого тестовой методике данные подсчитываются по специальной формуле [271]. Если большинство факторов имеют положительную (центростремительную) направленность и способствуют укреплению (уплотнению) союза, то брачный потенциал характеризуется положительным индексом, если преобладают факторы отрицательные (центробежные), направленные на разрыхление и распад союза, то брачный потенциал имеет отрицательный индекс.

Формирование оптимального супружества происходит постепенно — от очарования первой влюбленности через цепь преодоленных разочарований (создаваемых мелочами повседневного быта) к принятию реального партнера со всеми его достоинствами и недостатками. Только четкая ориентация в межличностных взаимодействиях супругов и правильная оценка соотношения всех парциальных сил взаимного притяжения и отталкивания помогут сексопатологу отграничить конфликтные зоны, отличающиеся максимальной аффективной напряженностью, от неиспользуемых индивидуальных психологических резервов, при опоре на которые возможно построение результативной лечебно-реабилитационной тактики. В конечном исходе подавляющего большинства сексуальных расстройств особо важное значение приобретает диагностика функционального состояния психической составляющей.

3.2. ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Как показал М. М. Кабанов, в соответствии с четко вырисовывающимся антропоцентризмом всей науки нашего времени прежняя зооцентрическая направленность психиатрии все больше уступает направленности нормо-, антропо- и социоцентрической со смещением внимания исследователей на проблемы пограничных расстройств и экстремальных состояний. «Малая психиатрия», изучающая неврозы, психопатии и личностные акцентуации, и «большая психиатрия», занимающаяся в основном психозами, теперь как бы меняются местами — «малая» становится по своему значению «большой» [150]. Та же тенденция существует и в сексопатологии: по годовым отчетам, присланным во Всесоюзный научно-методический центр по вопросам сексопатологии сексопатологами различных учреждений, первое место по частоте неизменно занимают расстройства психической составляющей, а среди них, так же как и при поражении других составляющих копулятивного цикла, преобладают не «большие» формы (интерсексуальные состояния, заболевания со спинномозговой топикой и т. п.), а синдромы «малой» сексопатологии (задержки и дисгармонии пубертатного развития, нарушения, обусловленные акцентуациями характера, общими и системными неврозами, мнимые сексуальные расстройства и семейные дисгармонии).

Симптомы расстройств психической составляющей копулятивного цикла выявляются при общем сексологическом обследовании [239, с. 252—328 и 361—371; 240; 242], а их синдромологическая характеристика осуществляется в ходе структурного анализа [239, с. 392—416; 79]. Однако, например, для распознавания клинических вариантов семейных дисгармоний, а также для проведения эффективной реабилитационной программы приходится использовать дополнительные психологические методы, позволяющие выявить особенности структуры личности и характер межличностных отношений.

В ходе обследования больного, независимо от его пола и помимо установления синдромологической структуры расстройства, для оценки функционального состояния психической составляющей сексопатолог должен найти ответы на следующие вопросы.

1. Является ли обследуемый единственным лицом, озабоченным своими сексологическими проявлениями? Если нет, то кто кроме него (муж или жена, родственники и др.) осведомлен об этом?

2. Какие мотивы или особенности системы ценностных ориентаций каждого из супругов провоцируют конфликты и поддерживают нарушение взаимоотношений, если исключить чисто сексологические и психопатологические проявления? Как возникают, развиваются и чем заканчиваются конфликты?

3. Что предпринимал каждый из супругов для налаживания отношений?

4. Существует ли у каждого из них желание сохранить отношения, улучшить их и ради этого пойти на определенный компромисс?

5. Каковы объем и значение непоправимо разрушенных взаимоотношений и какие личностные особенности супругов не использовались для восстановления семейного равновесия?

Для получения ответов на эти вопросы сексопатолог должен не только знать основы психологии, но и владеть определенными психологическими приемами и методами, выходящими за рамки доверительных бесед. Для сексологического обследования пары необходимы психологические методы, позволяющие распознать характер межличностного супружеского взаимодействия и понять, к какому типу относится *стиль супружеских взаимоотношений* [217] в данной паре. Наиболее адекватны в этом плане многоаспектная методика Т. Лпри [см. 239, с. 317—328] и анкетная методика З. А. Янковой — «стабильность брака» (СБ). Врач получает представление о том, насколько супруги ориентированы на товарищескую модель брака, насколько в семье развиты различные формы эмоциональной поддержки, какие сферы супружеского взаимодействия конфликтны, несогласованы и требуют коррекции [336, 220, 221].

В последнее время многие исследователи [478, 335] подчеркивают, что из всех функций семьи на первый план выдвигается особая, так называемая *терапевтическая функция*, сущность которой заключается в том, что каждый из супругов является для другого психотерапевтом, оказывая постоянную психологическую и эмоциональную поддержку. Адекватное выполнение этой функции как мужем, так и женой теснее всего коррелирует с удовлетворенностью браком и с его стабильностью. В терапевтической функции выделяют два аспекта: первый связан с умением каждого из супругов поддерживать у другого высокую положительную самооценку, положительное представление о себе, а второй — с тем, что каждый помогает другому формулировать его собственные идеи и цели, быть своеобразным резонатором, помогает ему оценить его мысли в связи с тем или иным явлением. Распадаются именно те браки, где способность супругов играть названные роли минимальна и она либо не используется, либо используется в недостаточной степени. По нашему опыту, среди супругов, которые обращаются за помощью к врачу, очень часто первостепенное значение имеют именно эти проблемы, но супруги не всегда это осознают. Выполнение названных задач взаимной межличностной поддержки в браке коррелирует с типами общей эмоциональной направленности. Как показал Б. И. Додонов [135], люди различаются не только по эмоциональному отношению к одним и тем же явлениям действительности, но и по-разному относятся к своим эмоциям, т. е. более или менее осознанно стремятся к совершенно различным эмоциональным состояниям: *альтруистический* тип (радость, когда удается сделать что-то хорошее для людей, и обида, когда они платят неблагодарностью), *практический* тип (душевный подъем, когда работа идет хорошо, и раздражение, когда она плохо ладится), *гностический* тип (горячий интерес при познании нового и страдание при неудовлетворяемой жажде познания), *эстетический*

тип (своеобразное сладкое «томительное» чувство, возникающее при восприятии природы, музыки, вообще чего-либо прекрасного, и неудовлетворенность из-за отсутствия такой красоты), *гедонистический* тип (веселье, беззаботность, хорошее физическое самочувствие, наслаждение вкусной едой, покоем, безопасностью, безмятежностью или беспричинная тоска и апатия). Если допустить, как это делает Г. М. Андреева [4], что во многих сферах ценностей индивид нуждается в социальной поддержке своих мнений и установок, то соглашающийся с ним другой человек служит для него вознаграждением.

Таким образом, два человека с аналогичными типами эмоциональной направленности могут представлять друг для друга вознаграждение просто выражением своих ценностей.

Основную часть психологической информации врач получает в процессе доверительных бесед с каждым из супругов. В случаях преобладания межличностной дисгармонии для более тщательного исследования (структуры личности, сферы мотиваций и др.) применяют специальные тестовые методики.

Из испытанных психологических тестов прежде всего следует назвать тест многостороннего исследования личности (ММРІ). Сексопатолог, несомненно, должен уметь читать и интерпретировать соответствующие шкалы и профили теста [Л. Н. Собчик, 1971; Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976]. Так, врача часто посещают пары, в которых у одного из супругов отмечаются склонности к образованию сверхценных идей, аффективная ригидность и эгоцентризм, что сопровождается высокими баллами по 6-й шкале теста ММРІ. Вследствие этих личностных особенностей затруднены понимание внутреннего мира другого человека и установки на доверительные контакты. В другой группе (в тесте ММРІ у них повышена 3-я шкала — «шкала истерии») супруги, играя роли «любящей жены», «заботливой матери (отца)», на самом деле остаются равнодушными к близким, упиваются ощущением своей исключительности и заняты в основном поисками недостатков у других членов семьи, чувствуя себя обиженными и непонятыми. Третья категория, характеризуемая у мужчин высокими баллами по 5-й шкале ММРІ, а у женщин — низкими баллами по той же шкале, отличается высокой сенситивностью и постоянным чувством собственной незащищенности. В первом отечественном пособии по методике ММРІ, подготовленном Л. Н. Собчик (1971), отмечались достоинства метода — возможность идентификации синдрома, выявление особенностей структуры личности. При точном соблюдении инструкции у разных экспериментаторов получаются идентичные профили для одного и того же обследуемого.

Поскольку сексопатолог чаще сталкивается не с психической патологией, а с индивидуальными особенностями личности, предпочтительны методы, приближенные к норме и «высокочувствительные» к проявлениям личностного своеобразия. В большей степени этим требованиям отвечает методика всестороннего обследования личности (ВОЛ), основанная на опроснике ММРІ, адаптированном в Ле-

нипградском психоневрологическом НИИ им. В. М. Бехтерева к пограничной патологии (возможно ее использование и у здоровых лиц). Дополнительные (кроме 12 клинических) шкалы, около 20 из которых разработаны автором ВОЛ, позволяют оценивать физический статус, мотивации, отношение к жизни, себе, обществу, образ действий, а также зрелость и устойчивость психики (Г. Г. Воробьев, 1975). В Научном совете АН СССР по кибернетике собран банк данных тестирования, насчитывающий более 2000 «психологических портретов», на основе которых уточняются нормативы.

Отечественная модификация методики Лири [80] подверглась дальнейшему усовершенствованию [271], что позволило дополнительно определять стабильность личности, программу отношений, обоюдную осведомленность, психическую удовлетворенность и на этой основе оценивать психологическую силу союза.

При использовании теста Розенцвейга [499, 28] можно прогнозировать реакцию индивида в фрустрирующей ситуации, устанавливать направленность этой реакции и ее тип, а также индекс общей адаптированности.

Как свидетельствует опыт работы с сексологическими больными, нет и не может быть универсального метода, позволяющего сексопатологу устанавливать интересующие его психологические параметры. Как в диагностическом плане, так и для разработки тактики эффективной психотерапии супружеских пар необходимо на основе промежуточных данных первичного обследования подбирать адекватные для каждой пары методы и тесты, часто группирующиеся в так называемые батареи тестов [122].

Упомянутые методики можно дополнить приемами аппаратного исследования с использованием так называемых *гомеостатов* [234, 237]. Принципиальной схемой большинства этих устройств явился классический мост Уинстона, преобразованный во взаимосвязанную биотехническую систему, в которой обследуемые, воздействуя с помощью рукояток управления на стрелочные индикаторы, как собственные, так и партнера, добиваются согласованных решений. На контрольном пульте экспериментатора в современных гомеостатах, кроме индикации согласованности, регистрируются такие психофизиологические показатели, как ЭЭГ, частота пульса (по ЭКГ), амплитуда и ритм дыхательных движений, кожно-гальваническая реакция. В отличие от танцев, этой древней гомеостатической системы, использовавшейся на протяжении многих столетий для прикидки сенсомоторной и ритмической резонантности мужчины и женщины, современные устройства позволяют оценивать различные компоненты цепи фактор — организм — ситуация — личность, квантифицируя взаимодействия психических процессов, функций, состояний и свойств личности.

Сближение произвольных психофизиологических проявлений при повторных испытаниях [234, § 5 на с. 443—444 и рис. 1 на с. 445] свидетельствует о возможности использования гомеостатов не только как диагностического средства, но и как тренажера.

3.2.1. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

При проведении лечебно-реабилитационных мероприятий очень важно проинформировать каждого из супругов о специфических, присущих только его партнеру личностных особенностях, которые сексопатолог выявляет в процессе обследования. Используя данные тестов, сексопатологи обнаружили удивительный факт: в большей части пар, обращающихся за сексологической помощью, у супругов имеется своеобразная «психическая скотома», которая мешает им «разглядеть» те или иные личностные качества партнера, или даже при их осознании не позволяет учитывать эти качества в стратегии своего поведения, что порождает напряженность в отношениях. Врач должен определить, по какому из двух возможных принципов строится брачное взаимодействие супругов. Древнегреческий философ Сократ считал, что целое может быть организовано либо по принципу «золото», либо по принципу «лицо». В первом случае части отличаются друг от друга и от целого только количественно (ибо любая часть золота остается золотом), во втором случае — качественно (рот — это еще не лицо, и нос — тоже еще не лицо и т. д.). Иначе говоря, «лицо» не может быть тождественно ни с одной из своих частей, ни к одной из них не может быть сведено. Стратегия типа «золото» состоит в том, что у каждого из супругов имеется некий идеал спутника жизни, и он пытается системой различных воздействий на другого подогнать, довести его до этого идеала. В случае стратегии «лицо» за другим партнером признается право на индивидуальность, непохожесть на других, и именно это в основном вызывает и поддерживает эмоции удивления, восхищения, любви. Определение стратегии взаимодействия помогает лучше ориентироваться в стиле супружеских отношений.

Часто оказывается, что сексуальное расстройство или сексуальная дисгармония является побочным эффектом чисто психологического разлада, а субъективно супруги считают сексуальное расстройство основным. В подобных случаях цель первого этапа реабилитации — адаптация супругов к личностным особенностям друг друга и одновременно «довоспитание» каждого из них, помощь в освоении ими более продуктивных форм и способов общения, более перспективных моделей взаимоотношений. Каждый новый этап супружеской жизни требует новых взаимоотношений, принятия на себя новых ролей, развития новых качеств [277]. Достижение взаимной адаптации супругов предполагает не только выявление инфантильных или невежественных установок, связанных с сексуальной сферой, но и помощь в преодолении неизбежных кризисных ситуаций, обучение искусству продуктивных выходов из конфликтов, искусству коммуникации. В подобных случаях конкретной задачей становится обучение принципам «конструктивной ссоры» [123], то есть ссоры, при которой прежде всего не затрагивается самолюбие (по принципу «осуждайте грех, но любите грешника»).

Общим знаменателем подавляющего большинства дисгармоний, приводящих супругов в кабинет сексопатолога, является неадекватность «значимых других» в сенситивные, ключевые периоды развития, поэтому в ряде случаев брать на себя функции этих значимых других приходится сексопатологу. При психологическом анализе необходимо получить ответ на самый важный вопрос: как возникли те или иные установки и психологические барьеры, которые мешают совместной жизни супругов? В некоторых случаях это определяется акцентуацией характера (у истериков, например, часто наблюдается стремление к самоидеализации), в других выявляются сексуальная неграмотность или отсутствие культуры общения, дискommunikативность личности или же, при отсутствии моделей и установок более высокого уровня (характерно для подростковой субкультуры), актуализируются установки более низкого уровня (на подчеркнутую мотивацию самоутверждения) и другие защитные мотивации, более ригидные, и поэтому поведение оказывается примитивным и шаблонным. В подобных случаях сексопатологу необходимо выбрать наиболее соответствующий особенностям пациента стиль коммуникации и обучить этой тактике сначала партнера, а затем и пациента.

Сексопатолог должен понимать, что к уникальной межличностной связи, обозначаемой словом «любовь», ведет только одна, обычно сложная, узкая и незаметная тропинка. Большинство исхоженных дорог, по которым идут многие супруги, чаще ведут совершенно в другую сторону. Анализ супружеских отношений, в том числе поведенческих *интеракций* [4], должен помочь сначала врачу, а потом и пациенту отыскать тот отрезок жизненного пути, на котором произошел неверный поворот и был выбран неверный ориентир. В некоторых случаях такой ориентир выбирается еще до брака, иногда ориентиры супругов несовместимы. Известно [270], что мужчины, потерпевшие «сексуальное фиаско» и придавшие этому факту непомерно большое значение, нередко выбирают в жены женщин фригидных, страдающих комплексом неполноценности или косметическими дефектами; признавая себя людьми как бы второго сорта, такие мужчины стремятся подобрать таких же (с их точки зрения) партнерш. Браки, заключенные на основании таких рассудочных и в то же время невротических механизмов, имеют очень мало шансов на устойчивость, поскольку нет установки на эмоциональную близость и любовь.

Использование данных психологических методик и тестов позволяет сексопатологу более глубоко и тонко разобраться в патогенетических механизмах расстройств, имеющих социально-психологическую природу. Роль психолога — вместе с врачом помочь пациенту разобраться в том, почему оказался утраченным естественный баланс взаимоотношений между супругами, какие значимые психологические потребности (чаще всего потребность в высокой положительной оценке) не получают удовлетворения и оказываются фрустрированными (вследствие чего один из супругов чувствует себя в браке несчастным, обманутым). На семейные отношения часто механически переносятся формы общения, пригодные для взаимоотно-

шений в другой сфере, скажем, на производстве (типа начальник — подчиненный), но для любящих супругов слишком формальные, стереотипные и не учитывающие специфику внутреннего мира, переживаний другого. В этих случаях оказывается утерянной (или не возникает вообще) установка на постоянную психологическую поддержку друг друга.

3.3. ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

В отличие от нейрогуморальных синдромов, в лечении которых преобладают медикаментозные средства, при расстройствах психической составляющей в качестве основного терапевтического метода используют различные виды психотерапии. Однако психотерапия сексологических больных, вследствие особой значимости и принципиальных особенностей половой сферы, не ограничивается применением отдельных методик (типа гипнотерапии, аутогенной тренировки и т. п.), а образует основу лечебно-реабилитационного комплекса. Характеристика принципиальных особенностей этого комплекса облегчается тем обстоятельством, что изложенный в пропедевтической части краткий очерк [239; с. 438—445] в настоящее время может опереться на широко освещенные в печати данные ленинградских исследователей по проблемам реабилитации [220, 149, 217, 151, 224, 159, 152 и др.]. В свою очередь их концепция опирается на понимание личности как системы отношений с окружающей действительностью по В. Н. Мясищеву, понятие об интериоризации психических процессов Л. С. Выготского, педагогические идеи А. С. Макаренки, принципы психагогики С. И. Консторума, а также на системный подход. «Развитие медицины в эпоху научно-технической революции: все большее проникновение в нее идей гуманизма, в частности, как реакция на техпизацию, расширение эволюционно-экологических исследований, становление реабилитационного направления — породило потребность замены ее парадигмы¹. Новая парадигма включает в себя в первую очередь системный стиль мышления. Образцом системного стиля мышления в медицине может служить реабилитационный подход» [152].

Вся концепция основывается на том, что чисто биологическая модель болезни, по сути дела редукционистская, сменяется «смешанной» моделью, где биологическое и социальное (точнее психо-социальное) дополняют друг друга, переплетаясь на разных этапах течения заболевания [151]. При этом именно в личности человека сочетаются биологическое и социальное начала. Понятие *реабилитация* шире понятия *лечение* — она ставит своей целью не только из-

¹ Парадигма — принятый в научных кругах образец деятельности по решению исследовательских задач.

бавление от страданий, но и восстановление (а также/сохранение) личностного и социального статуса больного, его положения в собственных глазах и глазах окружающих [152]. Реабилитация и лечение представляют единый процесс, но лечение преимущественно направлено на болезнь, а реабилитация — на человека в целом [159]. Современное понятие *реабилитация* определяется М. М. Кабановым как динамическая система взаимосвязанных компонентов (медицинских, психологических и социальных), направленная на достижение конечной цели (восстановление статуса личности) особым методом, стержневым содержанием которого является обращение (апелляция) к личности больного. «В связи с таким пониманием реабилитации лечение должно быть направлено не только на ликвидацию болезненных проявлений, но и на выработку у пациента качеств, помогающих его возможно оптимальному приспособлению к окружающей среде. Отсюда следует, что реабилитировать можно только человека — лечить же, как известно, можно и животное» [151].

Изложенная выше концепция нашла отражение в понятии так называемого *функционального диагноза* [318; 159, с. 152—206]. Он состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной, так как врачу важно знать не только название болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности) и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Функциональный диагноз отвечает на эти вопросы. Направленное психосоциотерапевтическое воздействие будет эффективным, если учтены психологическая и социальная «границы» диагноза [151]. Угроза издержек чрезмерной дифференцировки отдельных наук и необходимость воспринимать человека в исторической перспективе отмечались еще А. И. Герценом: «Физиология мужественно выполнила свою задачу, разложив человека на бесконечные действия и сведя его к скрещению, вихрю рефлекторных актов. Пусть она позволит теперь социологии восстановить его цельность. Социология вырвет человека из анатомического театра и возвратит его истории» [159, с. 53—54].

Реабилитационная программа должна основываться на следующих принципах [151, 159]:

1. Апелляция к личности больного, активное вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс, сотрудничество с врачом в достижении целей реабилитации.

2. Разносторонность усилий (воздействий), направленных на разные сферы жизнедеятельности больного (семья, работа, досуг и т. д.) с целью изменить его отношение к себе, к своей болезни и к своему микросоциальному окружению.

3. Единство воздействий биологических (медикаментозное лечение, физиотерапия и др.) и психосоциальных (психотерапия, трудовая терапия и др.).

4. Последовательность (этапность) и «ступенчатость» прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Любые воздействия, в том числе и психосоциальные, необходимо дозировать с постепенным («ступенчатым») переходом от одного к другому.

3.3.1. СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И ЕЕ МЕСТО В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Особая роль семьи для функционирования как отдельной личности, так и различных форм социальной организации оспаривается в послевоенный период в разноплановых работах — от экспериментов Harlow по ранней родительской депривации до прикладных социально-психологических исследований текучести кадров на производстве. Своеобразие семьи заключается в том, что она одновременно представляет собой и общественный институт [317], и малую социальную группу. В качестве малой группы семья выполняет роль посредника между личностью и обществом, причем положение личности в обществе во многом опосредуется именно семьей [159].

Основная функция семьи — создание стабильной среды, обеспечивающей условия для формирования, развития и выражения всех сторон личности. Различают первичную (родительскую) и вторичную (супружескую) семьи. Супружеская семья может вливаться в родительскую или обособляться от нее (нуклеарная семья). В процессе развития семье свойственны кризисы [286], а заболевание одного члена семьи не может не сказаться на других ее членах и состоянии всей семьи. Семья как взаимосвязанное целое стала объектом психоневрологического изучения, впервые это произошло в рамках психодинамического направления (генетически связанного с психоанализом). Н. Sullivan (1953), исходивший из того, что вся психиатрия есть изучение расстроенных межличностных отношений, практически отождествил психиатрию и социальную психологию.

На этой основе сформировался социоантропологический вариант семейной психотерапии: ключевым объектом исследования вместо больного человека стала его семья, расцениваемая как пациент. Создатели этого направления (N. Ackerman, 1966; J. Howells, 1975) исходят из того, что заболевание индивидуума представляет собой лишь симптом болезни его семьи. В советской литературе указывались наиболее существенные недостатки этого направления — утрата клинических критериев, обусловленная ничем не ограниченной экспансией в субъективную психологию и вульгарную микросоциологию. В результате понятие болезни оказалось лишенным своего общепсихологического содержания и соматобиологической основы, так что психическое заболевание стало рассматриваться как «привитая форма поведения» и описываться в одном ряду с социально-педагогическими просчетами типа школьной неуспеваемости. В конечном счете представители психодинамического направления приходят к фактическому отрицанию явления, которое они пытаются исследовать. Наряду с этим приверженцы данной концепции парадоксально биологизируют социальные процессы, произвольно перенося понятие болезни на социальный институт семьи [287]. В противоположность этому советские исследователи, разрабатывающие проблемы семейной психотерапии, рассматривают всю совокупность семейных отношений с позиций системного подхода и с обязательным учетом имеющихся психопатологических проявлений. Семейная психотерапия, по-

В. К. Мягер, Т. М. Мишиной, — основывающийся на предварительном синдромологическом анализе процесс направленного изменения межличностных отношений в семье, имеющий целью устранение эмоциональных нарушений [220, 221].

Семья представляет собой не механическую сумму двух или более личностей, а особое образование с новыми качествами. В семье эмергентно возникает система взаимосвязанных социальных ролей, отношения между которыми определяются, с одной стороны, социально-культурными нормами, а с другой — индивидуальными свойствами личностей. Эволюция семьи, т. е. ее история и развитие, складывается из определенных фаз: предбрачного периода, периода взаимной брачной адаптации (между регистрацией брака и появлением новых членов — рождением детей), фазами естественной редукции, связанной с уходом из семьи отдельных ее членов (брак взрослых детей, смерть одного из родителей). Перемены в семье, связанные с изменениями ее состава и другими событиями (инвалидизация, изменение социального статуса, внебрачные сексуальные связи, алкоголизм и т. п.), могут быть причиной кризисов [286]. Даже самые положительные явления, изменяя жизненный стереотип семьи, требуют адаптации к новым семейным ролям (например, супруга, родителя, бабушки, дедушки). Неспособность или нежелание выполнять свои новые обязанности может вызвать обострение отношений и семейные конфликты.

Конфликт обычно возникает тогда, когда две стороны пытаются овладеть одним и тем же объектом, занять одно и то же место или одну и ту же исключительную позицию либо пытаются играть несовместимые роли, достичь несовместимых целей или применить для достижения одной цели взаимоисключающие средства [220]. Особенностью семейных конфликтов, связанных с невротизацией, является их субъективный характер: они возникают чаще не при противопоставлении реально несовместимых целей и средств, ценностей и интересов, а из-за враждебных чувств и взаимного непонимания (L. Coser, 1956). Там, где супруги совместно стремятся к реалистическим целям и согласованным оценкам, т. е. способны к сотрудничеству, взаимному обогащению друг друга как личностей, конфликтов не бывает.

Как подчеркивает В. М. Воловик, общую стратегию семейной психотерапии нужно нацеливать не на прошлые конфликты семьи (к разбору которых и без того постоянно стремятся супруги), а на реальные проблемы, существующие сегодня и стоящие на пороге завтрашнего дня [159]. С самого начала психотерапевт должен четко определить свою роль — поскольку один или каждый из супругов в большей или меньшей мере, осознанно или неосознанно стремится к получению от психотерапевта информации или суждений, подкрепляющих его собственную позицию в конфликте, психотерапевт должен прежде всего постоянно держать себя так, чтобы не стать орудием для осуществления чьих-либо планов. Каждому члену семьи должно быть ясно, что психотерапевт будет профессионально эрудированным наблюдателем и комментатором, но не судьей [220]. В хо-

де семейной реабилитации все члены семьи должны постепенно научиться (сначала с помощью и с подсказками психотерапевта, а затем и самостоятельно) видеть существо дела качественно иначе, учитывая восприятие каждого члена семьи.

По нашему опыту, процесс семейной психотерапии при сексуальных расстройствах наиболее целесообразно разделять на три этапа: 1) диагностический (выявление патологии у обоих партнеров и линий взаимодействия между супругами при учете влияний других членов семьи); 2) этап конфронтации партнеров с основной проблематикой и осознанием причин кризиса и его парциальных проявлений; 3) этап восстановления межличностных взаимоотношений на основе замены деструктивных психологических установок на конструктивные. В ходе собственно психотерапевтических (второго и третьего) этапов приходится, как правило, преодолевать защитные психологические реакции, которые в начальной фазе второго этапа у большинства пациентов и их партнеров достигают особой напряженности. С. В. Днепровская выделяет 6 таких защитных реакций [133]: 1) вербализованные возражения; 2) умолчание; 3) реакция раздражения; 4) отрицание обсуждаемых фактов; 5) поспешное согласие с врачом (формальное, чисто внешнее, без внутренней переработки и интериоризации); 6) уклонение от существа обсуждаемых вопросов. А. П. Коцюбинский и В. Л. Гайда те же защитные формы противодействия группируют несколько иначе: 1) молчание; 2) перемена темы; 3) аффективный срыв; 4) негативистичное поведение [159, с. 262—263].

Для преодоления внутрисемейных противоречий эффективна разработанная В. К. Мягер и Т. М. Мишиной «стереоскопическая техника» лечения супружеских пар двумя психотерапевтами [221, с. 307]. Каждого партнера ведет «свой» терапевт, а проблемы обсуждаются вчетвером. Каждый терапевт как бы защищает позицию «своего» пациента, однако в ходе «разборов» психотерапевты наглядно демонстрируют конфликтующей паре способы конструктивного разрешения противоречий, возможности продуктивного взаимодействия при обсуждении семейных проблем, отношения доверия и взаимопонимания, позволяющие свободно выражать свои чувства. При этом важно не столько совпадение пола терапевта и пациента, сколько наличие у психотерапевта личностных особенностей, наиболее импонирующих пациенту. Оптимальным оказывается объединение усилий врача и психолога. По опыту ленинградских врачей, позиция психотерапевта в процессе семейной психотерапии значительно более активна и требует большей оперативности, чем в индивидуальной и групповой психотерапии — она диктует необходимость быстрого вмешательства в дела семьи, особенно в кризисные периоды, для предупреждения непоправимых действий отдельных членов семьи. В ряде случаев психотерапевту приходилось оставлять привычный для себя кабинет и посещать семью на дому, если того требовали обстоятельства [220, 221]. После разрыва семейных отношений в психотерапии часто нуждается «отвергнутый» член семьи из-за возможности реактивной депрессии.

В заключение следует отметить особые этические и деонтологические трудности работы сексопатолога с неблагополучными семьями. По профессиональному и должностному статусу врач является не более чем экспертом и советником по медицинским вопросам. Однако сексопатологу приходится в самых острых кризисных ситуациях определять собственное отношение и активно воздействовать на позиции и установки обоих супругов и связанных с ними лиц (от свекра и тещи до «третьих углов» треугольников при установившихся внебрачных связях). Хотя сексопатолог должен стремиться сохранить семью пациента, в ряде случаев единственно правильным и гуманным исходом первого этапа реабилитации становится расторжение брака. В подобных обстоятельствах сексопатолог должен проявлять предельную объективность и сдержанность. Ни в коем случае не допуская директивного тона, он деликатно приводит супругов к мысли об этом решении.

3.3.2. О СЕКС-ТЕРАПИИ

Устойчивые сексуальные отношения возможны только на здоровой морально-бытовой основе. По опыту Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, именно семейные дисгармонии составляют одну из самых частых и наиболее сложных форм нарушений из всех, с которыми приходится иметь дело сексопатологам.

Дезорганизация парных взаимодействий характерна для большинства сексуальных расстройств, а типы этой дезорганизации составляют континуум, сдвинутый в сторону чисто межличностных расхождений по большинству брачных факторов с наименьшей заинтересованностью (или даже невовлеченностью) сексуального фактора. Однако сексопатологу иногда приходится встречаться и с чистыми сексуальными дисгармониями при полной гармоничности физического, материального, культурного и (обычно только на первых этапах) психологического факторов. Хотя расхождения верхних уровней в форме личностных дисгармоний гораздо быстрее приводят к формированию вторичных сексуальных расстройств, чем чисто сексуальные — к рассогласованиям и дисгармонии более высоких, личностных уровней, сексопатолог прежде всего обязан в совершенстве владеть приемами реабилитации специфически сексуального взаимодействия, с грубыми нарушениями элементарных сексуальных функций, составляющих основу сексуальных дисгармоний.

Система психифизiotехнических воздействий, нацеленных на сексуальную сферу и позволяющих в минимальные сроки выравнять грубые нарушения основных сексуальных функций, в настоящее время в ряде стран (прежде всего в США) выделилась в автономную область, именуемую секс-терапией. Такое положение обосновывается тем, что секс-терапевтам быстро (от единичных сеансов до курса лечения в несколько недель) удастся ликвидировать такие проявления, как вагинизм (100% успеха к концу 2-недельного кур-

са), ускорение эякуляции (более 80% успеха), недостаточность эрекций у мужчин или отсутствие коитального оргазма у женщин. Если учесть, что в США до выделения секс-терапии сексологических пациентов пользовали главным образом психоаналитики с их баснословно высокими гонорарами, продолжительностью лечения (годами!) и крайне низкой результативностью, то вполне можно понять Джона Гэньона, сравнившего реакцию профессиональных кругов на появление первых секс-терапевтических публикаций с перевозной озабоченностью белокожих руководителей профсоюза водопроводчиков перед фактом просачивания в их ряды негров [406, с. 488].

Начало этому направлению положили прогрессивные американские сексопатологи Вильям Мастерс и Вирджиния Джонсон, и в свое время в советской литературе были отмечены как положительные черты, так и отдельные недостатки их клинико-терапевтической концепции [64]. В течение десятилетия после публикации первых работ Мастерса и Джонсон секс-терапия не только обрела автономию, но и разделилась на множество кланов, умноживших как достижения, так и недостатки исходной концепции. Основная слабость всех секс-терапевтических школ определяется их симптоматологической направленностью. Сексопатолог при жалобе на ускоренную эякуляцию обязан дифференцировать постабстинентную форму ЕРА от «отраженной» EPR при первичной аоргазмии у женщины [239, с. 401] и от различных форм простатопатий, синдрома парацентральных долек и других расстройств, для которых характерен этот симптом [62, с. 99—149], а затем в соответствии с выявленным заболеванием выбрать наиболее адекватное строго индивидуализированное патогенетическое лечение [62, с. 150—169]. Секс-терапевт, отталкиваясь от упрощенной симптоматологической схемы, применяет претендующий на универсальность секс-терапевтический шаблон. Так, даже Мастерс и Джонсон сводят патогенез ускоренной эякуляции к патологическому условному рефлексу, порожденному спешкой и тревогой (более подробно см. [64, с. 141]), а лечение — к тренировке тормозного условного рефлекса, подкрепляемого безусловной защитной реакцией на болевое раздражение путем сдавливания головки полового члена у веночной бороздки (squeeze technique).

Подобный чисто симптоматический подход с полным игнорированием синдромологического разнообразия сексуальных расстройств позволяет получить высокий процент непосредственных сдвигов в протекании отдельных сексуальных реакций, но не обеспечивает стойкости терапевтических результатов. Так, Гарольд Лиф, один из самых горячих приверженцев Мастерса и Джонсон, рассказывает о супружеской паре, которую он, исчерпав собственные терапевтические возможности, передал в Сент-Луис. На 11-й день стандартного двухнедельного цикла его уведомили, что супруги впервые за много лет установили регулярные и нормальные половые сношения. Однако через 5 мес последовала новая вспышка враждебности и супруги развелись. «В Сент-Луисе нас обучили нескольким хитрым фокусам, — сказала жена, — но на этом не построишь се-

мейное счастье». «В данном случае — заключает Лиф, — мы все потерпели фиаско» [406, с. 489—490]. Не меньшими просчетами чревато игнорирование психологических аспектов, оттесняемых психофизиотехническими манипуляциями, и нельзя не согласиться с Бивбиан Кэдден, подвергающей сомнению «успех» от применения squeeze technique: «Когда жизнерадостный, но быстро эякулирующий супруг превращается в унылого педанта, с тревожной сосредоточенностью обеспечивающего наступление у жены полной сексуальной разрядки, ей не так просто решить — какую версию мужа следует предпочесть» [406, с. 490].

Симптоматологическая направленность на внешнюю феноменологию при игнорировании внутренних патогенетических механизмов крайне разнообразных сексуальных расстройств, у Мастерса и Джонсон полумаскированная, редуцируется их последователями до единичных откровенно вульгаризированных стереотипов. Так, один из подобных секс-терапевтических трафаретов в самом сжатом виде сводится к двум следующим этапам: 1) у обоих партнеров (мужчины и женщины) вырабатывается и доводится до внутреннего убеждения (интериоризации) психологическая установка, что обычный коитус является лишь одной из возможных форм интимной близости; эта форма отнюдь не облигатна, другие формы интимной близости не только ничем не хуже, но даже более предпочтительны, так как дают возможность добиться главной цели интимного сближения — взаимного и полного сексуального удовлетворения; (игнорируя такие необязательные с точки зрения секс-терапевта аксесуары, как эрекция, интродекция и вагинальные фрикции); 2) партнеры овладевают техникой взаимного мануального раздражения эрогенных зон.

И хотя предельно сжатая формулировка стержневой линии одного из современных американских руководств по секс-терапии, принадлежащая московскому сексопатологу Л. М. Кучерской («Вся секс-терапия — в том, чтобы убедить людей примириться с пользой мастурбации и обучить мастурбации тех, кто этого еще не умеет»), звучит несколько пародийно, суть данного направления определена вполне адекватно. Подтверждением этому может служить «пособие» для страдающих сексуальными расстройствами [510], изданное организацией, именуемой National Sex Forum (NSF). Это «пособие» представляет собой щедро иллюстрированную брошюру, состоящую из 32 домашних заданий. Первые задания предусматривают ознакомление с гепиталиями собственными и сексуального партнера, затем читателя убеждают в пользе мастурбации (сначала только словесно) и знакомят с различными формами порнографии. После этого в шести домашних заданиях (№: 14, 15, 16, 23, 29 и 30) излагаются технические приемы мастурбирования вплоть до «усовершенствования» в производстве шумов, сопровождающих мастурбацию: «2. Употребляйте... рычание, стоны, шепот, запыхавшееся дыхание, визг, вопли, смех;... 5. Испытайте неголосовые шумы, такие, как... свист воздуха, входящего или выходящего из вашего влагилица...» [510, с. 120]. Завершается этот цикл упражнениями по орально-генитальному

раздражению («At home exercise № 32—Enrichment through oral sex»).

Как следует из различных образцов секс-терапевтической литературы, ортодоксальный секс-терапевт исходит из того, что люди просто глупы и их нужно наставлять (а то и просто развращать), совершенно игнорируя то, что определенная часть людей страдают клиническими расстройствами и нуждаются в первую очередь не в наставлениях, а в медицинской помощи.

Для того, чтобы применять секс-терапию и даже занять самые высокие должностные позиции в современной секс-терапевтической иерархии США, не обязательно иметь врачебное образование: один из составителей цитированного выше «пособия» (он же один из основателей и содиректоров NSF, он же председатель правления и декан Института усовершенствования секс-терапевтов в Сан-Франциско) — преподобный Мак-Илвеппа, как это ни парадоксально, теолог.

Однако, как об этом свидетельствует анализ Линды Вулф, секс-терапевтическая кормушка привлекает в США не только отцов церкви, но и квалифицированных проституток, дорогу которым в секс-терапевтический бизнес по иронии судьбы открыли все те же Мастерс и Джонсон через так называемых суррогатных партнерш, которые привлекались к лечению холостых мужчин во имя неукоснительного соблюдения принципа парности. В настоящее время в связи с секс-терапевтическим бумом на территории США, помимо нескольких десятков официально зарегистрированных секс-терапевтических институтов и центров клинического, научно-исследовательского или учебно-педагогического профиля, функционирует великое множество частных секс-терапевтов и среди них проституток, работающих как под наблюдением и контролем дипломированных секс-терапевтов, так и независимо (*surrogates working independently*). Когда Мастерс и Джонсон прекратили подготовку секс-терапевтов, Хартман и Фитиан выдают секс-терапевтические дипломы на пергаменте с золотой печатью (*with golden seal and parchment paper*) на основании 8-часового цикла обучения и внесения 85 долларов. Владельцы подобных дипломов, едва получив пергамент, открывают собственные курсы [406, с. 491—497]. Хотя трудно отрицать, что толковая проститутка может оказаться полезной сексологическому больному, опасность перехода контрольного пакета секс-терапевтических акций к проституткам не могла не встревожить врачей [418].

Подобным откровенно предпринимательским устремлениям коммерческого толка, а также эклектическим направлениям, пытающимся сочетать прагматическую основу творческих находок Мастерса и Джонсона с психоанализом (Н. Kaplan, 1974), в секс-терапии противостоят исследователи, опирающиеся на прочный фундамент современной нейрофизиологии, в частности, на учение об условных рефлексах [504, 396, 543]. Представители этого направления разрабатывают действенные приемы угашения неадекватных условных рефлексов, активного лечебного воздействия на аппарат эмоций, стой-

кой перестройки сложившихся условнорефлекторных поведенческих стереотипов [380, 479, 358 и др.]. Терапевтические приемы, предлагаемые приверженцами данного направления, так же как разработки Мастерса и Джонсон, заслуживают самого пристального внимания и нуждаются в объективной критической оценке с позиций системно-синдромологического анализа. Полезным подспорьем в этой работе может служить фундаментальное руководство по секс-терапии под редакцией Джозефа и Лесли Ло-Пикколо [406]. Составленная из специально написанных глав и ранее опубликованных текстов, не утративших своей ценности, книга дает понятие о современном состоянии секс-терапии. Ценным дополнением этого академического труда может явиться небольшая работа Алекса Комфорта, в которой британский геронтолог, хорошо известный советским читателям, высказывает свои суждения о радостях секса [362].

3.3.3. ВЗАИМООТНОШЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПСИХОТЕРАПИИ В ХОДЕ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Неразделимости основных брачных факторов соответствует комплексность психотерапии, расчленение которой на отдельные виды диктуется вместе с тем требованиями последовательности и ступенчатости осуществления программ функциональной реабилитации. Было бы, однако, профанацией предлагать какую-то универсальную последовательность использования различных видов психотерапии в лечении сексологических больных, так как это противоречило бы и специфике сексуальных расстройств, и особенностям самой психотерапии.

Современная психотерапия как комплекс научно обоснованных методов лечения в значительной мере несет в себе черты искусства (как и в целом искусство врачевания), о чем свидетельствует неповторимость ее феноменов, проявляющаяся, в частности, приматом мастерства над «инструментальностью». «Психотерапию, — как подчеркивает А. М. Дембо, — нельзя измерить дозой, миллилитрами, как не измеряется какой-то мерой любовь врача к больному, сердечность, терпение в выборе индивидуального плана, настойчивость в борьбе с шаблоном» [124]. Действительно, два врача могут назначить больному одну и ту же дозу препарата, а эффект при этом часто оказывается различным в зависимости от того, кем и как это средство выписывается, т. е. в зависимости от индивидуальности и психотерапевтического искусства врача.

Деонтология, с которой начинается психотерапия, должна пронизывать слова и действия не только врача, но и всего медперсонала. По отношению к людям, приходящим на сексологический прием, она должна сказываться в неукоснительном соблюдении. Прежде всего из обихода всех сотрудников сексологических учреждений ис-

ключают термины, хоть в малейшей степени имеющие обидный, уничижительный оттенок — не только «бессилие», «импотенция», «несостоятельность», «слабость» и им подобные, но и слово «больной». Для максимального обеспечения врачебной, семейной тайны нельзя называть в присутствии третьих лиц фамилию пациента, а на рабочих столах персонала не должны находиться медицинские документы других обследуемых. С неизбежными поправками на конкретные условия ожидание у сексологического кабинета должно быть сведено к минимуму или вовсе исключено.

Таким же облигатным компонентом в течение всего пребывания пациента в сексологическом учреждении является индивидуальная психотерапия. Даже при так называемой молчаливой простатопатии [62] у лиц с полной эмоциональной уравновешенностью или при мнимых сексуальных расстройствах [61] рекомендации врача, даже чисто гигиенические, должны облекаться в психотерапевтическую форму. Так, сексопатолог, учитывая механизмы психологической защиты, не должен сразу давать корректирующие рекомендации, если они противоречат взглядам или неосознанным установкам пациента. Врач должен предварительно перестроить эти установки и убедиться, что новые, правильные установки интериоризованы пациентом. Контроль за процессом интериоризации и составляет один из самых кардинальных признаков, отличающих рациональную психотерапию от простой врачебной рекомендации хирурга или терапевта. Если к реабилитации привлекается сексуальный партнер пациента (даже сексологически здоровый), то и для него рекомендации следует облекать в психотерапевтическую форму.

Гипнотерапия сексологических больных может осуществляться как индивидуально, так и групповым методом. Аутогенная тренировка почти всегда проводится в группе. В отличие от Мастера и Джонсона, которые во всех случаях проводят только *парную* терапию, при структурно-синдромологическом подходе на первом этапе ограничиваются сексологическим обследованием обратившегося за помощью, а вопрос о привлечении его партнера к обследованию и лечебно-реабилитационной программе решается индивидуально. Если партнер сексуально не озабочен (нередко вообще не осведомлен о сексуальных сомнениях и дефектах пациента), а выявленная патология не требует привлечения партнера, то показания к парной терапии снимаются. Наконец, соотношение элементов семейной психотерапии и специфической парной терапии (секс-терапии, конкретные формы которой рассмотрены при описании соответствующих синдромов) определяется преобладанием дисгармонии межличностного уровня или расхождением индивидуальных особенностей и программ специфически сексуального взаимодействия.

Подводя общий итог, следует сказать, что при современной организации сексологической помощи [90] без специального изучения сексопатологии даже самый опытный психотерапевт не может претендовать на лечение сексологических расстройств; ни один врач, если он не владеет всеми основными методами психотерапии, не может быть аттестован как профессиональный сексопатолог.

3.3.4. РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ДОЗИРОВАННОЕ ГОЛОДАНИЕ) В ЛЕЧЕНИИ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Отдавая должное психотерапии как основному методу лечения при расстройствах психической составляющей, сексопатологу не следует забывать о биологической основе выявляемых заболеваний, в частности, о роли иммунологических сдвигов при психозах [285, 243]. Одним из методов воздействия на метаболические основы расстройств как психической, так и нейрогуморальной составляющей (например, при диэнцефальной локализации) является разгрузочно-диетическая терапия (РДТ).

Наиболее широкое применение этот метод лечения получил при некоторых нервно-психических заболеваниях, в частности малопрогредиентных формах шизофрении и затяжных неврозах, а также неврозоподобных состояниях экзогенно-органического происхождения [227, 252]. У многих больных в результате лечения нормализуется половая функция, если она была нарушена. В работе С. И. Грошева, В. Т. Кукуева, В. Д. Медянцева [119] показан высокий лечебный эффект РДТ при половых расстройствах у больных с диэнцефальными нарушениями, гипертонической болезнью, ожирением, хроническим простатитом, в том числе и у больных, ранее безуспешно леченных другими методами. Продолжительность лечебного голодания составляла 18—30, в ряде случаев — 10—15 дней. У некоторых больных половая функция восстанавливалась уже в период лечения, однако у большинства это происходило в процессе или после окончания восстановительного питания. Катамнестические наблюдения за 35 больными в течение 1½—2½ лет показали стойкость достигнутых результатов. Я. Я. Рудаков и Ю. И. Полищук (1981) в 52 случаях неврозов и малопрогредиентной шизофрении добились полного исчезновения функциональных сексуальных расстройств в 28 случаях (54%).

Механизмы лечебного действия. РДТ является неспецифическим биологическим методом лечения, влияющим на многие системы организма. В широком смысле это разновидность стресс-терапии (по Г. Селье), усиливающей компенсаторно-приспособительные механизмы. Она действует мягко и пролонгированно. У голодающих животных отмечаются выраженные активизирующие влияния на кору головного мозга, исходящие из гипоталамуса и ретикулярной формации, где находятся центры голода и насыщения [300]. К. В. Судаков установил, что в начальных стадиях полной алиментарной депривации поток восходящих импульсов из адренергических субстратов ретикулярной формации распространяется вначале на кору лобных отделов головного мозга с последующей генерализацией процесса возбуждения по всей коре.

РДТ активизирует симпатико-адреналовую систему, функциональное состояние коры надпочечников, щитовидной железы и других желез внутренней секреции. Активация вегетативной и центральной нервной системы под влиянием РДТ сопровождается повышением

общей неспецифической, а также иммунологической реактивности организма, что также имеет значение для достижения терапевтического эффекта [229, 12]. В целом терапевтическое действие РДТ определяется прежде всего усилением обмена катехоламинов и кортикостероидов, интенсификацией белкового, углеводно-фосфорного, жирового и других видов обмена веществ с повышением тонуса симпатико-адреналовой и гипоталамо-адренокортикальной систем, что в свою очередь активизирует корковые отделы ЦНС.

РДТ создает благоприятный фон и физиологические предпосылки для различных видов психотерапии. Те или иные варианты психотерапии выбирают с учетом стадии РДТ, так как на разных стадиях лечебного голодания и восстановительного питания по-разному меняется функциональное состояние как ЦНС, так и эндокринной и других систем организма. В третьей стадии лечебного голодания, а также в начале периода восстановительного питания у многих больных повышается внушаемость. На этих стадиях эффективна суггестивная психотерапия. Значительно снижается психотерапевтическая резистентность больных с затяжными психотическими состояниями.

Методику РДТ см. в методических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения СССР [267].

3.4. СИНДРОМЫ РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

3.4.1. НАРУШЕНИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

3.4.1.1. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Психосексуальное развитие человека начинается с первых месяцев жизни. В его процессе формируются половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации. Вопросы психосексуального развития отражены в многочисленных зарубежных публикациях [401, 405 и др.] и в некоторых работах советских авторов [165, 148, 167]. Однако отсутствие четкого деления психосексуального развития на этапы с выделением возрастных критических периодов затрудняет решение проблем, стоящих перед клинической сексопатологией. В процессе индивидуального развития человека можно условно отметить следующие возрастные периоды становления и динамики сексуальности:

1. **Парапубертатный период (1—7 лет)**, в течение которого формируется половое самосознание (I этап психосексуального развития).

2. **Препубертатный период (7—13 лет)** характеризуется выбором и формированием стереотипа полоролевого поведения (II этап психосексуального развития).

3. **Пубертатный период (12—18 лет)** — самый бурный в сексуальном развитии организма, во время которого происходят

половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо (первые 2 стадии III этапа психосексуального развития).

4. Переходный период становления сексуальности (16—26 лет) характеризуется началом половой жизни, мастурбационной практикой, сочетанием сексуальных экспессов с периодами абстиненции [239, с. 193—194] (последняя стадия III этапа психосексуального развития с завершением формирования сексуального либидо).

5. Период зрелой сексуальности (26—55 лет) отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером, вхождением в полосу условно-физиологического ритма (УФР) половой активности.

6. Инволюционный период (51—70 лет) — снижение половой активности и ослабление интереса к сексуальной сфере [239, с. 194], сочетающееся с регрессом либидо (до уровня эротической, а затем и платонической стадий).

В развитии человека и животных особо важное значение имеют критические периоды («кризисные периоды» [311, с. 75], «возрастные кризисы» — Г. Е. Сухарева, 1955, 1974), во время которых повышаются риск заболеваемости и чувствительность к различным факторам, изменяется резистентность организма. В пренатальном онтогенезе критический период (по данным И. В. Голубевой) у человека приходится на 6—32-ю недели (см. т. 1, с. 134) внутриутробной жизни. Половая дифференцировка, происходящая в это время, затрагивает не только гонады и гениталии, но и мозговые структуры, ответственные за половое поведение, материнский инстинкт, агрессивность, двигательную активность и т. д. Хотя единого взгляда на механизмы половой дифференцировки эмбриона нет, большинство авторов считают, что этот необратимый (морфогенетический) процесс определяется наличием (у особой мужского пола) или отсутствием (у особой женского пола) воздействия собственных андрогенов эмбриона на структуры, ответственные за дифференцировку генитального тракта и полового поведения [469, 372, 239, 165, 375, 103]. Нарушения половой дифференцировки в этот период наблюдались в эксперименте под воздействием различных факторов (введение андрогенов, стресс, острая асфиксия, нарушение маточно-плацентарного кровообращения), а также у детей, матери которых во время беременности принимали тестостерон, прогестины, резерпин и т. д. [469, 239, 8, 9, 375, 103].

Главное значение возрастных кризисов постнатального онтогенеза у человека состоит в «перестройке особенностей его психического развития» [311, с. 75]. Из выделенных разными авторами возрастных кризисов для становления сексуальности и возникновения половых расстройств наиболее значимы: 1) парапубертатный (2—4 года), 2) препубертатный (7—8 лет), 3) пубертатный (12—15 лет), 4) переходный (16—24 года). Инволюционный возраст (после 50 лет) также представляет критический период (хотя он и выходит за рамки становления сексуальности),

так как нарушения темпов пубертатного развития сказываются на резистентности к патогенным воздействиям в течение всей последующей жизни. Психосексуальное развитие — один из аспектов индивидуального психического развития, оно охватывает первые четыре возрастных периода становления и динамики сексуальности, а его окончание знаменует вступление в период зрелой сексуальности. При этом формируются половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальные ориентации, в соответствии со становлением которых можно выделить 3 этапа психосексуального развития:

1. Формирование полового самосознания (1—7 лет) происходит под влиянием микросоциальной среды, но в значительной степени детерминировано половой дифференцировкой мозга в пренатальном периоде. Формируются осознание половой принадлежности собственной личности и окружающих, уверенность в ее необратимости, после чего попытки изменить половое самосознание ребенка оказываются малоуспешными [522, с. 20]. В этом возрасте происходит [311, ч. 67—71] формирование речи, появление способности сопоставлять и противопоставлять объекты и их образы, становление самосознания (выделение себя из окружающего мира); нередко обнаруживается чрезвычайная яркость зрительных представлений, в результате чего ребенок подчас с трудом отличает их от непосредственного восприятия. Преобладание аффективных реакций над рассудочными обеспечивает избирательность привязанностей и контактов. Детское любопытство направлено на выяснение причин появления на свет детей и изучение половых признаков (строение тела, гениталий и т. п.); 70% детей рассматривают и демонстрируют друг другу гениталии [436]. «В доктора» играют в возрасте 4—5 лет 38%, в 6—10 лет — 43,9%, а в 11—12 лет — 48% детей, причем в 46% случаев мальчики и девочки играют «в доктора» раздельно [470, с. 131—140]. В норме в завершающей фазе этого этапа при определении ребенком пола окружающих его лиц равнозначную роль играют все признаки половой принадлежности (внешний вид, одежда и ее аксессуары, строение тела и гениталий).

Микросоциальная среда в этот период ограничивается близкими родственниками, среди которых особую роль играет мать, и небольшим кругом сверстников. Контакт с матерью (к которой развивается наиболее сильная привязанность), по данным В. В. Антонова [7], крайне необходим ребенку с 6—7 мес приблизительно до 3 лет. В процессе формирования привязанности к матери закладывается основа адекватных взаимоотношений с окружающими, и лишение матери в этом возрасте приводит в дальнейшем к реагированию на незнакомых людей страхом и агрессией. Мать проводит большую часть времени с ребенком и служит прежде всего источником сенсорной стимуляции (тактильной, температурной, звуковой, зрительной и др.), что способствует созреванию определенных структурно-функциональных систем мозга. Описываются характерные нарушения психического развития у детей, лишенных матери в первые месяцы жизни: ограничение способности к нормальным отношениям

с людьми, агрессивность, жестокость, раздражительность, импульсивное поведение, в дальнейшем у них была снижена способность к фантазированию и выражению абстрактных идей, они были неразборчивы в выборе друзей и поверхностны в отношениях с товарищами [7]. Однако большинство работ по аффективной и социальной депривации в детстве имеет значительные недостатки (переоценка роли матери в развитии ребенка, неполные клинические описания, игнорирование органических поражений мозга, наследственной отягощенности и т. д.) [51, 502]. Дети со здоровой «почвой», воспитанные приемными родителями и даже в приюте, но получившие достаточно ласки и внимания, могут вырасти гармоничными личностями [7, 51].

2. Формирование стереотипа полоролевого поведения. На этом этапе (7—13 лет) происходит выбор половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или фемининности) микросоциальной среды [148, с. 12]. Он характеризуется интенсивной социализацией ребенка, формированием у него коллективного сознания. Происходит обучение общению со сверстниками. Совершенствуются и дифференцируются эмоциональные реакции, оформляется преобладающее настроение [311, с. 160—161, 120], формируется характер. Этому возрасту свойственны недостаточное развитие воли и импульсивность поведения, любознательность, доверчивость, подражательность [148, с. 54]. Развиваются начатки абстрактно-логического, понятийного мышления [311, с. 100, 133]. Приобретение личной независимости не означает потери контакта с родителями. Наоборот, родители и их взаимоотношения становятся объектом пристального внимания и подражания. Они воспринимаются ребенком как модель мужественности и женственности, как образец взаимоотношения полов. Правильное полоролевое поведение родителей во многом определяет формирование адекватной половой роли у ребенка. При эмоционально сдержанном, требовательно-властном отношении матери и ласковом, разрешающем — отца девочки часто обнаруживают маскулинное, а мальчики — фемининное поведение [148, с. 30]. В общении со сверстниками, в первую очередь в полоролевых («семейных») играх, требующих выполнения определенной роли (жениха, невесты, отца, матери, ребенка и т. п.), апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая различные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуальные. Такого рода «семейные» игры в зависимости от информированности детей могут отражать широкий диапазон полоролевого поведения взрослых: от подражания поведению родителей (чтение отцом газеты перед телевизором, выполнение матерью работ по дому) вплоть до имитации полового акта. При участии в играх детей разного возраста младшие сначала выполняют роль дочери, сына, а по мере взросления и обучения переходят на роли матерей и отцов. С поступлением в школу появляются новые образцы для подражания, возрастает роль общения со сверстниками. М. И. Буянов [51] сообщает, что в хорошо организованных коллективах даже у детей, воспитанных с раннего детства без ма-

терей, признаки задержки развития отмечались только до 10—12-летнего возраста и исчезали к 15—17 годам. На этом этапе типично разделение коллектива и противопоставление друг другу по половому признаку. Благодаря этому антагонизму возрастают требования к проявлениям мужественности или женственности, почти полностью исключаются компромиссы в выборе половой роли.

3. Формирование психосексуальных ориентаций. Если первые два этапа протекают на относительно «спокойном» гормональном фоне, то на III этапе (12—26 лет) начинается и достигает максимума функционирование эндокринной системы, в частности, половых желез. На основе индивидуальных особенностей темперамента и характера формируется личность. Происходит пересмотр привитых догм и своего положения в семье и обществе, эмансипация от семьи; вырабатывается собственное мировоззрение, развиваются высшие эмоции. Формируются общественные представления и социальное сознание, адекватная оценка своих способностей [311, с. 77, 160—161]. Как отмечают Д. П. Исаев и В. Е. Каган [148, с. 78], «полное отождествление себя с группой и подчинение ей являются необходимой стадией социализации» у подростков. «Психику подростка характеризуют повышение чувствительности и возбудимости, неуравновешенность, раздражительность, причудливые сочетания застенчивости, стыдливости и заносчивости, развязности, стремление к независимости, освобождение от влияния авторитетов, переход к самостоятельности взрослого, индивидуализация психики, парадоксально сочетающаяся с недостаточностью ее индивидуального характера и подверженностью влияниям ближайшего окружения» [148, с. 72]. При отсутствии взаимопонимания в семье подросток только в группе может в полной мере получить интересующую его информацию, обсудить волнующие его проблемы. Потребность в самоутверждении и самовыражении находит выход либо в организованных коллективах, где руководитель становится старшим товарищем, либо в неформальных группах. В тех и других формируются различные идеалы поведения и общения между полами, эталоны мужественности и женственности. Увеличение роли стихийных средовых факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благодатную почву для различного рода нарушений становления сексуальности, чему способствует отсутствие целенаправленного полового воспитания.

Специфика III этапа — формирование психосексуальных ориентаций, которые обуславливают в последующем выбор объекта влечения (человек, животное, фетиш) с его индивидуальными особенностями (половой принадлежностью, внешним видом, телосложением, поведением и т. п.), необходимость для реализации влечения определенной ситуации и ряда последовательных действий, подчас составляющих настоящий ритуал. В связи с тем, что для обучения копулятивному акту требуется более высокий уровень мотивации, чем для его выполнения [469, с. 425], этот этап в норме невозможен без соответствующего нейрогуморального обеспечения. Его можно условно разделить на три стадии соответственно формированию платониче-

Этапы психосексуального развития	Основные проявления	Критерии
Ранний (от зачатия до рождения)	Половая дифференцировка гонад, гениталий и структур мозга	Пренатальная (32-я и 33-я недели)
Первый этап. Формирование полового самосознания: 1-я фаза (выработка установок) 2-я фаза (научение и закрепление установок)	Осознание половой принадлежности Любопытство, направленное на половые признаки, в том числе изучение половых органов	Парапубертатный (2-4 г)
II этап. Формирование стереотипа полового поведения: 1-я фаза 2-я фаза	Выработка пологолевых установок Научение пологолевому поведению в играх	Препубертатный (7-8 лет)
III этап. Формирование психосексуальных ориентаций: Первая стадия — формирование платонического либидо	Обожание, платонические мечты и фантазии	Пубертатный (12-15 лет)

	Вторая стадия — формирование эротического либидо { 1-я фаза 2-я фаза	Эротические фантазии Эротические ласки и игры	
Переходный период сексуальности (16—26 лет)	Третья стадия — формирование сексуального либидо 1-я фаза 2-я фаза	Сексуальные фантазии Начало половой жизни, сочетание сексуальных эксцессов с периодами абстиненции и мастурбацией	Переходный (16—24 года)
Зрелой сексуальности (26—55 лет)	Формирование завершено	Регулярная половая жизнь, вхождение в полосу условно-физиологического ритма половой жизни	
Инволюционный (51—70 лет)		Снижение половой активности, ослабление интереса к сексуальной сфере в сочетании с регрессом либидо до уровня эротической, а затем и платонической стадий	Инволюционный (51—60 лет)

ского, эротического и сексуального либидо. Они охватывают два возрастных периода: пубертатный и переходный.

Каждому этапу и стадии свойственна фазность, которая является закономерностью психосексуального развития. В первой фазе (*выработка установки*) накапливается информация: на I и II этапах — о существовании полов, о половой роли, на III этапе — об особенностях полового поведения, его внешних проявлениях и сущности. Полученная информация усваивается и перерабатывается в соответствии с индивидуальными особенностями и нормами микросоциальной среды. Индивидуальную ориентацию в данной фазе можно считать завершенной только при наличии внутренней готовности к реализации сформированных тенденций. Во второй фазе (*научение и закрепление установок*) первых двух этапов «на практике» в игровых ситуациях происходит научение определению полов и полоролевому поведению, на III этапе — реализации полового влечения (табл. 8). В процессе научения апробируются и закрепляются выработанные в первой фазе установки. Социальная изоляция, в первую очередь лишение общения со сверстниками, ведет к искажению сексуального поведения, нарушениям реализации влечения не только у человека, но и у животных [6, 469, 239]. Некоторые особенности формирования либидо по стадиям (платоническое, эротическое и сексуальное) были описаны ранее [239, с. 139—144]. III этап (формирование психосексуальных ориентаций) отличается от предыдущих еще и тем, что обе его фазы четко прослеживаются не только на этапе, но и на каждой стадии. Платоническое либидо проходит первую фазу — «детской» влюбленности, желания духовного общения и вторую фазу, когда происходит их реализация. На платонической стадии вполне достаточно совместного приготовления уроков, учебы за одной партой, занятий в одном кружке, просто внимания со стороны объекта влюбленности. В этом возрасте начинают постепенно распадаться однополюе группы и коллективы. При гармоничном развитии в платоническую влюбленность включаются сначала отдельные элементы эротического фантазирования (желание остаться наедине, стремление к прикосновениям и ласкам), которые затем нарастают, их диапазон расширяется и они занимают значительную часть свободного времени подростка. При переходе от платонической к эротической стадии возникает интерес к интимной стороне взаимоотношения полов, эротической литературе. В художественных произведениях становятся привлекательными сцены свиданий, объяснений в любви и т. д. Даже описания, в которых взрослый человек не найдет и намек на сексуальность, возбуждают воображение подростка, толкают к эротическому фантазированию. Нередко этот интерес, как эпидемия, распространяется по коллективам подростков, оставляя интактными лишь детей с гормональной недостаточностью или с поломками в психосексуальном развитии на предыдущих этапах. Однако вторую фазу эротической стадии формирования либидо нельзя считать наступившей при ярком эротическом фантазировании и интересе до тех пор, пока они не реализуются с партнером. Только стабильная реализация завершает формирование эротической ста-

пий. На эротической стадии реализация влечения чаще бывает без оргазма, на уровне фрустраций, что в плане биологического развития является прогрессивным, так как толкает к дальнейшим действиям, форсирует переход к сексуальной стадии. Наряду с этим имеются формы эротической реализации, подкрепляемые оргазмом. Долго практикуемые, они могут привести к своеобразной задержке формирования либидо. К подобным формам относится петтинг, который реализуется с партнером, и как суррогатная форма половой активности — мастурбация с аутоэротической направленностью (но образ партнера может присутствовать в фантазиях, подчас нереальных, содержащих элементы отклонения от нормальной сексуальности). При длительной задержке возможна фиксация на подобных формах активности из-за подкрепления оргазмом. В эротическую стадию тесно вплетается сексуальное фантазирование, и четкой границы между эротической и сексуальной стадиями становления либидо провести нельзя. Основным критерий завершенности стадии — закрепление на практике, т. е. вторая фаза. Пока нет реализации и подтверждения фантазий, подросток «зависает» между стадиями: платонической реализацией и первой фазой эротической стадии, эротической реализацией и первой фазой формирования сексуального влечения, иногда даже между сексуальным фантазированием и только платонической реализацией. Платоническое либидо обычно кажется эфемерным и у многих ассоциируется только с обожествлением и поклонением избранному кумиру, но оно также подчиняется общим законам формирования влечения и должно иметь вторую фазу — фазу научения и закрепления установки, т. е. реализацию. Влюбленному приходится не только страдать и мечтать, но и реализовать хотя бы минимум: уж если не удастся красиво умереть на глазах возлюбленной, то хотя бы дернуть за косу, спрятать портфель или еще каким-либо образом обратить на себя внимание. На этой очень значимой фазе формируется умение знакомиться, обращать на себя внимание и общаться уже не просто со сверстниками, но именно с объектом любви, увлеченности, к которому появилось необъяснимое, иногда даже пугающее влечение. Если на этой фазе не происходит реализации, то любовь останется не только безответной, но и незамеченной. Все трудности, сомнения и неуверенности стадии формирования платонического либидо перенесутся на более поздние стадии. Пока нет реализации сексуального либидо в половом акте, существуют возможности отклонений от нормального психосексуального развития, которые впоследствии затрудняют проведение гетеросексуального коитуса из-за отсутствия или искажения либидо. Чем меньше временной разрыв между началом фантазирования и реализацией, тем гармоничнее стадия формирования того или иного компонента влечения; напротив, чем дольше откладывается реализация фантазий и мечтаний, тем более вычурными и труднее выполнимыми они становятся.

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

Провести границу между этими фазами трудно еще и потому, что в течение стадий возможны неоднократные возвраты от второй фазы к первой. Каждый новый переход первой фазы во вторую означает все большее сужение диапазона ориентировочного поиска и качественно новый уровень в формировании того или иного компонента сексуальности. Этапу формирования полового влечения в норме свойственна по-детски наивная, воспринимаемая взрослыми как ветренность и легкомыслие, смена влюбленностей и идеалов, сосуществование нескольких увлечений. Однако это лишь нормальное проявление «проигрывания» и отбора методом проб и ошибок тех признаков, особенностей и нюансов платонических увлечений, эротических предпочтений и сексуальных ориентаций, которые в последующем будут включать механизм «неподвластного разуму» полового влечения. При широком выборе в периоде становления сексуальности облегчается адаптация в последующем. Возводимые в идеал и социально одобряемые постоянство, «любовь с первого класса» и длящаяся годами безответная любовь — часто признак слишком узкого диапазона приемлемости, «застывшего» выбора, даже ригидности и показатель трудностей сексуальной адаптации, что проявляется очень узким, резко ограниченным индивидуальным выбором при вступлении в зрелую сексуальность. Если ориентации оказались «неправильными» и не соответствуют потребностям личности, то выбранные тенденции и установки отбрасываются и происходит возврат к первой фазе, но уже с запасом новой, полученной «на практике» информации. Выработанные установки могут не реализоваться, тогда они остаются лишь тенденциями, а в дальнейшем затухают, сменяются другими или держатся на прежнем уровне.

Для всех этапов психосексуального развития, а также для каждой стадии III этапа существуют общие закономерности, первая из которых — фазность (см. с. 34). Второй закономерностью является изменение соотношения биологического и социального, их роли в становлении сексуальности как части психического развития человека. Как отмечает В. В. Ковалев (1979), «общая закономерность замещения и поглощения биологического, а следовательно, и тесно связанного с ним природно-психического качественно более высоким социально-психическим отчетливо проявляется в онтогенезе человека: преобладающие в психике ребенка раннего возраста такие природно-психические явления, как элементарные потребности в еде, сне, непосредственно связанные с инстинктами, примитивные эмоции удовольствия и неудовольствия, малодифференцированные проявления темперамента, с возрастом постепенно оттесняются и поглощаются социально-психическими. Этот переход от низшего к высшему представляет основное направление в развитии психики человека». Указанная закономерность особенно типична для психосексуального развития, в процессе которого биологическая детерминация этапа полового самосознания относительно ослабляется при формировании полоролевых установок (где возрастает значение социальных факторов) и еще более маскируется на этапе становления психосексуальных ориентаций, когда гормональный фон определяет лишь интен-

сивность проявлений сексуальности. Это предопределяет большую стабильность ранних этапов и меньший диапазон ориентировочного поиска в начале каждого этапа. По мере нарастания роли социальных факторов на этапе формирования полоролевых установок ширина диапазона поиска увеличивается и достигает максимума на стадии формирования платонического либидо III этапа психосексуального развития. В динамике формирования каждого отдельного компонента сексуальности (полового самосознания, роли, ориентации) поиск постепенно сужается и становится конкретным к завершению этапа.

Преемственность и взаимосвязь этапов (стадий), а также их нарушений представляют собой третью закономерность психосексуального развития, причем в каждом этапе (стадии) становления сексуальности имеются задатки последующего. Образуется как бы сцепление этапов (стадий), и выпадение по тем или иным причинам любого из них искажает течение последующих и в итоге становление всей сексуальности. Отсутствие или нарушения ранних этапов психосексуального развития приводят к грубым деформациям, затрагивающим ядро личности, которые по аналогии с психопатиями можно назвать «ядерными». Воздействие патогенных факторов на завершающем этапе становления сексуальности ведет к поверхностным, легким, «краевым» нарушениям.

Разделение психосексуального развития на этапы условно, так как половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации тесно взаимосвязаны и представляют собой динамичные структуры, меняющиеся не только в процессе их формирования, но и в течение всей последующей жизни, хотя основы всех компонентов сексуальности закладываются при их становлении.

Согласно концепции психосексуального дизонтогенеза, сформулированной во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии при Московском НИИ психиатрии МЗ РСФСР, все расстройства становления сексуальности представляют собой частный случай дизонтогенеза в форме нарушений индивидуального психосексуального развития организма. Они могут возникать как в пренатальном, так и в постнатальном онтогенезе.

3.4.1.2. НАРУШЕНИЯ ТЕМПОВ И СРОКОВ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

3.4.1.2.1. Задержки (ретардации) психосексуального развития

Задержки являются наиболее частыми клиническими вариантами нарушений психосексуального развития. Они заключаются в отставании сроков становления сексуальности от возраста ребенка. По этиологии и патогенезу можно выделить три варианта ретардации.

Соматогенные задержки связаны с отставанием в половом развитии. Это наиболее глубокие и трудно корригируемые нарушения, имеющие биологическую основу (см. том I, 2.5.1.2. и 2.5.2.8.1.2.).

Самые грубые нарушения эндокринной системы, как правило, приводят к асексуальности, т. е. полному выпадению сексуальных компонентов в психическом развитии личности. Однако и при такой тяжелой форме патологии, как врожденный агонадизм, даже у мужчин (как казуистика) встречаются случаи сексуальной адаптации, но только при сочетании благоприятного протекания первых двух этапов становления сексуальности и врожденного снижения порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. В этих случаях в адекватной обстановке может произойти оргазм и тогда на III этапе окажутся закрепленными сексуальные проявления. В подобных случаях у мужчин нет эякуляции, но оргазм при адекватной стимуляции все же наступает (как и у женщин).

Психогенные задержки обусловлены нарушениями в становлении психики и могут наблюдаться при общем отставании психического развития или быть изолированными при своевременном созревании остальных ее компонентов. В подобных случаях соматическое, в том числе и половое, созревание проходит правильно и соответствует возрастным нормам. Среди обращавшихся за сексологической помощью психогенные задержки психосексуального развития наиболее часто обусловлены психопатией и патохарактерологическим развитием личности (в первую очередь астеническая, психастеническая и истерическая формы). Тормозящее влияние психопатии начинает сказываться уже на этапе формирования полового поведения и максимально проявляется на самом ответственном этапе — этапе становления психосексуальных ориентаций.

Свойственные астенической, психастенической и шизоидной психопатиям робость, застенчивость, обидчивость, впечатлительность, слабость побуждений ведут к нарушениям коммуникации у этих пациентов, а эмоциональная лабильность, яркое фантазирование, слабость волевых задержек в сочетании с трудностями общения «помогают» формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм сексуальной активности. По-иному протекает психосексуальное развитие при истероидных психопатиях: выраженные эмоциональная лабильность, яркое фантазирование, высокий уровень притязаний обуславливают формирование оторванных от реальности тенденций в первой фазе (выработки установки) всех этапов становления сексуальности. Попытки реализовать эти тенденции на второй фазе обуславливают конфликты — как внутренние, так и с объектами влечения. Метания от объекта к объекту, «непризнанность» нарушают контакты с членами группы, ведут к отгороженности и поискам признания в других группах и коллективах.

Если при психопатиях трудности коммуникации чаще умеренно выражены, то при рано начавшемся эндогенном процессе или постпроцессуальном развитии контакты нарушаются более грубо, вплоть до полной потери. Соответственно раньше и глубже деформируется становление сексуальности: могут выпадать не только фазы, но и целые стадии, этапы.

Социогенные ретардации психосексуального развития в большинстве случаев наблюдаются при гармоническом психофизическом развитии и вызваны неправильным половым воспитанием педагогами и родителями, считающими все связанное с полом чем-то порочным и грязным и из лучших побуждений прививающими эти установки детям. Постоянный контроль за детьми, отбор для них «подходящих» товарищей и друзей и даже полная изоляция от сверстников, негативизм к любым проявлениям сексуальности ребенка и неадекватные воспитательные меры искажают этапы психосексуального развития и деформируют личность.

Задержки являются одним из вариантов асинхроний психосексуального развития (несвоевременного становления сексуальности) и в то же время — разновидностью психического дизонтогенеза. Описанные выше ретардации представляют собой *простые асинхронии*, которые редко наблюдаются изолированно. Чаще встречаются *сочетанные асинхронии*, когда задержки становления сексуальности вызваны действием 2—3 факторов. Например, выраженная задержка психосексуального развития у шизоидного психопата, воспитывавшегося в условиях гиперопеки, может сочетаться с умеренной соматической ретардацией пубертата. *Сложным асинхрониям* [311, с. 80] свойственно совмещение ускоренного соматического (полового) созревания с задержкой психосексуального развития или, наоборот, преждевременного становления сексуальности с соматической ретардацией пубертата. Асинхронии отражают дисгармоничность полового созревания.

Клиника. На первых двух этапах психосексуального развития задержки (ретардации) не привлекают внимания. Любопытство, связанное с полом, и полоролевые игры либо меньше выражены, либо отсутствуют. Это сочетается с правильным становлением полового самосознания и формированием половой роли ребенка во всех остальных сферах общения. При таком варианте отсутствуют обе фазы I и II этапов психосексуального развития. Более мягкой бывает задержка при сохранности первой фазы (выработки установок). Однако и в том, и в другом случае выпадает важнейшая фаза (научения и закрепления установок), т. е. практическое обучение общению между полами. Задержки психосексуального развития на первых двух этапах не осознаются пациентами, а родителями и педагогами воспринимаются как показатели благополучного воспитания. Они становятся более заметными в пубертатном периоде.

В некоторых случаях полоролевые игры «в семью», «дочки — матери», свойственные детям 5—7 лет, из-за нарушений коммуникации в этом возрасте переносятся на школьные годы. При смене коллектива (например, летом на даче) ребенок открывает для себя новую игру и увлеченно включается в нее с младшими детьми. «Недоигравшие» в свое время дети продолжают в одиночку или группами играть в куклы не только в младших классах, но в отдельных случаях и в старших. Однако игры эти качественно отличаются от «своевременных» игр дошкольного возраста, так как осведомленность к этому возрасту выше и гормональный уровень уже иной. Участву-

ют в таких играх обычно только девочки. Эти игры могут быть полезными, так как заполняют «брешью» в становлении сексуальности, формируют ролевые уставки. Однако совпадение игр с гормональной активностью может зафиксировать их как суррогатную форму реализации либидо и привести к гомосексуальной направленности полового влечения.

Значительный процент ретардации становления сексуальности приходится на этап формирования психосексуальных ориентаций. В этих случаях половое влечение задерживается на платонической или эротической стадии. Реализация соответствует стадии, на которой произошла задержка, а фантазии и мечты — следующей стадии. Задержки преимущественно на эротической стадии становятся одним из наиболее важных звеньев патогенеза нарушений психосексуальных ориентаций. Влияние микросоциальной среды, в том числе и неправильное половое воспитание, приводит не только к социогенным ретардациям психосексуального развития, но и к нарушениям формирования психики ребенка и подростка в целом, к деформации личности.

Больная Т., 33 лет, обратилась с жалобами на отвращение к половому акту с начала половой жизни. С детства воспитывалась в «ежовых рукавицах». Вспоминает, что в возрасте около 5 лет была избита матерью за то, что по просьбе мальчика сняла трусики. В последующем за общение с мальчиками родители всегда жестоко избивали ее, вплоть до замужества оскорбляли по малейшему подозрению. Первая менструация в 11½ лет. Узнав об этом мать заподозрила дочь в сексуальных контактах со старшим двоюродным братом, которого она и обвинила в раннем созревании девочки (у матери менструации с 17 лет). В школьные годы пациентке не разрешалось играть с детьми, ее постоянно «профилактически» били «за мальчишек». Когда ей было 14 лет, мать увидела, что она разговаривает во дворе с 16-летним соседом, который, кстати, нравился девочке, и тут же позвала ее домой. Матери показалось, что дочь поддернула резинку трусов. Девочку жестоко избили, не выпуская из дома, держали взаперти.

Половая жизнь с 17 лет, в браке. Отношения с мужем хорошие. Имеет двоих детей. После замужества полового влечения не было, но ласки были приятны, успокаивали, во время ласк клонило в сон. Впоследствии ласки стали ассоциироваться с половым актом и перестали быть приятными. Оргазма никогда не испытывала, даже во сне. Ей снится, что в «самый неподходящий момент» появляется мать и она, взрослая женщина, пугается и вынуждена перед матерью оправдываться.

Данное наблюдение показывает патогенную роль неправильного воспитания даже при нормальной эндокринной обеспеченности и благополучных межличностных отношениях с мужем. Как правило, женщины больше, чем мужчины, страдают от «бдительности» воспитателей на всех этапах становления сексуальности. Нередко среди обращающихся по поводу отсутствия полового влечения и даже отвращения к половой жизни встречаются женщины, которые в свое время крайне испугались первой менструации, так как о ней они ничего не знали, но о дефлорации с кровью и «позором на всю жизнь» инициативные «воспитатели» их успели предупредить.

Сочетанные задержки психосексуального развития показательны при дебютантных формах сексуальных расстройств, задолго до которых обычно уже имеются нарушения платонической и эротической

коммуникации (барьер общения) с представителями противоположного пола при отсутствии проблем общения с ними как с товарищами. Как правило, это результат нарушения и психосексуального развития (деформация или отсутствие фазы научения и закрепления установки эротической и даже платонической стадий формирования полового влечения). Если еще в школе трудности возникали при попытке заговорить с понравившейся девочкой (пациенты краснели, смущались, убегали или грубили), то, повзрослев, они подчас сталкиваются с «непреодолимыми» проблемами эротического и сексуального общения. Отсутствие практических навыков, которые они не смогли получить в процессе становления сексуальности, не позволяет правильно провести платоническое общение с партнершей, гармонично перевести его в эротический контакт и завершить близостью. В результате без истинного сексуального влечения, не умея ни программировать, ни корректировать в процессе общения с партнершей свое поведение, они идут на заведомо неудачную близость. Все их попытки «перескочить» через платоническое общение и эротический контакт с партнершей приводят к тому, что нелепое поведение настораживает и отпугивает одних и вполне «устраивает» только тех, кто не поскупится на комментарии сексуального срыва. В редких случаях с помощью благожелательной партнерши удастся преодолеть трудности подготовительного периода, но половой акт обычно заканчивается неудачей и нарушения коммуникации усугубляются чувством сексуальной неполноценности.

Особенно наглядны сочетанные задержки при дебютантных формах анэякуляторных расстройств, которые представляют собой наиболее тяжелый вид половых нарушений у мужчин и заключаются в отсутствии семяизвержений, несмотря на значительную длительность половых актов. Нарушения психического развития и воспитание мальчиков в условиях гиперопеки приводят к расстройствам коммуникации со сверстниками, а в 37% случаев с этим сочетается соматогенная ретардация пубертата. Отсутствие достаточной информированности о половой жизни, технике полового акта, непознанность (без мастурбаторной практики) оргастических ощущений приводят к казуистическим проявлениям. Например, один пациент считал, что в течение месяца ежедневно проводил половой акт, хотя каждый раз совершал только интроитус (через месяц жена «открыла ему глаза»). Другой пациент с отсутствием семяизвержения при половых актах (в связи с этим 3 года лечился гормональными препаратами!) после введения полового члена во влагалище, не совершая фрикционных движений, ждал эякуляции. Первое время, благодаря синдрому парацентральных долек, семяизвержение происходило у него при каждом таком «половом акте». Затем оно стало наступать реже, пока не прекратилось вовсе.

Платоническое влечение у больных этой группы возникает не раньше 14—15 лет. Из 35 пациентов с дебютантными формами анэякуляторных расстройств 19 никогда не мастурбировали. Из 16 человек, практиковавших мастурбацию, у 12 она была «самостоятельной» находкой и проводилась в необычной форме: ритмическое сдав-

ление головки полового члена, трение кожи в области уздечки, сжатие и трение полового члена между бедер, напоминающие дойку движения, трение половым членом о постель с имитацией коитуса, так называемый психический опанизм, круговые движения крайней плотью по головке полового члена. Больные этой группы значительно позже начинают половую жизнь (средний возраст первой попытки 23,7 года). У большинства пациентов формирование полового влечения останавливалось на эротической стадии. Им больше нравились ласкать партнершу, ласки длились 1 ч и более. Фрикционные движения были им безразличны или только приятны, нравились меньше ласки и проводились в основном для женщины. Попытка близости могла прекратиться на стадии предварительных ласк по собственной инициативе или по просьбе партнерши совершенно безболезненно для пациента. Отсутствие половой жизни переносилось легко и единственной причиной обращения к врачу становилось бесплодие. Обычно незавершенные (без эякуляции) попытки провоцировали ночные поллюции, которые были сохранены у всех обследуемых. Больные узнавали о своем половом расстройстве (отсутствие семяизвержения) через несколько месяцев после начала регулярной половой жизни в браке и только после того, как на это обращала внимание жена. Большинство пациентов знали о необходимости имиссии, но не все четко представляли себе дальнейшую технику полового акта. Жены характеризуют их как мягких, нежных и добрых людей, с которыми легко найти контакт. Практически все пациенты воспитывались в условиях гиперопеки, а в части случаев гиперопека сочеталась с «ежовыми рукавицами» со стороны матери. Некоторые семьи были неполными, а в остальных мягкий и добрый отец не участвовал в воспитании, так как был оттеснен стеничной и требовательно-властной матерью. После начала регулярных семяизвержений (появившихся в результате лечения) стереотип сексуального поведения резко менялся. Стадия подготовки к половому акту значительно сокращалась вплоть до полной редукции, несмотря на недовольство жены. Половое желание возникало чаще, нарастало стремление непосредственно к коитусу. Попытки жены избежать близости приводили к конфликтам. Частота половых актов увеличилась до средней возрастной нормы при данной половой конституции. Таким образом, изучение группы больных с дебютантными формами анэякуляторных расстройств позволяет утверждать, что сексуальное половое влечение становится зрелым только после некоторого периода регулярной половой жизни, сопровождающейся семяизвержением и оргазмом (фаза научения и закрепления установки стадии формирования сексуального влечения). Отсутствие этой фазы задерживает развитие полового влечения на эротической стадии. Психические нарушения встречались у всех пациентов данной группы и укладывались в большинстве случаев в психопатии и акцентуации инфантильно-зависимого или астенического круга, реже в невротоподобные варианты эндогенного процесса и постпроцессуальные развития. При этом чаще наблюдались депрессивный, obsessивный, астенический и в меньшей степени ипохондрический синдромы.

Все больные были хорошо профессионально и социально адаптированы, из них только двое не состояли в браке.

Больной В., 24 лет, обратился с жалобами на отсутствие семяизвержения при половом акте, несмотря на длительность фрикций до 30 мин.

В детстве рос болезненным ребенком, детский сад посещал эпизодически. Остальное время находился дома с бабушкой. Любил тихие игры, в школе всегда «стоял в стороне». Родители (педагоги по профессии) всячески оберегали его от «нежелательных» контактов. Глава семьи — энергичная мать, которая работала в школе, где учился ее сын. Любые его промахи сразу же ставились известны, и дома его ожидало наказание. До 22 лет спал в одной комнате с младшей (моложе на 5 лет) сестрой. О взаимоотношениях полов не знал до 13 лет. В 13 лет стало интересоваться, как устроены половые органы женщины. Наблюдал за обнаженными девочками на пляже, подсматривал за своей сестрой. В 14 лет впервые увидел полуобнаженную женщину на фотографии, которую показали одноклассники в школе. Тогда же из книги Космана-Вейса «Мужчина и женщина» узнал о половом акте. В 15 лет безответно влюбился в одноклассницу; в это же время появились ночные поллюции. После поступления в институт почувствовал себя свободнее, так как устранилась опека со стороны родителей. Ухаживал за девушками, но серьезных увлечений не было. В 22 года (за несколько месяцев до свадьбы) первый «пробный» половой акт был неудачным, так как головка полового члена не открывалась из-за узости крайней плоти. Во время введения и фрикций испытывал боль. Еще несколько попыток оказались неудачными. Вскоре женился. Первые 2 мес половые акты были болезненными, затем головка стала открываться свободно и боль прошла, но ни одного семяизвержения за 2 года брака не было.

По характеру мягкий, добрый, ласковый и покладистый; чрезвычайно мнителен и тревожен, застенчив. Эмоционально лабилен. Склонен к идеаторным obsessions и рассуждательству. Прежде чем принять какое-либо решение, неоднократно взвешивает все за и против, обязательно советуется с женой и родителями. В трудных жизненных ситуациях быстро астенизируется. Плохо чувствует себя в новой обстановке. В процессе лечения при незначительной неудаче сразу терял веру в успех. После психотерапевтической коррекции вновь появлялась уверенность в своих силах, установка на лечение. При обследовании выявлена соматическая ретардация пубертата: рост 178 см, высота ноги 94,5 см, ТИ 1,88; оволосение лобка с тенденцией к горизонтали.

Данное наблюдение демонстрирует сочетанную задержку психосексуального развития, обусловленную совместным воздействием трех патогенных факторов: соматического (ретардация пубертата), психического (психопатическое развитие по психастеническому типу) и социального (воспитание в условиях гиперопеки).

Диагноз. Ретардации психосексуального развития диагностируются на основании анализа становления сексуальности и сексологического анамнеза. Существенную помощь оказывает оценка по шкале векторного определения половой конституции [239, с. 225]. Описанное ранее торможение пубертатных проявлений [65] представляет собой ничто иное, как задержку психосексуального развития на фоне нормального полового развития (когда снижены лишь векторы I и II при значениях векторов III и IV выше 3,6). Если средние арифметические, рассчитанные отдельно по I—II и III—IV векторам, равны между собой и лежат ниже 3,5, то задержка психосексуального развития обусловлена ретардацией пубертата. Если векторы I и II, III и IV оказываются меньше 3,5 и при этом I и II лежат ниже III и IV, то задержка психосексуального развития сочетается с ретардацией пубертата и частично ею обусловлена.

Дифференциальная диагностика проводится в самой группе задержек психосексуального развития и направлена на выявление патогенных воздействий, их вызвавших, что позволяет в дальнейшем строить лечебную тактику применительно к особенностям каждого отдельного случая.

Лечение. Одна из наиболее частых тактических ошибок, допускаемых при лечении дебютантных сексуальных расстройств, обусловленных ретардацией психосексуального развития, заключается в том, что врач стремится выполнить «заказ» пациента и назначает терапию, направленную на восстановление непосредственно полового акта (нередко стимулирующую или гормональную), в то время как патогенетическим стержнем расстройства являются трудности коммуникации, т. е. поведенческие нарушения.

Часто пациенты обращаются за сексологической помощью не только не имея партнерши, но и без элементарных представлений о том, как ориентироваться в ее выборе. Не следует отправлять их в «свободный поиск». Необходимо совместно с пациентом не только определить объект поиска (основными критериями должны быть индивидуальная привлекательность и особенности характера, а не доступность), но и отработать приемлемую для него модель поведения в процессе знакомства, платонического ухаживания, перехода к эротической стадии и ее реализации. Желательно также предусмотреть коррективы общения в зависимости от поведения партнерши. На этом этапе лечения найти партнершу пациенту не очень сложно, так как женщины чаще, чем мужчины, задерживаются на платонической и эротической стадиях формирования полового влечения. Они охотно принимают ухаживания, видят в мужчине в первую очередь человека, а не сексуального партнера, и поэтому благодарнее реагируют на внимание, чуткость, заботу. Даже если пациент ошибся и выбрал женщину, которая знакомится совсем не ради платонического общения, то у него появится опыт и в дальнейшем он сможет заранее исключить подобные знакомства. Поскольку все партнеры, их поведение и ситуация знакомств отличаются друг от друга, постепенно методом проб и ошибок (как это должно было быть при правильном развитии в пубертате) отрабатывается динамический стереотип сексуального поведения. Обязательной задачей сексопатолога является также научение пациента способам психологической защиты при сексуальных неудачах, что помогает снизить эмоциональную значимость срыва. С пациентом приходится анализировать каждую неудачу (а может быть, и «удачу», так как конечным результатом должен быть подбор постоянной партнерши, к которой пациент адаптируется и с которой свяжет свою жизнь). Чем доступнее пациент психотерапевтической коррекции и чем больше его контакт с сексопатологом, тем меньше его восприимчивость к неизбежным в процессе обучения психическим травмам.

Необходимо учитывать, что в конечном счете все эти стадии он должен пройти с одной партнершей [209]. Нельзя отработать платоническую стадию с одной партнершей, а к эротической стадии перейти с другой. Если партнерша по какой-то причине «отпала» на

любом этапе формирования сексуальных отношений, то с другой следует начинать все с самого начала с учетом прошлого опыта. Когда, наконец, пациент найдет благожелательную партнершу, с которой «отработает в игре» все стадии и дойдет до сексуальной реализации, но у него все-таки произойдет срыв при попытке полового акта, то пару, как правило, приходится адаптировать на эротической стадии, а чтобы не произошло угасания влечения, рекомендовать завершать игры оргазмом (петтинг). Такая же терапевтическая тактика применяется, если к сексопатологу обратилась пара с неудачными попытками к близости. Широко распространенный «мнимый запрет» есть возврат пациента на предыдущую фазу реализации (от неудач сексуальной реализации к эротической реализации с подкреплением, т. е. на переходную стадию). Однако нельзя забывать, что для пациента с задержкой психосексуального развития и незрелым влечением «мнимый» запрет очень легко может стать «настоящим», т. е. спасительным, защитным, отработанным механизмом. До этого он уже защищался от себя, от партнерши, от страхов и от ответственности за исход попытки головной болью, переутомлением на работе и ссылкой на неподходящую ситуацию. В подобных случаях «запрет» необходимо сочетать со строгим контролем за эротической активностью пациента. При осуществлении этого тактического варианта переход к проведению полового акта с интроитусом осуществляется только после стабильной адаптации пары на различных вариантах петтинга. При этом интроитус должен стать не единственной целью, а одним из пробных вариантов сексуальной активности. В случае неудачи интроитуса показан возврат к вестибулярному или интрафеморальному контакту. При участии в игре обоих партнеров, когда создается полная уверенность в завершенности контакта, автоматически снимается обязательность, неизбежность интроитуса, а следовательно, и страх перед ним. Партнеры должны быть предупреждены: «Для вас «обычный» половой акт — только одна из форм контакта, возможно, в последующем она и не будет устраивать вас больше, чем остальные, и вы не захотите ограничиваться ею, чтобы не утратить обретенную гармонию (особенно в интересах женщины)».

В менее выгодном положении при ретардации психосексуального развития находятся женщины, даже осознающие причину отсутствия влечения и готовые «отработать» искаженные стадии становления сексуальности. Нередко они не могут себе это позволить из-за социального статуса и подчиненного положения женщины как партнерши. Ей трудно переступить барьер сомнений в том, что ее активность в выборе партнера и действиях будет правильно принята и истолкована. Даже переступив его, женщине трудно полностью прогнозировать и направлять действия партнера, так как мужчина — «активный партнер» и он может либо отвергнуть ее под предлогом непривлекательности, либо форсировать переход к сексуальной близости. Первый вариант чреват для женщины усугублением комплекса неполноценности, второй — участием в половом акте, который ей в лучшем случае безразличен. При задержке сексуальности на пла-

тонической стадии ей неприятны даже ласки, а половой акт вызывает отвращение. Повторение неудачного опыта ведет к угасанию возбуждения сначала перед половым актом, а потом и во время ласк, так как нарастает тревожное ожидание неприятной половой близости. Вмешательство сексопатолога при психологическом отчуждении партнеров обычно малоэффективно, а на ранних романтических стадиях общения преждевременно. В парах, где психосексуальное развитие женщины не достигло зрелости, следует менять привычный стереотип интимных отношений с переводом на предыдущие стадии. При отсутствии партнера здесь также необходимо выяснить причину и научить женщину осознанному выбору. В некоторых случаях высокая притязательность в выборе партнера требует психотерапевтической коррекции. Нередко может оказаться полезным отдать предпочтение партнеру также с нарушениями социо-сексуальных контактов, так как если задержка либидо на платонической стадии выявляется у обоих партнеров, то их легче адаптировать на доступном им уровне. В подобных случаях целесообразно научить женщину удерживать партнера от форсирования отношений на оптимальной для нее стадии, не допуская перехода на следующую, пока у нее не появится в этом потребность. Возможно, на этом пути она даже потеряет несколько партнеров, но это окупится возрастанием вероятности пробуждения сексуальности, несравнимой с намного меньшей вероятностью при пассивном принятии навязываемого мужчиной стереотипа поведения.

Таким образом, психотерапевтическое лечение пациентов с ретардацией психосексуального развития на предшествующих стадиях (т. е. торможением второго и третьего компонентов либидо) по существу сводится к «повторению» искаженных или пропущенных стадий и фаз III этапа (формирования психосексуальных ориентаций). Психотерапевтическую коррекцию, обучение стереотипам поведения на каждом этапе можно проводить как индивидуально, так и в небольших группах, подобранных строго по стадиям. Напротив, попытки формирования больших групп «с сексуальными нарушениями» может лишь дискредитировать метод. Если первые два этапа нарушены столь грубо, что возникают непреодолимые трудности при социальных контактах с представителями противоположного пола и пациент не может ни найти партнера, ни познакомиться с ним, ни поддерживать и развивать общение, то может потребоваться помощь психотерапевта или психиатра.

Прогноз благоприятен лишь при благожелательном (заинтересованном) партнере и при установке больного на действительную (истинную) нормализацию сексуальной функции, а не на желание «быть как все» или формально «создать семью, поскольку трудно жить одному». Прогноз сомнителен при искажениях психосексуального развития на всех этапах (включая ранние), так как нарушения социальных контактов затрудняют становление сексуальной функции и требуют длительной психотерапевтической работы.

3.4.1.2.2. Преждевременное психосексуальное развитие

Преждевременное психосексуальное развитие (ППР) представляет собой раннее становление сексуальности, опережающее средние возрастные нормы и половое созревание.

Этиология и патогенез. В качестве основных причин ППР, так же как и при задержках психосексуального развития, выступают соматические, психические и микросоциальные факторы. Если ведущим механизмом психосексуальных задержек является торможение полового развития в сочетании с общим снижением гормонального фона, то в патогенезе ППР гормональные влияния имеют несравненно меньшее значение. При преждевременном соматическом половом созревании психосексуальное и психическое развитие хотя и ускоряется, но незначительно, и некоторые авторы этого ускорения не отмечают [372, с. 148—149]. Как правило, интереса к противоположному полу такие дети не проявляют, и в некоторых случаях выявляется лишь ранняя допубертатная мастурбация. Среди соматических причин ППР главную роль играет врожденное или раннее поражение глубоких структур мозга, проявляющееся снижением порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм (в частности, субкортикальный вариант синдрома парацентральных долек), которое служит фоном, способствующим закреплению патогенных воздействий психических и социальных факторов. Независимо от причин раннее пробуждение и дальнейшее развитие сексуальности возможны только при постоянном подкреплении оргазмом или хотя бы приятными ощущениями. Снижение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм, позволяет получить это подкрепление. В противном случае сексуальный интерес не выходит за рамки обычного психосексуального развития. Несвоевременно спровоцированный, но неподкрепляемый, он быстро угасает.

Исключением из этого правила являются варианты, когда благодаря психическим нарушениям подобный интерес может перерасти в патологическую реакцию, способную длительно существовать и развиваться (следуя уже психопатологическим закономерностям). В этиологии ППР нередко участвует различная психическая патология, прежде всего «ядерные» психопатии и эндогенные процессы. Обусловленные ими особенности психического развития приводят к ранней фиксации интереса детей на сексуальной сфере. Еще в период любопытства, связанного с полом, изучение гениталий становится эмоционально значимым и принимает по-настоящему сексуальную окраску. Любые формы половой активности сопровождаются приятными ощущениями или даже оргазмом. Чаще всего сексуальность находит выход в суррогатных формах, так как реализовать в этом возрасте выработанные установки в полном объеме практически невозможно, даже если нет нарушений общения или они касаются только представителей противоположного пола. В связи с этим нередко изменяются (деформируются) установки. Трудности коммуникации, связанные с нарастанием в процессе развития

нарушений психики, могут затормозить становление сексуальности и привести к задержке формирования полового влечения на одной из стадий. Кроме того, при совпадении этапов формирования полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций любые девиации в направленности полового влечения и искаженные формы реализации либидо сцепляются с половой ролью, соответственно ее видоизменяя и деформируя, значительно быстрее и прочнее, чем при нормальном становлении сексуальности. Реализация выбранных тенденций и установок в этом возрасте, когда аффективные реакции преобладают над рассудочными, вырабатывает динамический стереотип, который в последующем монолитно сплавляется с ядром личности, сохраняется в течение всей жизни и практически не поддается терапевтической коррекции.

К социогенным причинам ППР относятся пробуждение и формирование сексуальности вследствие иногда даже однократного, но чаще методичного и достаточно длительного растления и совращения детей подростками или взрослыми (обычно теми, кто не может адекватно реализовать свое половое влечение). Подростки чаще добиваются цели с помощью запугивания, угроз и даже насилия. Взрослые используют любознательность ребенка. Они целенаправленно растлевают детей, методично «проводят» их в ускоренном темпе через все этапы формирования сексуальности: информируют о половой жизни, демонстрируют им эротোগрафические и порнографические изображения, с учетом собственных вкусов пропагандируют извращенные формы сексуальных отношений. Вызвав у детей интерес к половым вопросам, они переходят от информации к ее практической реализации: демонстрируют и разглядывают половые органы, проводят эротические воздействия, имитируют половые контакты, и только добившись «добровольного» согласия жертвы, начинают с ней половую жизнь.

ППР (во всех его вариантах) за счет мобилизации механизмов интимо- и экстероцептивных раздражений влечет за собой и ускоренное начало полового созревания, которое поддерживается и усиливается афферентными импульсами из половых органов, а также значимой сексуальной стимуляцией тактильных, зрительных, слуховых и других анализаторов. Это убедительно доказано в опытах на животных [103]. Таким образом, основой патогенеза ППР является смещение этапа формирования психосексуальных ориентаций на более ранний этап выработки полоролевого поведения и сплавления сексуального влечения с половой ролью.

Клиника. Для психогенного варианта ППР типично то, что половое влечение значительно опережает любые другие проявления сексуальности. Оно впервые начинает сказываться уже на этапе формирования полового самосознания и к 5—10 годам может достигать уровня сексуальных фантазий. Либидо, не имеющее в этих случаях никакой соматической почвы, влечет за собой и различные варианты сексуальной активности, но прежде всего суррогатные. Нарушение психических нарушений в процессе дальнейшего развития ребенка в одних наблюдениях приводит к расстройствам коммуни-

гации, вследствие чего реализация полового влечения становится практически невозможной, в других — половая близость с партнером не приносит того удовольствия, которое было присуще детским играм «в доктора», «дочки — матери», «в семью» и т. д.

Больной Х., 24 лет, обратился с жалобами на притупление ощущений и отсутствие оргазма при половых актах. Предъявлял также ипохондрические жалобы: чувство холода, боли, снижение чувствительности в поясничном отделе позвоночника и затылочной области (где, по мнению больного, находятся половые центры), резкое ухудшение самочувствия после коитуса. Отмечал чувство сексуальной неполноценности, сужение круга интересов и сниженный фон настроения.

Сексуальные фантазии с 5—6 лет. С 6 лет начал мастурбировать (первая эякуляция в 16 лет). В 6—8-летнем возрасте в играх со сверстниками имитировал несколько раз половой акт, при этом испытывал «необыкновенно яркие ощущения». После игр пытался добиться таких же ощущений при мастурбации и в первое время это удавалось. Максимальная интенсивность мастурбации приходится на возраст 12—15 лет: почти ежедневно с эксецессами до 5 (длительность 5-го эксецесса доходила до 1½ ч). До 12 лет периодически наблюдался энурез. В 16 лет отношение к мастурбации стало резко отрицательным. Считал, что неестественные семяизвержения (мастурбация, поллюции) разрушались влияют на весь организм. На фоне сильного полового влечения с часто возникающими по малейшему поводу и сохраняющимися на протяжении нескольких часов эрекциями начал «борьбу» с мастурбацией, но часто не выдерживал и срывался. Эти срывы, так же как и ночные поллюции, воспринимались как катастрофа. Дневные адекватные поллюции 1 раз в 2—3 мес с 16 лет до обращения. В возрасте 21 года психическое состояние вновь резко изменилось: стал замкнутым, медлительным, апатичным, снизился фон настроения. Отмечал, что постарел, изменились походка и лицо. Сузился круг интересов, перестал читать. Появилась повышенная чувствительность: со слезами на глазах слушал музыку, сильное впечатление производили фильмы о войне. Переживал, что родные брат и сестра умерли до его рождения, спокойно перенес смерть матери за год до обращения. В процессе обследования психическое состояние квалифицировано как параноидально-ипохондрический синдром в рамках эндогенного процесса с приступообразно-прогредиентным течением.

При объективном обследовании выявлены признаки соматической задержки полового развития: рост 180 см, высота ноги 98 см, ТИ 1,84; оволосение лобка с тенденцией к горизонтали; симптом «серпа» при ректальном исследовании предстательной железы.

Данное наблюдение иллюстрирует ППР как результат доманифестных психических особенностей пациента, чему способствовало врожденное снижение порогов нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. Ранние сексуальные фантазии не имели адекватной реализации. Оргазм долго (с 6 до 16 лет) не сопровождался эякуляцией. Практиковались лишь суррогатные формы: игры с имитацией полового акта и мастурбация, т. е. произошла задержка ППР и «зависание» между сексуальными фантазиями и реализацией только эротических игр. Несмотря на раннее появление сексуального интереса, половое влечение не достигло зрелости и его развитие остановилось на эротическом уровне, что сказалось и на последующей половой жизни — предварительные ласки длились до 25 мин и были более приятны, чем половой акт. Кроме того, данное клиническое наблюдение является примером сложной асинхронии становления сексуальности (соматическая задержка полового созревания в сочетании с ППР).

Для соприносных вариантов характерно более «естественное», т. е. более последовательное становление сексуальности. Оно начинается с эротических воздействий, навязанных совратителем, которые через какой-то промежуток времени начинают вызывать удовольствие, и лишь затем происходит постепенное формирование полового влечения. Эротические действия проводятся в форме, близкой к адекватной, т. е. с партнером. В дальнейшем половое влечение не задерживается и развивается до сексуального либидо, чем объясняется высокая активность пациентов в поиске объектов для его удовлетворения.

Большая Катя С., 6½ лет, приведена матерью в связи с ранним проявлением сексуальности. Девочка — приемный ребенок, взята из родильного дома в возрасте 7 дней. Родилась с массой 3400 г от первородящей молодой здоровой женщины, не состоявшей в браке. Отец считает ее родной дочерью, так как жена имитировала беременность. В первые годы опережала в развитии сверстников: рано начала держать голову, сидеть, ходить. Первые слова в 7 мес, фразовая речь после года.

Со слов матери, отец был очень привязан к девочке, купал ее, ласкал, играл с ней. Играя, часто сажал ее себе на живот и область гениталий, при этом брюки у него нередко оказывались расстегнутыми. В возрасте 1 года девочка впервые во время купания попросила мать потрогать ей «как папка» половые органы. С 3 лет стала охотно оставаться с отцом наедине, старалась прогнать мать; сердилась, если мать не оставляла их одних. В 3—4 года мать заметила, что девочка прижимает к себе руками игрушку, сжимает бедра и испытывает при этом оргазм. Иногда оргазмы наблюдались и во сне. В результате расспросов и наблюдений мать установила, что отец систематически склонял ребенка к орально-генитальным контактам, на что девочка охотно соглашалась. Брак был расторгнут и возбуждено уголовное дело. У девочки осталось влечение к отцу, но сейчас она оживляется и в присутствии некоторых мужчин, старается привлечь к себе их внимание. Девочка испытывает оргазм при мастурбации несколько раз в день. Она может вызвать его очень легко, например, после нескольких движений языком по небу; на упреки матери отвечает, что ничего не может поделать с собой, приходит в ярость, когда пытаются прервать мастурбацию. Мать, подозревая, что дочь скрывает мастурбацию, требовала «говорить всю правду», принимала все меры, чтобы сдерживать сексуальность дочери: уговаривала, пугала, жестоко наказывала.

Рентгенологически костный возраст соответствует 8 годам; череп умеренно гидроцефалической формы, пальцевые вдавления по своду усилены, швы сомкнуты, их края уплотнены. Турецкое седло не изменено. На ЭЭГ выявлены диффузные сдвиги в характере биоэлектрической активности головного мозга с чертами глубокой, медлобазальной (преимущественно левосторонней) заинтересованности со снижением порога пароксизмальной активности и ослаблением реактивности.

В данном случае ППР было спровоцировано растлевающими и совращающими действиями на фоне органического поражения ЦНС. При любом варианте ППР дети в большинстве случаев выступают инициаторами различных игр, сопровождающихся рассматриванием половых органов, манипуляциями на них, имитацией различных форм сексуальной активности. Если обычно эти игры отражают детское любопытство, то в случаях преждевременного становления сексуальности они принимают по-настоящему эротический и даже сексуальный характер, и дети в них эмоционально заинтересованы.

Кроме того, для сексуальных контактов дети выискивают подро-

стков и взрослых, которые подчас охотно идут на интимные отношения.

Больная Наташа Г., 10 лет, приведена отцом, отметившим у девочки мастурбацию и половые контакты с подростками. Кроме того, каждую ночь она 2—3 раза просыпается вследствие оргазма.

Девочка родилась переносенной, в дальнейшем развивалась нормально. У матери до ее рождения было двое сыновей от другого мужа. С раннего детства девочка была свидетельницей интимных отношений матери, с 4 лет у нее орально-генитальный контакт с сожителем матери. В этом же возрасте начались интимные отношения со старшими братьями. Братья угрожали убить, если она откажется от половой жизни с ними или расскажет кому-нибудь об этом, и девочка шла на любые формы половой активности, которые ей навязывали: фелляции, коитус рег апиш, половой акт с неполным (из-за болезненности) введением полового члена во влагалище. Вскоре, несмотря на болезненность, стал возникать оргазм. С 6—8 лет начала употреблять алкоголь. Когда девочке было 10 лет, мать осудили за уголовное преступление, и она перешла жить в семью отца. В новой школе активно искала партнеров 14—16 лет. Встречалась с ними во время уроков (специально отпрашивалась в туалет) или изредка у себя дома, когда не было взрослых. К ней домой приходили и братья. Девочка пыталась вовлечь в сексуальные контакты с подростками свою подругу-сверстницу. Дома всеми средствами велась и ведется борьба с мастурбацией и сексуальной активностью девочки. Для «отвлечения» ее заставляют подолгу чистить пылесосом ковры. Отец бьет, жжет ей руки над огнем, чтобы не мастурбировала. Девочка боится наказаний, плачет, но ничего с собой поделать не может. Костный возраст соответствует 11—12 годам. На ЭЭГ выявлены диффузные сдвиги в характере биоэлектрической активности головного мозга со стволовой и дисэнцефальной заинтересованностью. В левой гемисфере увеличено количество медленных волн и их групп, порой в виде всплесков. Снижен в целом порог пароксизмальной активности.

Раннюю допубертатную мастурбацию как у мальчиков, так и у девочек следует считать одним из проявлений ППР. Мастурбацию у детей до 8—10 лет нельзя оставлять без внимания, так как она нередко обусловлена растлевающим влиянием подростков (реже взрослых) или психическими нарушениями. В тех и других случаях ее подкрепление оргазмом возможно лишь в результате снижения порогов возбудимости первых структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм.

Диагностика. По поводу ППР ребенка обычно обращаются родители и воспитатели, которых беспокоит, что сексуальность у него проявляется очень рано и не корректируется педагогическими воздействиями. Дети жалоб не предъявляют и при гиперсексуальности их беспокоят лишь приступообразные ухудшения общего состояния в сочетании со специфическими ощущениями (иногда болью) в половых органах. К сожалению, прежде чем ребенок попадет к врачу, он успевает испытать на себе весь арсенал житейских мер «педагогического» воздействия и предпочитает «лишнего» не говорить, так как прекрасно помнит, чем заканчивались раньше его откровенные рассказы. Обычно при сборе анамнеза приходится ограничиваться впечатлениями взрослых. Преждевременная сексуальность, обусловленная психическими расстройствами, реже обращает на себя внимание родителей и педагогов, что связано с особенностями психики этих детей (они скрытны, недоступны). В большинстве случаев она выявляется ретроспективно, через много лет,

при обращении взрослых пациентов в связи с трудностями реализации полового влечения. ППР требует неврологического обследования в сочетании с ЭЭГ и рентгенографией черепа для выявления поражения глубоких структур головного мозга и снижения порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. При любом варианте преждевременного становления сексуальности полезна оценка по шкале векторного определения половой конституции. Например, у мужчин средняя арифметическая I и II векторов оказывается выше (и подчас значительно) средней арифметической III и IV векторов.

Дифференциальная диагностика проводится между различными вариантами ППР на основании анамнеза и данных неврологического и психопатологического обследований. Следует учитывать влияние микросоциальной среды. Последовательность формирования полового влечения и сексуальной активности имеет четкие различия при социогенных вариантах и в случаях психических нарушений. При социогенных преждевременное становление сексуальности начинается с половой активности, нередко навязанной извне, или мастурбации (обычно самостоятельной находки), и лишь в последующем происходит формирование либидо, а при психических нарушениях, наоборот, сначала появляется половое влечение, которое ведет к сексуальной активности.

Лечение строится в зависимости от особенностей этиологии и патогенеза. При нарушениях психики проводится терапия психического расстройства. Во всех случаях требуется (параллельно с терапией) постоянное индивидуальное наблюдение за ребенком доброжелательно настроенных взрослых (лучше родителей). Чем мягче и доброжелательнее взрослые, тем откровеннее ребенок, тем легче предусмотреть его действия и предупредить асоциальные поступки. Тактика семейной психотерапии зависит от возраста ребенка, его половой осведомленности и, отнюдь не сводясь к ограничению контактов со сверстниками, должна предусматривать деликатный, но эффективный контроль за конкретными формами этих контактов. В некоторых случаях целесообразно сознательно, под соответствующим наблюдением, вводить ребенка в сформированные игровые коллективы детей. Необходимо одновременно проводить терапию, направленную на повышение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм (как медикаментозную, так и рефлекторную).

Прогноз. Если причиной ППР выступают психические нарушения, то прогноз полностью зависит от их прогрессивности. Он становится неблагоприятным в случае искажения направленности полового влечения и закрепления перверзных тенденций. Микросоциально обусловленные варианты преждевременной сексуальности более благоприятны в прогностическом плане. Однако само обращение ребенка, его ранняя половая активность и неадекватные меры педагогического воздействия даже у детей без психопатологической отягощенности ведут к патохарактерологическим формированиям личности с делинквентным поведением.

3.4.1.3.1. Нарушения полового самосознания (аутоидентификации). Транссексуализм

Нарушения полового самосознания (аутоидентификации) проявляются различными вариантами *транссексуализма*. Транссексуализм — стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное (соответствующее генетическому полу) формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Распространенность транссексуализма среди мужчин, по данным различных авторов, варьирует от 1 : 37 000 до 1 : 100 000 населения, причем соотношение между мужчинами и женщинами колеблется от 2 : 1 до 8 : 1. Средний возраст обращения к врачам у мужчин 23—24 года, у женщин 25 лет [401, с. 56—57, 61].

Этиология и патогенез. Грубые нарушения дифференцировки структур мозга, ответственных за половое поведение, в первую очередь гипоталамуса, приводят к искажению аутоидентификации и ощущению принадлежности к другому полу, несмотря на правильный пол воспитания. Для полноценного процесса дифференцировки мозга у мужчин требуется соблюдение многих условий, таких, как концентрация эмбрионального андрогена, период и длительность его воздействия, а также отсутствие эстрогенов, и нарушение любого из них может привести к расстройствам дифференцировки. Кроме того, у мужчин, так же как и у женщин (половая дифференцировка мозга которых не связана с функционированием эмбриональных гонад), нарушения могут быть обусловлены различными экзогенными воздействиями в пренатальном периоде, в том числе применением некоторых фармакологических средств (см. с. 28).

Выраженность нарушения половой дифференцировки может варьировать в широких пределах, чем объясняется многообразие клинических вариантов транссексуализма: от ярких («ядерных») и даже гротескных форм до стертых, когда никаких клинических проявлений, кроме незначительных эпизодов в детстве с попытками заявить о принадлежности к другому полу, не наблюдается. Влияние микросоциальной среды, практически незначимое для формирования «ядерных» вариантов транссексуализма, в полной мере сказывается при становлении «краевых». Утверждения о том, что транссексуализм возникает при попытках воспитывать ребенка в другом поле, не имеют под собой никакой основы. Во-первых, когда проявления транссексуализма у ребенка начинают восприниматься окружающими как патология, половое самосознание оказывается уже сформированным (не позже 5 лет, а обычно раньше) и любые воспитательные меры не могут его изменить и, во-вторых, для коренного изменения поведения (например, половой роли) лишь воспитательными мерами требуется не только время, но и стремление самого пациента.

Динамика психосексуального развития при транссексуализме схематично представлена на рис. 63.

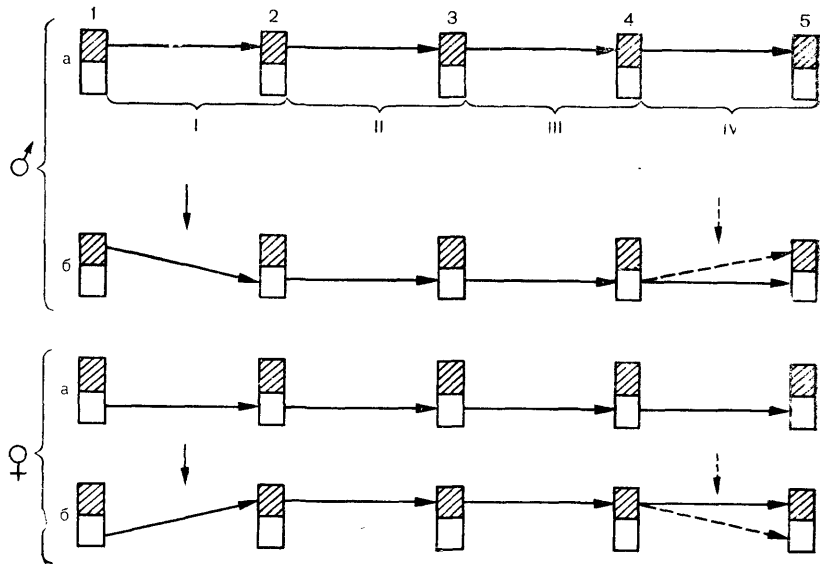


Рис. 63. Динамика психосексуального развития в норме и при транссексуализме у мужчин и женщин.

а — психосексуальное развитие в норме; б — психосексуальное развитие при транссексуализме; I — пренатальный период половой дифференцировки мозга; II — этап формирования полового самосознания; III — этап формирования полоролевого поведения; IV — этап формирования психосексуальных ориентаций; 1 — гонадный пол; 2 — половая дифференцировка мозга; 3 — половое самосознание; 4 — половая роль; 5 — психосексуальные ориентации: заштрихованные столбики — сформированы по мужскому типу; светлые столбики — сформированы по женскому типу; стрелки направленные вниз — патогенные воздействия; сплошные стрелки — основной вариант формирования; пунктирные — возможный, но реже встречаемый вариант.

В клинической картине транссексуализма на первый план выступают нарушения поведения, обусловленные ощущением принадлежности к другому полу. На этапе формирования полового самосознания такие дети называют себя именами противоположного пола, просят родственников в присутствии других говорить, что они не мальчики, а девочки, или наоборот. Дети добиваются права носить хотя бы нейтральную в половом отношении одежду, но ставят целью ношение одежды противоположного пола. Первое время подобное поведение воспринимается взрослыми как детские шутки, блажь или капризы. Осознав серьезность положения и неэффективность уговоров, родители пытаются применять более «действенные» меры, но обычно не достигают цели. Практически жизнь детей-транссексуалов — это постоянная, полная трагизма борьба за свое «Я», за право сменить пол, добиться гармонии между собственным половым самосознанием и восприятием окружающими. Во всех случаях выраженного нарушения половой аутоидентификации клинические проявления транссексуализма манифестируют до 5-летнего возраста [401].

Полоролевые игры в «дочки — матери», «доктора», «семью» и т. д. служат как бы индикатором сформированного полового самосозна-

ния. Если нет контроля со стороны взрослых, роли распределяются не только с учетом желания каждого участника, но и в зависимости от стиля его поведения, квалифицируемого группой как маскулинное или фемининное, а также в зависимости от способности отстоять выбранную роль. Чаще всего и в группах мальчиков, и в группах девочек мужские роли достаются детям с наиболее выраженными чертами маскулинности. В противном случае у них достаточно решительности, чтобы выйти из игры в знак протеста. Если в группах мальчиков получение престижной мужской роли требует определенной борьбы с соперниками и доказательства своих прав на нее, то в группах девочек подобные роли отдаются легко, при первом желании. На этапе формирования полоролевого поведения, часто вопреки стараниям взрослых, ощущение принадлежности к другому полу облекается в соответствующие формы полоролевого поведения и транс-сексуализм получает больше возможностей для проявления. Табл. 9 достаточно полно отражает их диапазон.

Таблица 9. Клинические проявления транссексуализма (в процентах) на этапе формирования полоролевого поведения [по 401]

Клинические проявления	Паспортный пол	
	мужской	женский
Вели себя как дети противоположного пола и преимущественно играли с детьми другого пола	63	92
Предпочитали игры, характерные для противоположного пола	67	92
Стеснялись раздеваться в присутствии лиц одного с ними пола	60	46
Переодевались в одежду другого пола иногда	37	23
постоянно	—	46
Четко осознавали свою принадлежность к противоположному полу	90	100

В этом возрасте дети со свойственным им максимализмом самоутверждаются в роли противоположного пола, конечно, не представляя себе юридических, социальных и медицинских последствий такого поведения. Этап формирования психосексуальных ориентаций при транссексуализме еще более сложен и ответствен, чем при нормальном становлении сексуальности. Его начало приходится на пубертатный период, когда достигает максимума развитие вторичных половых признаков и гениталий, а также происходит формирование полового влечения. С началом активного функционирования половых желез резко нарастает ощущение принадлежности к противоположному полу, жизнь в «чужом» поле превращается в пытку, ношение одежды другого пола становится все более постоянным. Крайне обостренно воспринимается пациентами развитие гениталий и вторичных половых признаков, так как они свидетельствуют о половой принадлежности к «чуждому» полу и служат доказательством их «неправильного» поведения. Девушек беспокоит увеличение молочных

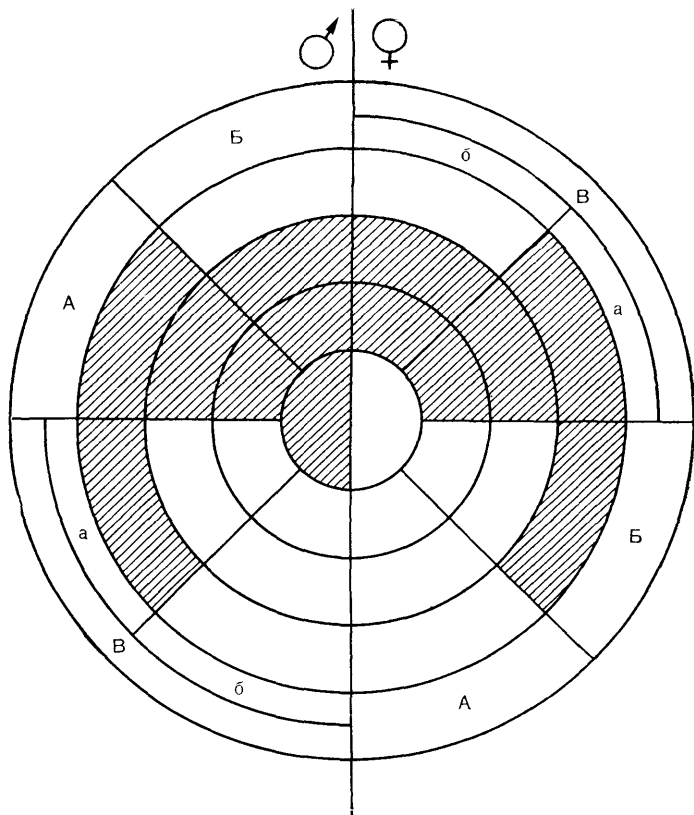


Рис. 64. Соотношение гонадного пола, полового самосознания, половой роли и типа психосексуальных ориентаций при транссексуализме, гомосексуализме и в норме у мужчин и женщин.

А — норма; Б — гомосексуализм; В — транссексуализм: а — с влечением к женщинам, б — с влечением к мужчинам. Окружности (от центра к периферии) обозначают: гонадный пол, половое самосознание, половую роль, тип психосексуальных ориентаций. Заштрихованная часть — сформировано по мужскому типу, светлая часть — сформировано по женскому типу.

желез и они их туго бинтуют, на ночь привязывают к ним лед, замораживают «искусственным льдом» или хлористым этилом. Юноши тягостно переживают рост половых органов, появление волос на лице, первые эрекции. Для предотвращения эрекций половой член перевязывают и фиксируют к промежности с помощью целых систем из бинтов и веревочек. В 18% случаев юноши-транссексуалы решаются на самооскопление: ампутацию полового члена или полную кастрацию [401, с. 56].

Абсолютно все «ядерные» транссексуалы стенично стремятся к смене пола любым, даже обманным путем. На этапе формирования психосексуальных ориентаций смены только паспортного пола оказывается недостаточно и требуется полное признание окружающими

транссексуала как представителя осознанного им пола. Формирование полового влечения в большинстве случаев транссексуализма соответствует половому самосознанию, т. е. у женщин с мужской аутоидентификацией оно возникает к женщинам, а у мужчин с женской аутоидентификацией — к мужчинам. Внешне подобное влечение воспринимается как гомосексуальное, но по сути таковым не является, поскольку в согласии с половым самосознанием направлено на противоположный пол. Как отмечает А. Поли, «мужчины-транссексуалы предпочитают в качестве партнеров гетеросексуальных мужчин и отвергают саму мысль о том, что их половая активность гомосексуальна. Зато связь с женщиной воспринимается ими как противоестественная — гомосексуальная» [401, с. 56]. Большинство транссексуалов (53% мужчин и 61% женщин) вступают в половой контакт с представителями одного с собой паспортного пола. Возможно формирование полового влечения и к представителям противоположного пола, но его, видимо, пужно расценивать как гомосексуальное, хотя внешне оно выглядит гетеросексуальным. С представителями противоположного пола пытаются вступить в контакт 20% мужчин и 8% женщин. Соотношение гонадного пола, полового самосознания, половой роли и психосексуальных ориентаций в норме, при транссексуализме и гомосексуализме представлено на рис. 64. Женщины предпочитают партнеров одного с ними пола, но проявляют меньшую сексуальную активность, чем мужчины-транссексуалы [401, с. 72]. Частота некоторых клинических проявлений транссексуализма у мужчин и женщин представлена в табл. 10.

Таблица 10. Клинические проявления транссексуализма (в процентах) на этапе формирования психосексуальных ориентаций [по 401]

Клинические проявления	Паспортный пол	
	мужской	женский
Все больше и больше убеждались в своей принадлежности к противоположному полу	100	100
Носили одежду другого пола иногда	50	—
постоянно	43	92
Настоятельно требовали оперативной смены пола	100	100
Нуждались в общественном признании как представители другого пола	100	100

Больной Кирилл М., 30 лет, родился первым ребенком. С тех пор, как помнит себя, всегда хотел стать девочкой. Играл в куклы. Предпочитал коллективы девочек, играя с ними в «дочки-матери», всегда исполнял роль матери. В школу ходил в тренировочном костюме, а в остальное время, насколько было возможно, стремился одеваться как девочка. Родители постоянно ругали за это. В школе мальчики презирали и дразнили «Манькой», называли «оно». Девочки, наоборот, дружили с ним, посвящали в свои тайны. С 5-го класса начал обращать внимание на мальчиков, кокетничать с ними, надевать бюстгалтер с ватой, подкрашиваться. В 12 лет безответная влюбленность в мальчика, который испугался, что за дружбу с «Манькой» его тоже будут дразнить. Интересовался медицинской литературой по вопросам полового развития, читал «Гормональные нарушения у мужчин и женщин»

Тетера. Стал посещать «Клуб юных медиков» при медицинском институте, где его внимание привлекали вопросы смены пола, половых признаков и т. п. В 16 лет окончил школу. Изменил в документах имя, отчество и фамилию и стал Карипой М. В женской одежде уехал из города и под видом девушки поступил на отделение воспитателей дошкольных учреждений в педагогическое училище. Одетый девушкой, встречался с юношами, при ласках испытывал оргазм. Материальной помощи из дома не получал. Устроился работать санитаркой в больнице, где тайком принимал женские половые гормоны. Под их влиянием стали увеличиваться молочные железы и появилась лакторейя. Методично боролся со всеми признаками своей мужской половой принадлежности: перетягивал и привязывал к промежности половой член, чтобы не возникали эрекции, с 16 лет обеспечивал пробивающиеся усики, а с 17 лет ежедневно тщательно брился. В 18 лет особенно беспокоили рост волос на лице и огрубение голоса. Решился на самокастрацию: добился анестезии обкалыванием мошонки новокаином и скальпелем пытался удалить яичко, но не смог остановить сильное кровотечение. С трудом добрался до районной больницы, где ему оказали помощь. В связи с предстоящим призывом в армию был вызван в военкомат, где утверждал, что он девушка. Был госпитализирован в психиатрическую больницу, где по поводу «странных» в поведении в течение нескольких месяцев лечили аминазином, мажептилом, инсулиновыми шоками. Первое время подтверждал желание сменить пол, но затем понял тщетность своих усилий, «публично отрекся» и был выписан домой с «выздоровлением». В тот же день дома оделся в женскую одежду и продолжил прием гормонов. При повторном вызове в военкомат заявил, что находится на IV месяце беременности. В подтверждение демонстрировал военному развитые молочные железы, из которых при надавливании выделялось молозиво (лакторейя). Доказательство оказалось убедительным — был снят с военного учета. Ободренный успехом, то же проделал в милиции и добился смены всех документов на женское имя. После официальной смены пола Карина М. вступила в регулярную половую связь. При этом интритус проводился между промежностью и притянутым к ней бинтами половым членом. Никаких сомнений в нормальности строения ее половых органов у партнера не возникало, так же как и в истинности беременности (которая имитировалась) и рождении дочери (в действительности удочеренной). Партнер предлагал зарегистрировать брак официально и уехать после окончания училища с ним. Однако необходимость оперативной смены пола заставила Карину М. ехать в Москву. Перед операцией прошла психопатологическое обследование в психиатрическом стационаре. Эндогенные психические заболевания исключены. В Институте экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР дважды проводилась корригирующая пластическая операция: ампутация полового члена, кастрация и формирование влагалища из кожи мошонки; повторная пластика влагалища из сигмовидной кишки. В настоящее время социально полностью адаптирована. Работает воспитателем детского сада. Состоит в браке, живет регулярной половой жизнью с мужем, при половых актах испытывает оргазм. Намеревается втайне от мужа усыновить еще одного ребенка.

«Ядерные» варианты транссексуализма практически не зависят от влияний микросоциальной среды и без смены пола адаптации не поддаются. В противоположность им «краевые» формы отличаются мягкостью течения и оцениваются как внешне компенсированные и социально адаптированные при сохранности в то же время у пациентов ощущения принадлежности к противоположному полу. В основе «краевых» вариантов лежат менее грубые, иногда значительно смягченные нарушения половой дифференцировки мозга в пренатальном онтогенезе.

Можно выделить два варианта компенсации и социальной адаптации «краевых» транссексуалов. Компенсация по конформному типу обусловлена особенностями личности, предопределяю-

щими большую зависимость от норм и установок микросоциальной среды и одновременно достаточно легкую и быструю коррекцию нарушений поведения обычными воспитательными мерами. В этих случаях компенсация и адаптация держатся только на самоконтроле пациентов, их непрекращающейся борьбе с нарушенным половым самосознанием и пробуждающейся сексуальностью. Транссексуализм, компенсированный по конформному типу, начинается со стремления ребенка утвердиться в другом поле, носить соответствующую одежду. Однако попытки заявить о своей принадлежности к другому полу обычно подавляются взрослыми, и поведение детей становится внешне адекватным. Их половое самосознание не изменяется, транссексуализм «инкапсулируется», но остается стержнем личности и обуславливает постоянную борьбу между стремлением к навязываемому окружающими социально приемлемому поведению и подавленными биологическими мотивациями. На этапе формирования половых установок нарушенное половое самосознание сказывается в полной мере и определяет выбор роли, что находит отражение в играх, свойственных противоположному полу. Половое влечение формируется также под влиянием полового самосознания, но в силу приверженности «краевых» транссексуалов этого типа социальным нормам либидо, направленное на представителей одного с ними паспортного пола, несовместимо с допустимым поведением, долго не реализуется и задерживается на фазе выработки установки эротической или даже платонической стадии, что чаще встречается у женщин. Долгие годы может длиться дружба двух женщин, где одна (с нарушением полового самосознания) выполняет мужскую роль, но только в социальном плане: опекает, защищает, принимает решения, заботится о материальном благополучии другой.

Постоянная борьба со своим «пороком», между потребностью и зависимостью от мнения окружающих ведут к дисгармонии личности, ее патохарактерологическому формированию даже без психопатологической отягощенности. В подобных случаях «краевого» транссексуализма пациенты по мере возможности стремятся приблизиться к одежде, прическе, манере поведения к противоположному полу.

Большая часть таких женщин и мужчин адаптируются, находят компенсацию в работе, свойственной противоположному полу. Женщины выбирают не просто мужские профессии, а наиболее престижные из них: летчиков, капитанов дальнего плавания, геологов, следователей, хирургов и т. п. При этом они получают возможность не только самоутвердиться, но и «на равных» вращаться в мужском обществе. Профессия оправдывает их мужские привычки, манеру держаться, стиль одежды. Труднее социально адаптироваться мужчинам-транссексуалам. С детства их женственность вызывает злые насмешки, пренебрежение и даже травлю со стороны сверстников. Если девочка с мальчишескими замашками в глазах подростков, а подчас и взрослых стоит выше своих сверстниц (так как маскулинность престижнее фемининности), то женственный мальчик занимает на иерархической лестнице сверстников более низкое поло-

жение, становится человеком «второго сорта». Женские профессии, которые они в последующем выбирают, неprestижны и продолжают вызывать удивление и насмешки мужчин. Однако девочки, а в последующем женщины относятся к ним благожелательнее, охотно принимают в свой коллектив этих мягких и покладистых мужчин, лишенных недостатков «сильного» пола. Компенсация и адаптация «краевых» вариантов транссексуализма по конформному типу может длиться всю жизнь, но часто, после многих лет жестокого подавления, биологические мотивации прорываются и стремление к смене пола вынуждает обратиться к врачу.

Больная У., 31 года, обратилась с просьбой сменить пол. Родилась 4-м ребенком, с детства ощущала себя не девочкой, а мальчиком. Играла только с мальчишками, старалась одеваться, как они. За это ее постоянно наказывали. До 11 лет иногда участвовала в играх девочек, но только в роли «жениха» с переодеванием в мужскую одежду. В 7—8 лет появился интерес к девочкам своего возраста. Возникло стремление дотронуться до них, погладить, поцеловать, но ни разу не рискнула реализовать свое желание. В школе на вечерах танцевала только с девочками, по-мужски опекала их, заступалась и дралась за них с мальчишками. В 17 лет в мужской одежде познакомилась с 20-летней девушкой. Во время встреч с ней были поцелуи и поверхностные ласки. У пациентки появилось сильное половое желание, а девушка, не сомневаясь в ее мужской половой принадлежности, даже стала проявлять инициативу к сближению, но страх разоблачения заставил пациентку расстаться с ней. То же происходило и с другими женщинами. Первый оргазм при эротическом сношении в 20 лет. Во сне видит себя только мужчиной. В возрасте 25 лет стала бороться с собой и стремилась избавиться от полового влечения к женщинам. С этой целью вышла замуж. Через год вынуждена была развестись, так как при всех попытках к близости из-за отвращения отталкивала мужа. Борьба с половым влечением оказалась трудной и бесплодной. Не видя выхода из создавшегося положения, пациентка в 28 лет пыталась покончить с собой. Спустя год после суицидальной попытки познакомилась с «опытной» женщиной и в течение нескольких месяцев поддерживала с ней интимные отношения, за что выплачивала ей ежемесячно «зарплату». При контакте испытывала по несколько оргазмов. За год до обращения познакомилась с девушкой 21 года и рассказала ей о своем влечении. Связь с девушкой носит характер поверхностного петтинга, большего она не позволяет. Живут вместе в общежитии, ведут общее хозяйство. Пациентка выполняет только «мужскую» работу, так как с детства ей претят любые «женские» обязанности.

Выглядит худощавым мужчиной небольшого роста с мужской стрижкой. Рост 159 см, масса тела 61 кг, ширина плеч — 39 см, ширина таза — 26 см. Держится спокойно. Движения угловатые, мужеподобные. Утверждает, что не может адаптироваться к своему женскому полу. Тяготится женскими коллективами, в связи с чем сменила несколько мест работы. В настоящее время вынуждена пойти на военную службу, но зато работать стало легко и радостно. Сообщает, что ее все равно принимают за мужчину, а в женской одежде — за «гермафродита». Считает, что как мужчина она привлекательна, а как женщина — нет. Настаивает на хирургической коррекции пола, в противном случае не видит смысла в жизни.

В данном случае продолжавшиеся в течение 20 лет попытки бороться с «пороком» и адаптироваться в жизни привели в итоге к полной декомпенсации и суицидальной попытке.

Компенсация по типу трансформации полового влечения. Если при «ядерных» вариантах транссексуализма половое влечение формируется в тесной связи с половым самосознанием, то при «краевых» формах, компенсированных по этому типу,

его направленность не совпадает с половой аутоидентификацией, и оно направлено на представителей противоположного генетического и соответственно гонадного пола. Внешне наблюдается гармония между упорядоченным, «адекватным» поведением и паспортным полом транссексуала. Иногда подобная трансформация на этапе формирования психосексуальных ориентаций убеждает окружающих в том, что человек «одумался», «стал взрослым». Тем самым окружающие, требуя соблюдения норм микросоциальной среды и поощряя «правильное» поведение, подталкивают транссексуала к неестественным для него контактам, субъективно воспринимаемым как гомосексуальные.

Большая Р., 45 лет, врач, обратилась по поводу того, что не испытывает оргазма при половой жизни. С детства мечтала быть только мальчиком, одевалась как мальчик, играла с мальчиками, была равнодушна к куклам. Особенно омрачали жизнь «неправильно» развитые половые органы. После окончания 4-го класса в пионерском лагере ей очень понравилась красивая девочка с большими глазами и голубым бантом, и она любовалась этой красавицей часами. В детстве, каждый вечер молясь под надзором бабушки, просила бога о чуде: «Сделай мальчиком». Мальчиком она не стала, но все-таки чудо совершилось: 1 сентября рядом с ней посадили мягкого и женственного мальчика, который всю жизнь мечтал стать девочкой. К ужасу школьных воспитателей, в 5-м классе (!) вспыхнула любовь. Они по-детски строили планы совместной жизни, были неразлучны, но «бдительные» взрослые через год развели их по разным школам и запретили общаться. Однако эта любовь уже сформировала влечение к противоположному — мужскому полу. Наряду с этим до сих пор во сне и в кино она видит себя в мужской роли. Остались угловатость, резкость, настойчивость и агрессивность по мужскому типу. Привлекают мягкие, покладистые, интеллигентные, «обиженные жизнью» женподобные мужчины. Легко и свободно чувствует себя в мужской одежде, но и женская (с украшениями и кокетливыми шляпками), особенно при общении с привлекательными для нее мужчинами, играет далеко не последнюю роль. Однако «мужской» независимый нрав, бескомпромиссность, решительность и агрессивность отпугивают мягких, подчиняемых партнеров, и личная жизнь не складывается.

Данное наблюдение иллюстрирует компенсацию транссексуализма по типу трансформации полового влечения. Благодаря удачному стечению обстоятельств сформировалось либидо, направленное на мальчика-транссексуала, которое в дальнейшем закрепилося как влечение к мужчинам (представителям противоположного пола), что нетипично для «ядерного» транссексуализма. Даже при внешне правильном сексуальном влечении к противоположному полу семейные союзы таких людей отличаются дисгармонией и нестойкостью, что особенно свойственно «краевым» вариантам женского транссексуализма, адаптированным по типу трансформации полового влечения. Женщины проявляют безразличие или, чаще, отвращение к домашнему хозяйству, «женской» работе и воспитанию детей. Это основные и самые яростные борцы за раскрепощение женщин. Неналаженный быт, беспризорные, «недоласканные» и нередко трудновоспитуемые дети, независимый образ жизни и агрессивность женщины даже при хороших межличностных отношениях через несколько лет делают брак невыносимым. Подобные браки распадаются, как правило, легко, так как эти женщины не являются консервативными

хранительницами очага, а их рационализм проявляется и при разделе имущества и детей. Повторные браки для них обычно не становятся проблемой, но оказываются такими же недолговечными. В отдельных случаях в силу характерологических особенностей супругов браки не распадаются, но адаптированные варианты транссексуализма у женщин могут быть причиной крайних случаев «половой холодности», когда половой акт не только безразличен, но и вызывает резкую негативную реакцию.

Больная З., 35 лет, обратилась с жалобами на отвращение к половой жизни, резкую боль при коитусе. После эякуляции мужа у больной начинается рвота из-за брезгливости. Замужем 10 лет, имеет двоих детей.

С детства хотела быть мальчиком. Ходила только в шароварах, участвовала во всех мальчишеских играх. Когда стали расти молочные железы, затягивалась, чтобы не было заметно. Очень их стеснялась, а прикосновение к ним было противно. Менструации с 16 лет, тоже вызвали отрицательную реакцию, так как надеялась, что их не будет. В 16 лет к ней приставал отчим, хватал за грудь. Убегала к соседям, проводила у них много времени, и по поселку пошли сплетни, что была изнасилована отчимом. Из-за стыда отказывалась ходить в школу, были суицидальные мысли. До 19 лет мальчиков воспринимала только как товарищей. В 19 лет влюбилась в сверстника, но грубила и убегала при любых попытках общения с ней. Когда он стал дружить с другой девушкой, очень переживала. Многие за ней ухаживали и стремились вступить в брак, но поцелуи вызывали только отвращение, мысль о половой жизни была неприятна. В 24 года вышла замуж за однокурсника, с которым была в хороших товарищеских отношениях, но не любила. Решилась вступить в брак по двум причинам; во-первых, заканчивала институт, а во-вторых, по совету гинеколога, чтобы избавиться от сильных болей во время менструаций. Отношения с мужем очень хорошие, товарищеские, но половая жизнь не налаживается: «Обожаю его, но как только заговорит об этом — ненавижу». Детей своих любит, заботится о них.

В данном клиническом примере показан адаптированный транссексуализм. Высокий самоконтроль и изоляция от девочек не позволили развиваться влечению к представителям одного паспортного пола, а влечение к мужчинам из-за психотравмирующих ситуаций в период становления сексуальности (поведение отчима, сплетни и др.) и искажения транссексуальной агрессивностью (в результате чего избранник ушел, не поняв ее) остановилось на уровне платонического либидо. Счастливые браки у мужчин с «краевыми» формами транссексуализма, адаптированными по типу трансформации полового влечения (либидо к женщинам). Типичные для них черты: женское стремление к домашнему очагу, уюту, любовь к детям, радость при выполнении работы по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, даже шитьё нарядов для жены) вызывают зависть соседей и подруг жены. Лишь при наличии у жены маскулинного идеала мужа возникает дисгармония в браке, затрудняющая семейную жизнь и иногда делающая ее невыносимой.

Диагностика «ядерной» формы транссексуализма трудностей не представляет и основана на изучении динамики становления сексуальности, поскольку стержнем транссексуализма является нарушение полового самосознания с самого раннего детства, на которое наслаиваются вторичные искажения последующих этапов становления сексуальности. Гораздо труднее выявить «краевые» варианты

транссексуализма. Однако в тех и других случаях пациенты активно обращают внимание врача на свое ощущение принадлежности к противоположному полу.

Дифференциальная диагностика. Практические трудности связаны с тем, что сама просьба пациента сменить пол воспринимается врачом как вычурная и нелепая, как проявление психического заболевания. Сверхценные и даже бредовые идеи смены пола действительно встречаются в клинике различных психических расстройств, чаще всего в рамках паранойяльного синдрома при эндогенных процессах и органических поражениях головного мозга. Ранние этапы психосексуального развития этих пациентов обычно протекают без каких-либо особенностей, а стремление сменить пол возникает либо при дебюте психического заболевания, либо при его обострении. При транссексуализме обязательны тщательное психопатологическое обследование в стационаре, а подчас — длительное наблюдение для исключения сверхценных или бредовых идей полового метаморфоза, обусловленных психическими заболеваниями.

Больной Ш., 47 лет, ведущий инженер. Обратился с просьбой «передать его в женщину».

В детстве мать очень часто говорила, что ждала девочку. Одевала его, как девочку, водила с собой в баню. Внимание, которое обращали на него женщины, оставило приятное воспоминание. Окружающие часто подтверждали мнение матери, что он похож на девочку, и называли его женскими именами. С 5 лет, когда оставался один дома, надевал белье и чулки матери. Скрывал это от родителей, потому что они его наказывали. В школе дружил и с мальчиками, и с девочками. Девочки относились к нему хорошо и доверяли свои тайны. Играть любил только с мальчиками «в войну». Был подвижным, инициативным, лидером среди сверстников мужского пола. С 10 лет начал мастурбировать практически ежедневно, позже с эксцессами (до 40), при этом представлял обнаженных девочек и женщин или рассматривал фотографии с их изображениями. В 12 лет усилился интерес к противоположному полу, хотелось обнять и поцеловать понравившуюся девочку. Постоянно преследовало желание полностью обнажиться, но позволял себе это только когда оставался один дома. В 14 лет впервые при мастурбации произошла эякуляция, которая его испугала. Мастурбацию не прекратил до настоящего времени. В 15 лет убежал из дома на фронт. Попал воспитанником на катер, служил юнгой. Однако даже в армии продолжал носить женское белье. В 17 лет оперирован по поводу фимоза. Тогда же начал встречаться с девушками, ухаживать за ними. Увлекался спортом, имеет 1 разряд по футболу и II — по боксу. Первый половой акт в 19 лет протекал нормально, но удовольствия не доставил, так как оргазм был смазанным и значительно менее ярким, чем при мастурбации. До вступления в брак попыток к половому акту больше не предпринимал. Женат с 22 лет. Половая жизнь 2—3 раза в неделю (по настоянию жены), пациенту удовольствия не доставляла: оргазма при коитусе не было, хотя семяизвержение происходило быстро. Продолжал мастурбировать. С 24 лет появилось желание стать женщиной, стал перебинтовывать половые органы, постоянно носить женское белье. «Если бы было возможно, то носил бы и верхнюю женскую одежду». Родилась дочь, но брак через 6 лет был расторгнут в связи с тем, что пациента «жена не удовлетворяла: упрекала в ношении женской одежды, мастурбации и своей сексуальной неудовлетворенности». После развода искал «разнообразия» с другими женщинами. Всего было около 15 знакомств, но с каждой женщиной встречался не более 2—3 раз, так как при половом акте удовлетворения не получал. Заметил, что после обычного полового акта с женщиной в течение 1—2 мес сохранялись неприятное отношение к ней, разочарование, апатия. В возрасте 30 лет познакомился с двумя сестрами, к которым ходил ежедневно, иногда

даже почевал у них (половых актов не было). «Максимальное половое удовольствие» испытывал от того, что ходил при сестрах полностью обнаженным, купал их в ванне, беседовал, как с подружками, и они даже называли его Олей. Вскоре их компания распалась: к одной из сестер приехал муж, вторая вышла замуж. В 34 года познакомился с женщиной, с которой через 3 года вступил в брак по любви. Жена моложе его на 15 лет. Первые полгода половые акты проводил ежедневно с эксцессами (до 2). В момент обращения — один половой акт в 3 мес, а 2—3 раза в неделю проводит только ласки и добивается по нескольку оргазмов у жены. Ласки (особенно орально-генитальные) доставляют «колоссальное» удовольствие. При половых актах оргазма не испытывает, хотя семяизвержение происходит. Стремится избежать коитуса, относится к нему безразлично. Никогда никаких затруднений (например, отсутствие или ослабление адекватных эрекций) при половых актах не возникало. Когда жена настаивает на близости «по-человечески», он обычно занимает нижнее положение. Перенесенные заболевания: в возрасте 1—1½ лет скарлатина в тяжелой форме — «боялись, что умру»; энурез до 12 лет часто, до 22 лет — 1—2 раза в месяц. Несколько травм головы без потери сознания, к врачу не обращался.

Рост 167 см, высота плечи 88 см, ТИ 1,90. Оволосение лобка с тенденцией к горизонтальности. При осмотре грудь и лобок побриты.

Неврологический статус: анизокория D>S. Сухожильные рефлексy равномерные, брюшные несколько оживлены. Инверсия зон ахиллова рефлексa: справа — нижняя треть передней поверхности голени, слева — нижняя половина передней поверхности голени.

Половой член длиной 9 см, окружностью 11 см. Состояние после операции циркумцизии. Яички 6×4,5 и 5×4 см. Предстательная железа при ректальном исследовании обычных размеров и консистенции, бороздка несколько сглажена, при пальпации определяется легкая болезненность в верхнем полюсе левой доли. Психический статус определяется стойкой, не поддающейся коррекции убежденностью в необходимости изменения половой принадлежности, которая приближается к бреду полового метаморфоза. Пациент представляет смену пола как односторонний процесс «физического» превращения в женщину. Считает своей высшей целью кастрацию, после чего он будет себя чувствовать совершенно счастливым. Проблемы социальной и психологической адаптации в другом поле его совершенно не волнуют. В структуре статуса проявляются психопатоподобные черты с эксплозивностью. Вторичную алкоголизацию, которая наблюдается у него после отказа в смене пола, объясняет как средство защиты от «посторонних» раздражителей (нареканий жены и т. д.), напоминающих ему о сексуальной неудовлетворенности. К общению с людьми стремится также для «разрядки» и вытеснения неприятных переживаний. В динамике можно отметить, что существующие с детства черты дисгармонии усложняются и отмечается изменение личности с постоянным уплощением эмоциональности, дезадаптацией и чертами аутизма. Сексуальная тематика выступает в структуре паранойального синдрома. Все отмеченное заставляет предполагать эндогенное заболевание с малой прогредиентностью.

Эндокринной патологии не обнаружено.

Особенность данного случая заключается в том, что нарушения психосексуального развития обусловлены эндогенным процессом и в то же время являются стержнем его клинических проявлений. Переодевание в женскую одежду и посещение женской бани, вначале навязываемые матерью, фиксировались и постепенно перерастали в патологическую реакцию, чему способствовали психофизиологические преморбидные особенности. На этапе формирования полоролевого поведения эта патологическая реакция проявляется уже в непреодолимом, навязчивом стремлении к переодеванию в одежду другого пола (трансвестизм) и обнажению (экспгибционизм). В то же время пациент не только успешно осваивает мужскую половую роль, соответствующую его гонадному и паспортному полу, но и добива-

ется лидерства среди сверстников одного с собой пола. Уже в 14 лет в сексуальных фантазиях определяется гетеросексуальная направленность полового влечения, но в него вплетаются трансвестизм и эксгибиционизм. Отсутствие реализации либидо задерживает переход от эротической стадии к сексуальной. Однако при первом же половом акте, а затем и при половой жизни в браке становится ясно, что адекватной формой реализации полового влечения у него являются эротические ласки (особенно петтинг) и мастурбация, но не коитус. Навязчивые явления трансвестизма нарастают и трансформируются в сверхценную идею «превращения в женщину», которая все более усложняется, обрастает новыми элементами и оформляется в паранойяльный синдром. Таким образом, в данном наблюдении трансвестизм сочетался с эксгибиционизмом и задержкой гетеросексуального либидо на эротической стадии, трансформировавшиеся вследствие прогрессирования эндогенного заболевания в идею полового метаморфоза в рамках паранойяльного синдрома. Исключить транссексуализм позволяют в первую очередь отсутствие нарушений полового самосознания, правильное формирование половой роли (предпочтение игр и сверстников своего пола, побег на фронт, разряды по «мужским» видам спорта и т. д.), парциальность желания сменить пол (только «физическая» смена пола), его позднее появление (после 16 лет половой жизни в двух браках и непринятия второй женой пассивной роли мужа в половом акте) и психопатологическая обусловленность (идея полового метаморфоза в рамках паранойяльного синдрома).

При анализе по шкале векторного определения половой конституции у пациента выявлены задержка соматического полового созревания и преждевременное становление сексуальности, т. е. кроме вышеперечисленных особенностей, данный случай представляет собой и сложную асинхронную психосексуального развития, обусловившую в свою очередь быстрое сплавление перверзных тенденций с гетеросексуальным либидо.

Наиболее трудной является дифференциальная диагностика «краевых» вариантов транссексуализма, внешне нередко принимаемых за гомосексуальное поведение, и отдельных случаев гомосексуализма с искаженной половой ролью, когда пациенты, чтобы избежать конфликтов с законом, стремятся легализовать измененную направленность полового влечения и предпринимают попытки сменить пол.

Лечение. При «ядерном» транссексуализме в связи с высокой опасностью суицида показана смена пола и его хирургическая коррекция с последующей гормональной терапией (после определенного периода адаптации к новому паспортному полу). В задачи сексопатолога входит и социальная адаптация пациента в новой роли, в том числе нормализация взаимоотношений с представителями другого пола, а также коррекция и адаптация супругов при вступлении пациента в брак.

И. В. Голубева отмечает, что самым трудным при перемене пола является психологическая и социальная адаптация [117]. По ее на-

блюдениям над интерсексами, значительно легче сменить женский пол на мужской, чем мужской на женский. Особенности «мужской» походки дольше сохраняются и быстрее приобретаются, чем особенности «женской». Легче возникает и привычка к ношению мужской одежды. Некоторые субъекты, перешедшие из мужского в женский пол, утрируют все женское, берут на вооружение парики, шиньоны, всевозможную косметику. Попытки играть гипермаскулинную роль отмечают также Р. Грин и Дж. Мани [401] у женщин с транссексуализмом. После 20—21 года смена пола становится крайне затруднительной по социальным мотивам: большинство больных получают специальность, приобретают определенное общественное положение [117]. Требуется не только официальный обмен документов, но и перемена места жительства (обычно переезд в другой город), полное прекращение старых знакомств и встреч с родственниками, приобретение новой специальности и т. д. Происходит как бы социальная «смерть» в прежнем поле и «рождение» в новом. При частично адаптированных «краевых» формах оперативное лечение и смена пола не показаны, но требуется рациональная психотерапия, направленная на максимальную социальную и сексуальную адаптацию.

Прогноз. Наиболее неблагоприятен прогноз тогда, когда «ядерные» транссексуалы с активным стремлением сменить пол не находят подобной возможности и дисгармония между их паспортным полом и половым самосознанием не разрешается. «Краевые» варианты более благоприятны, так как в силу особенностей психики и приверженности социальным нормам пациенты не могут решиться на борьбу за смену пола и в то же время стремятся подавить биологическую мотивацию и адаптироваться в жизни. Однако в тех и других случаях часто встречаются затяжные депрессивные состояния, суицидальные мысли (60% у мужчин и 23% у женщин) и попытки (соответственно 20 и 8%). Несмотря на все сложности смены пола, транссексуалы, добившиеся ее, находятся в лучшем положении, в конце концов сексуально адаптируются и даже вступают в брак.

3.4.1.3.2. Нарушения стереотипа полоролевого поведения

3.4.1.3.2.1. Трансформация полоролевого поведения

Трансформация полоролевого поведения — формирование полоролевого поведения, свойственного другому полу, при правильном половом самосознании.

Этиология и патогенез. Одним из этиологических факторов трансформации полоролевого поведения, так же как и при транссексуализме, выступает нарушение половой дифференцировки мозга в пренатальном онтогенезе. Однако эти нарушения менее грубы, искажений полового самосознания не дают и обычно служат только фоном для основного патогенного фактора — влияния микросоциальной среды на этапе формирования полоролевого поведения. Полоролевая трансформация может выявиться не только при воспитании родителями в «другом поле», но и при нарушении половых ролей в

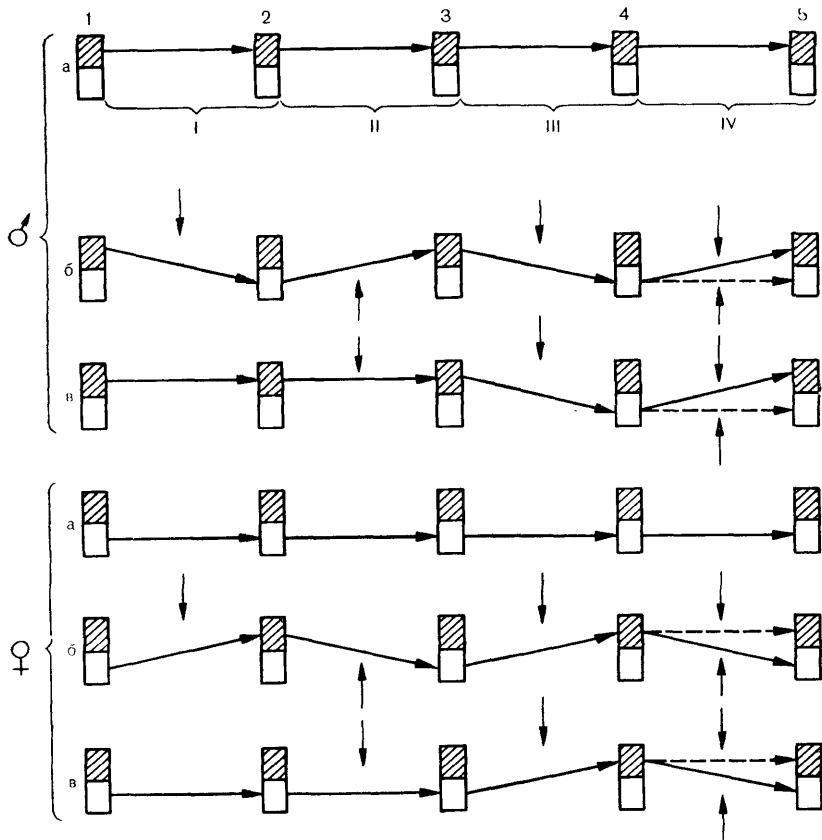


Рис. 65. Динамика становления трансформированного полоролевого поведения у мужчин и женщин.

а — психосексуальное развитие в норме; б — трансформация половой роли вследствие нарушений пренатальной половой дифференцировки мозга; в — трансформация половой роли под влиянием микросоциальной среды на психопатологической почве; стрелки направленные вверх — корригирующие воздействия. Остальные обозначения те же, что на рис. 63.

семье (чрезмерно властная мать, играющая роль лидера, и подчиняемый отец) или в неполных семьях, когда мать воспитывает сына по своему образу и подобию. У девочек изоляция от матери, недостаточная материнская любовь, отсутствие ласки в детстве приводят в последующем к несвойственным в норме женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта. Психические расстройства, как и при других нарушениях психосексуального развития, способствуют искажению полоролевого поведения и утяжеляют клиническую картину. Иногда полоролевая трансформация обусловлена только психическим заболеванием и в тяжелых случаях носит характер бреда полового метаморфоза. Схематично динамика нару-

пений психосексуального развития при трансформации полоролевого поведения изображена на рис. 65.

Клиника. Поведенческие нарушения очень схожи с клинической картиной транссексуализма, и только ощущение принадлежности к другому полу при транссексуализме позволяет отличить его «краевые» варианты от трансформации полоролевого поведения. Полоролевые нарушения начинают проявляться на этапе ролевых игр, когда девочки охотно играют в войну, машины, «паровозики», дерутся на равных с мальчиками. Других девочек они не замечают, снисходят до игры с ними только в роли «отца», «жениха», «брата» и охотно надевают одежду мальчиков, но, как правило, не протестуют и против одежды девочек, хотя и чувствуют себя в ней несколько сквапно, особенно в нарядной. В художественной самодетельности если и участвуют, то предпочитают роли мальчиков или девочек-сорванцов, добиваются успеха в тех видах спорта, которыми занимаются и мальчики. Мальчики растут мягкими, ласковыми, послушными, аккуратными, иногда даже слащавыми; не дерутся, избегают конфликтов, предпочитают тихие игры с девочками, любят помогать дома по хозяйству; охотно занимаются музыкой, фигурным катанием, танцами, иногда увлекаются балетом. Ухаживают за младшими в семье, опекают маленьких во дворе, в школе. Такой мальчик — «идеальный ребенок», тот, на которого обычно не нарадуются воспитатели и который вызывает зависть других родителей.

В период формирования полового влечения у этих подростков обоих полов существует большая опасность возникновения гомосексуального влечения. В подобных случаях часто к трансформированному поведению присоединяется стремление к переодеванию и ношению одежды противоположного пола — *трансвестизм*, который представляет собой одно из проявлений выраженных полоролевых нарушений. Чаще наблюдается предпочтение интерсексуальной одежды: мужские брюки, джинсы у девочек и рюшечки, кружевные рубашки, яркая одежда у юношей. При трансформации полоролевого поведения, несмотря на правильную аутоидентификацию, переодевание и ношение одежды другого пола выступают как стремление утвердиться в другой роли, не совпадающей с самосознанием, и не носят сексуальной окраски, не вызывают полового возбуждения. Женщинам с трансформацией половой роли свойственно безразличное или негативное отношение к представительницам своего пола, нередко они не могут найти с женщинами общих интересов и даже тем для разговора. В их одежде преобладают строгие костюмы, сдержанные тона, короткая стрижка сочетается с отсутствием косметики, безразличием к украшениям.

Больная В., 34 лет. Жалобы на отсутствие оргазма во время половых актов.

Родилась первым ребенком. Родители и особенно отец были идеалом для подражания. Первые годы жизни была изолирована от детей (эвакуация). Общалась только с братом. В куклы не играла. В последующем дружила только с мальчиками. Игнали в войну, была солдатом, совершала героические поступки. Девочек в игры не брали, она тоже к ним относилась презрительно,

чему способствовало осуждение матерью женщин за кокетство, увлечение нарядными, сплетни и т. д.

С 7 до 14 лет было несколько эпизодов мастурбации (собственная находка), с сексуальностью не связанной, без эротических фантазий. Менструации с 15 лет, но из-за отсутствия информации испугалась, решила, что навредила себе мастурбацией. В 16 лет ее стал привлекать мальчик 17 лет, было очень приятно общение с ним, но попытку поцеловать восприняла как оскорбление. Ласки были неприятны или безразличны до 25—26 лет. До первой близости практически никакого представления о половой жизни не было. Половая жизнь с 18 лет. С первым партнером ходили в кино, дружили, но не позволяла даже поцелуев, и он почти каждый вечер говорил, что она так себя ведет из-за того, что уже не девушка. Чтобы доказать противное, пошла на близость. Кроме боли и неприятных ощущений, ничего не испытала, с партнером с тех пор не захотела встречаться.

Общаться продолжала только с мужчинами. Гордилась тем, что в университете она единственная женщина в группе, на работе — единственная женщина-следователь. Всегда решительная, все дела и поступки распланированы, из-за этого на отдых времени не остается (превышает свои возможности, а если что-то не выполнит, то остается неприятный осадок). Занимается иностранным языком, водит автомобиль. Красивая, с необычными для женщины чертами характера, всегда привлекает мужчин, но браки распадаются, так как к мужьям так же требовательна, как к себе. Никогда не изменяла мужьям, но этого же требовала и от них. Без внутреннего побуждения никогда не вступала в брак и не шла на близость, никогда не было одновременно двух партнеров. Сексуальность постепенно нарастает, но оргазма не испытывает.

В данном наблюдении прослеживается типичное становление гетеросексуальности при нарушении ролевых установок у женщин. У этих женщин нет нарушения полового самосознания, они всегда ощущают себя женщинами, не стремятся перевоплотиться в мужчину, не стыдятся своего тела. Однако общение только с противоположным полом на этапе формирования влечения, товарищеские отношения, изоляция в коллективе противоположного пола задерживают психосексуальное развитие. Запаздывает, как правило, и половая осведомленность. Нередко информация о взаимоотношениях полов, исходящая от сверстниц, воспринимается как грязь из-за направленности на товарищей. Первая влюбленность также приходит поздно, нередко возникает при смене коллектива и направлена не на сверстников, а на более старших мужчин, которые не годятся в товарищи. Влюбленность часто останавливается на платонической стадии и переход к эротическим проявлениям воспринимается как оскорбление. Первая произвольная реакция агрессивная, и требуется немало времени для перехода на следующие стадии. Легче происходит адаптация со старшими мужчинами, так как в этом случае помогает возрастное подчинение. Даже при своевременном начале половой жизни сексуальность подавлена, преобладают мужской стереотип поведения, нетерпимость и агрессия к партнеру. Свойственное женщинам умение приспосабливаться, оправдывать и прощать отсутствует. То, что привлекает в этих необычных женщинах в период знакомства и ухаживания, в браке создает нетерпимую обстановку. В результате почти такие же, как при транссексуализме, временные браки распадаются в основном по инициативе пациенток.

Часть женщин с трансформированной половой ролью вообще не могут начать половую жизнь, несмотря на хорошую социальную

адаптацию и отсутствие каких-либо выраженных странностей в поведении вне сексуальной сферы. Товарищеские, «братские» отношения с представителями противоположного пола, сложившиеся в раннем детстве и закрепившиеся в школьные годы, становятся стереотипом их поведения и тормозят сексуальность. На работе, как и в школе, мужчины-сослуживцы воспринимают такую женщину как «своего парня». С ней можно поделиться радостью влюбленности, «поплакаться» о трудностях семейной жизни, а порой и услышать трезвые соображения о том, как строить отношения с женой или новой знакомой.

Деловые отношения с мужчинами, мужской стиль поведения, неумение кокетничать, отсутствие женственности — качества, которые женщины считают основной причиной того, что они остались «старыми девами». В отдельных случаях они немедленно прекращают дружбу даже с нравящимся человеком, как только он нарушает «правила» и начинает ухаживать. Мужчин агрессивных, с маскулинным поведением они «ставят на место» при первой же попытке перейти от товарищеских отношений к более близким, при попытке обнять, тем более поцеловать. Встретив необычное поведение, непритворную агрессию, мужчины, уверенные в своей ошибке, уходят. Мягкие, феминизированные мужчины годами любят, поддерживают дружеские отношения. Имеются наблюдения, когда подобные пары, будучи вынужденными ночевать в одной постели, не могли уснуть всю ночь, но не сумели перенагнуть соответствующий рубеж.

В противоположность этому существуют варианты сочетания полоролевой трансформации с ранним началом половой жизни и беспорядочными кратковременными связями. Они начинаются в подростковом возрасте и обусловлены отсутствием барьера, тем, что короткие, «на равных» отношения со сверстниками воспринимаются правильно, а с мужчинами старшего возраста — как доступность, «самореклама». Даже при значительном сексуальном опыте и сексуальной распущенности девочки иногда продолжают для сверстников быть «своими парнями», а на сексуальную близость идут с мужчинами значительно старше себя. У женщин с полоролевой трансформацией наряду с мужским стереотипом поведения почти всегда выступают элементы садизма, о которых они обычно врачу не рассказывают, так как стремятся представить себя в несколько приукрашенном виде. Если им не удастся физически мучить мужчин, то уж моральным унижениям они подвергают их систематически.

Социальная адаптация мужчин с трансформацией полоролевого поведения проходит значительно легче, чем мужчин с транссексуализмом, так как демонстративного стремления к переодеванию и желания сменить пол нет. Мягкость, конформность позволяют найти свое место в кулинарном искусстве. Иногда полоролевые трансформации социально ничем не проявляются до тех пор, пока в мужском коллективе не находится один, с радостью выполняющий тягостную для остальных работу, готовый взять на себя ведение всего хозяйства. В семье такие мужчины прекрасно адаптируются, избавляя жену от домашних забот. Если жену и не устраивает пас-

сивная роль мужа в сексуальной близости, то окружающие считают это блажью с ее стороны. Мужья терпеливо сносят обиды и унижения от жены для сохранения семьи, и такие семьи обычно не распадаются. При трансформации роли у женщин семьи не столь стабильные, но самостоятельная, умная и решительная жена, которая «полностью понимает мужскую психологию», вызывает зависть у окружающих мужчин (правда, до тех пор, пока они не попали сами в положение ее мужа).

Диагноз ставится на основании анамнестических данных, когда с детства трансформирована половая роль при правильном самосознании, и по объективным признакам поведения, не свойственным данному полу. Дифференциальная диагностика проводится с «краевыми» вариантами транссексуализма. Необходимо тщательное выявление форм, обусловленных психическими заболеваниями.

Лечение. В случаях семейной дисгармонии, обусловленных трансформацией полоролевого поведения у одного из супругов, возможна реконструктивная секс-терапия (см. с. 44) с акцентом на исправлении искажений этапа формирования полоролевого поведения.

Прогноз. Обычно мужчины с трансформацией полоролевого поведения хорошо адаптируются и социально, и сексуально. Прогностически неблагоприятны случаи выраженной трансформации половой роли у женщин, так как их маскулинное поведение не устраивает мужчин. Возможна удовлетворительная адаптация с партнером с гипермаскулинным стилем поведения, когда он подавляет проявления маскулинности у женщины.

3.4.1.3.2.2. Гиперролевое поведение

Гиперролевое поведение — поведение личности с чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли.

Этиология и патогенез. В формировании гиперролевого поведения определенное значение имеет процесс половой дифференцировки мозга. Например, в экспериментах на животных установлены четкие половые различия в таких поведенческих актах, как агрессивность, двигательная активность, материнский инстинкт. Их выраженность определяется чувствительностью структур мозга (в основном гипоталамуса) к андрогенам или эстрогенам, которая в свою очередь зависит от половой дифференциации мозга в пренатальном периоде (А. Г. Резников, 1982). Нарушения дифференциации мозга могут служить фоном, на котором формируется гиперролевое поведение. Однако гораздо большее значение имеют прививаемые нормы микросоциальной среды, в первую очередь повсеместно распространенные высокие требования к маскулинному поведению, оцениваемому значительно выше, чем женское. У некоторых народов из-за особенностей их социокультурного развития еще более жесткие требования к подчиненному полоролевому поведению женщин. Формированию гиперролевого поведения способст-

вуют и психические особенности личности. Гипермаскулинному поведению более созвучны гипертимные, неустойчивые и в какой-то степени истероидные акцентуации и психопатии, а гиперфемининному — инфантильно-зависимые, астеноневротические, психастенические, сенситивные и, наконец, те же истероидные.

Становление садизма у мужчин и мазохизма у женщин, которые, если не выходят за рамки нормального поведения, представляют типовые модели гиперролевого поведения, начинается на ранних этапах онтогенеза. Отсутствие на ранних этапах онтогенеза тактильного и эмоционального контакта с матерью или другим лицом, ухаживающим за ребенком, к которому в поре должна возникать первая привязанность, приводит к развитию у детей агрессивного поведения. В подобных случаях элементы садизма, возникающие уже в раннем детстве, обычно выходят в последующем за рамки нормального поведения, и на их основе формируются сексуальные парафилии (перверзии). Даже скорректированная воспитанием агрессивность может включаться в структуру полового влечения в подростковом и юношеском возрасте, особенно тогда, когда нормальная реализация сексуального влечения затруднена и заменяется фантазированием. У этих детей возможен и другой вариант патогенеза парафилии, при котором вследствие снижения порогов возбудимости или нарушений психики этап формирования полового влечения перемещается на более ранние сроки (психогенный вариант преждевременного психосексуального развития) и половое влечение сплавляется с агрессивным, садистическим поведением.

Сходны с этим и механизмы формирования патологических мазохистических перверзных тенденций и установок, но в их изначальной основе лежит не отсутствие контакта с матерью, а наоборот, гиперопека, заласканность и т. д. Формирование патологических садистических тенденций и установок в значительной мере облегчается при эпилептоидных, неустойчивых, шизоидных и органических психопатиях или эндогенном процессе. Мазохистические установки чаще сочетаются с шизоидными, астеноневротическими, сенситивными и психастеническими психопатиями или процессуальными изменениями личности.

Клиника. Гипермаскулинное поведение проявляется в подчеркнуто мужском типе поведения, стремлении к получению сугубо «мужских» престижных профессий, занятиях чисто «мужскими» видами спорта. Характерно отношение к женщинам как к существам более низкого положения и пренебрежение ко всем видам «женского» труда. На этапе формирования полоролевого поведения подобная гипермаскулиность выражается в повышенной агрессивности, стремлении к неформальному лидерству. В сексуальной жизни ярко выражено стремление к получению оргастической разрядки, полное игнорирование ласк и безразличие к неудовлетворенности женщины («генитальный тип» сексуального поведения мужчины). Для гипермаскулинного полоролевого поведения наряду с другими особенностями поведения характерны элементы полового тиранизма (садизма), но они не переходят границ крайних вариан-

тов нормы и к патологии отношения не имеют. Элементы садизма проявляются принуждением к близости, грубым овладением женщиной с имитацией злобности, причинением боли, щипками, укусами. Еще нагляднее они выступают при страхе женщины, попытках уклониться. Обычно вполне достаточно только разыгрывания подобных сцен и действия носят символический характер. Ведущим является ощущение власти над партнершей, чувство господства над ней в сочетании с ее подчиняемостью и пассивностью.

Как компенсаторное поведение гипермаскулинная роль нередко встречается у подростков, стремящихся утвердиться как в собственных глазах, так и в глазах сверстников. Такое поведение не всегда выглядит естественным, часто контрастируют возможности и притязания подростка. Нарочитая агрессивность, грубость, готовность в любой момент вступить в драку, курение, алкоголизация и употребление наркотиков выступают лишь как средство утверждения в мужской роли. Характерно увлечение «мужскими» видами спорта, но не столько требующими силы и выносливости, сколько дающими возможность наносить телесные повреждения. Даже при недостатке физических данных и способностей к этим видам спорта подростки, исключенные из спортивных школ, продолжают заниматься каратэ, самбо, боксом и т. п. либо по самоучителям, либо в неорганизованных группах, проверяя время от времени изученные приемы на «практике». Наблюдается склонность к антисоциальным поступкам от дерзких набегов на чужие сады до садистических избиений и даже убийств, совершаемых группами подростков. Стремление к лидерству в группе поддерживается не столько силой и уверенностью, сколько жестокостью. В этих случаях садизм не игровой, как при обычном гиперролевом поведении, это издевательства над животными, младшими детьми или более слабыми сверстниками. Отказ от любой работы по дому и пренебрежение к «женским» чертам характера трансформируются в циничное отношение к женщинам вообще и как к сексуальным партнерам в частности. Прimitивно-стандартный стереотип сексуального поведения сочетается с грубым принуждением к извращенным действиям, отказ от которых обычно приводит к избиению партнерши. В большинстве случаев подобное поведение транзиторно и с возрастом сглаживается, но может перейти в патологические формы. Как вариант компенсаторного гиперролевого поведения часто проявляется и у транссексуалов, борющихся за признание своей принадлежности к другому полу. Мужчины с гиперролевым поведением крайне тяжело переживают снижение сексуальной функции. У них бывают невротические развития с фиксацией на сексуальной неполноценности даже при возрастных физиологических снижениях, упорство в стремлении восстановить половую функцию до исходного уровня.

Патологическое гипермаскулинное поведение находит отражение в сексуальном садизме (син.: *активная алголагния, насильничество, эротический тиранизм*) у мужчин, выходящем за рамки нормального поведения, и является половым извращением (перверзией). Садизм выражается в получении удовлетворения толь-

ко при унижении партнерши или жестоком обращении с ней. В наиболее грубых случаях половое удовлетворение наступает при нанесении жертве телесных повреждений или даже ее умерщвлении, причем максимальное возбуждение достигается при виде агонии.

Обследуемый Б., 27 лет, направлен на экспертизу в связи с совершенным преступлением.

С детства был грубым, вспыльчивым, агрессивным, что объясняли родовой травмой. Все споры с детьми разрешал, хватая с земли камень. Сверстники его боялись и старались не сориться с ним. В школе дублировал 3-й класс и был переведен во вспомогательную школу с диагнозом: олигофрения в степени легкой дебилности. С трудом окончил 8 классов (последние 3 класса учился в вечерней школе). В подростковом возрасте временами наступали периоды раздражительности и внутреннего напряжения, которые проходили только после драки или избития кого-нибудь. В армии наносил себе порезы на руках и при этом испытывал чувство удовлетворения. Был комиссован с диагнозом: олигофрения в степени дебилности, органическая психопатия по эпилептоидному типу. После возвращения из армии женился (в 19 лет). В «расстроенных чувствах» избивал родителей и жену, после чего сразу успокаивался и ложился спать.

Половая жизнь с 15 лет по инициативе партнерши, при половом акте впервые в жизни произошло семяизвержение. До этого никакого влечения не было. Вскоре после начала половой жизни сформировалось сексуальное либидо; до 18 лет половые акты почти ежедневно с разными женщинами. Через некоторое время половая жизнь перестала удовлетворять. Заставлял жену совершать фелляции и настаивал на coitus per anum. Она отказывалась, ей было больно и неприятно. Муж при этом старался ее унижить и сделать больнее, избивал ее и старался бить в лицо, чтобы оставить следы. Часто заявлял, что всех женщин ненавидит и издевается над ними, совершая половые акты в извращенной форме и избивая их. В состоянии алкогольного опьянения встретил девочку 6 лет, завел ее на голубятню, заставил раздеться и рукой разорвал ей влагалище, при этом испытывал сильное половое возбуждение, но эрекции и семяизвержения не было. Затем убил девочку и спрятал тело в мешок в надежде вечером расчленив труп.

Рост 175 см, высота ноги 93,5 см, ТИ 1,87. Оволосение лобка по женскому типу. Анзискория $D < S$. Сглаженность правой носогубной складки. Ладонно-подбородочный рефлекс справа. Инверсия рефлексогенных зон ахиллова рефлекса: справа — две нижние трети передней поверхности голени, слева — нижняя треть передней поверхности голени.

Данное наблюдение иллюстрирует формирование сексуального садизма у пациента с умственной отсталостью, чертами органической психопатии и резко выраженной задержкой соматического полового созревания, частично компенсированной снижением порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. Присущие обследуемому с детства злобность и агрессивность стимулировали слабую сексуальность и проникали в структуру гетеросексуального полового влечения.

Встречаются и другие варианты садизма: *активный флагеллан-тизм* (удовольствие при бичевании других), *копрофемия* (желание произносить в присутствии лиц другого пола непристойные слова с целью вызвать смущение и стыд).

Гиперфеминное поведение характеризуется подчеркнутой пассивностью, подчиняемостью, полной самоотдачей, материнским заботливым отношением не только к детям, но и ко всем окружающим, домовитостью. Повышенная конформность, умение

приспособиться к любым особенностям и требованиям партнера, жить интересами другого и испытывать при этом высшую радость характерны для гиперфемининного поведения, классически описанного А. П. Чеховым в рассказе «Душечка». Женственность, кокетство, увлечение нарядами, украшениями, косметикой, подчас утрированные, также свойственны таким женщинам. Столь же полная самоотдача происходит и в половой жизни. Все усилия и стремления направлены на удовлетворение мужчины, иногда во вред себе. Этих женщин не волнует отсутствие оргазма, его полностью замещает психологическое удовлетворение от того, что доставляется радость любимому человеку. Если отсутствие оргазма и приводит женщину к врачу, то на первом плане стоит не жажда наслаждения, а страх, что мужчина не получит с ней полного удовлетворения. В сексологической литературе и в разговорах с подругами они пытаются узнать приемы, возбуждающие мужчину. В самом нормальном половом акте достаточно четко выступают определенные элементы мазохистических проявлений у женщины [239, с. 296], и поэтому гиперролевое поведение женщин обычно воспринимается как естественная женственность и особого внимания не только окружающих, но и сексопатологов не привлекает.

Мазохистические тенденции, выходящие за границы нормального поведения, представляют собой патологическое гиперфемининное поведение (*мазохизм*; син.: *пассивная алголагия, страдальчество, пассивитизм*), которое проявляется в получении удовольствия при унижении и физических страданиях, доставляемых партнером, и выступает как половое извращение (перверзия). Без таких действий партнера удовлетворение может не наступить.

И у мужчин, и у женщин гиперролевое поведение обостряет ощущения, способствует более быстрому получению удовлетворения в полном объеме. Гиперролевое поведение в сексуальных контактах может сочетаться как с гиперролевым, так и с обычным стилем поведения в остальных сферах жизни. Гиперролевое поведение при трансформации половой роли гораздо чаще ведет к патологическим гиперролевым установкам, т. е. к появлению перверзных тенденций: у женщин — садизма, у мужчин — мазохизма.

Больной Ф., 21 года, обратился с жалобами на ослабление адекватных эрекций, иногда их полное исчезновение перед половым актом.

Первая эякуляция в 10 лет в школе на уроке физкультуры, когда, в отличие от остальных, не смог влезть по канату. В 11-летнем возрасте, играя на пляже, закопал в гальку ноги и руки и испытывал приятные ощущения, когда по этим камням проходили отдыхающие. С 13—14 лет появилось желание подкладывать свои руки под ноги одноклассниц, когда они вставали на парту или подоконник, чтобы мыть окна. При этом возникали эрекции и происходило семяизвержение.

Ночные поллюции с 14 лет, в предшествующих им сновидениях видит девушек и женщин, наступающих ему на ногу или на руку. Для получения сексуального удовлетворения пациент в общественных местах (особенно в городском транспорте) старался сделать так, чтобы девушки наступали ему на ноги. В 19 лет мог вызвать эякуляцию при созерцании или мысленном представлении женских ног и напряжении мышц собственных ног. Считал свое влечение ненормальным, пытался бороться, но безрезультатно. В 16 лет впервые появилась мысль о том, что не сможет совершить нормальный половой акт с девушкой, а в 18 лет был в этом полностью убежден. Первый половой акт провести не

смог из-за слабого полового влечения и недостаточной эрекции. В последующем сильное возбуждение, возникновение эрекции и даже эякуляции вызывало давление ногой партнерши на его руку или другой участок тела. Эрекции ослабевали или полностью исчезали при мануальных воздействиях на половые органы или при попытке интронгуса. Изучение психического статуса и анамнеза выявило мозаичную психопатию на резидуально-органическом фоне.

В приведенном примере мазохистические действия (приятные ощущения, когда ему на пляже наступали на руки и ноги) не сопровождалось ни половым возбуждением, ни тем более оргазмом, но доставляли особое наслаждение, которое обследуемому трудно описать и удержаться от которого он не мог. Подобные явления наблюдаются при некоторых формах психопатий (причинение себе боли ожогами, уколами, укусами) [201, с. 133—134]. На этапе формирования психосексуальных ориентаций мазохистические желания включаются в структуру полового влечения. Встречаются также иные формы: *пассивный флагелланнизм* (удовольствие от бичевания, сечения), *пикацизм* (стремление пачкаться мочой, калом, выделениями из половых органов), *копротелания* (желание прикасаться к экскрементам, пачкаться ими), *урилагния* (возбуждение наступает при обливаниях собственной или чужой мочой, прикосновении к ней, ее питье), *ренифлерс* (син.: *osphreioiphilia*; получение удовольствия от определенных запахов), *сервиллизм* (син.: *пажизм* — половое удовлетворение от роли слуги или пажа). Иногда тенденции садизма у женщин или мазохизма у мужчин, тормозящие сексуальность, остаются подспудными, до конца не осознаваемыми, и выявляются только при детальном изучении анамнеза. Так, несомненным проявлением мазохизма являлось то, что у пациента 36 лет с отсутствием сепияизвержения в браке всегда наступало возбуждение при виде крупных, властных женщин, по отношению к которым он занимал подчиненное положение. Ночные поллюции происходили только при кошмарных сновидениях, когда за ним кто-то гнался с целью убить, когда на него наезжала машина, поезд и т. д.

Диагностика. Гиперролевое поведение обычно не является патологией и расценивается как крайний вариант пормы. Диагностика патологического гиперролевого поведения (садизма и мазохизма) затруднена из-за недостаточной откровенности больных, сознательно скрывающих перверзные тенденции. Для их выявления необходимо тщательно анализировать этапы становления сексуальности, условия и ситуации возникновения первых оргазмов, побуждать подробно описывать эротические сновидения и при возможности получать объективные сведения от партнера. **Дифференциальная диагностика** проводится между простым и патологическим гиперролевым поведением. При патологических установках (перверзиях) необходимо дифференцировать различные формы психопатологического процесса, обычно наблюдаемого при них.

Лечение. Гиперролевое поведение, не выходящее за рамки пормы, лечения не требует. В случае несовпадения ролевых установок в сексуальной паре необходима психотерапевтическая коррекция. Попытки изменить поведение партнера с гиперролевым стереотипом обычно неэффективны и основные усилия должны быть на-

правлены на адаптацию второго партнера. При формировании перверзных тенденций проводится терапия, повышающая пороги возбудимости нервных структур, обеспечивающих оргазм и эякуляцию (рефлексотерапия и медикаментозная терапия), в сочетании с лечением психических нарушений. Лечение гиперролевых перверзий психотерапевтическое.

Прогноз благоприятен при гиперролевом поведении, не выходящем за пределы нормы. Иногда при гиперролевом поведении мужчины, наблюдаются стойкие дисгармонии в результате неудовлетворенности женщины.

При патологическом гиперролевом поведении в виде садизма или мазохизма (половом извращении) прогноз неблагоприятен, так как состояние имеет тенденцию к усложнению и прогрессированию. Осложненный психопатологическими нарушениями садизм нередко приводит к социально опасным действиям.

3.4.1.3.3. Нарушения психосексуальных ориентаций

Нарушения психосексуальных ориентаций представляют собой искажения направленности полового влечения и форм его реализации, которые известны под названиями *половые извращения, сексуальные перверзии, парафилии*. Их можно считать истинными только тогда, когда реализуемое искаженное половое влечение частично или полностью замещает нормальную половую жизнь. Истинные парафилии служат проявлением второй фазы формирования патологического влечения (научение и закрепление установки). Проявлениями первой фазы (выработки установки) считаются *перверзные (парафилические) тенденции* — деформирующие либидо установки, проявляющиеся в мечтах и фантазиях, но по тем или иным причинам не реализуемые. Кроме того, целесообразно выделять *перверзные (парафилические) элементы* — легкие девиации полового влечения, свойственные нормальной сексуальности, играющие роль дополнительных, второстепенных аксессуаров и не являющиеся патологией.

Этиология и патогенез. Существует ряд теорий возникновения перверзий: генетическая, эндокринная, неврогенная, нейроэндокринная, конвенциональная (условнорефлекторная), психоаналитическая и др. Каждая из них (за исключением психоаналитической) объясняет искажения направленности полового влечения нарушениями определенного этапа психосексуального развития. Деление парафилий на врожденные и приобретенные чисто условное, поскольку психосексуальные ориентации формируются в процессе постнатального онтогенеза и определяются тесным взаимодействием социально-психологических факторов и патологически измененной почвы, которая нередко деформируется в пренатальном периоде.

Дизонтогенетическая концепция, сформулированная во Всесоюзном центре по вопросам сексопатологии, рассматривает перверзии как результат нарушений индивидуального психосексуального развития в постнатальном онтогенезе и объединяет данные ряда указанных выше теорий, за исключением психоаналитической. Очевид-

но, парафилии формируются вследствие гипертрофии и закрепления отдельных проявлений психосексуального развития, свойственных его ранним этапам. Это не просто реликтовые, а претерпевшие изменения в процессе онтогенеза и включившиеся в половое влечение незрелые формы поведения детского и подросткового возраста. Формом, способствующим становлению перверзий и определяющим их выраженность, а в ряде случаев и клиническую картину, служат различные варианты психосексуального дизонтогенеза, которые заключаются в нарушениях сроков и темпов становления сексуальности и в искажениях полоролевого поведения. В зависимости от фона можно выделить несколько групп перверзий.

I. *Транзиторные, заместительные парафилии* наблюдаются при невозможности адекватно реализовать половое влечение (период юношеской гиперсексуальности, длительная изоляция в однополых коллективах, сексуальные расстройства и т. п.). Они обычно сочетаются с правильным психосексуальным развитием, и при первой же возможности половая жизнь направляется в нормальное русло. Длительно существующие заместительные перверзии могут перерастать в истинные. Таков механизм формирования парафилий при возрастной инволюции и сексуальных расстройствах.

II. *Перверзии, формирующиеся на фоне задержки психосексуального развития.* Механизмы их становления могут иметь несколько вариантов:

1. Свойственные ранним этапам развития сексуальные проявления существуют более длительное время, усложняются, обрастают новыми, часто вычурными, элементами, а на этапе формирования психосексуальных ориентаций (в период гормональной перестройки) стойко фиксируются, становятся патологическими и замещают нормальное половое влечение.

2. Задержка психосексуального развития на ранних этапах может проявиться в смещении сексуальных проявлений детского возраста на более поздний срок, тогда они совпадают с формированием либидо и сплавляются с ним, искажая влечение, например, перемещение связанного с полом любопытства и обусловленных им изучения и демонстрации гениталий на этап формирования психосексуальных ориентаций.

3. В связи с особенностями детского возраста (см. 3.4.1.1) сексуальные проявления ранних этапов могут оставлять наиболее яркие впечатления, особенно при подкреплении сильными эмоциями (страх, стыд и т. п.), а затем часто вспоминаться. На этапе формирования полового влечения, когда его реализация невозможна из-за некоммуникативности, отсутствия адекватных объектов (однополые изолированные коллективы, чрезмерно строгая регламентация половой жизни и т. п.) или из-за сексуальных расстройств, эти воспоминания все чаще и чаще всплывают в фантазиях и мечтах и в конечном итоге сплавляются с либидо и перерастают в перверзные тенденции.

При ретардациях психосексуального развития формирование перверзий длится многие годы, их становление обычно задерживается

на фазе выработки установки. Они поверхностные, не затрагивают ядро личности, долго не реализуются. В одних случаях парафилии так и существуют в форме только перверзных тенденций и элементов, в других они становятся истинными перверзиями, хотя и остаются факультативными, сочетаясь с нормальным либидо.

III. *Перверзии, формирующиеся на фоне преждевременного психосексуального развития.* В этих случаях формирование психосексуальных ориентаций перемещается на более ранние возрастные периоды (парапубертатный и препубертатный), наслаивается на предшествующие этапы и искажает сексуальные проявления, свойственные возрасту. Девиантные формы быстро включаются в структуру либидо, сплавляются с половой ролью и ядром личности и прочно закрепляются. Так, В. В. Мохов (1971), изучая структуру и динамику сексуальных перверзий, выявил у пациентов с ядерными психопатиями «некоторую диссоциацию между нерезко выраженным инфантилизмом и ранним появлением сексуальных интересов». Описанные им явления представляют сложную асинхронию психосексуального развития, при которой сочетаются преждевременное становление сексуальности и ретардация соматического полового созревания. Такому типу формирования сексуальных перверзий свойственны полиморфизм, «динамическое равновесие» перверзных компонентов, стойкость в течение всей жизни с обострениями в пубертате и в периоде возрастной инволюции. Нередко они проявляются уже в возрасте 6—10 лет. Парафилии могут формироваться также при преждевременном психосексуальном развитии, обусловленном растлением и совращением. Наиболее грубыми они бывают при шизоидной психопатии и эндогенном процессе.

Нарушения полоролевого поведения накладывают свой отпечаток на формирование всех перверзий, определяют возникновение садизма и мазохизма. Они же обуславливают роль гомосексуала в контактах независимо от пола (мужскую, так называемую активную, или женскую, так называемую пассивную). В возникновении парафилий значительна роль микросоциальной среды. Ее воздействие контрастно проявляется при становлении перверзий, формирующихся на фоне ретардации психосексуального развития без адекватной реализации либидо.

Особое значение в становлении парафилий имеет психопатологическая почва. Г. Штутте отмечает, что среди пациентов детского психиатрического отделения признаки замедленного полового развития выявлены у 46% больных, а преждевременное соматическое созревание наблюдалось у 24%. «У сексуально отсталых отмечались главным образом черты пассивности, вялости, слабой контактности и пониженной самооценки». У подростков выявлено медленное течение эндогенного процесса с частыми расстройствами влечений [520, с. 707, 709]. Перверзии могут формироваться при различных психических заболеваниях (эндогенном процессе, психопатиях, эпилепсии, олигофрении, органическом поражении головного мозга и т. д.), причем структура перверзии в этих случаях отражает особенности психопатологической почвы, на которой она развивается

[260]. Например, психопатиям тормозимого круга чаще свойственны вуайеризм, педофилия, фетишизм и скотоложество; истероидного — эксгибиционизм и нарциссизм, а возбудимого — эксгибиционизм и педофилия в сочетании с садизмом (В. Е. Мохов, 1971). Формированию сексуальных перверзий способствуют нарушения гетеросексуальной коммуникации и затруднения в поисках адекватного объекта.

3.4.1.3.3.1. Нарушения психосексуальных ориентаций по объекту (замещающие нормальный объект)

3.4.1.3.3.1.1. Нарциссизм (синонимы: аутоэротизм, аутомоносексуализм, аутофилия, аутоэрастия) — направленность полового влечения на самого себя, влечение к любованию собственным телом (культ своего тела), сопровождающееся половым возбуждением. Нарциссизм как перверзия, замещающая другие формы сексуальной активности, и у мужчин, и у женщин встречается крайне редко [283, с. 89]. Он обычно выступает как эпизод в процессе формирования сексуальных перверзий. Мастурбация может расцениваться как проявление аутоэротизма только тогда, когда она сопровождается нарциссизмом. Патологическая мастурбация, замещающая любые другие формы половой активности и рассматриваемая многими авторами как проявление аутоэротизма, таковой на самом деле не является, а представляет собой проявление задержки психосексуального развития.

Этиология и патогенез. Наибольшее значение в становлении нарциссизма имеет изоляция от сверстников с раннего возраста, когда объектом изучения становится только собственное тело. Психопатологическая почва (например, истероидная психопатия) также может привести к формированию синдрома, обратного дисморфофобическому.

Клиника. Транзиторные элементы нарциссизма свойственны детскому возрасту, несколько ярче они выступают в пубертатном периоде. Нарциссизм проявляется в любовании собственным телом, половыми органами, рассматривании себя в зеркале, ласкании своего тела и даже фотографировании самого себя в обнаженном виде с последующим рассматриванием этих фотографий. Все проявления сопровождаются половым возбуждением и мастурбацией для получения оргастической разрядки. У мужчин возбуждение усиливается при виде себя с эрегированным половым членом.

Больной Ч., 22 лет, обратился с просьбой подавить его половое влечение. В анамнезе родовая травма; рос и развивался нормально, от сверстников не отставал; был общительным и подвижным. С 3 лет после сильного испуга стал заикаться, и родители, оберегая его, настолько изолировали от детей, что до школы он с ними даже не разговаривал. Когда пошел в школу, первым, что услышал от одноклассников, было слово «заика». В школе из-за отсутствия навыков общения практически оказался в изоляции. В 12 лет начал мастурбировать (самостоятельная находка). Мать (врач) после того, как узнала о мастурбации сына, шуче как «онанист», его не называла. Сформировавшееся половое влечение направлено на женщин, но из-за страха неудачи пациент реализовать

его не пытался. Собирает открытки, фотографии и вырезки из журналов с изображениями обнаженных и полуобнаженных женщин. В течение года мастурбировал, разглядывая себя в большое зеркало, и даже фотографировал свое изображение. До настоящего времени носит в портфеле зеркало и, когда представляется возможность, мастурбирует в сочетании с созерцанием своего тела. Летом обязательно загорает в обнаженном виде, чтобы загар был равномерным. Последние 3 года стал появляться в обнаженном виде в окне, чтобы на него смотрели воспитательницы детского сада, расположенного напротив. В беседе отмечает, что для возбуждения необходимо внимание женщин, иначе ему «неинтересно». Имел неприязни с милицией, но отказаться от эксгибиционизма не мог. Установил в своей комнате у окна фотоосветители, включал их, а сам стоял обнаженным в 1—2 м от окна. Дважды в связи с неправильным поведением госпитализировался в психиатрическую больницу, лечение было безрезультатным. Опасается конфликтов с законом и поэтому обратился в отделение.

Приведенное наблюдение иллюстрирует искаженное становление сексуальности при изоляции от сверстников вначале по инициативе родителей, а затем в связи с замкнутостью пациента. Нарушения психосексуального развития на ранних этапах сочетались с отсутствием правильной реализации либидо, что в конечном итоге привело к развитию нарциссизма. Однако направленность полового влечения на женщин трансформирует нарциссизм в своеобразный эксгибиционизм, когда для повышения полового возбуждения требуется демонстрация не только половых органов, но и всего тела. Столкновения с законом заставляют пациента бороться с эксгибиционизмом и ограничиваться парциссизмом. Коллекционирование открыток с пзображениями обнаженных и полуобнаженных женщин также наложило отпечаток на формирование сексуального вкуса. Для сравнения приводим наблюдение, в котором мастурбация замещает нереализуемое искаженное влечение, но не служит проявлением нарциссизма. Здесь мастурбация выступает в роли суррогатной формы половой активности, так как перверзные тенденции (садизм и мазохизм) реализовать с женой оказалось невозможным.

Больной Л., 25 лет, предъявляет жалобы на отсутствие желания проводить половые акты с женщиной, в результате чего не возникают адекватные эрекции. Мастурбация с 11 лет, ежедневно до последнего времени и с эксцессами (до 5). Составит в браке 6 лет. Первое время частые половые акты, длительностью до 60 мин, лишь иногда заканчивались семяизвержением и один раз была эякуляция при петтинге. Отмечал, что ласки жены более приятны, чем фрикции и возможность получить оргазм при коитусе. Через год после женитьбы стал активно избегать близости с женой под любым предлогом, часто отговаривался болезнями. При мастурбации семяизвержение наступает приблизительно через 5 мин; представляет себя участником полового акта с выраженным садизмом и мазохизмом. Во время мастурбации вырвал у себя на лобке все волосы. Рассказал жене о мастурбации и садистических наклонностях, пытался ввести элементы садизма в половую близость, но безрезультатно.

В данном наблюдении имеется задержка психосексуального развития с реализацией полового влечения на эротическом уровне. На нарциссизм нет даже намека, хотя единственным вариантом реализации влечения и является мастурбация.

Элементы нарциссизма длительно сохраняются на фоне регулярной половой жизни, выполняя роль стимулятора полового возбуждения, что проявляется в необходимости видеть себя обнаженным

(в зеркале или на фотографиях, слайдах). В отдельных случаях самосозерцание должно продолжаться для нарастания возбуждения и во время коитуса.

3.4.1.3.3.1.2. Эксгибиционизм — влечение к обнажению половых органов перед представителями того или иного пола; встречается, как правило, у мужчин.

Этиология и патогенез. В зачаточной форме как возрастную норму эксгибиционизм можно обнаружить у детей в обнажении и разглядывании друг у друга половых органов [520, с. 703]. Попытки обнажения отмечены у 5% детей моложе 7 лет, единичные случаи — у детей 7—11 лет, а среди подростков к этому склонны 1% мальчиков и 1% девочек [148, с. 36, 59, 88]. Д. Н. Исаев и В. Е. Каган показали зависимость частоты явлений эксгибиционизма в детских учреждениях от психопатологической и соматической отягощенности детей. У соматически больных и ослабленных детей обнажение встречается редко, у соматически здоровых наблюдается чаще, но максимума достигает у психически больных детей [148, с. 155, 157, 160]. В детском возрасте в норме демонстрация половых органов сексуальным возбуждением не сопровождается. При снижении порогов возбудимости и нарушении сроков психосексуального развития, чаще всего обусловленных психическими заболеваниями, демонстрация половых органов сопровождается вначале половым возбуждением, а затем подкрепляется оргазмом. Одним из механизмов возникновения эксгибиционизма в пубертатном возрасте может быть внезапное появление взрослых во время мастурбации. Страх, стыд резко усиливают и так высокое половое возбуждение, наступает необычно яркий оргазм. В последующем для получения ярких ощущений пациенты ищут повторения подобных ситуаций, а долго практикуемые акты эксгибиционизма закрепляют патологическое влечение. По мнению Г. Штутте, эксгибиционистами часто бывают натуры «витально-суженные», с неудовлетворенной потребностью в любви и не способные найти удовлетворение в самих себе. Для них эксгибиционирование служит поиском контакта или аутистической формой самоутверждения [520, с. 703].

Клиника. Эксгибиционизм проявляется в демонстрации обнаженных половых органов, эрегированного полового члена. Особо важное значение при этом имеет испуг женщин, и эксгибиционисты стремятся появиться внезапно — из-за кустов, в проеме окна, в подъезде дома. Некоторые эксгибиционисты вечерами, надев плащ или пальто и обнажив половые органы, прячутся в тени возле пустынных остановок городского транспорта, электропоездов, а затем, внезапно появляясь в свете фонарей, распахивают одежду. Иногда случаи эксгибиционизма наблюдаются и в общественном транспорте в позднее время. Выбрав место, с которого он виден только одной женщине, эксгибиционист демонстрирует ей обнаженные половые органы. Зная, что такое поведение уголовно наказуемо как хулиганство, эксгибиционисты принимают соответствующие меры [283, с. 130]. Возможно, именно в связи с безнаказанностью обнажение нередко совершается перед детьми. При сочетании эксгибиционизма

с садизмом пациента в первую очередь привлекают реакции страха и стыда у женщины, а при сплетении с мазохизмом, наоборот, преобладают собственные ощущения стыда и страха перед наказанием.

Больной П., 27 лет, лечился в течение нескольких месяцев по поводу отсутствия влечения к жене, безразличия к половому акту, исчезновения эрекции до наступления семяизвержения.

В 7 лет несколько раз девочка 10 лет снимала с него трусы и разглядывала его половые органы, а затем демонстрировала свои.

В возрасте 12 лет начал мастурбировать (по совету товарищей), тогда же произошло первое семяизвержение. В 14 лет во время мастурбации в парке его случайно увидели проходившие мимо женщины. Он заметил их страх, испугался сам и испытал необычайно яркий оргазм. С тех пор мастурбировал только в парках. Прятался в кустах и внезапно выходил навстречу женщинам с эрегированным половым членом. С каждым днем эксгибиционизм становился все навязчивее. Пытался перебороть себя, но долго сдержаться не мог. С 19 лет мастурбировал в парках только в нетрезвом состоянии, когда «не было сил терпеть». В остальное время мастурбацию проводил дома, но в фантазиях представлял сцены эксгибиционизма. В 21 год женился, надеясь, что в браке нарушения пройдут. При первом же половом акте вскоре после имиссии исчезла эрекция. В дальнейшем во время коитуса представлял сцены эксгибиционизма, чтобы возбудить себя. Однако половая жизнь не налаживалась. Иногда срывался и в нетрезвом виде ходил в парки, где вновь эксгибиционировал. Во время первого обращения об эксгибиционизме ничего не рассказал, в связи с чем лечение не дало эффекта. Все попытки врача наладить интимные отношения в семье были бесплодны и даже, наоборот, вызывали еще большее отвращение пациента к половой жизни. Через 3 мес был задержан в парке сразу после акта эксгибиционизма работниками милиции, к которым обратились женщины. Позвонил в отделение с просьбой о незамедлительной встрече, при которой рассказал все об особенностях своего влечения.

Данное наблюдение иллюстрирует эксгибиционизм, закрепившийся как перверзия и практикуемый в течение 13 лет. Патологическое влечение не позволило пациенту начать нормальную гетеросексуальную жизнь, хотя он и женился в надежде избавиться от эксгибиционизма. При обращении к сексопатологу (по инициативе жены) пациент, как и большинство страдающих перверзиями лиц, скрыл особенности своего влечения. Очень вероятны скрываемые перверзные тенденции при отсутствии у пациентов сексуального влечения и анэякуляторных расстройств. Особого внимания сексопатолога требует отказ от половой жизни или замаскированное избегание близости.

3.4.1.3.3.1.3. Скопофилия (миксоскопия, визионизм, вуайеризм) — влечение к подглядыванию за половым актом или обнаженными представителями избранного пола. К скопофилии следует отнести и сверхценное увлечение порнографическими изображениями, фильмами и т. п.

Этиология и патогенез. Подглядывание за интимными отношениями встречается значительно чаще, чем обнажение, и нередко наблюдается у детей и подростков при нормальном психосексуальном развитии. По данным Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана, подобные явления встречаются у 25% детей дошкольного возраста, в возрасте 7—11 лет их частота возрастает у мальчиков до 33% и снижается у девочек до 6,2%, среди подростков — сокращается у мальчиков до 5,5% и у девочек до 0,3% [148, с. 36, 59, 88]. Таким обра-

зом, явления визионизма, широко распространенные на ранних этапах психосексуального развития, становятся исключением на этапе формирования психосексуальных ориентаций.

В патогенезе будущей скопофилии явления детского визионизма играют важную роль. При нарушениях становления сексуальности, обусловленных расстройствами контактов со сверстниками и особенно с лицами противоположного пола, возможна длительная задержка на первой фазе (выработки установки) формирования сексуального либидо. В этих случаях фантазии насыщены представлениями интимной близости, обнаженных тел и т. п. Подглядывание обычно сопровождается страхом быть застигнутым врасплох, это еще больше усиливает половое возбуждение и способствует получению яркого оргазма. Одним из механизмов возникновения визионизма может быть случайное присутствие при половом акте в детском (чаще в подростковом) возрасте, если это вызвало половое возбуждение и закрепилось в последующем по механизму условного рефлекса. Явления визионизма могут стойко зафиксироваться еще в детстве, но возможно замещение ими нормального полового влечения и на этапе формирования психосексуальных ориентаций.

Клиника. Элементы скопофилии нередко вкрапливаются в обычную сексуальность. Иногда они сочетаются с элементами нарциссизма и тогда половые акты становятся несколько вычурными: пациенты могут довести половой акт до завершения, только наблюдая за собой в зеркало во время близости. Иногда пациенты вынуждены поддерживать половое возбуждение во время полового акта тем, что представляют себя наблюдателями происходящего. В противном случае возбуждение спадает, эрекции быстро ослабевают. Порнографическая скопофилия как перверзный элемент обычной сексуальности выражается в рассматривании порнографических изданий перед коитусом, иначе он оказывается невозможным. Стремление к групповой активности, невозможность без этого добиться оргазма и семяизвержения как проявление скопофилии встречается у мужчин и у женщин. В случаях перверзий страдающие скопофилией могут долго ждать в кустах около пляжа, в туалетах, чтобы подсмотреть переодевание или увидеть обнаженные половые органы. Некоторые пациенты регулярно появляются под окнами гинекологических кабинетов, бродят ночью по городу и заглядывают в окна квартир. Скопофилия обычно сопровождается мастурбацией.

Больной Т., 25 лет, обратился с жалобами на невозможность совершения полового акта из-за отсутствия адекватных эрекции. Сексуального влечения «нет и не было». Четыре попытки совершить половой акт без влечения закончились неудачей. С 12—13 лет мастурбирует, рассматривая порнографические картинки. Часто ходит в общественный душ, где подглядывает за моющимися женщинами. Вечерами 2—3 раза в неделю под видом занятий спортом бежит по городу, заглядывая в окна. Возбуждает переодевание и обнажение женщин, но особенно сильное возбуждение наступает, когда удается увидеть половую близость или услышать производимые при этом звуки. Подсматривание всегда сопровождается мастурбацией. Несколько раз знакомые показывали порнографические фильмы, что вызывало не меньшее возбуждение, чем подглядывание. В эротических снах видит себя подсматривающим за половым актом; подобные сны завершаются поллюцией.

Больной О., 23 лет, обратился с жалобами на неудачи при попытках совершить половой акт. С 12 лет начал мастурбировать. Однажды мастурбировал в общественном туалете, через щель подсматривая за женщинами, и испытал яркие оргастические ощущения. С этого времени стал мастурбировать только в туалетах, подглядывая за женщинами. В настоящее время достаточно увидеть через щель, что к туалету приближается женщина, как сразу появляется половое возбуждение. Пытался бороться с собой, но долго выдержать не мог и вновь отправлялся мастурбировать в туалет.

Оба клинических наблюдения иллюстрируют формирование скопофилии на этапе становления психосексуальных ориентаций, чему способствовало отсутствие своевременной реализации полового влечения в контактах с представителями противоположного пола. В том и другом случае у пациентов при тщательном изучении анамнеза выявлены трудности общения со сверстниками. Обращает на себя внимание незрелость полового влечения практически при всех нарушениях психосексуального развития. Происходит как бы «зависание» между эротической реализацией либидо и сексуальными фантазиями. В данных наблюдениях своеобразные форм половой активности привело к срывам при попытках начать половую жизнь, так как ситуация интимной близости не стала для пациента сексуально значимым условным раздражителем.

В последнее время нередко встречаются такие варианты скопофилии, как *триолизм* (син.: *плюрализм* — половые акты трех человек и более на глазах друг у друга) и сверхценное увлечение *порнографией* (вульгарно-натуралистическими непристойными изображениями половой жизни в литературе, изобразительном искусстве, театре, кино и пр.).

3.4.1.3.3.1.4. **Фетишизм** (син.: *идолизм*, *символизм*) — возведение в культ определенного фетиша и половое влечение к нему, сопровождающееся сексуальным возбуждением. В качестве фетиша могут выступать бывшие в употреблении или новые предметы туалета (носовые платки, нижнее белье, одежда, обувь) или определенные части тела (ноги, молочные железы, половые органы и т. п.). Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

Этиология и патогенез. Влечение к определенным предметам, связанное с наслаждением, иногда наблюдается уже у детей дошкольного возраста. Фетишами у них могут становиться прежде всего нижнее белье, носовые платки других, главным образом любимых, людей и резиновые игрушки [520, с. 702]. Фетишизм как перверзия отражает нарушения коммуникации с предпочитаемыми объектами влечения. «Бельевой» фетишизм часто облекается в преступные формы. У таких субъектов можно, как правило, обнаружить серьезные нарушения воспитания и эмоциональные расстройства [520, с. 703].

Клиника. В фетишизме четко просматривается заместительный характер перверзии. Фетиш обычно символизирует и заменяет либо конкретный объект любви, либо собирательный образ предпочитаемых объектов по принципу часть вместо целого. Фетиш помогает усилить яркость фантазий и мечтаний, сделать их предметными и осязаемыми, добиться максимального полового возбуждения. Эле-

менты фетишизма сопровождают как нормальную, так и патологическую сексуальность. Преодоление трудностей в заполучении фетиша (кража) уже доставляет определенное наслаждение. Половое удовлетворение достигается не просто заполучением желанного предмета, а путем его обоняния, осязания, прикладывания к половым органам, «укладывания» в постель в сочетании с мастурбацией. «Бельевой» фетишизм нередко сопровождается переодеванием в белье лиц противоположного пола, что представляет трансвестизм как один из вариантов фетишизма. Переодевание вызывает половое возбуждение, часто сочетается с мастурбацией, что позволяет отличить его от трансвестизма при трансформации полоролевых установок, который выступает как стремление утвердить себя в роли противоположного пола и парафилией не является. Фетишисты чаще крадут белье с веревок во время его сушки, на пляжах и в других местах и лишь иногда покупают в магазинах. У каждого фетишиста имеются свои предпочтения. Фетишизация частей тела, если она не замещает нормальной половой жизни, представляет собой парафилические элементы. Однако части тела могут выступать как объекты влечения в рамках перверзии, которая нередко сочетается с другими парафилиями.

Больной Ш., 25 лет, обратился с жалобами на ослабление, а иногда и полное отсутствие адекватных эрекций при попытках совершить половой акт с женой. В 12 лет увидел, как подростки занимались мастурбацией и позволяли другим манипулировать со своими половыми органами. В 13 лет с товарищем начал взаимную мастурбацию, которая продолжалась до 18 лет. В возрасте 15 лет однажды пришлось спать со взрослым на одной кровати и рука пациента оказалась на половых органах соседа. Он «с удовольствием произвел обследование возбужденного полового члена больших размеров». До 24-летнего возраста провел такие «обследования» около 15 раз. До 18 лет воспринимал все это как обычное явление, а позже подобные занятия и мастурбация вызывали угрызения совести и презрение к самому себе. До брака попыток начать половую жизнь не было. Женат около года и смог совершить всего несколько полноценных половых актов. До сих пор во сне перед поллюциями видит обнаженных мужчин и их половые органы.

При изучении анамнеза и психического статуса выявлена психастеническая психопатия.

Данное наблюдение иллюстрирует формирование фетишизма половых органов мужчины в сочетании с гомосексуальным влечением на этапе формирования психосексуальных ориентаций и на фоне задержки становления сексуальности, проявившейся в длительной (5 лет) взаимной мастурбации с подростком своего пола и отсутствии контактов с женщинами до 24-летнего возраста. Фетишизм в этом случае в какой-то степени созвучен с культом фаллоса языческих религий (поклонение эрегированному половому члену как символу плодородия).

Больной И., 28 лет, обратился с жалобами на отсутствие семяизвержения при половых актах с женой в течение 3 лет (с начала половой жизни). В процессе обследования выявились гомосексуальные тенденции. В детстве старший брат всегда избивал, мучил пациента, который безропотно переносил издевательства. В детском саду во время дневного сна пациент «делал что хотел» с сонными мальчиками. Доставляло удовольствие ощущение власти над ними, их беспомощное состояние. Несколько позже стало приятно ласкать их

ноги, создал свой идеал мальчика — смуглого, с черными волосами и глазами. В школе все забылось и, казалось, прошло. С детства очень стеснялся своей полноты. В подростковом возрасте избегал женских коллективов, чувствовал себя в них неуютно. В 16 лет вновь появилось желание ласкать ноги молодых мужчин и юношей. В фантазиях и мечтах это была главная тема. Стал больше времени проводить в мужской компании. Несколько раз гладил ноги пьяных молодых мужчин, при этом происходила эякуляция. Специально высккивал пьяных в транспорте, садился рядом и, чтобы все было «прилично», ехал до конечной остановки, где пытался разбудить их и заодно гладил их ноги. Ноги не спящих мужчин не привлекали. Мастурбация не было. В 25 лет женился. Полового влечения к жене не испытывал. После введения полового члена фрикции были безразличны, приятных ощущений не возникало. Через 10—15 мин эрекции пропадали, семяизвержение не происходило.

Возникновение фетишизма в данном наблюдении имеет более сложный генез. Поведение пациента в детском саду по отношению к мальчикам представляло собой компенсацию унижений со стороны брата и доставляло явное эмоциональное удовлетворение. Позже компенсаторное поведение отступило на второй план, и акцент в контактах с мальчиками был перенесен на эротические ласки их ног. С поступлением в школу подобных ситуаций не возникало и они утратили свое значение. Но в пубертатном периоде на фоне гормонального всплеска и нарушений коммуникации с представителями противоположного пола эмоционально яркие воспоминания детства получили сексуальную окраску, а их реализация привела к закреплению парафилии.

Гораздо реже наблюдаются *ретифизм* (фетишизм обуви), *трансвестизм* (син.: *зонизм*, *трансвестичизм* — в качестве фетиша выступает одежда противоположного пола, переодевание в которую необходимо для получения удовлетворения), *пигмалионизм* (син.: *мону-ментофилия*) — влечение к статуям.

3.4.1.3.3.1.5. Зоофилия (син.: зооэрастия, зооэротия, скотоложество, содомия, бестиализм, бестиофилия) — половое влечение к животным и получение сексуального удовлетворения в контактах с ними.

Этиология и патогенез. Среди детей дошкольного возраста 34% ищут теплоты в отношениях с животными (собаками, кошками, хомяками, птицами) [148, с. 155]. Даже тогда, когда они замещают контакты со сверстниками и восполняют недостаток внимания и ласк взрослых, «дружеские» отношения с животными еще не предвещают их перерастания в дальнейшем в парафилию, хотя некоторые формы детских игр с животными могут стать почвой для формирования патологического влечения. Зоофилия встречается преимущественно в животноводческих районах, особенно там, где строго караются добрачные связи и неверность женщин, так что юноши могут начать половую жизнь лишь после вступления в брак. В основном зоофилия наблюдается среди мужчин. По данным А. Кинзи, 40—50% юношей в сельских местностях имели зоофилические контакты, причем в 17,2% случаев они завершались семяизвержением и оргазмом [436]. Исследования, проведенные у нескольких поколений, позволили отметить, что распространенность зоофилии среди мужчин снижается из поколения в поколение, а среди представите-

лей одного поколения она нарастает в среднем от 4,31% в 15 лет до 20,90% в 25 лет, а затем частота контактов с животными снижается [379]. Все это позволяет рассматривать зоофилию в большей части случаев как транзиторную, заместительную перверсию, обусловленную длительной изоляцией от представителей противоположного пола при доступном контакте с животными (например, среди пастухов, конюхов и др.). Хотя зоофилия может стойко зафиксироваться и полностью замещать нормальную половую жизнь, чаще этому подвержены интеллектуально ограниченные лица. Обычно у человека не возникает стойкого полового влечения к животному, и контакт прекращается при возможности получения нормального полового удовлетворения [283, с. 138].

Клиника. Мужчинам в качестве объектов сексуального удовлетворения служат домашние животные: козы, овцы, ослицы, кобылы, коровы, но как казуистика встречаются случаи половых актов с домашней птицей (курами, гусями) и мелкими животными (кроликами и т. п.), что обычно сопровождается садизмом. В большинстве случаев контакты мужчин с животными проходят в виде половых актов. Среди женщин зоофилия распространена значительно меньше и проводится чаще как куннилингус с собаками и кошками [437].

Больной Э., 28 лет, обратился с жалобами на ослабление адекватных эрекций и их исчезновение перед половым актом. Сексуальное влечение к женщинам с 15 лет. В 16 лет первый половой акт с ослицей (эрекция хорошая, оргазм после 15—20 фрикций завершился семяизвержением и оргазмом. Половой акт проводил в присутствии еще четырех подростков (по традиции, принятой в кишлаке, юношей 15—16 лет вместе вели к ослице для их «испытания» и обучения технике коитуса). С 19 до 23 лет единичные связи с различными женщинами. Половые акты в среднем один раз в неделю, протекали нормально. Параллельно с половой жизнью с 19 до 26 лет практиковал мастурбацию, к которой относился крайне отрицательно. Убежден, что навредил себе мастурбацией. В возрасте 24 лет во время объятий и ласк с девушкой отметил отсутствие адекватных эрекций. Стал избегать половой близости. В 27 и 28 лет предпринял по одной неудачной попытке. С тех пор как появилась уверенность в половом расстройстве, т. е. с 24 лет, ежегодно проводил по 5—6 коитусов с ослицей, чтобы «проверить себя». В последний год отметил, что при зоофилических актах интроитус происходит нормально, но через некоторое время эрекции ослабевают, хотя получить семяизвержение и оргазм удается всегда.

Зоофилия в данном наблюдении заместительная и обусловлена развившимся в силу личностных особенностей синдрома ожидания неудачи, который коснулся и зоофилических половых актов. При длительной и более частой практике не исключена возможность закрепления зоофилии как тотальной перверзии.

3.4.1.3.3.1.6. Некрофилия — половое влечение к трупам и совершению с ними сексуальных действий. Встречается исключительно редко.

Этиология и патогенез. Оргазм у детей обоего пола нередко сочетается с аффектом страха и тревоги, ввиду чего первично нейтральное тревожное состояние (например, предстоящая классная работа) может вызвать оргазм. Для сексуального удовлетворения ребенок иногда сам приводит себя в состояние тревоги путем чте-

ния страшных рассказов или вызывания в воображении соответствующих представлений [520, с. 703]. Определенное значение имеет не только запугивание детей кладбищами, трунами и покойниками, но и стремление большинства детей на определенном этапе развития к восприятию этих рассказов, «потребность в переживании ощущения страха». При резком снижении порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм, у отдельных детей во время страшных рассказов и запугивания может наступить оргазм. Тематика рассказов, приведших к оргазму, может стать основой для патологического фантазирования (фантазιοгенные эякуляции). Однако главную роль в формировании этой парафилии играет психопатологическая почва, именно она помогает решиться на реализацию патологического влечения и закрепить его. Несомненно, некрофилия чаще всего встречается у психически больных [283, с. 140], в первую очередь с выраженным слабоумием или эндогенным процессом. У подростков с эндогенным процессом сексуальность определяется частыми, оторванными от действительности фантазиями с примесью извращений [148, с. 145], хотя возможно формирование некрофилии и в рамках «ядерной» психопатии. Кроме того, в формировании некрофилии определенную роль играют садизм, проявляющийся в осквернении трупа и надругательстве над ним, или мазохизм, связанный с отвращением при контакте с трупом и страхом разоблачения.

Клиника. Поиск объекта для совершения полового акта с трупом представляет определенные трудности. Некрофилы охотятся за трупами, пытаются проникнуть в дома, где есть покойник. Чтобы иметь свободный доступ к трупам, они нередко устраиваются работать в морги. Исключительно редко в поисках объекта удовлетворения некрофилы идут на убийство, после чего совершают половой акт с трупом жертвы. В этих случаях убийство не связано с удовлетворением садистических тенденций, а служит средством достижения поставленной цели.

Известен случай, когда 35-летний женатый мужчина, отец двух детей, систематически убивал в парках саперной лопатой девушек, с трупами которых совершал половые акты. Он убил таким образом 13 человек. Последнее убийство было двойным: он убил девушку и ее возлюбленного накануне свадьбы. Убийство юноши он в последующем объяснял тем, что никак не мог дожидаться, когда они расстанутся. На вопрос, зачем он все это делал, он ответил, что если бы следователи сами попробовали, то их «нельзя было бы оттянуть за уши».

Широкую известность получил случай, описанный в книге Р. Крафта-Эбинга «Половая психопатия» (1909, с. 70—71).

Сержант Бертрап — человек нежного телосложения, странного характера, с детства замкнутый, пелюдимый, любящий уединение. Достоверно обнаружены случаи душевных заболеваний среди его родственников в восходящем поколении. Еще ребенком он обнаруживал ничем необъяснимую наклонность к разрушению и ломал все, что попадалось под руку. Уже в раннем детстве без всякого постороннего внушения стал мастурбировать. С 9 лет испытывал интерес к лицам другого пола. В 13 лет пробудилось сильное сексуальное влечение к женщинам. Во время мастурбации воображение рисовало ему каждый раз ком-

нату, наполненную женщинами, с которыми он имел коитус и затем мучил их. Позже стал представлять их трупами, которые подвергал осквернению. Иногда в его фантазиях возникали представления о половых актах с мужскими трупами, но эти картины вызвали в нем отвращение. С течением времени появилось желание проделывать то же самое с настоящими трупами. С этой целью доставал трупы животных, вспарывал им живот, вырывал внутренности и при этом мастурбировал, что доставляло чувство несказанного удовольствия. Через некоторое время трупы животных перестали доставлять наслаждение и он начал убивать собак, совершая с ними те же действия. К концу этого года возникло страстное желание воспользоваться для своих целей человеческими трупами. Боялся своих желаний, но через некоторое время случайно на кладбище заметил свежую могилу. Им овладело столь сильное желание, что появились головные боли и сердцебиение. Несмотря на страх и присутствие поблизости людей, вырыл труп и стал с яростью наносить по нему удары лопатой. Затем в течение 2 лет, приблизительно через каждые 2 нед, у него возникало желание подружиться над трупом. Желание сопровождалось сильной головной болью. Независимо от затруднений, около 15 раз он вырывал трупы руками и даже не чувствовал получаемых при этом повреждений. Заполучив труп, разрезал его саблей или ножом, вынимал внутренности и мастурбировал. Пол трупа не имел никакого значения. Во время этих действий испытывал неизъяснимое половое возбуждение. Изрезав труп, снова его закапывал. Однажды случайно добыл труп 16-летней девушки и впервые почувствовал страстное желание совершить с трупом коитус. «Все, что можно испытать при сношении с живой женщиной, ничто в сравнении с полученным мною наслаждением. Через 15 мин после этого я, по обыкновению, рассек тело на куски, вынул внутренности, а затем опять закопал труп». Лишь после этого преступления Бертрам, по его словам, почувствовал потребность перед тем, как рассечь труп, совершить с ним половое сношение. Так он поступил впоследствии с тремя женскими трупами.

В данном наблюдении основное нарушение психосексуального развития — садизм, он является стержнем патологического влечения. Однако через некоторое время па него наслаивается некрофилия, которая в этом случае представляет всего лишь второстепенный компонент либидо. Таким образом формируется *некросадизм* (син.: *вампиризм, бертранизм*). Не вызывают сомнений грубые психические нарушения у пациента с раннего детства. Очень редко встречается *некрофагия* (поедание трупов).

3.4.1.3.3.2. Нарушения психосексуальных ориентаций по возрасту объекта

3.4.1.3.3.2.1. Педофилия — половое влечение к детям.

Этиология и патогенез. Основой для формирования педофилии служат ретардации психосексуального развития, нарушения коммуникации с лицами другого пола и нередко сексуальные расстройства, мешающие нормальной половой жизни. По мнению Х. Бейгеля, 24% женщин в детстве сталкиваются с соблазнителями (цит. по [148]). Развратные действия по отношению к мальчикам менее известны из-за их скрытности. Явления педофилии чаще наблюдаются у подростков, у 30-летних и у пожилых мужчин. Среди подростков основную часть составляют те, кто из-за ретардации психосексуального и эмоционального развития не умеет налаживать контакт со сверстниками и ухаживать за ними. В группе 30-летних преобладают женатые, но не сумевшие устроить свои сексуальные

и социальные отношения и фрустрированные мужчины, которые получают половое удовлетворение в игре с девочками и не рискуют пойти на близость со взрослыми женщинами. Среди пожилых чаще всего встречаются лица одинокие и страдающие половыми расстройствами. Одинокие ищут в общении с девочками выхода из своего сиротливого положения, большинство из них также испытывает трудности в контактах с женщинами, а пожилые мужчины с половыми расстройствами используют это общение для стимуляции своей угасающей сексуальности. Аналогичны причины влечения к малолетним и при гомосексуализме как у мужчин, так и у женщин. Обычно педофильные парафилии направлены на детей родственников, друзей и знакомых или ребенок и его совратитель знакомы по прогулкам и т. п. Нередко педофилия формируется на фоне ППР, и тогда она бывает стойкой. При раннем становлении сексуальности детские игры прочно фиксируются в половом влечении и определяют его.

Клиника. В случаях педофилии исключительно редко встречаются половые акты, так же как и изнасилования. Обычно все зиждется на «добровольных» началах. Лишь подростки используют запугивания и угрозы. Растлевающие действия обычно включают в себя рассказы об интимных отношениях, демонстрацию порнографических и эротических изображений, осмотр и показ гениталий, ласки, поверхностный и глубокий петтинг, иногда орально-генитальные контакты, значительно реже дело доходит до генитального контакта (вестибулярного коитуса). В любом случае соращение приводит к преждевременному психосексуальному развитию ребенка, искажению его сексуальности и психики, а нередко и к парафилиям, навязанным совратителями. Примером этому могут служить наблюдения, приведенные на с. 50 и 51. Педофильные тенденции, возникающие в пожилом возрасте на фоне снижения полового влечения, могут долго не реализовываться.

Больной Я., 51 год, обратился с жалобами на половое влечение к девочкам 9—11 лет. В возрасте 7 лет 10-летняя девочка научила его мастурбации и демонстрировала при этом свои гениталии. Мастурбировал изредка, до 14 лет без фантазий, а позже представлял половую близость с девушкой. В 16 лет первая ночная поллюция, через год после которой прекратил мастурбацию. Начал половую жизнь в 29 лет в браке. Первый брак распался из-за конфликтов с женой. В 39 лет вступил во второй брак. Последние 3 года постепенно угас интерес к половой жизни. Во время близости и даже при попытках к ней стали исчезать эрекции. Одновременно появились эротические мысли и фантазии, в которых он в обнаженном виде играет с девочками 9—11 лет. К своей дочери 9 лет влечения не испытывает, но на ее подруг смотрит «особенными глазами»: не может спокойно видеть «их голые ножки», появляется желание, чтобы у них упали трусики. Свои желания реализовать не пытался, даже ушел из школы, где проработал 12 лет учителем рисования и черчения. Жене был вынужден объяснить причину увольнения, и она посоветовала лечиться. Психическое состояние было квалифицировано как начальный церебральный атеросклероз на фоне травматической энцефалопатии.

Данное наблюдение представляет собой пример формирования педофилии в периоде возрастной инволюции, чему предшествовали первые проявления полового расстройства. Становление педофиль-

ных тенденций происходит на фоне атеросклероза в сочетании с энцефалопатией.

В некоторых случаях педофилия может сочетаться с садизмом, что представляет собой социальную опасность.

Больной Д., 39 лет, обратился с жалобами на невозможность избавиться от мастурбации, на предпочтение ее нормальной половой жизни и на влечение к детям 3—11 лет. В раннем детстве переболел менингитом. Сверстники его отвергали, обижали; друзей не было. В 12—13 лет заметил, что возбуждают страдания детей и вид крови при экстракции зубов. С 14 лет мастурбация (собственная находка), сначала без фантазирования, потом с представлением страданий детей при экстракции зубов. Мать обнаружила мастурбацию, наказала и сказала, что если он не прекратит это, то истончит нервную систему и умрет. Очень испугался, так как мать была для него непоколебимым авторитетом. Попытался бороться с мастурбацией сам и обращался к врачам (в том числе к психиатру), но выдерживал недолго: «проверял», хорошо ли вылечился, и снова втягивался. В армии мастурбация до 6—7 раз в сутки; комиссован. Вскоре женился. Только перед женитьбой случайно узнал о технике полового акта, до этого никакой осведомленности не было. В браке параллельно с половой жизнью продолжал мастурбацию, так как мастурбация давала более яркие ощущения. При этом представлял либо сцены экстракции зубов у детей, либо другие манипуляции с мальчиками 3—11 лет (внутримышечные инъекции, клизмы и т. п.). Через полтора года жена его покинула. Больной считает, что она знала о мастурбации и половая жизнь ее не удовлетворяла. Вторая жена страдала эпилепсией и через 4 года умерла. Ребенок от этого брака болен лимфогранулезом. Пациент охотно ходит к сыну в больницу, водит его в поликлинику в надежде увидеть возбуждающие манипуляции. Третий брак с 1975 г. Продолжает мастурбировать, тем более, что жена стала отказывать в близости из-за страха забеременеть. Часто обращался к психиатру, сексопатологам. Сонапакс и меллерил затрудняли эякуляцию и на время избавляли от мастурбации. Просил направить на лечение «в стационар или колонию». В последние годы все больше возбуждают дети, преимущественно мальчики. Не может проходить спокойно мимо детей, старается поглядеть, поговорить, приласкать. Возбуждает вид половых органов мальчиков, для этого уговаривает их снять трусики и «показать, как загорел». Эпизодически проводит возбуждающие манипуляции на половых органах детей. Последние месяцы стал обращать внимание на девочек и также пытался снимать с них трусики.

Госпитализирован в психиатрическую больницу, где восторженно рассказывал об особенностях своего полового влечения больным, которые его избили. Переведен в другое отделение. Там так ярко описывал свои перверзии медицинской сестре, что произошло семяизвержение. В отделении конфликтов, злобен. Женскому персоналу навязывает рассказы о своих перверзиях.

В беседе с врачом сначала сдержан, официален. Пытается вызвать сострадания, расположить к себе. Затем увлекается рассказом о сексуальных переживаниях, глаза загораются, оживляется, начинает усиленно жестикулировать. Крайне описывает свои ощущения при контактах с детьми. В ходе беседы выясняется, что пациент охотно пошел бы на половые контакты с детьми, но его сдерживает уголовная ответственность.

В описанном случае обращает на себя внимание не только нарушение контактов со сверстниками, но и травля с их стороны. Вначале больной начинает испытывать приятное возбуждение и эмоциональное удовлетворение при виде страданий сверстников в стоматологическом кабинете, но через некоторое время элементы садизма уже определяют пробуждающееся половое влечение. Психосексуальное развитие резко задерживается на стадии формирования эротического либидо, искаженного перверзными тенденциями. Определенную роль в этом сыграло не только отсутствие контактов со

сверстниками и сверстницами, но и запугивание матерью в связи с мастурбацией. Вступление в брак было обусловлено не столько половым влечением, сколько попыткой справиться с патологическим влечением и устроить свою жизнь. В дальнейшем, не получая удовлетворения в половых актах с женой, больной продолжает мастурбировать. Посещение поликлиники и больниц в связи с болезнью сына несколько изменяют направленность его влечения, которое уже представляет собой сплав садизма с педофильными тенденциями. Затем элементы садизма начинают ослабевать, и на первый план выступает педофилия. Особенно ярко она обозначается после начала реализации либидо в контактах с мальчиками. В самое последнее время происходит еще одна переориентация влечения и постепенно оформляется его направленность на девочек. Особенностью дапного наблюдения являются сохраняющаяся в течение всей жизни незрелость полового влечения, его задержка на эротическом уровне и постоянная переориентация полового влечения.

3.4.1.3.3.2.2. Эфебофилия — половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста.

Этиология и патогенез. В формировании этого влечения, так же как при педофилии, трудности контактов со сверстниками играют не последнюю роль, хотя они выражены значительно меньше. Влечение к подросткам ближе всего к нормальной возрастной ориентации. Передко эфебофилия развивается у лиц с половыми расстройствами, при этом к сексуальным контактам с подростками их побуждают неопытность юношей, незнание ими техники полового акта и вытекающая отсюда меньшая вероятность услышать осуждение своих сексуальных действий. Кроме того, юношеская гиперсексуальность лиц мужского пола обеспечивает им не только высокую половую активность, но и некоторую индифферентность к способам реализации полового влечения. Определенную часть эфебофилов прельщает неопытность подростков, и они охотно занимаются их «обучением». Эфебофилия может стойко зафиксироваться в подростковом возрасте, особенно на фоне задержки психосексуального развития и при контактах с подростками, оставивших яркий след. В пожилом возрасте возникновение эфебофилии связано с угасающей сексуальностью и половыми расстройствами, когда контакты с подростками служат как бы стимуляторами.

Клиника. Сексуальное поведение при эфебофилии мало отличается от обычного, однако можно отметить и некоторые особенности. В первую очередь это растление, схожее с таковым при педофилии, но более откровенное — беседы под видом полового просвещения, демонстрация эротических и порнографических изображений, фильмов, «случайное» оставление на видном месте порнографических рукописей и т. п. Лица с эфебофилией стремятся найти работу в коллективах подростков. В очень многих случаях контакты с подростками из-за их скрытности проходят незамеченными. Особенно просто, даже с чувством благодарности воспринимаются юношами-подростками проявления эфебофилии у женщин. Женщины добровольно берут на себя наставничество над подростком

при первых его шагах в сексуальной жизни. Наибольшее наслаждение эфебофилы получают от неопытности своих подопечных, обучение стимулирует половое возбуждение. Иногда эфебофилия принимает выраженные патологические черты.

Медицинская сестра К., 28 лет, специально устраивалась работать в подростковые отделения психиатрических больниц, где знакомилась с подростками мужского пола, в первую очередь с сексуально распушенными, и во время ночных дежурств вступала с ними в половые контакты. Из-за конфликтов с администрацией ей пришлось сменить несколько мест работы. На последнем месте работы в отделении контактов с подростками не имела, но при выписке избранным пациентам давала свой домашний адрес, где происходили интимные встречи.

В другом случае учительница 8-х классов, 35 лет, приглашала к себе домой учеников, где обучала их половой жизни, совершала с ними половые акты. После нескольких встреч она расставалась с подростком и приглашала другого.

В более трудном положении находятся мужчины-эфебофилы, так как девушки менее легко вступают в половые отношения, чем юноши, и для их растления требуется значительное время. При хорошей адаптации и соблюдении социальных и морально-этических норм эфебофильные тенденции реализуются в выборе внешне инфантильных партнеров. При утрате со временем или в результате лечения признаков выраженного инфантилизма партнер теряет сексуальную привлекательность для эфебофила.

3.4.1.3.3.2.3. Геронтофилия — половое влечение к лицам пожилого и старческого возраста.

Этиология и патогенез. В истоках геронтофилии лежит отношение ребенка к взрослому человеку как к идеалу, кумиру, образцу для подражания. Недостаток внимания к себе, нарушение связи с родителями, отсутствие заботы со стороны взрослых дети нередко пытаются компенсировать самостоятельно. В 26% они с нежностью относятся к воспитателям детских дошкольных учреждений, прижимаются к ним, говорят им ласковые слова [148, с. 155]. В школьные годы первая влюбленность, особенно у девушек, нередко направлена на учителя, артиста и т. п. В генезе геронтофилии может играть роль стремление найти старшего друга, причем не столько сексуального партнера, сколько человека, который окружил бы заботой. Эта сторона иногда особенно четко выступает у инфантильных лиц, в первую очередь у девушек со слабым половым влечением [283, с. 134].

Возможно формирование геронтофилии в результате растления и соращения детей и подростков пожилыми людьми. Первые сексуальные переживания, по тем или иным причинам связанные со взрослыми людьми, могут фиксироваться и в последующем определять направленность полового влечения. Как отмечает А. М. Свядощ, влечение к пожилым мужчинам возникает у молодых женщин в процессе поиска адекватного партнера, что связано с неудачами сексуальных контактов со сверстниками [283, с. 134]. На фоне психопатологической отягощенности геронтофилия формируется при расстройствах коммуникации и нередко сочетается с садистическими тенденциями, поскольку пожилые люди слабы и беззащитны, или ма-

зохистическими наклонностями — потребностью в безвольном подчинении, в унижительной связи со стариком.

Клиника. Геронтофилы выбирают партнеров если не из пожилых лиц, то хотя бы из людей значительно старше себя. Геронтофилы либо не испытывают сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками, либо оно бывает менее ярким. У мужчин нередко попытки вступить в близость с женщиной своего возраста не сопровождаются половым влечением и из-за недостаточности эрекций заканчиваются неудачей, а у женщин не наступает возбуждения и оргазма.

Если геронтофилия возникает на основе садистических тенденций, то сексуальная активность связывается с изнасилованиями, истязаниями и унижением пожилых людей. Подобные случаи обычно требуют судебно-психиатрической экспертизы. По поводу геронтофилии к врачу обращаются исключительно редко.

Больная Ж., 28 лет, испытывает половое влечение к мужчинам старческого возраста; отсутствуют половое возбуждение и оргазм при контактах со сверстниками. С 4 до 7 лет отец девочки проводил возбуждающие ласки половых органов через одежду, что ей нравилось. Сама стремилась к этим ласкам, но прекратила в 7 лет из-за страха огласки. С 6 до 9 лет была инициатором подобных игр со сверстниками обоего пола, но возникавшее при этом возбуждение было слабее. С 17 лет половая жизнь с выраженным половым влечением (но без оргазма) с разными партнерами старше на 5—10 лет. В 19 лет ежедневный петтинг с 82-летним мужчиной; испытывала до четырех ярких оргазмов.

Данное наблюдение иллюстрирует развитие геронтофилии в результате развратных действий отца, подкрепленных приятными ощущениями, и возникновения первого оргазма при петтинге с престарелым мужчиной. Обычно геронтофилия выявляется при обследовании по поводу отсутствия влечения и неудовлетворенности в браке как женщин, так и мужчин.

3.4.1.3.3.3. Нарушения психосексуальных ориентаций по полу объекта. Гомосексуализм

Гомосексуализм (син.: у обоих полов — *инверсия*; у мужчин — *уранизм*, у женщин — *лесбианство*, *лесбийская любовь*, *сафизм*, точнее — *сапфизм*, *трибадия*) — половое влечение к лицам своего пола. При транссексуализме гомосексуальным считается влечение к лицам с тождественным половым самосознанием, т. е. осознающим себя в том же поле, что и транссексуал. Распространенность гомосексуализма, по данным разных авторов, варьирует среди мужчин от 1 до 4%, у женщин — от 1 до 3% [436, 437, 283].

Этиология и патогенез. Этиологические факторы и патогенетические механизмы гомосексуализма не выяснены полностью. Согласно нейроэндокринной теории гомосексуализм предопределяется нарушениями процесса половой дифференциации мозга в пренатальном периоде [375, 103]. Г. Дернер и сотр. у феминизированных мужчин-гомосексуалов выявили реакции на введение эстрогенного

препарата по женскому типу, а у некоторых женщин-гомосексуалок — по мужскому. Подобные явления не наблюдались в контрольной группе. Это указывает на неполноценную маскулинизацию мозга у гомосексуальных мужчин и его частичную маскулинизацию у гомосексуальных женщин [377, 378]. Нарушения половой дифференциации мозга обуславливают искажение чувствительности гипоталамуса к гормональным воздействиям. Их выраженность различна и объясняет полиморфизм последующих клинических проявлений. В то же время патология пренатального периода влечет за собой и нарушения эндокринного обеспечения сексуальной функции. Исследования позволили выявить у лиц с гомосексуальным влечением повышение уровня эстрадиола и связывающих тестостерон глобулинов, а также снижение концентрации свободного тестостерона в крови по сравнению с контрольной группой, при этом основное нарушение заключается не столько в изменении концентрации гормонов, сколько в изменении баланса между тестостероном и эстрогенами [374, 490]. Таким образом, нейроэндокринная и эндокринная теории взаимно дополняют друг друга. Неразрывно связана с ними и генетическая теория гомосексуализма. Высокая конкордантность по гомосексуализму близнецов может быть обусловлена как общим для них экзогенным фактором в критическом пренатальном периоде, так и генетически фиксированной предрасположенностью к нарушениям дифференциации мозга.

Однако нарушения дифференциации мозга и гормональные сдвиги не предопределяют формирования гомосексуального влечения, а становятся почвой для искажений полового самосознания и полового поведения, которые повышают риск возникновения гомосексуализма. Кроме того, гомосексуализм представляет собой искажение полового влечения, которое не может определяться указанными факторами. Нейроэндокринное обеспечение является лишь энергетическим компонентом либидо, не имеющим специфической сексуальной окраски [239, с. 129]. Соотношение полового самосознания, половой роли и типа психосексуальных ориентаций при гомосексуализме и других искажениях становления сексуальности представлено на рис. 66. Кроме указанных особенностей, становлению гомосексуализма свойственны те же этиологические факторы и патогенетические механизмы, что и всем перверзиям в целом (см. 3.4.1.3.3.). Схематически динамика формирования гомосексуализма представлена на рис. 67.

Клиника. Гомосексуальные игры нередко встречаются у детей, хотя обычно они еще не имеют сексуальной окраски. Так, среди мальчиков 5 лет они наблюдаются у 7,18%, 10 лет — у 30,54%, но максимальный подъем приходится на возраст 15 лет — 53,14% [379]. По данным А. Кинзи, препубертатные гомосексуальные игры были у 52% юношей и 35% девушек [436, 437]. Хотя бы один контакт в течение жизни с лицом одноименного пола имели 48% мужчин (в 37% он завершился оргазмом), среди женщин контакт имели 28% (13% испытали при этом оргазм) [436, 437]. Максимальная гомосексуальная активность приходится на этап формирования пси-

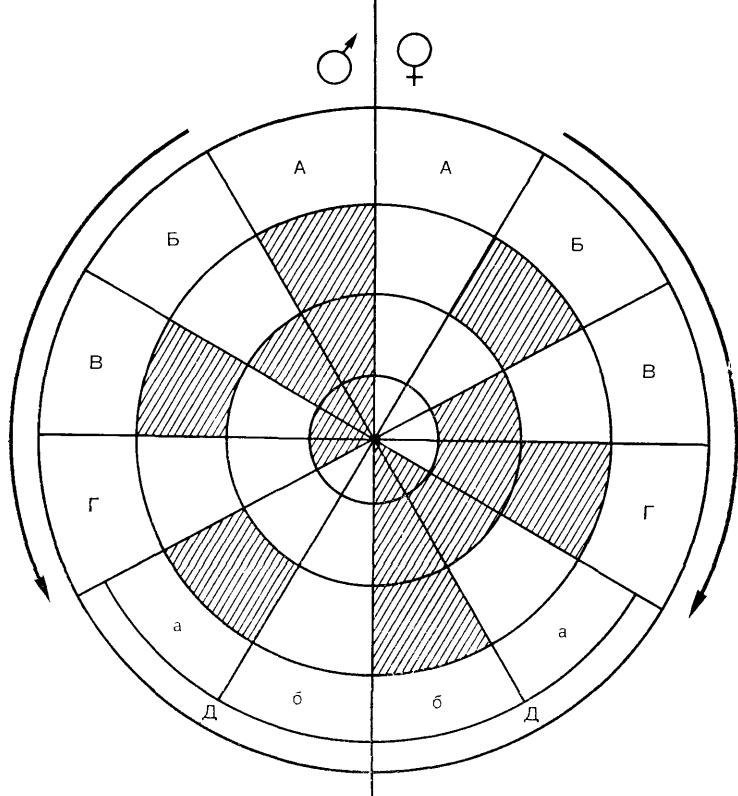


Рис. 66. Соотношение полового самосознания, половой роли и типа психосексуальных ориентаций при различных нарушениях психосексуального развития у мужчин и женщин.

А — норма; Б — гомосексуализм с правильной половой ролью; В — трансформированная половая роль с гетеросексуальным влечением; Г — гомосексуализм с трансформированной половой ролью; Д — транссексуализм; а — с гомосексуальным влечением, б — с гетеросексуальным влечением. Окружности (от центра к периферии) обозначают: половое самосознание, половую роль и тип психосексуальных ориентаций. Заштрихованная часть — сформировано по мужскому типу, светлая часть — сформировано по женскому типу. Стрелки указывают нарастание тяжести нарушений психосексуального развития.

хосексуальных ориентаций, когда еще выражено разделение коллективов на однополые группы.

М. Hirschfeld (1920), обследовавший более 10 000 мужчин и женщин с гомосексуальным влечением, отмечает, что в 5% патологическое влечение направлено на детей (педофилия), в 45% — на подростков (эффебофилия), в 45% — на взрослых (андрофилия) и в 5% — на пожилых лиц (геронтофилия). В соответствии с полоролевыми особенностями он разделил гомосексуалов на четыре группы: лиц с сильной и слабой маскулинностью, с сильной и слабой фемпинностью. На каждую группу приходилось около 25% наблюдений.

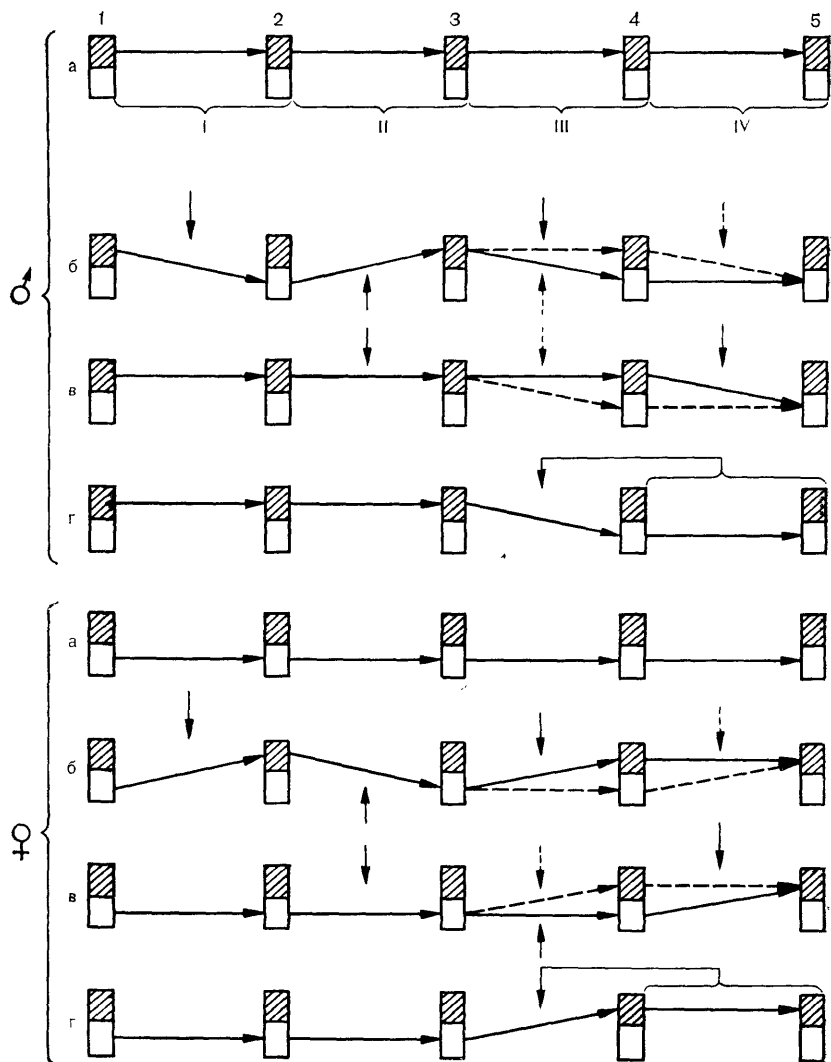


Рис. 67. Динамика формирования гомосексуализма у мужчин и женщин. а — психосексуальное развитие в норме; б — формирование гомосексуализма с трансформацией половой роли вследствие нарушений пренатальной дифференцировки мозга; в — формирование гомосексуализма при обычном и задержанном психосексуальном развитии; г — формирование гомосексуализма при преждевременном психосексуальном развитии (смещение этапа формирования психосексуальных ориентаций на этап становления полового поведения). Остальные обозначения те же, что на рис. 63.

Приблизительно по 50% пришлось на «активных» и «пассивных» гомосексуалов мужчин и женщин. Обращает на себя внимание преобладание в контактах гомосексуалов (независимо от их пола) эротических форм половой активности: взаимная мастурбация — 40%,

орально-генитальные контакты (син.: у обоих полов взаимные — «69»; у мужчин — *иррумация*, *минет*, *пенилинкция*, *фелляция*; у женщин — *куннилингус*, *ламбигус*) — 40%, интрафеморальный коитус — 12%, *мужеложство* (син.: *coitus per anum*, то же с мальчиками — *педерастия*) у мужчин и имитация коитуса с помощью рук, различных приспособлений или с попыткой введения клитора во влагалище (син.: *tribadia interna*) у женщин — 8% (М. Hirschfeld, 1920). Кроме того, встречаются и другие варианты: *анилингус* (син.: *онилинкция*; раздражение языком области заднего прохода), петтинг и одна из его разновидностей — *фроттаж* (син.: у обоих полов — *фроттеризм*, у женщин — *tribadia externa*; трение гениталиями о разные части тела, в том числе о половые органы).

Гомосексуализм, сформированный на фоне трансформации половой роли в сочетании с преждевременным психосексуальным развитием, затрагивает ядро личности, рано обращает на себя внимание нарушениями полоролевого поведения, сохраняется в течение всей жизни и не поддается терапевтической коррекции. Как яркий пример подобного варианта гомосексуализма приводим клиническое наблюдение В. К. Косарева [176]:

Обследуемый М., 25 лет, осужден на 5 лет лишения свободы за мужеложство и развратные действия в отношении мальчиков.

Родился в большой семье; долго жил в сельской местности. Наследственность психопатологически не отягощена. В раннем детстве перенес ряд инфекционных заболеваний, после чего отставал в физическом развитии, имел небольшой рост. Был хрупким, болезненным ребенком, однако в интеллектуальном развитии от сверстников не отставал. Всегда завидовал физическому здоровью своих братьев, а к одному из них питал особую привязанность, любил спать с ним в одной постели. Старшие братья помогали в работе отцу, а ему, как самому слабому, поручали домашнюю работу, которую он выполнял охотно и хорошо. Родители поощряли его трудолюбие, ставили в пример другим детям. С дошкольного возраста предпочитал общество девочек, среди которых себя чувствовал непринужденно, охотно участвовал во всех играх (играл в куклы, плел венки из цветов), любил переодеваться в их платья, заглагал волосы в косички. В эти минуты забывал о том, что он мальчик. Любимым занятием в 9—10 лет была игра в «папы и мамы», в которой всегда выполнял роль «мамы». «Мужем» его часто оказывался красивый, физический хорошо развитый мальчик. Любил находиться с ним рядом, испытывал при этом «внутреннее волнение», а когда «случайно» дотрагивался до полового члена мальчика — ощущал «необъяснимо приятное чувство». В 12—13 лет начал мастурбировать; при этом мысленно представлял себе поправившегося ему мальчика. Тогда же стал склонять мальчиков-сверстников к взаимной мастурбации. В школе учился хорошо. Шумных мальчишеских игр не любил, до 15—16 лет играл в куклы, увлекался пением и танцами. Читал сентиментальные романы, при этом всегда старался представить себя на месте героини романа, и «жил ее чувствами, переживаниями». От занятий спортом врачи его освободили, обнаружив митральный порок сердца. Когда жил у своей сестры, нередко в ее отсутствие примерял ее платья, туфли, красил губы, брови. Много времени проводил перед зеркалом, сожалел о том, что «не родился женщиной». На школьных маскарадах переодевался в костюмы феи, королевы, цыганки. Всегда следил за своей внешностью, пользовался косметическими средствами, старался походить на женщину, и был очень обеспокоен, когда в двадцатилетнем возрасте у него появились едва заметные усики. За время учебы в 10-м классе освоил специальность счетовода. После окончания школы был направлен на работу попервоначально в сельскую школу; за хорошую работу был награжден. Затем закончил финансовый и педагогический техникумы, а затем поступил на вечернее отделение педагогического института. Первая гомосексуальная

связь в возрасте 18 лет в командировке. Ночевал в одной комнате с мужчиной старше себя. Выпили вина, мужчина рассказывал о женщинах, о связях с пими. Постепенно он и его собеседник «взаимно возбуждились». Между ними произошло половое сношение, в котором М. выполнял пассивную роль и испытывал оргазм с семяизвержением. В дальнейшем случайные гомосексуальные связи возникали еще несколько раз в аналогичных условиях (в домах отдыха, в командировке). Его всегда влекло к физически крепким, рослым мужчинам и юношам. Влечения к детям и женщинам не испытывал, половых связей с женщинами никогда не имел. В гомосексуальных актах всегда выполнял пассивную роль.

В течение 2 лет жил в отдельной комнате при школе-интернате, где неоднократно совершал развратные действия с учащимися 7—8-х классов, которых приглашал с целью «индивидуального шефства». Мастурбировал в их присутствии, занимался с ними взаимной мастурбацией. С одним из преподавателей школы совершил дважды гомосексуальный акт, будучи пассивным партнером. За эти действия был осужден и отбывал наказание в исправительно-трудовой колонии. Там продолжал открыто заниматься мастурбацией, склонял заключенных к гомосексуальным связям. Пребывание среди мужчин для него было крайне тягостным, так как их вид постоянно вызывал половое возбуждение (избегал посещения бани, стремился иметь пожилого соседа по койке). Много раз писал письма в редакцию журнала «Здоровье» и в министерство здравоохранения с просьбой «разобраться в его болезни и вернуть ему мужское счастье».

Низкого среднего роста, астенично-фигурного сложения, пониженного питания. Вторичные половые признаки выражены слабо. Оволосение лобка по женскому типу. Заключение терапевта: гипертоническая болезнь I—II стадий. Отчетливая слабость конвергенции и легкий птоз справа. Несколько сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы слева несколько выше при высоких сухожильных и периостальных рефлексах в целом. Брюшные рефлексы слева ослаблены. Легкое промахивание слева при выполнении пальце-носовой и пальце-пальцевой пробы. При рентгенографии черепа патологических изменений не обнаружено. На ЭЭГ снижение амплитуды биоэлектрических потенциалов, преобладание десинхронизированных кривых. Подобные изменения могут быть при поражении дисэнцефальной области. Заключение невропатолога: дисэнцефалез. При исследовании половых желез выявлено нарушение генеративной и инкреторной функций.

В отделении был малозаметным, от соседей по палате держался в стороне. Большую часть времени проводил в постели, много читал, обычно sentimentальные романы. Охотнее общался с женским персоналом. В обращении был неизменно вежлив, робок, застенчив. Манеры мягкие, женственные, а в присутствии врачей-мужчин — несколько кокетливые. Нередко признавался врачу, что ему очень трудно находиться в обществе мужчин, так как вид раздевающегося мужчины вызывает половое возбуждение. В это время делается «словно пьяный», не может оторвать взгляда от мужчины, любуется его телом, мысленно представляет себе половые органы этого мужчины, хочет быть его «невестой». Нередко видел во сне, что «вышел замуж и проводит первую брачную ночь». Часто снятся мужские половые органы; такие сновидения заканчиваются поллюциями.

В отделении несколько раз проявлял сексуальный интерес к молодым соседям по палате, садился на кровать своего «избранника», пытался обнимать его, был в отчаянии, если «избранник» «не понимал» его «идущего от души теплого отношения». В такие моменты плакал, заявлял о нежелании жить.

О своей интимной жизни обычно начинал рассказывать смущенно, запинаясь, краснея, не глядя на собеседника. Однако постепенно оживлялся, с явным удовольствием и восторгом говорил о красоте мужского тела и силе мужской воли. Заявлял, что для него нет сильнее и приятнее ощущения, чем прикосновение мужской руки и даже воспоминание о мужских объятиях, о «мужском дыхании и тепле у себя на лице». В эти моменты, «совершенно теряя голову, готов выполнить любое желание мужчины». Свои сексуальные переживания описывает следующим образом: «Так беден запас слов! Нет такого слова, которое бы охарактеризовало мужскую любовь! Я не знаю, есть ли

на свете еще что-нибудь прелестнее, чем наслаждение и удовлетворение, принятые от мужчины. Может быть, это испытывали только женщины?» Рассказывал, что у него при виде мужского нижнего белья возникает половое возбуждение; нередко при этом мастурбирует, мысленно представляя себе «полюбовавшегося» мужчину. Критическое отношение к своему сексуальному поведению в основном формальное.

Диагноз: остаточные явления органического поражения головного мозга, по-видимому, как следствие перенесенных в раннем детстве инфекционных заболеваний с дисцефальным синдромом, психофизическим инфантилизмом и сексуальными извращениями (с преобладанием гомосексуализма).

Данное наблюдение иллюстрирует формирование гомосексуализма при трансформации половой роли в сочетании с ППР. Игры, одежда и работа противоположного пола всячески поощрялись родителями. На фоне четко сформированной фемининной роли в 9—10-летнем возрасте возникли первые сексуально окрашенные ощущения, способствовавшие в последующем искажению полового влечения. Подобные пациенты обычно к сексопатологам не обращаются. Они обычно социально адаптированы, не пытаются бороться с пerversией. При сочетании гомосексуального влечения и трансформации половой роли чаще встречаются гомосексуальные половые акты. В отношении своего партнера такие гомосексуалы играют роль представителей противоположного пола. Мужчины охотно берут на себя все заботы о доме, с удовольствием занимаются приготовлением пищи и другими чисто «жепскими» обязанностями, т. е. играют роль жены в гомосексуальной паре. Подчас их поведение становится утрированным, гиперфемининным, они применяют косметику и переодеваются в одежду другого пола (гомосексуальный трансвестизм), что отражает трансформацию половой роли. В партнерши они выбирают лиц с выраженным маскулинным или даже гипермаскулинным поведением. Отношения неотличимы от истинной любви со всеми ее атрибутами (самоотдачей, ревностью и т. п.).

В случаях трансформации половой роли у женщин в их гомосексуальном поведении проявляются маскулинные черты.

Больная Ц., 21 год.

Мать ласковая, заботливая; отец всегда был суровым, особенно по отношению к дочери. В возрасте 5—6 лет Ц. в детском саду очень правилась девочка 3 лет. Специально ходила в младшую группу (как бы шефствовала над ней), при этом обязательно сначала наказывала девочку, а потом жалела и ласкала, получая эмоциональное удовлетворение. Тогда же участвовала в коллективной мастурбации с девочками. В 9—10 лет стала стыдиться мастурбации, так как появилось влечение к девочкам. С 11 лет родители запрещали гулять после 8 ч вечера, по своему усмотрению выбирали скромных, не интересующихся мальчиками подруг. Пациентке мальчики были вначале безразличны, а потом даже противны.

В 14 лет мечтала о ласках и поцелуях со старшими девочками и учительницами. Влюбилась в учительницу, ходила за ней по пятам и выследила ее с любовником, к которому возникла сильнейшая ревность. Из мести рассказала обо всем мужу учительницы.

В 15 лет в пионерском лагере влюбилась в 24-летнюю вожатую и призналась ей в любви. Та охотно пошла на близость и впервые при соприкосновении гениталий у пациентки произошел оргазм. Связь длилась 4 года — до тех пор, пока вожатая не вышла замуж. Затем было еще несколько связей с незамужними женщинами, в которых пациентка всегда выполняла активную «мужскую» роль. Считала единственно возможным для себя верхнее положение

ние при близости. Однако связи быстро прекращались, так как часть женщин пугались проявлений садизма пациентки, а другие стали ей неприятны из-за того, что общались не только с ней, но и с мужчинами («загрязнялись»).

После окончания школы поступила в институт, одновременно работала санитаркой. На работе ее возбуждали страдания людей и вид крови. Подобные явления она отметила якобы у многих своих коллег. В 20 лет лечилась в стационаре по поводу гипертонической болезни. Влюбилась в лечащего врача-женщину и пыталась ее изнасиловать. Была переведена в психиатрическую больницу, а после выписки половое влечение вспыхнуло с еще большей силой. Стало трудно заниматься — постоянно беспокоили сексуальные мысли и фантазии. Боролась с собой, но справиться не могла; пыталась покончить жизнь самоубийством. Вновь попала в психиатрическую больницу, где диагностирована психопатия с сексуальной перверзией.

Наблюдение иллюстрирует становление гомосексуального влечения с элементами гипермаскулинного поведения у женщины. Видимо, в этом случае немалую роль сыграли попытки родителей оградить девочку от общения со сверстниками противоположного пола и первые сексуальные переживания, связанные со сверстницами. Патологическое влечение закрепили длительные (4 года) гомосексуальные контакты с вожатой. Определенное значение имела и психопатия, формирование которой пришлось на период становления гомосексуального влечения.

Случаи формирования гомосексуализма на фоне преждевременного психосексуального развития без трансформации половой роли менее заметны, так как полоролевое поведение больных соответствует общепринятым нормам микросоциальной среды, а искажения полового влечения обычно тщательно скрываются пациентами. В этих случаях нередко встречается гиперролевое поведение.

Больной Ж., 28 лет. Гомосексуальное влечение появилось в возрасте 9 лет. С 12 лет активно вовлекал мальчиков в сексуальные контакты, при этом всегда выполнял мужскую роль. Особенно участились гомосексуальные связи в старших классах, в связи с чем возникали конфликты с администрацией школы и родителями совращенных мальчиков. После окончания школы поступил в военное училище, где принудил к гомосексуальным связям 15—20 курсантов. Через 2 года стало известно о его наклонностях, был комиссован с диагнозом «психопатия с сексуальными перверзиями». В последующем реализовал свое влечение с молодыми людьми, чаще всего незнакомыми. На улице высматривал молодого мужчину, который, по мнению пациента, должен был согласиться на контакт. Затем пациент преследовал его, в удобном месте подходил к нему и принуждал как пассивного партнера к орально-генитальному контакту и акту мужеложства. Встречи всегда сопровождался элементами садизма со стороны пациента. Только две длительные связи держались на запугивании партнеров. В случае отказа от половой жизни пациент угрожал их убить, специально водил на кладбище, где показывал могилы молодых людей, которых он якобы «лишил жизни». Обе связи закончились судебным разбирательством и тюремным заключением. Имеет брата-близнеца, который живет нормальной половой жизнью в браке.

В данном наблюдении на первый план выступает выраженная маскулинная роль с элементами гиперролевого поведения.

По-иному формируются *варианты гомосексуализма на фоне задержки психосексуального развития*. Среди них также встречаются трансформации половой роли, хотя они значительно мягче и менее выражены. Появившееся гомосексуальное половое влечение в ре-

зультате постоянной и трудной борьбы долго не реализуется. Компенсацией служат работа, спорт и различные увлечения. Иногда, как частичное разрешение конфликта между половым влечением и негативным отношением к нему, практикуются заместительные формы сексуальной активности. Мужчины-гомосексуалы часто посещают общественные бани, где они могут найти объект как для истинных сексуальных контактов, так и для суррогатных форм половых отношений (скопофилии, взаимного массажа и т. п.). Поверхностный петтинг также относится к заместительным формам гомосексуальной активности.

При гомосексуализме, сформированном на фоне ретардации психосексуального развития в сочетании с трансформацией половой роли, клиническая картина менее контрастна, чем при преждевременном становлении сексуальности. Нередко наблюдаются случаи гомосексуальных контактов наряду с гетеросексуальной половой жизнью. С течением времени одно из влечений начинает преобладать, а другое сходит на нет.

При психопатологической отягощенности трансформация полового поведения нередко обусловлена неправильным полом воспитания ребенка.

Больной Е., 28 лет. Родители хотели, чтобы у них была дочь и поэтому сына в раннем детстве воспитывали и одевали, как девочку. Пациент рос подвижным, веселым и общительным ребенком, любил мальчишеские игры, тянулся к сверстникам. В 7 лет (до школы) двумя сверстниками был вовлечен в игры с имитацией орально-генитальных контактов и coitus per anum. Всего было 5—6 эпизодов, в которых пациент проявлял инициативу. С первого класса понравилась девочка, за которой ухаживал до 3-го класса. В 9 лет по инициативе пациента был один орально-генитальный контакт со сверстником. В 14 лет появилось желание прижаться к понравившемуся мужчине, целовать его. Не понимал, что с ним происходит, считал, что он «единственный в мире с такими особенностями». Советоваться с кем-либо по этому поводу боялся. Начал читать литературу, через 2—3 года узнал о существовании гомосексуализма и несколько успокоился. Первый половой акт в 14 лет из любопытства с девушкой 15 лет по ее инициативе. Эрекция была хорошей, интритус удачным, длительность фрикционной стадии 3—4 мин, но поскольку не знал оргастических ощущений, прекратил коитус, не добившись семяизвержения и оргазма. Не произошло семяизвержения и при втором половом акте через несколько дней с этой же девушкой. Начал мастурбировать, при первой попытке произошла эякуляция. В 17 лет по инициативе 29-летнего мужчины была гомосексуальная связь в виде взаимного петтинга. Семяизвержения также не наступило. Вскоре познакомился с 40-летним мужчиной. С ним было около 6 контактов в течение года. Стремился получить семяизвержение, но мешало негативное отношение к гомосексуальной связи и эякуляции ни разу не произошло. В дальнейшем влечение к мужчинам осталось на эротическом уровне. Имел около 30 гомосексуальных связей, большей частью в виде петтинга, изредка был активным партнером при coitus per anum, но эякуляции не было. В настоящее время испытывает влечение и к женщинам. Дважды вступал с женщинами в связь по их инициативе, половой акт был значительно приятнее, чем с мужчиной, и завершался семяизвержением. Отмечает, что чем вульгарнее, грубее и липичнее по отношению к нему женщина, тем сильнее влечет к ней. Очень часто сняты половые акты с мужчинами, которые воспринимаются с неприязнью и семяизвержениями не заканчиваются. Нередко снятся, что мужчины догоняют и насилуют его. При обследовании пациента с помощью методики MMPI максимальный подъем пришелся на шкалу маскулинности-фемининности (95 Т).

Данное наблюдение показывает искажение полоролевого поведения при неправильном половом воспитании. Гомосексуальные игры детства оставили прочный след и в сочетании с нарушенной ролью, что подтверждено с помощью методики ММРІ, обусловили формирование эротического полового влечения к мужчинам. Однако это влечение воспринимается пациентом негативно и контакты ни разу не закончились оргазмом и семяизвержением, в силу чего произошла адаптация на уровне реализации эротического либидо. Некоторая трансформация половой роли сказывается и в предпочтении мужеподобных, вульгарных женщин. Половые акты с ними более приятны, что является предпосылкой переориентировки влечения при соответствующей сексологической помощи.

Гомосексуализм, формирующийся на фоне задержки становления сексуальности, поверхностный, не затрагивает ядра личности, поддается терапевтической коррекции. Он часто проявляется только первичными тенденциями, а сексуальная активность ограничивается суррогатными формами.

При формировании *гомосексуализма на фоне ретардации психосексуального развития без трансформации половой роли* большое значение имеют нарушения коммуникации с лицами противоположного пола, влияния микросоциальной среды, а в некоторых случаях психопатологическая отягощенность.

Больная Ф., 34 лет.

Росла младшим «капризным» ребенком в благополучной, но недружной семье. С детства остались чувство одиночества и воспоминания только об обидах. Родители жили ради детей, но мать была неласковая («не умела это делать»). До школы была влюблена в сверстника. В этом же возрасте участвовала с мальчиком и девочкой в игре «в хирурга, в операцию». Когда спичка «хирурга» опускалась «ниже животика», появлялось приятное ощущение. Стала повторять это одна, проводя спичкой по половым органам. В 9 лет научила этому 4-летнего мальчика, в этом же возрасте возникло импульсивное желание и была попытка прикоснуться половыми органами к половым органам другого мальчика. В младших классах мечтала «о мужчине, страстном, как цыган». В 7-м классе возникло влечение к младшему брату подруги; испугалась этого, «подавила в себе». Мастурбировала вначале механически, потом ярко фантазировала, читала отрывки из книг «про любовь». Как все девочки, мечтала о любви, но считала себя гадкой и грязной из-за мастурбации. В старших классах и после школы любила одноклассника, но без признаков чувственности. В 22 года сильное чувственное влечение («даже подташнивало») к инфантильному юноше 19 лет, выглядевшему, «как восьмиклассник». Всегда кто-то правился, была «очень влюбчивая», но из-за «пагубной привычки» и повышенной потливости считала себя неполноценной, гадкой, некрасивой и недостойной любви. Поступила в институт, где учились преимущественно девушки; в мужском обществе чувствовала себя скованно. Однако трижды нравились молодые люди значительно моложе ее, и все три знакомства закончились попытками изнасилования: «Ни минуты светлого и радостного общения с мужчинами». Почувствовав себя несчастной в любви, стала искать выхода в работе, но и здесь оказалась неудачницей. В жизни осталось только одно — «культ дружбы». Ближайшая подруга рассказывала об интимных отношениях с мужчинами и во время одного из подобных разговоров вдруг появилось возбуждение: «От ее голоса плавлюсь и растворяюсь». Подруга положила руку на плечо и возникли необыкновенно яркие, необычные ощущения «проваливания», при этом появились тошнота и страх перед этим необычным и непонятным состоянием. Позже стала догадываться о гомосексуальной направленности полового влечения. Было даже желание рассказать подруге, чтобы

она «спасла». После внезапной смерти подруги надеялась, что влечение к ней было ошибкой, и сильное увлечение мужчиной или внимание с его стороны поможет убедиться в этом. В 31 год встретила после долгой разлуки 26-летнюю подругу. Испытала внезапную и сильную радость; в то же время возникло чувство страха, потом состояние, похожее на опьянение. А когда знакомая дотронулась кончиками пальцев до бедра, то у пациентки появилась дрожь («словно ток прошел»). Дружба продолжалась 2 года. Было сильное чувство со стороны пациентки и ответное волнение и любопытство со стороны подруги. Никаких сексуальных контактов не было.

Наблюдение иллюстрирует формирование гомосексуальных тенденций в результате нарушений коммуникации со сверстниками противоположного пола. Нарушения общения обусловлены личностными особенностями пациентки (тревожность, мнительность). Становление перверзных тенденций в данном случае было очень длительным. Коммуникативная адаптация пациентки с мужчинами может привести к нормализации полового влечения, но в этом случае партнера нужно подбирать с учетом эфебофильных тенденций женщины.

Возникновению гомосексуальной направленности полового влечения способствуют и неблагоприятные влияния микросоциальной среды. Уже отмечалось влияние воспитания в противоположном поле. Однако не менее сильным патогенным фактором, способствующим формированию гомосексуального влечения, может стать внушение родителями и воспитателями неприязненного отношения к противоположному полу. Особенно такое воспитание сказывается на женщинах. Попытки матери предотвратить раннее соращение и убедить дочь в том, что все мужчины подлецы и негодяи, часто формируют негативное отношение к мужчинам, которое может мешать становлению гетеросексуального влечения и общению со сверстниками.

Больная В., 17 лет. Перенесла родовую травму, приведшую к атрофии зрительных нервов. Живет в поселке леспромхоза. Мать постоянно боялась, чтобы с дочерью ничего не случилось и, уходя из дома, запирала ее на ключ, запрещала отзывать на мужские голоса. В доме бывали только женщины, жалели и ласкали слепого ребенка, подтверждали слова матери о том, что от мужчин и мальчиков можно ждать только зла. Постепенно у девочки мужчины стали ассоциироваться лишь со злым, непонятным и враждебным миром. В школе для слепых общалась только с девочками. Голоса мальчиков казались ей грубыми, резкими и неприятными. Старалась быть от них как можно дальше. В 14 лет учительница английского языка стала выделять девочку среди других учеников за хорошие способности и прилежание. Несколько раз ласково говорила с ней и гладила по голове. У девочки возникли непонятное возбуждение и влечение к учительнице: желание прижаться к ней, целовать ее. Однажды, выждав удобный момент, обняла учительницу и тут же испытала оргазм. Влечение усилилось, стало непреодолимым. Поведение девочки стало выходить за рамки общепринятых норм. Учительница резко говорила с ней и сообщила директору школы. Девочка была потрясена грубым отказом от взаимности, много плакала, появились мысли о самоубийстве. Была вызвана директором школы (тоже женщиной), радостно к ней потянулась и вскоре любовь, не менее сильная, вспыхнула по отношению к директору. Девочка жила ожиданием момента, когда она сможет прийти в кабинет директора. Стала строить планы совместной жизни и ей даже стало казаться, что директор любит ее по-особенному.

Госпитализирована для обследования в психиатрический стационар. В отделении скучала, плакала, рвалась в школу. Постепенно стали нравиться жен-

пцины в отделении («голос приятный, волнуется, хочется слышать его и прикоснуться к обладательнице этого голоса»), снились эротические сны с оргазмом. В связи с отсутствием показаний для лечения в психиатрическом стационаре и гомосексуальными тенденциями выписана на амбулаторное лечение.

Данное наблюдение иллюстрирует возникновение гомосексуального влечения у девочки с органическим поражением ЦНС в результате родовой травмы, снижением порогов возбудимости центров оргазма (что обусловило легкое возникновение оргазма при первом же объятии) и неправильным воспитанием (отвращение и страх перед мужчинами). Требуется длительная психотерапевтическая работа с пациенткой с постепенным введением в круг ее общения мягких, добрых и ласковых юношей или мужчин и полной изоляцией от женщин. Молодой возраст и легкость достижения оргазма делают возможным переключение полового влечения на гетеросексуальное.

При гомосексуализме, сформированном на фоне ретардации психосексуального развития, пациенты могут вступать в брак, но чаще всего первые же попытки начать гетеросексуальную половую жизнь заканчиваются неудачей. У мужчин отсутствуют или резко ослаблены адекватные эрекции и интроитус обычно невозможен, у женщин не наступает достаточного полового возбуждения и оргазма. Даже при сильном желании наладить семейную жизнь мужчин задолго до первых попыток мучают сомнения в своей полноценности, что нередко становится единственной причиной неудач.

Больной А., 33 лет, обратился с жалобами на отсутствие в течение года адекватных эрекции при попытках совершить половой акт с женой.

В детстве ничем не отличался от сверстников. Первые сексуальные впечатления относятся к возрасту 7—10 лет, когда во время войны был свидетелем «полового разгула» женщин поселка с солдатами и офицерами ближайших частей. В памяти запечатлелись не только половые акты, но и сцены ревности, взаимные оскорбления и драки женщин из-за мужчин. Не стеснялся детей, они расхваливали между собой мужские достоинства своих ухажеров. К этому возрасту относятся и воспоминания о «посиделках» мальчишек и подростков, когда юноши 17—18 лет рассказывали о своих любовных похождениях и по просьбе младших демонстрировали свои половые органы. В 10 лет первая влюбленность в первоклассницу, оказывал ей знаки внимания и писал записки. Некоторое время дружил с ней. В 13 лет стал свидетелем мастурбации, после чего стал практиковать сам. Сначала была мастурбация без каких-либо сексуальных фантазий, а с 14—15 лет начал представлять половые акты, при этом более яркими были образы мужского тела.

Застенчивость пациента и увлечение книгами стали объектом для шуток сверстников. Товарищей не имел, но мечтал о друге, с которым можно было бы поделиться своими мыслями. В 15 лет встретил подростка, полностью соответствовавшего идеалу друга. Однако тот был на год старше, дружил со старшескляниками и увлекался девочками, что в сочетании с застенчивостью пациента, помешало более близкому знакомству. Отношение к своему «идеалу» стало походить на влюбленность, и он часто появлялся в сексуальных фантазиях при мастурбации. Так продолжалось 4 года.

Во время учебы на втором курсе института пациент познакомился с молодым человеком 25—27 лет, который предложил встретиться в парке. Из любопытства пациент согласился. Новый знакомый пытался «играться», ласкать пациента, которому стало неприятно и он убежал.

На третьем курсе влюбился в однокурсницу, ухаживал за ней, но ответных чувств с ее стороны не было, и это очень огорчало. До окончания института еще дважды знакомился с мужчинами в периоды «расстроенных чувств». Встречи были однократными, молодые люди беседовали на разные темы, в

том числе о взаимоотношениях между мужчинами, и встречи заканчивались взаимной мастурбацией. У пациента оставались угрызения совести и чувство пустоты. Однако эти знакомства «как-то снимали напряжение и рассеивали».

После окончания института встретил девушку, «неиспорченную и чистую», о какой давно мечтал. Дружил с ней 2 года. Знал, что она его любит, но все-таки расстался, поскольку, во-первых, «в это время пробудился и лежал как бы под спудом интерес к мужчинам», а во-вторых, пациент заметил «развивающуюся импотенцию» и испытывал неуверенность в своих силах. Сыграли роль и неудовлетворительные жилищные условия: молодым супругам пришлось бы жить в одной комнате с родителями пациента.

В 27 лет познакомился со студентом МГУ, «очень умным и симпатичным», который довольно солидно и убедительно аргументировал свое увлечение мужчинами. Были три встречи и студент провел с пациентом беседы о сексуальных проблемах гомосексуализма и сообщил о местах встреч гомосексуалов. Каждая беседа заканчивалась обильной выпивкой и попытками взаимно совершить coitus per anum, но так как они оба, по словам пациента, «видимо, страдали импотентностью», ничего не вышло.

Пациент задумался о прожитом и своей «уходящей молодости» и как бы снял с себя многие запреты на отношения с мужчинами. Результатом было несколько знакомств с мужчинами, с которыми после приема алкоголя вступал в половые контакты со взаимными орально-генитальными контактами и мастурбацией. Дважды по настойчивой просьбе партнера выполнял пассивную роль при coitus per anum, «было больно и противно». Знакомства отделялись друг от друга командировками длительностью от 6 до 10 мес.

В одной командировке познакомился с женщиной, в которой «покорили человеческие достоинства». Они стали друзьями и вели постоянную переписку, но «моя любовь к ней была платоническая». Прежняя неуверенность в себе и страх перед возможной неудачей в близости овладели пациентом с новой силой. В 31 год получил отдельную комнату и «оказался на перепутье». С одной стороны, испытывал страх перед неудачей в половой жизни, а с другой — не мог представить себе дальнейшую жизнь без возлюбленной, так как очень ценил ее дружбу и верность. В 32 года пациент женился. Перед браком прошел «неэффективный» курс лечения по поводу импотенции». В первую брачную ночь возникло желание, но эрекция была неустойчивой, и когда при введении полового члена во влагалище встретилось сопротивление, совсем исчезло. Предпринял еще две попытки, но они также оказались неудачными. После долгих сомнений и борьбы со страхом и стыдом обратился к сексопатологу. Психический статус: затяжное субдепрессивное состояние у психоастенической личности.

Данное наблюдение иллюстрирует характерное формирование гомосексуального влечения при правильной ролевой установке. Влечение поверхностно, и потому часты колебания от влюбленности в женщин к эротическим контактам с мужчинами. Даже при возможности начать гетеросексуальную половую жизнь в браке пациента настолько одолели сомнения, что он бежал от любившей его девушки.

Попытки лечения больных, скрывающих свои гомосексуальные тенденции или парафилии, совершенно безуспешны, так как лечение бывает неадекватным.

Транзиторные, заместительные формы гомосексуализма встречаются при отсутствии адекватного партнера (изоляция в однополых коллективах и т. п.), при явлениях гиперсексуальности в результате патологического расширения диапазона влечения, при невозможности адекватно реализовать гетеросексуальное половое влечение (например, при половых расстройствах). Обычно они преходящие, при возможности возобновляется гетеросексуальная половая жизнь.

Больной К., 14 лет, госпитализирован в подростковое отделение психиатрической больницы с диагнозом: олигофрения в степени дебильности. Мать злоупотребляла алкоголем, несколько лет назад умерла. Отец страдает алкоголизмом и туберкулезом легких. Олигофрения в степени дебильности выявлена также у брата (16 лет) и сестры (15 лет) пациента.

В отделении вступал в гомосексуальные контакты с подростками как по своей инициативе, так и по их просьбе. При феелляциях и coitus per anum выполнял пассивную роль. Во время подробного опроса выяснилось, что после смерти матери отец склонил старшего сына к пассивному участию в орально-генитальных контактах и за каждое семяизвержение выдавал ему сигарету. От актов мужеложства сын категорически отказался. Через несколько месяцев такую же «сделку» отец совершил и с пациентом, но, кроме орально-генитальных контактов, проводил с ним акты мужеложства в качестве активного партнера. Братья друг от друга ничего не скрывали, и поскольку половая жизнь с отцом им «радости не доставляла», они вступили во взаимные орально-генитальные контакты. Оставшись безнаказанным, отец совратил дочь, которая позже стала сожительствовать со своим старшим братом, но отказывала в близости младшему из-за «малых размеров половых органов».

Данное наблюдение иллюстрирует заместительный гомосексуализм у отца пациента после смерти жены. В то же время прослеживается формирование гомосексуализма у подростков с умственной недостаточностью при растлевающих и совращающих действиях взрослых. Гомосексуализм, как и другие перверзии, может сочетаться с несколькими парафилиями, что обуславливает полиморфизм клинических проявлений.

3.4.1.3.3.4. Диагностика нарушений психосексуальных ориентаций

Диагностика искажений в направленности полового влечения представляет значительные трудности, во-первых, из-за стремления пациентов скрыть патологические отклонения сексуальности и, во-вторых, из-за отсутствия объективных методов выявления сексуальных перверзий. Определенную помощь могут оказать тщательное изучение динамики психосексуального развития, объективный анамнез и анализ тематики эротических сновидений. Однако, кроме откровенного рассказа пациента, ничто не позволяет уверенно диагностировать парафилию. Используемые в изучении и диагностике гомосексуализма различные психологические методики с определенной долей объективности выявляют лишь отклонения в полоролевом поведении, но практически бесполезны для установления направленности полового влечения.

Единственным методом, более или менее объективно выявляющим нарушения в направленности влечения, служит психофизиологический метод фаллоплетизмографии, предложенный в 1934 г. Й. Хиние (J. Hunie) для определения эффективности лечения сексуальных нарушений у мужчин. Впоследствии методика была видоизменена К. Фройндом и приспособлена для выявления направленности полового влечения (K. Freund, 1963). В настоящее время в Пражском сексологическом институте освоена методика вульвовагинографии для определения направленности психосексуальных ориентаций у женщин. Обследование проводится следующим образом. Пациенту демонстрируют стандартный набор цветных олайдов с изображения-

ми обнаженных мужчин, женщин и детей (4—30 лет). Время экспозиции слайда и паузы строго фиксированы. Последовательность демонстрации слайдов произвольная, но постоянная при каждом обследовании. Специальные датчики улавливают изменения объема полового члена или влагалища и эти изменения фиксируются самописцем. С помощью этой методики можно установить возрастную и половую направленность либидо, а также элементы эксгибиционизма. Однако методика нуждается в доработке и испытании на большом числе лиц как с правильной, так и с искаженной направленно-стью полового влечения.

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы перверзий, она направлена на выявление парафилий с грубой психопатологической отягощенностью, а также социальной опасности пациентов.

Гомосексуализм дифференцируют с транссексуализмом, в первую очередь с его компенсированными вариантами. Строгой дифференцировки требуют и трансформации полоролевого поведения. Особенно осторожно нужно подходить к явлениям транссвестизма и четко отграничивать фетишистский транссвестизм от такового при полоролевых нарушениях и от переодевания в одежду другого пола при транссексуализме.

3.4.1.3.3.5. Лечение нарушений психосексуальных ориентаций

Лечение сексуальных перверзий — одна из самых сложных проблем сексопатологии. Безуспешность попыток хирургического и нейрохирургического лечения, гормональной терапии, различных психоаналитических методик не могла не породить у многих специалистов скептического и даже пессимистического отношения к лечению перверзий (фетишизма, эксгибиционизма, визионизма, гомосексуализма, полиморфных форм). Обобщая данные литературы и собственный опыт, можно выделить основные противопоказания к сексологическому лечению: 1) психические заболевания, алкоголизм, ядерные психопатии (особенно с нарушением социальных связей); 2) интеллектуальная недостаточность; 3) безволие и пассивность больных. Какстораживающий фактор должна рассматриваться некоторая незрелость личности, выражающаяся в нечетком осознании своих мотивов и побуждений, в недооценке отрицательных последствий уступок своим влечениям, в желании сначала «познать порок», а потом уж избавиться от него. В таких случаях психотерапия значительно затруднена. У молодых больных лечение успешнее, чем у лиц старше 35—40 лет. Безусловно благоприятно существование извращения как моносимптома, не отягощенного психопатологической симптоматикой. Выраженность невротических реакций не служит отрицательным признаком, некоторые авторы даже считают ее дополнительным стимулом к лечению больного. Бесспорно важнейшим («решающим» по Н. В. Иванову, 1966) прогностическим признаком является критическое отношение больного к перверзии, так как оно в первую очередь формирует установку на лечение. Поло-

жизненным признаком служит и выраженность сопротивления влечению у больного, свидетельствующая о твердости его установок и способности к волевым усилиям.

Для построения патогенетически обоснованной психотерапии нужен тщательный анализ психопатологии перверзии в каждом случае. Суть перверзии не только в существовании у субъекта неадекватного влечения, но и в отсутствии адекватного, в основе чего лежит нарушение отношения к противоположному полу в самом широком смысле — собственно сексуальном, эстетическом и этическом, ущербность того или иного компонента в зависимости от формы перверзии и личности больного. Очевидная сложность лечения этих расстройств предопределяет и привлечение всего арсенала современной психотерапии, т. е. комплексный подход, включающий рациональную психотерапию, внушение в гипнозе и бодрствующем состоянии, самовнушение в индивидуальном и групповом вариантах. Кроме этого, используются и психопедагогические методы для эстетического и этического воспитания, а иногда требуется повышение общего культурного уровня и физического развития больного. Групповые занятия атлетизмом, каратэ, самбо в спортивном зале служат средством физического совершенствования и помогают пациенту быстрее перейти к здоровым, свободным и более адекватным формам поведения среди лиц своего пола. Обучение современным балльным танцам способствует общению с лицами противоположного пола, повышению социальной активности пациентов.

Перестройка личности предполагает большую продолжительность лечения — полгода, год и более. Вопреки распространенному мнению о необходимости стационарного лечения, мы убеждены в целесообразности амбулаторной терапии [111, 114, 115]. Большое значение в психотерапии перверзий имеют собственные усилия больного, его активность и соответственно методы самовнушения, которым принадлежит ведущая роль в качестве поддерживающей и противоречивой терапии. Специфическое значение самовнушения обусловлено тем, что этот метод, как никакой другой, позволяет максимально мобилизовать собственные усилия пациента, служит важнейшей формой выявления его активности в процессе психотерапии. Кроме того, он обеспечивает истинную непрерывность и постоянность психотерапевтического воздействия даже вне встреч пациента с врачом [110, 116]. Самовнушение призвано решать частные задачи, характерные лишь для данного этапа, и общие, свойственные каждому этапу курса психотерапии. К общим задачам относятся создание и поддержание эмоционально положительного фона построения; противодействие возможной псевротической (пессексуальной) симптоматике; устранение нежелательных реакций, возникающих в процессе лечения.

За основу различных форм самовнушения взята аутогенная тренировка (АТ). Обучение проводится с самого начала курса психотерапии. В процессе обучения важно добиться от пациента не только больших собственных усилий, но и творческого, активного подхода к АТ. Основные принципы, направления, формы, цели и задачи

пациенту объясняет врач, но реализует их каждый пациент по-своему, создавая свою систему образов, команд, понятий, представлений, т. е. создает собственный вариант АТ [113]. Ближайшей целью обучения АТ является регулярное достижение состояния глубокой и полной релаксации (первая ступень по И. Шульцу) в самостоятельных тренировках, так как лечебное самовнушение, направленное на ту или иную симптоматику, в таком состоянии наиболее эффективно. В используемой модификации АТ обучение проводится на сеансе гипноза в состоянии релаксации и осваивается не последовательно (упражнение за упражнением), а целиком. Это сокращает срок обучения до 3—4 нед. Однако к лечебным самовнушениям приступают с самого начала курса психотерапии.

В методике комплексной терапии сексуальных перверзий выделяют 3 последовательных этапа, каждый из которых решает свою задачу. Конечная цель — создание стойкого нормального полового влечения. Первому этапу предшествуют ознакомление врача с личностью пациента, изучение формы и выраженности перверзии. Пациент знакомится с сущностью лечебного процесса, с требованиями, которые к нему будут предъявляться, и с тем, какие усилия от него потребуются. Само собой разумеется, что первая же встреча врача с пациентом должна быть психотерапевтической и создать у пациента твердую убежденность в возможности полного излечения.

Первый этап лечения ставит целью сначала ослабление, а затем и устранение патологического сексуального влечения и связанных с ним переживаний. В беседе с пациентом разбираются вопросы этиологии полового извращения, уточняются детали анамнеза, критически анализируется состояние пациента, его успехи и неудачи, а на сеансах гипноза внушается спокойное, равнодушное отношение к объекту влечения или элементу сексуальной ситуации, затем следует лечебный покой-отдых. Особое внимание на первом этапе отводится устранению тенденций к самообвинению, созданию ровного, положительного эмоционального фона настроения, внушению чувства уверенности в себе, в своей полноценности, созданию более спокойного отношения к заболеванию [110, 114].

По форме самовнушения могут быть как императивными, так и мотивированными. Схематично вся формула самостоятельной тренировки выглядит следующим образом. Пациент мысленно произносит с соответствующими повторениями и представлениями формулу релаксации («тепло... тяжесть... расслабление... снятие внешних раздражителей... полный покой...») и независимо от того, наступила ли она, переходит к лечебной формуле («прежние сексуальные раздражители... исчезают, проходят мимо сознания, игнорируются... отношение к сексуальным объектам или ситуациям спокойное, равнодушное...») и заканчивает формированием нужного настроения («спокойное... бодрое... деловое... оптимистическое... энергичное... веселое»). Опыт показывает, что подобные самовнушения в некоторой степени реализуются еще до освоения АТ. Это можно объяснить, по-видимому, тем, что, будучи по существу малоэффективными самовнушениями в бодрствующем состоянии, они дублируют и уси-

ливают внушения в гипнозе и общий эффект становится заметным. Сеансы внушений в гипнозе в период обучения АТ проводятся 2—3 раза в неделю, самостоятельные занятия — не менее 3—5 раз в день.

На базе АТ первого этапа строятся приемы, отвлекающие пациента от фиксации на патогенных сексуальных раздражителях. Постоянная гиперактуализированная сексуальная установка чрезвычайно характерна для сексологических пациентов. При такой фиксации или угрозе ее возникновения рекомендуется использовать для отвлечения первое (по И. Шульцу) упражнение АТ: активно переключать внимание па руку и вызывать в ней ощущение тяжести или тепла. Постоянное использование упражнения превращает отвлечение в своего рода микротренировки, что тоже ускоряет обучение пациента АТ.

Второй этап лечения ставит целью выработать у пациента адекватное эстетическое восприятие лиц противоположного пола и правильное этическое отношение к ним. Пациенту прививают навыки простого, естественного и непринужденного общения с лицами противоположного пола, а также адаптации в их среде.

Лечебные самовнушения этого этапа, проводимые в состоянии релаксации, описывают красоту внешнего облика лиц противоположного пола и вызывают эмоциональный подъем. Однако терапевтические задачи второго этапа качественно отличны и более сложны (раньше пациенту надо было подавлять в себе старое, а теперь — создавать новое), поэтому нужны более эффективные приемы самовнушения. Хорошо освоенная пациентом техника АТ позволяет ввести новый прием — образную тренировку, родственную высшей ступени АТ (по И. Шульцу). Пациент (мужчина) в состоянии глубокой релаксации вызывает у себя яркие, динамичные образы женщин. Сначала эти образы основаны лишь на элементах внешнего облика, наиболее знакомых и привлекательных для пациента (например, лицо), а затем постепенно охватывают всю фигуру со всеми деталями и подробностями. Прототипами образов могут быть как изображения, показанные пациенту (репродукции картин, фотографии и др.), так и лица, увиденные на экране кино и телевизора, реальные люди. Вообще реальное подкрепление образных тренировок (скажем, представление человека, с которым у пациента есть положительный эмоциональный контакт, или музыкальное сопровождение, когда в образной тренировке представляются танцы) оказывает значительное воздействие, «заставляя» образы двигаться, участвовать в каких-либо сценах и событиях. «Взаимодействуя» с ними, пациент проводит и словесные самовнушения, направленные на усиление эмоциональности восприятия. Он внушает себе, что «увиденное» нравится, отвечает чувствам, эстетическим идеалам. Кроме того, в образных тренировках используют самовнушения, обеспечивающие взаимосвязь психотерапии с повседневной практикой пациента, например: «Все больше красивых лиц (женщин) встречается мне на улицах, привлекая мое внимание». Это как бы «настраивает» в должном направлении.

Многолетнее применение описанного метода самовнушений показало его высокую эффективность. Это, по-видимому, можно объяснить включением в сферу воздействия самовнушения одновременно первой (зримые образы) и второй (словесные формулы) сигнальных систем. Самовнушения, закрепляющие достижения предыдущего этапа, повторяются на втором этапе в краткой форме по мере надобности [109].

На *третьем этапе* психотерапии у пациента формируется и закрепляется адекватное эротическое отношение к противоположному полу (к достигнутому ранее добавляются чисто сексуальные элементы). Практическое применение образных тренировок значительно упрощается: состояние релаксации вызывается легко и быстро, представляемые образы ярки и динамичны, полностью подчиняются «режиссуре создателя». Сюжетное построение образных тренировок усложняется, они насыщаются эротикой, вызываемые образы становятся натуралистическими, возбуждающими, усиливается эмоциональность сопровождающих формул [112, 207]. Простые лечебные самовнушения осваиваются в третьем этапе настолько, что пациент может их проводить практически в любой обстановке. Чтобы быть готовым к проведению таких самовнушений, пациенту достаточно мысленно дать себе краткую команду, например: «Мышцы расслаблены, я спокоен». Столь же легко и быстро проводятся на фоне такой готовности требуемые самовнушения.

Таковы в общих чертах методы самовнушений, применяемые в психотерапии сексуальных перверзий. Многообразие психотерапевтических методов (еще раз подчеркнем комплексность лечения, в котором самовнушения являются не единственным методом) позволяет максимально индивидуализировать подход к пациенту, учесть особенности его личности, интеллектуальное развитие, образование, интересы и, конечно, особенности патологии. В заключение добавим, что хотя лечебный процесс заканчивается фиксацией у пациента адекватного сексуального влечения, подкрепленного опытом его реализации на здоровой морально-этической основе, навыки самовнушения остаются у пациента как мощное поддерживающее и противорецидивное средство аутопсихотерапии [116].

Особенности психотерапии определяются формами перверзий и их клиническими вариантами. Так, наличие в структуре гомосексуализма личностного компонента, иногда поднимающегося до высот настоящей любви, требует особенно деликатного подхода на первом этапе. В частности, пациенту прививается не отвращение к неадекватному объекту (ведь для него чувственный и личностный компоненты слиты), а спокойное, равнодушное отношение. При таких формах, как фетишизм, эксгибиционизм, визионизм, личностный компонент влечения отсутствует. Оно обычно воспринимается и самим пациентом как нечто грязное, неестественное, аморальное. Не боясь отпугнуть пациента, можно усилить эти чувства, внести в формулы гипнотического внушения элементы неприязни, отвращения к ранее привлекательной сексуальной ситуации с тем, чтобы сначала повысить сопротивляемость влечению, а затем устранить его. Иногда

у пациента создается отрицательная условнорефлекторная реакция на патогенный раздражитель (К. Freund, 1963). Конечно, с течением времени отвращение заменяется спокойным, безразличным отношением. Психотерапевтическая тактика на втором этапе определяется в основном качественным и количественным различием в развитии эстетического восприятия лиц противоположного пола и эротического компонента отношения к ним при разных формах перверзий. При фетишизме более нарушено первое, при эксгибиционизме и визионизме — второе. Третий этап лечения более однороден. Укажем, что при визионизме и эксгибиционизме он значительно упрощен, так как адекватный эротический объект в этих случаях присутствует, хотя бы в некоторой степени, уже в структуре патологического влечения.

Такова общая схема методики психотерапии половых извращений. Применение этой схемы на практике индивидуализируется в зависимости от выраженности заболевания, особенностей личности пациента и его реакций в процессе лечения, которые весьма разнообразны [110, 80]. Значительность перемен, происходящих у больного, необходимость существенной перестройки личности и сложность проведения психотерапии предопределяют и продолжительность лечения.

3.4.1.3.3.6. Прогноз при нарушениях психосексуальных ориентаций

При парафилиях, сформированных на фоне преждевременного психосексуального развития, прогноз неблагоприятен. Пациенты с такими перверзиями спокойно относятся к своему патологическому влечению и находят объекты для его реализации. Социально они хорошо адаптированы и нередко вступают в брак, которым обычно маскируют особенности своего либидо. Они под любым предлогом избегают половой жизни в браке, которая практически невозможна. У пациентов с подобными парафилиями чаще возникают конфликты с законом. За врачебной помощью они обращаются только в исключительных случаях, обычно чтобы избежать ответственности за правонарушения. Лечение, как правило, неэффективно. При перверзиях, становление которых происходит на фоне ретардации психосексуального развития, прогноз несколько лучше, а при активной установке на лечение и адекватной терапии — благоприятный.

Перверзные тенденции имеют несколько вариантов развития: либо они нарастают, реализуются и в итоге переходят в разряд истинных перверзий, либо постепенно затухают, либо сохраняются на одном уровне без реализации и деформируют сексуальное поведение. В первом случае прогноз менее благоприятный, в двух других есть перспектива нормализации сексуальной жизни. Парафилические элементы сексуальности одного партнера при нейтральном и благожелательном отношении второго не мешают реализации влечения и хорошей адаптации в сексуальной жизни, а при негативном отно-

шении ведут к сексуальной дисгармонии и требуют коррекции и адаптации пары. Неудовлетворенность половой жизнью может стать причиной перерастания парафилических элементов в перверзные тенденции, а в последующем — даже в истинные перверзии.

3.4.1.4. ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Медицинский аспект профилактики включает следующие положения.

1. Предупреждение нарушений пренатального периода (профилактика стрессовых состояний у беременных, контроль за приемом ими лекарственных средств с исключением производных раувольфии, гормональных препаратов и т. п.).

2. Ранняя диагностика и своевременное лечение психических расстройств, способствующих нарушениям коммуникации и психосексуального развития.

3. Выявление и медико-педагогическая коррекция искажений психосексуального развития на самых ранних этапах.

Педагогический аспект профилактики предусматривает:

1. Правильное полоролевое воспитание, которое должно быть направлено на ознакомление детей с половыми различиями, а не на проповедь «асексуальности» (одергивание, запугивание и наказание детей при первых же намеках на «сексуальные» проявления). Как правило, в дошкольных учреждениях основные коллективные игры (в «космонавтов», «машинистов», «строителей» и т. п.) проводятся без учета пола детей, а в школах предпочитают фемининное поведение у мальчиков и маскулинное у девочек. Любые проявления маскулинности у мальчиков подавляются, а компенсаторное гипермаскулинное поведение служит основанием для отнесения подростков в разряд «трудновоспитуемых». «Бесполое» воспитание школьников проявляется в том, что нередко девочки и мальчики на равных моют полы и поливают цветы, учатся шить, вязать, мастерить и т. п.

2. Научение общению со сверстниками (в том числе гетеросексуальному) целесообразно проводить в виде своеобразных практикумов по коммуникации, имеющих определенную возрастную направленность. С каждым годом обучение должно усложняться, охватывать все новые аспекты взаимоотношений между людьми и приывать чувство любви и уважения к представителям противоположного пола.

3. Предупреждение растления и соращения детей и подростков (очень важно исключить доступ к порнографическим изданиям).

Профилактика нарушений психосексуального развития лишь тогда будет действенной, когда она получит не форму случайных «моральных» бесед с подростками об опасностях ранней половой жизни, а станет ежедневной и кропотливой работой по формированию с раннего детства навыков общения и соответствующего полу поведения.

3.4.2. СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНО- ЭНДОГЕННЫХ ФАКТОРОВ

Как уже упоминалось (см. 3.4.1.1.), с момента рождения ребенка его сексуальное развитие подвергается воздействию внешней среды, так что даже генетически, гормонально и конституционально преддетерминированные факторы чаще всего выступают в роли посредников. Эта закономерность, более или менее камуфлированная при интерсексуальных состояниях, нарушениях психосексуальной ориентации и при таких аномалиях структуры личности, как акцентуации характера и психопатии, наиболее четко проявляется в периоде аутохтонного пубертатного «рывка». При стойкой деформации личности в виде акцентуаций характера, психопатий или задержек интеллектуального развития (олигофрений), так же как при эндогенных психозах, названные психопатологические состояния в той или иной степени сказываются и на половой сфере. В одних случаях они выступают в качестве стержневого синдрома, в других играют роль преморбидного фактора, облегчающего формирование сексуального нарушения, спровоцированного действием экзогенных вредностей (табл. 11).

Таблица 11. Частота различных форм преморбидного психопатологического отягощения у мужчин (в процентах)

Форма нарушения	Стержневой синдром	Сопутствующий синдром	Всего
Акцентуации характера	1,6	44,9	46,5
Психопатии	4,7	4,9	9,6
Эндогенные психозы	4,1	1,0	5,1
Олигофрении	—	2,2	2,2
Без преморбидного психопатологического отягощения	—	—	(36,6)
Итого . . .	10,4	53,0	63,4

Как явствует из приведенных данных, преморбидное психопатологическое отягощение установлено у 63,4% всех мужчин, обратившихся за сексологической помощью. При этом, поскольку для прогностической оценки терапевтической перспективы и для построения лечебно-реабилитационной программы существенное значение имеет место, которое психопатологический синдром занимает в структуре всего полового нарушения, следует обратить внимание на тот факт, что акцентуации характера у подавляющего большинства больных (44,9 из 46,5%) играют роль фактора, предрасполагающего к формированию сексуального расстройства; психопатии же выступают в качестве предрасполагающего фактора так же часто, как и в роли

структурного центра всей сексопатологической констелляции (соответственно 4,9 и 4,7%), а эндогенные психозы проявляют четкую тенденцию занимать положение стержневого синдрома (4,1 из 5,1%). Наряду с этим все формы олигофрений у больных, обратившихся за сексологической помощью, не выходили за рамки сопутствующего синдрома. К этому необходимо добавить, что по мере продвижения от наименее клинически выраженных (хотя и наиболее частых) акцентуаций к наиболее тяжелым клиническим формам, сопровождающимся дефектами, свойственными некоторым эндогенным психозам, уменьшается не только частота, но и разнообразие феноменологических вариантов. Так, по данным Всесоюзного центра по вопросам сексопатологии, при акцентуациях характера выявлено 9 феноменологических категорий, при психопатиях — 8, а при эндогенных психозах — только 2. Из акцентуаций характера выделены следующие группы (соотношение в процентах): 1) тревожно-мнительные (49,3); 2) астенические (26,9); 3) сенситивные (обидчивые) и психастеничные («мыслительный тип») (8,1); 4) ригидно-эпилептоидные (5,6); 5) неустойчивые (слабовольные) (4,1); 6) инфантильно-зависимые (2); 7) выраженные холерики (2); 8) шизотимные (1,5); 9) эмоционально-лабильные (гипертимные) (0,5). Психопатии распределились следующим образом: 1) астенического круга (25,6); 2) эпилептоидного круга (21); 3) шизоидного круга (18,6); 4) мозаичного типа (11,6); 5) инфантильно-зависимые (9,3); 6) истероидного круга (7); 7) неустойчивые (4,6); 8) эмоционально-лабильные (гипертимные) (2,3).

В результате сопоставления этих двух распределений складывается впечатление, что при начальных, лишь слегка намеченных акцентуациях характера сексуальные нарушения чаще возникают при преморбидных отклонениях в сторону тревожной мнительности, астенизации и сенситивности. Формирование психопатий сопровождается, при сохранении той же ориентированности (астенические в обоих распределениях составляют более четверти всего массива, и в обоих распределениях на последнем месте — гипертимные), возрастанием ранговой значимости и частоты шизоидных (с 1,5% и 8-го места до 18,6% и 3-го места) и эпилептоидных форм (с 5,6% до 21%). Детальное изучение историй болезни показало, что акцентуации выявляют более тесную корреляцию с молодым возрастом больных, отличаются меньшей длительностью сексуального расстройства и чаще вписываются в рамки таких стержневых синдромов, как мнимые сексуальные нарушения, дезактуализации и неврозы. В противоположность этому психопатии коррелируют с более старшим возрастом и чаще всего вписываются в рамки семейных дисгармоний с первичным нарушением межличностных взаимоотношений, на которые чисто сексуальные расстройства наслаиваются вторично.

Однако наиболее неожиданные данные выявились при анализе эндогенных психозов. Несмотря на то, что при предварительном психиатрическом обследовании отбирались лишь те случаи шизофрении, которые по самым жестким семейным, бытовым и прогностическим критериям имело смысл передавать сексопатологу, а все наблюде-

ния с дефектом личности или паранойяльно-бредовыми построениями (при которых сексологические жалобы были обусловлены лишь содержанием бреда) элиминировались, эндогенные психозы были представлены лишь пизофренией (80,8%) и эпилепсией (19,2%). Подгруппу эпилепсии составили тяжелые заболевания (с выраженными изменениями личности), требовавшие систематического применения противосудорожных средств. Как правило, эти лекарства угнетают такие сексуальные проявления, как выраженность либидо, острота волюстических и оргастических ощущений, или непосредственно тормозят центры эякуляции и эрекции. За сексологической помощью никогда не обращались большие маниакально-депрессивным психозом. Это потребовало активного обследования больных как с «классическими» формами циркулярного психоза (см. ниже), так и с маскированными депрессиями [304, 126].

3.4.2.1. АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА

Акцентуации характера — черты своеобразия в структуре личности, не выходящие за пределы нормы и затрудняющие отношения с окружающими лишь в определенных условиях. Проведение границы между нормой и патологией крайне затруднительно при оценке психологических феноменов и выходит за пределы надежности современных методик при попытках квантификации нормативных показателей структуры личности [76]. Между тем вскоре после выделения психопатии потребовалось ее отграничение как патологии характера от крайних вариантов нормы. В. М. Бехтерев еще в 1886 г. упоминал о «переходных степенях между психопатией и нормальным состоянием» [25]. К. Леонгард в специальной монографии предложил для их обозначения термин «акцентуированная личность» [449]. Однако более адекватным представляется предложенный А. Е. Личко термин «*акцентуации характера*» [201], так как в подобных случаях речь идет об усилении (акцентуации) отдельных черт характера, а понятие «личность» (включающее способности, наклонности, мотивации, ценностные ориентации и др.) гораздо шире.

«У каждого человека, — говорит Леонгард, — есть ананкастическая¹, истерическая или параноидная черта, однако при незначительной степени эти черты остаются незаметными для окружающих. Если они достигают определенной силы, они накладывают свой отпечаток на личность... Люди, акцентуированные в указанном смысле, еще не являются пенормальными. Сделав такой вывод, мы должны были бы считать нормой только среднюю посредственность и рассматривать любое отклонение от нее как патологию. В результате всех людей, наделенных индивидуальными особенностями, которые явственно отличают их от среднего и общепринятого, пришлось бы исключить из числа нормальных. Но как раз они-то и являются теми людьми, которых называют личностями в собственном смысле

¹ Ананкастический — склонный к навязчивым состояниям.

этого слова, личностями, которые несут на себе отпечаток своеобразия... Акцентуированным личностям присуща готовность к особому, т. е. как к социально-положительному, так и к социально-отрицательному развитию. Если некоторые из них предстают в негативном свете, то это происходит потому, что внешние обстоятельства были неблагоприятными, и в других обстоятельствах они могли бы развиваться в людей, способных на недюжинные поступки» [449].

Этиология аномалий характера определяется сочетанием неблагоприятных наследственных и экзогенных факторов. Среди последних различают, с одной стороны, пренатальные, натальные и ранние (первые 2—3 года жизни) постнатальные соматогенные вредности (травмы, интоксикации, инфекции и т. п.), с другой — неблагоприятные воздействия микросоциального окружения (безнадзорность, гиперопека, тяжелая нравственная атмосфера в семье), которые при значительной длительности способны нарушать развитие личности даже с самой благоприятной наследственностью [197, 161, 311 и др.].

В основе патогенеза акцентуаций характера лежит парциальный срыв социальной адаптации, обусловленный блокировкой именно той формы поведения, в сторону которой направлена данная акцентуация. Расстройства социальной адаптации (в частности, сексуальной) определяются тем, что в противоположность психопатиям акцентуированные черты сами по себе либо не препятствуют удовлетворительной социальной (социосексуальной) адаптации, либо ее нарушения транзиторны. Акцентуации характера порождают затруднения в отношениях с окружающими лишь при определенных условиях — в ситуации, предъявляющей к субъекту повышенные требования, и соответствии специфики этих требований типу акцентуации. Например, работа «на людях», с множеством сменяющихся неформальных контактов патогенна для пизотимного, но не гипертимного характера. Изоляция, монотонность и размеренный режим для астеников, сенситивных и эпилептоидных не только не патогенны, но могут становиться стабилизирующими факторами.

Отмеченная особенность патогенеза определяет такие свойства клиники акцентуаций характера, как парциальность расстройств поведения, их лакунарность, избирательность и тесная зависимость от внешних условий. А. Е. Личко подчеркивает, что хотя ключевая направленность акцентуации пронизывает весь психологический настрой индивидуума всюду и всегда (гипертимный кипит энергией, пизотимный отгораживается от окружающих незримой завесой, а истероидный жаждет привлечь к себе внимание), внешние проявления этой нацеленности определяются конкретными условиями, в которых живет каждый из них. «Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дома, где царит гнетущая атмосфера или семью раздирают противоречия, отлично уживающийся в хорошем интернате, — все они не должны причисляться к психопатам» [201].

Хотя существующие классификации акцентуаций характера не отвечают нуждам сексопатологии, так как не всегда учитывают специфические особенности сексологических больных, мы пользуемся реестром акцентуаций характера, сложившимся в психопатологической практике, в приложении к контингенту больных с расстройствами половой сферы (см. с. 117). О достаточном соответствии данного реестра специфическим особенностям сексологических больных свидетельствует то, что гипертимный вариант акцентуации и психопатия, выявленный А. Е. Личко у подростков в 23% [201], у наших больных диагностирован в 2,3% при психопатиях и в 0,5% при акцентуациях характера (см. с. 117). Энергичные, напористые и уверенные в себе, эти лица, как правило, очень хорошо сексуально адаптируются на всех этапах, как это, кстати, следует и из данных А. Е. Личко [201, с. 84—85]. В дальнейшем описании мы будем опираться на группировку акцентуаций характера, предложенную А. Е. Личко [201]. Астеноневротический вариант характеризуется склонностью к ипохондричности и повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью (во Всесоюзном центре по вопросам сексопатологии тревожно-мнительные черты выявлены в 49,%, а астенические — в 26,9% акцентуаций). Кроме того, у представителей этого типа с детства отмечаются признаки невропатии: бескойный сон, пугливость, ночные страхи, плохой аппетит, капризность, плаксивость, энурез, заикание и т. п. [161]. Характерно, что с наступлением пубертата невропатические черты могут сглаживаться [201], однако тревожная мнительность, склонность к ипохондрии у большинства сохраняются на протяжении всей жизни.

Сенситивный (обидчивые) и *психастеничный* («мыслительный тип») варианты выявлены у акцентуированных сексологических больных в 8,1%. Они во многом близки между собой и «скорее принадлежат к широкому кругу астеников, составляя среди них все же особую подгруппу» [201]. Главные черты таких людей — нерешительность, склонность к рассуждательству, своеобразная «тихая скрупулезность», любовь к самоанализу и легкость образования obsessions (навязчивых страхов, опасений, мыслей, представлений и действий). Под влиянием неудач (в том числе сексуальных срывов) они становятся осторожными и замкнутыми. Для них характерны также чувство долга, ответственности, высокие моральные требования как к окружающим, так и к себе; их больно ранят любые проявления грубости и житейского цинизма. Они находят у себя множество недостатков, в том числе связанных с сексуальной сферой. Наиболее частым поводом к угрызениям в этом плане служит мастурбация.

Как правило, собственные слабование, робость и застенчивость расцениваются как «последствия онанизма», а заодно сюда же относят якобы слабеющую память, худобу, дефекты телосложения и т. п. Робость и застенчивость у представителей этого варианта усиливаются при первой любви. Молодые люди либо ожидают, что «она сама все поймет» (объект влюбленности часто так и остается в неведении об их чувстве), либо действия, деформированные психо-

логической гиперкомпенсацией, оказываются столь императивными и неожиданными, что пугают и отталкивают.

Эпилептоидный тип характеризуют склонность к дисфориям, аффективная взрывчатость, напряженное состояние инстинктивной сферы, а также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, накладывающие отпечаток на всю психику от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Дисфории отличаются длительность, злобно-тоскливая тональность, накапливающее раздражение. Эпилептоидная эксплозивность имеет длительное последствие (эпилептоид долго не может «остыть»).

Наряду с претензиями на лидерство и чертами властности эпилептоиды бережливы, скрупулезны и аккуратны, что нередко превращается в самоцель. Напряженность сферы инстинктов достигает наибольшей выраженности в пубертатном периоде, однако сила полового влечения до известной степени уравнивается свойственной эпилептоидам повышенной заботой о своем здоровье и «страхом заразы», что несколько отодвигает начало половой жизни и ограничивает случайные связи, заставляя находить более или менее постоянных партнеров. Любовь эпилептоидов обычно сопровождается ревностью, измен (как действительных, так и мнимых) они не прощают и даже флирт считают предательством. Половое влечение эпилептоидов очень тесно сопряжено с садистическими или мазохистическими тенденциями, готовность к формированию различных перверзий повышена.

Эпилептоиды часто вступают в конфликты даже при в общем удовлетворительной социальной адаптации. М. С. Певзнер (1944) обратила внимание на особый вариант эпилептоидности, отличающийся «гиперсоциальностью» — работоспособностью, аккуратностью, педантизмом, и подчеркнула, что подобные личности не являются психопатами. Однако А. Е. Личко отмечает двойственность, избирательность и зависимость от внешних условий таких гиперсоциальных акцентуаций: будучи сверхкорректными в одной ситуации, в другой они проявляют крайнее себялюбие, злобность, агрессивность и жестокость [201].

Неустойчивый тип определяется безволием, которое, однако, наиболее отчетливо выступает только в труде, учебе, исполнении обязанностей и долга. Такие лица упорно отстаивают свои «права» на удовольствия и развлечения, хотя в поиске последних они также не обнаруживают напористости, а скорее пассивно следуют в фарватере других искателей легкой жизни.

С детских лет они непослушны, непоседливы, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказания. Легко и охотно подчиняясь другим детям, они противопоставляют родителям и учителям пассивную форму эскапизма, используя любой предлог для отлынивания от занятий. Рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности и просто безделью. Они убегают с уроков в кино или в компанию подростков. Все дурное словно липнет к ним. Неустойчивые подростки подражают лишь тем моделям поведения, которые сулят немедленные удовольствия и раз-

влечения. Они рано начинают курить, легко идут на мелкие кражи. Поражает их равнодушие к своему будущему — они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или положении, целиком живут только настоящим, желанием извлечь из него максимум развлечений и удовольствий [201]. Эти особенности определяют и направленность сексуальных реакций. Участие в асоциальных группах и пренебрежение к общепринятым морально-этическим нормам, свойственные неустойчивым характерам, ускоряют приобретение сексуального опыта, превышающего индивидуальные показатели половой конституции, и знакомство с девиантными формами половой активности. В структуре их либидо наиболее редуцированной из трех ее составляющих оказывается платоническая и вследствие этого романтическая влюбленность проходит мимо них. В дальнейшем они так же не способны на искреннюю, глубокую и устойчивую любовь, как и на постоянную дружбу. Компанию для развлечения они всегда предпочитают преданному другу, а их интимные отношения — даже не секс без любви, а игра в секс, причем игра на грани дозволенного с соскальзываниями в перверзии от скуки.

Инфантильно-зависимую акцентуацию, отмеченную сексопатологами в 2%, А. Е. Личко в отдельный тип не выделяет. Основные клинические проявления данной аномалии отмечаются у взрослых людей. Представители этого типа всегда послушны, прилежны и исполнительны. Не доставляя особых забот ни родителям, ни учителям, ни психиатрам, они не дают повода для отнесения их к какой-либо психопатологической категории. Сексуальные заботы также чаще всего обходят их стороной. В результате значительная часть таких людей остаются холостяками, а индивидуальный опыт в этом плане нередко ограничивается романтическим воспоминанием об однажды пережитой чисто платонической влюбленности. Другая часть представителей этого типа, вступив в брак, в большинстве является одним из образцов устойчивой семейной гармонии. Лишь некоторое число таких людей, доставляя заботы и огорчения другим и в меньшей мере себе, попадают на прием к сексопатологу.

Человек долго остается в чисто биологической зависимости от родителей, и активная эмансипация от материнской опеки осложняется биосоциальными и социальными напластованиями, что приводит к «поломке» механизмов угашения родительских связей, которые патологически персистируют. Такие задержки чаще всего обусловлены гиперопекой, отсутствием в семье естественного воспитательного баланса, когда женские заботы (мать, бабушка, тетюшка) не уравниваются примером и влиянием отца, способного развить у мальчика волевые черты, самостоятельность, выносливость и мужество. Накладываясь на соматическую астеничность и сочетаясь со слабой половой конституцией, все это порождает затянувшуюся беспомощность, парциально проявляющуюся в сфере семейных отношений. Кардинальные проявления этого типа акцентуации — избирательная социобытовая зависимость от матери и полная сексуальная безынициативность. В наиболее выраженных случаях инфантильно-зависимые не могут принять решения ни по одному житейскому

вопросу, не согласовав его с матерью. В средних вариантах эта сторона акцентуации ограничивается культом почитания «маменьки», а в наименее выраженных — затяжным экономическим иждивенчеством.

В сексологическом плане у инфантильно-зависимых, в противоположность неустойчивому типу, наиболее редуцированы сексуальная и эротическая составляющие либидо при относительно лучшей сохранности платонической. Все возрастные проявления сексуальности [239, с. 195] запаздывают, а их набор оказывается ограниченным. Первая эякуляция обычно происходит при коитусе. Мастурбации и эксцессы, как правило, отсутствуют. Первый половой акт у них часто является результатом пассивного соращения — со старшей женщиной, уже обладающей сексуальным опытом. В новых связях такие лица тяготеют к старшим женщинам на протяжении всей жизни. Однако неясно, чего здесь больше — власти импринтинга или инфантилизма, обеспечивающего мужчинам с рассматриваемым типом задержки развития более комфортное самочувствие с более житейски и сексуально опытной женщиной, а символом этой опытности становится возраст.

При наличии резко подчеркнутых проявлений различных темпераментов сексопатологами в качестве самостоятельного (но всегда только сопутствующего) варианта акцентуации выделены только *выраженные холерики* (2% акцентуированных сексологических больных). В структуре сексуальных расстройств крайние варианты наиболее уязвимых типов высшей нервной деятельности чаще всего сплавляются с некоторыми типами акцентуаций, к которым они проявляют определенное феноменологическое сродство. Так, меланхолический темперамент растворяется в тревожно-мнительном, астеническом, психастеническом и сенситивном клинических вариантах, а некоторая часть холериков — в эпилептоидной акцентуации.

Шизоидный тип отличается аутизмом, замкнутостью, отгороженностью от окружающего, неспособностью или нежеланием устанавливать контакты, снижением потребности в общении, что связано с недостаточной способностью к сопереживанию — неумением проникнуться чувствами другого человека, разделить его радость или печаль. Иногда эти проявления называют шизоидной холодностью или слабостью эмоционального резонанса. Сочетание таких противоречивых черт, как холодность и утонченная чувствительность, упрямство и податливость, настороженность и легковерие, апатичная бездеятельность и неожиданная назойливость, застенчивость и бестактность, рациональные рассуждения и нелогичные поступки, богатство внутреннего мира и бесцветность его внешних проявлений, заставляют говорить об «отсутствии внутреннего единства» [201].

Названные особенности прослеживаются и в сексуальной сфере. Внешняя «асексуальность» и кажущееся презрение к вопросам пола обычно сочетаются с упорной мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями, легко включающими перверзные тенденции. Шизоидные подростки, болезненно чувствительные в компании, не способные на ухаживание и флирт, не умеющие добиться сексуальной бли-

зости в адекватной ситуации, могут неожиданно обнаружить сексуальную активность в самых грубых формах (часами ожидать возможности увидеть обнаженные половые органы, мастурбировать под чужими окнами и т. п. [201]). При этом они глубоко таят сексуальные переживания и не склонны раскрывать мотивы своих сексуальных действий. Низкий процент шизотимной акцентуации, по данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии (1,5), объясняется тем, что шизоидные проявления чаще включаются в клинику психопатий (18,6%) или даже выходят за рамки аномалий характера, в конечном счете разворачиваясь в психоз.

При *гипертимном типе* преобладает приподнятое настроение, лишь изредка и ненадолго омрачаемое кратковременными вспышками раздражения; они учащаются и усиливаются при строго регламентированном режиме (который такие люди очень плохо переносят) и вынужденном безделье [201]. В структуре сексуальных расстройств этот вариант встречается (см. с. 117) реже всех других (0,5% при акцентуациях и 2,3% при психопатиях) и только как сопутствующий синдром при поражениях эякуляторной составляющей.

Сопоставление различных аномалий характера позволяет выделить их общие черты. Прежде всего это незрелость, психический инфантилизм (даже выраженный эпилептоид как бы пародирует избалованного ребенка, у которого отняли любимую игрушку). У них преобладают эмоциональные и волевые нарушения при сохранности интеллекта (он втягивается лишь вторично, и при этом, в противоположность олигофрениям, не снижен, а сужен). У них нередко выявляется искажение восприятий, представлений, воспоминаний, мышления под влиянием аффектов — так называемая *кататимность*. Пример кататимного мышления — оценка любящей матерью браков сына и дочери: «Сын женился удачно, жена в нем души не чает и чуть ли не подает завтрак в постель, а вот дочери не повезло — ее муж вообразил себя барином и требует, чтобы она ему кофе в постель подавала».

В лечении сексуальных расстройств на фоне акцентуаций характера значительную роль играет психотерапевтическая коррекция. Однако в целях создания благоприятного эмоционального фона для социопсихотерапевтических воздействий можно применять и лекарственные средства (устрашение аффективного напряжения, излишней возбудимости, тревоги или депрессии, иногда неспецифическая стимуляция, например, адаптогенами и т. п.).

Надежные союзники врача при коррекции акцентуаций характера — достаточное развитие интеллекта и сохранность критического отношения к своему состоянию. Эти условия позволяют, апеллируя к личности больного, осуществлять активную реабилитацию (по принципу: посяйте поступок — пожнете привычку, посяйте привычку — пожнете характер). На этом пути малейшая победа над собой, сколь бы далекой от собственно сексуальной сферы она поначалу ни казалась, становится залогом дальнейших успехов. В этом смысле

ле для очень многих сексологических пациентов с акцентуациями характера первым социопсихотерапевтическим мероприятием, способным вызвать коренной перелом всего жизненного модуса, являются переоценка и решительное изменение должностной позиции. Этот радикальный шаг должен быть ориентирован на создание оптимальных предпосылок, благоприятствующих самому полному раскрытию индивидуальных особенностей личности в условиях максимального соответствия предъявляемых местом работы требований типу акцентуации. Именно должностная позиция, рабочий участок принадлежит к числу тех поддающихся продуманному воздействию внешних обстоятельств, которые определяют, в каком направлении развернется присущая акцентуированному индивидууму его «готовность к особенному» по Леонгарду — в социально-отрицательном или социально-положительном направлении (см. с. 118). При решении этой задачи необходимо учитывать все — от интра- или экстравертированности (см. с. 119) диапазона (возможности, невозможности, необходимости) личной инициативы и обширности межличностных контактов до уровня и характера дисциплинарных установок. Например, шизоиды нередко стремятся к работе в малой группе, не понимая того, что именно малая группа, требующая развития неформальных контактов, создает самую трудную для них ситуацию. Врач должен предвидеть и предупреждать это.

Отмечая, что гипертимные лучше социально адаптируются там, где можно применить свою бурную энергию, инициативу, широкие контакты, А. Е. Личко подчеркивает, что совсем иные условия определяют успешность адаптации у представителей неустойчивого типа акцентуации: «Именно слабоволие позволяет удержать их в обстановке сурового и жестко регламентированного режима. Когда за ними непрерывно следят, не позволяя отлынивать от работы, когда безделье грозит суровым наказанием, а ускользнуть некуда, да и вокруг все работают — они на время смиряются. Но как только опека начинает ослабевать, они немедленно устремляются в ближайшую «подходящую компанию». Слабое место неустойчивых — безнадзорность, обстановка попустительства, открывающая простор для праздности и безделья» [201].

Вся группа акцентуированных по астепоневротическому типу (включая тревожно-мнительных, астеников, сенситивных и психастенических) имеет достаточно хороший прогноз и нуждается главным образом в систематической и длительной рациональной психотерапии. Так, с сенситивными пациентами приходится долго беседовать, детально анализируя мельчайшие факты, ситуации и события, чтобы опровергнуть их убежденность в своей неполноценности и в предвзятом отношении окружающих. У них полезно стимулировать чувство ответственности и убежденность в нужности другим.

Особой осмотрительности требует психотерапия психастеничных больных, склонных к самоанализу. Они стремятся превратить психотерапевтические беседы в процедуры бесплодного мудрствования, «словесную жвачку», оторванную от коррекции поведенческих сте-

реотипов. Занятия физкультурой следует ориентировать на главный реабилитационный смысл — пробудить мышечную радость и способность наслаждаться движением [211].

Для холостых пациентов особое значение приобретает установление стабильных отношений с благожелательной партнершей на здоровой морально-бытовой основе при учете специфики стержневого синдрома и ориентировке на взаимное уравнивание индивидуальных личностных особенностей (по принципу комплементарности — см. раздел о дисгармониях). У пациентов, состоящих в браке, эффективность индивидуальной психотерапии, направленной на самого больного, в большинстве случаев значительно усиливается включением элементов семейной психотерапии, направленной на «благополучного» супруга. Наконец, решающее воздействие на специфические сексуальные затруднения оказывает построенная с учетом индивидуальных особенностей всей предистории формирования сексуальности у каждой конкретной пары система сексопедических рекомендаций, обеспечивающих реконструктивную секс-терапию, направленную на выравнивание отставаний отдельных этапов и фаз (см. с. 44).

3.4.2.2. ПСИХОПАТИИ

Под психопатиями обычно подразумевают тотальную патологическую деформацию характера, главным образом с дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах [311]. Публикации по проблемам психопатии исчисляются тысячами. В то же время ряд исследователей не признают диагноз «психопатия» [см. 106]. Объединение в одну группу деформаций личности, связанных с внешними уродствами, соматическими заболеваниями и социальными явлениями, вынуждало говорить о том, что «психопатии отличаются от болезней в собственном смысле слова» (О. В. Кербинов и др., 1958).

Отечественные психиатры еще полвека назад (П. Б. Ганнушкин, 1933) отмечали: «Здесь имеем не отдельные отграниченные друг от друга болезни (позологические единицы), а лишённые резких очертаний формы, незаметно, рядом оттенков переходящие одна в другую». По аналогии люди отличаются не чертами, а сочетанием этих черт [156], рангами распределения признаков, а не самим набором признаков. В. К. Краснушкин считал, что психопата нельзя исчерпать одной типологической формой, а правильнее обозначать структурно, определяя его конституциональное, биологическое и социальное лицо или тип [182]. Социальная форма проявлений психопатий наиболее изменчива и подвижна; в зависимости от ситуации «на поверхность психопатической личности» могут всплыть и не свойственные ей качества, контрастные прежним (А. Г. Наку, М. Г. Ревенко, Н. А. Опря, 1980).

Этиология психопатий многомерна и во многом остается неясной. В происхождении ядерных (конституциональных) психопатий ведущее место отводят наследственному фактору, а также нетрübным экзогенно-органическим поражениям головного мозга во

внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития (инфекции, травмы, интоксикации, гипоксия, иммунологическая несовместимость матери и плода и др.). В формировании «краевой психопатии» основная роль принадлежит социально-психологической сфере. Высказывается мнение, что важна не природа, а период действия патогенных факторов (В. В. Ковалев, 1979).

Среди психогений преобладают «легкие» травмы (более 80%), а массивные (смерть близких, судебная ответственность) составляют менее 20% (В. К. Огнев, 1968). Среди более 1000 психогений на первом месте (около 56%) оказались семейные психогении, на втором (около 24%) производственные, на третьем (около 20%) — связанные с соматическими заболеваниями (В. К. Огнев, 1968).

Патогенез. Исходя из взглядов на психопатию как на результат дизонтогенеза нервной системы, Г. Е. Сухарева (1955, 1974) сформулировала предположение о трех основных типах нарушений, лежащих в ее основе: задержанном, искаженном и поврежденном развитии. Первый тип обуславливает дисгармонический инфантилизм, свойственный неустойчивой и истерической психопатии. Искаженное развитие, при котором созревание одних механизмов личности отстает, а развитие других ускорено, составляет патогенетическую основу ряда конституциональных психопатий, например, гипертимной, психастенической, шизоидной. Наконец, поврежденное развитие определяет патогенез так называемых органических психопатий: сочетание нарушений развития с дефектом психических функций.

Многие авторы отмечают, что психопатические личности не могут должным образом учитывать прошлое, прогнозировать будущее, предвидеть последствия содеянного. Эти лица склонны к всевозможным начинаниям без понимания путей и средств для достижения задуманного. В психологических экспериментах [120] показано это чрезвычайно существенное отличие психопатий от неврозов — непосредственное подчинение ситуации, когда прошлый опыт не регулирует собственные действия. Соотношение генетических и средовых факторов, обуславливающих становление психопатий, В. Я. Гиндикин (1961) определяет как 4:1.

А. Н. Лесняев [198], анализируя работы культурологов, пишет, что даже такое устойчивое явление, как психологический кризис в подростковом возрасте, нельзя объяснить только наступлением полового созревания, так как в некоторых культурах этого кризиса нет. Отношения общества и культуры с индивидуумом отражаются в его ценностной ориентации, одна из функций которой — защита личности от чрезмерного напряжения. Ценностные ориентации как бы «прощупывают» поступающую информацию еще до ее детального восприятия, действуя подобно фильтрам. Они пропускают лишь сведения и влияния, пригодные для ассимиляции без существенной перестройки всей системы личности, укрепляют жизненные позиции, но затрудняют восприятие информации, разрушающей мнение человека о себе, мешающей ему жить и мыслить привычным образом [101]. Бессознательно пытаюсь сохранить сформировавшееся «Я»,

индивидуум стремится отобрать из массы окружающих его людей тех и сблизиться с теми, кто согласен с его представлением о самом себе и подкрепляет своим поведением это представление. Если данное положение принять только для случаев психопатии и свести причины раздоров между людьми [249] к соперничеству, недоверию и любви к славе, то неудивительно, что психопатии, в первую очередь означающие нарушенную адаптацию личности к среде (В. В. Ковалев, 1979), составляют от трети [248] до половины [175] посмертных диагнозов у самоубийц. Психологические профили таких лиц включают максималистские черты и слабость однозначных оценок людей и ситуаций.

О. Е. Фрейеров (1963) отмечает, что нарушения аффективно-волевой сферы не могут быть изолированными от «вполне сохранного интеллекта». Говоря так, чаще всего игнорируют зрелость суждений, адекватность, чувство такта, критику. Незрелость, инфантилизм наиболее свойственны психопатиям вообще и истерическим психопатиям в частности. Л. О. Чакхиева (1972) выделяет следующие признаки инфантилизма: наивность и прямодушная восторженность, эгоизм и эгоцентризм, эмоциональная лабильность, яркое фантазирование, формально обязательное исполнение долга, подчиняемость, беззаботность и равнодушие, неустойчивость интересов и отвлекаемость, обидчивость и впечатлительность, робость и застенчивость. Говорить о задержках психического развития (инфантилизме) можно у лиц не моложе 20 лет (И. Л. Кулев, 1965). По данным патопсихологов (Н. Е. Бачерников и др., 1978), инфантилизм характеризуется неравномерностью развития интеллекта, высокими притязаниями и завышенной самооценкой. Инфантилизм — следствие асинхронного развития, акселерации одних и ретардации других структур и связанных с ними функций. Вот как это явление описывает М. Ярошевский (1979): «Импульсивность, незавершенность действий, неспособность объяснить мотивы. Зачастую инфантилизму сопутствуют ускоренное развитие памяти, речи; они маскируют задержку. Инфантилизм личности соседствует с интеллектуальной акселерацией. Многие инфантильные личности удивляют и восхищают осведомленностью, житейской сообразительностью, плановой речью. Однако они теряются в ситуации, требующей инициативы». Ю. Н. Давыдов и И. Б. Роднянская (1980) выделяют 5 признаков инфантильной личности: 1) женственная капризная безвольность с отказом от соревнования и соперничества; 2) отказ от половых различий, диктуемых социальными ролями (унисекс), с размытой чувственностью; 3) истерически агрессивное отрицание всякой продуктивности и пидиосицикразическое неприятие всякой упорядоченности; 4) импульсивность («рай немедленно», «здесь и теперь»); 5) гедонизм, при котором удовольствия ценятся тем больше, чем меньше напряжения они требуют (взрослый секс требует больше усилий, чем инфантильная сексуальная игра). Учитывать особенности инфантилизма необходимо еще и потому, что они наиболее отчетливо выступают в периоды компенсации психопатий, т. е. представляют именно те состояния, с которыми имеют дело практические сексопатоло-

ги. Полиморфность инфантилизма указывает на то, что различные структуры личности претерпевают неодинаковые воздействия и уровень ретардации в них различен. Ретардированные структуры личности оказываются наименее выносливыми к жизненным трудностям [174] и с ними связана наиболее выраженная патология.

В отечественной литературе клиника психопатий наиболее четко описана П. Б. Ганнушкиным (1933). Он предложил также их основные критерии: 1) «определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток»; 2) «в течение жизни... не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям»; 3) «мешают... приспособляться к окружающей среде».

Большинство классификаций психопатий клинико-описательные, в том числе и содержащаяся в Международной классификации болезней 9-го пересмотра [275]: параноидные, аффективные, шизоидные, эксплозивные возбудимые личности, ананкастические (с явлениями навязчивости), истерические, астенически лабильные, эмоционально тупые личности, другие, в том числе незрелые инфантильные без указания на отставание в умственном развитии, неутонченные психопатии, патологическое развитие личности без других указаний. Основными вариантами психопатий в подростковом возрасте В. В. Ковалев (1979) считает возбудимый, неустойчивый, истероидный, астенический, психастенический, шизоидный и гипертимный. А. Е. Личко выделяет гипертимный, циклоидный, лабильный, астеноневротический, сенситивный, психастенический, шизоидный, эпилептоидный, истероидный, неустойчивый и конформный типы [201].

Формализованное сравнение психики мужчин и женщин психопатического склада [101] позволяет предположить, что «популяционный» мужчина легче понимает мужчину психопатического склада, чем «популяционная» женщина — женщину психопатическую. Мужчина психопатического склада понимает женщину психопатического склада еще меньше, чем мужчина «популяционный». Вынужденное соприкосновение мужчин и женщин психопатического склада порождает большую психологическую напряженность, чем однополый коллектив лиц психопатической организации. Наиболее наглядно это выступает в случае парной деятельности, в частности в семье.

Частота сексуальных расстройств у мужчин с психопатиями и соотношение различных типов психопатий приведены на с. 116 и 117. Поскольку психопатии отличаются от соответствующих типов акцентуаций лишь тотальностью, стойкостью и выраженностью расстройств поведения, для полноты представленного ранее перечня остается охарактеризовать лишь *истерическую психопатию*.

Основной ее стержень — эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, а также внушаемость, лживость и фантазирование, повышенная эмоциональность, которая в действительности оборачивается неспособностью к глубоким и искренним чувствам, склонность к рисовке и позерству. Ту же направленность имеют и сексуальные проявления. Либи́до не отличается ни силой, ни напряжением, ни стойкостью, а в сексуальном поведении много театральности. Подростки мужского пола предпочитают разыгрывать вариант молчаливо-многозначительной таинственности, а девочки, наоборот,

склонны широко афишировать как действительные отношения, так и целиком выдуманные связи, изображая распутниц и наслаждаясь ошеломляющим впечатлением [201]. Склонность истерических психопатов к оговорам и самооговорам следует учитывать при экспертизе.

Наряду с истерическими психопатиями, выявленными у сексологических больных, обследованных во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексopatологии (7% всех психопатий), среди обследованных не было ни одного случая истероидной акцентуации. Это, по-видимому, объясняется способностью лиц с легко наметенными проявлениями истероидной театральности располагать окружающих к себе («инградиация» — см. [427, с. 203]).

Динамику психопатий часто обозначают понятиями *компенсация* и *декомпенсация*. Если психопатическая личность приспосабливается к окружающей среде, т. е. достаточно контролирует свое поведение, то говорят о «компенсированных» психопатиях. При декомпенсации усиливаются, заостряются, концентрируются психопатические особенности, достигающие степени «клинического факта». Частота, выраженность и длительность психопатических реакций обусловлены не столько типом психопатии, сколько «уродливостью», разбалансированностью психопатической личности и патогенностью провоцирующих факторов внешней среды.

Реакции *психопатического протеста* обычно наблюдаются в трудной, психотравмирующей ситуации, когда возникают мысли о несправедливом отношении, чувство обиды, ущемленности и потребность в реабилитации. Все это приводит к самовозвращению с последующим резким изменением поведения по отношению к определенному лицу. Однако при разрядах аффективной напряженности отмечаются реакции по типу *смещения аффекта*, когда пострадавшими оказываются случайные, посторонние лица, не имеющие отношения к психогенно вызванному комплексу отрицательно окрашенных переживаний.

В возникновении и формировании психопатических реакций немалую роль играет также своеобразное наслаивание вредностей на каком-то отрезке времени. Каждая такая вредность как бы подготавливает почву для возникновения реакции, как бы *сенситивизирует* психопатическую личность, в результате чего непосредственный повод, вызывающий реакцию, может быть ничтожным.

Диагностика психопатий опирается прежде всего на клинико-биографический метод. Практическое значение оценки всего жизненного пути больного связано с тем, что каждому типу психопатий в определенной мере свойствен свой возраст формирования и внешней манифестации [201]. Данные о ранних этапах развития и крайне важные сведения об особенностях поведения больного в различных жизненных обстоятельствах можно получить из объективного анамнеза, сбор которого, однако, ограничивается деонтологическим требованием не расширять без острой нужды круг лиц, осведомленных о семейном неблагополучии пациента. Во всех случаях диагноз психопатии должен включать типовую принадлежность и характере-

ристику динамической фазы (компенсация, декомпенсация). Разновидности аномалии характера в известной степени помогают установить различные психологические тесты.

Дифференциальная диагностика психопатий проводится главным образом с акцентуациями характера и эндогенными психозами.

Наиболее трудно отличить ярко выраженные пизоидные акцентуации характера от легких форм пизоидной психопатии и тяжелые формы пизоидной психопатии от благоприятно (или атипично) протекающей шизофрении. При акцентуациях клинические срывы и социальные дезадаптации наступают лишь под влиянием определенных экзогенных вредностей, отвечающих типу акцентуации (правило комплементарности и соответствия, см. с. 119), при психопатиях нарушения адаптации могут быть следствием любых травм или даже возникать без видимых причин, в самых благоприятных условиях, выявляясь как результат внутренней неуравновешенности. Отграничить психопатии от эндогенных психозов (как правило, шизофрении) помогает прежде всего динамика (психопатиям несвойственна прогрессивность с неуклонным снижением уровня личности).

О дифференцировке психопатических и невротических проявлений см. ниже (с. 186).

Инфантилизм как форма психопатии (шифр. 301.8 по Международной классификации болезней) отграничивается от олигофрении по неравномерности, парциальности и избирательности задержек развития различных сторон личности (в том числе и некоторых проявлений интеллекта) с акцентом на эмоционально-волевых качествах и наличием компенсаций и даже гиперкомпенсаций (память, речь), что несвойственно олигофрениям с их диффузной интеллектуальной дефектностью.

Приведенный ниже клинический пример показывает некоторые специфические особенности психопатий, в частности, их деструктивное воздействие на сексуальную сферу, которое проявляется даже при «гиперфункциональных» типах.

Больной Ш., 24 лет, инструктор парашютного спорта, холост.

СФМ: 211/21,52/121/1—4/5,5/4/1—14,5

Жалобы на снижение полового влечения, ухудшение эрекций и кратковременность половых актов. Считает себя больным с 18 лет, когда после лечения гонорей ухудшились эрекции. С 20 лет регулярно лечился у гомеопата. В 23 года «окончательно убедился в импотенции» при следующих обстоятельствах. Проверив состояние общежития в вечернее время, увидел, как обнаженная девушка танцевала на обеденном столе в окружении двух десятков полуодетых подруг. На замечание о нарушении правил общежития они ответили откровенной провокацией. «Пришлось пару раз врезать табуреткой», но заснуть после этого долго не мог, «все казалось, что надо было сделать что-то другое...» После этого стал избегать подобных ситуаций («кроме бутылки и парашюта, ничего не уважаю»). За последний год знакомый врач сделал 6 инъекций сустанаона.

Либи́до с 13 лет. Поллюции также с 13 лет, прекратились в 18 лет после курса лечения гонорей. Половая жизнь с 14 лет. Всего вспоминает около 10 связей с эксцессами (до 9), максимальный эксцесс в 18 лет, последний — в прошлом году. В отношении «увертюры» сообщает, что «целовался с женщинами только до тех пор, пока меня не наградили триппером», а последние

годы «вместо увертюры отбивался и утюжил баб табуретками». Регулярной половой жизни не имел, так как последние годы больше месяца на одном месте не жил. Последний половой акт — около 2 лет назад «по пьянке».

Алкоголь употребляет с 7 лет, последние годы до 0,5 л вина несколько раз в месяц. «В упитом состоянии становлюсь диким». Перенес многочисленные травмы (в том числе с потерей сознания), гонорею.

Мастер парашютного спорта; самбист. Закончил 10 классов вечерней школы (7-й и 9-й классы дублировал). Начал работать с 14 лет, сначала конюхом, затем трактористом; в армии был вертолетчиком, дослужился до прапорщика (командира роты). В связи с суицидальной попыткой комиссован из армии.

По типу высшей нервной деятельности холерик. В досуге преобладает отдых, ведущая мотивация — престиж. Шкала ценностных ориентаций: производство, здоровье, секс, культура, быт. В своих письмах к врачу большой красочно и восторженно описывал свою работу, героические будни работников по тушению лесных пожаров.

Атлетического сложения, умеренного питания, ТИ 1,94. Оволосение лобка по женскому типу. Реакции зрачков живые, с преобладанием симпатической иннервации. Половой член 9 см длиной, 10 см окружностью. Мошонка складчатая, розовая; яички: правое 4×4 см, левое 4,5×4 см. От исследования предстательной железы категорически отказался. В эякуляте 30—50 лейкоцитов.

В беседе с врачом фамильярен, отсутствует чувство дистанции. Во время перерыва в обследовании принес бутылку вина и колбасу и настаивал, чтобы врач с ним «перекусил за дружбу». Взрывчатый; при обследовании в психиатрическом стационаре «поломал ключицу санитару, но делать сульфозин не позволил»; был выписан «за игру в карты».

После первичного обследования прислал 10 писем о работе, о романтике своей профессии, делился с врачом планами в отношении брака. Сообщал, что «привык к своему положению евнуха».

Иногда становился циничным, угрожал уехать за рубеж, потом раскаивался, писал, что кончить жизнь самоубийством никогда не поздно. Сообщил также, что познакомился с девушкой, и с ней установились вполне терпимые отношения.

В данном случае видны диагностические трудности, порождаемые тем, что описываемые в учебниках «чистые» варианты психопатий в жизни встречаются нечасто. В структуре личностной деформации достаточно четко выступают отдельные черты различных вариантов — эмоционально-лабильного (гипертимного, «возбудимого»), пестуемого, а также эпилептоидного. Однако центральными в описанном случае были, несомненно, проявления истерической психопатии.

Все рассказы и письма пациента — сплошная поза, любование исключительной необычностью собственной персоны. Даже если письма не начинаются местоимением «я» и вроде бы написаны о других, они все равно в конечном счете преломляются и фокусируются на самом себе. К этому же разряду относятся и угрозы просить политического убежища, и неудачный суицид. Этот спектакль в театре одного актера разыгрывается на протяжении всей жизни с таким увлечением, что истина сливается с вымыслом. Стоит обратить внимание на сообщенные обследуемым противоречивые анамнестические данные: «Около 10 связей с эксцессами (до 9), максимальный эксцесс в 18 лет, последний — в прошлом году», а затем: «Последний половой акт — около 2 лет назад».

Некоторые детали (пробуждение либидо в 13 лет) являются чистой выдумкой, что определяется генотипически акцентуированным показателем половой конституции ($K_r=3,5/1-6$, т. е. у границы нормы, но ниже ее критического уровня, к тому же при огромном разбросе), оволосением лобка по женскому типу, субкритической величиной яичек и понижением пигментированности мошонки. Очевидно, свойственная пациенту повышенная эмоциональность и разившее его самолюбие осознание своей недостаточной мужественности привели к определенным закрепившимся формам поведения, ранее ему несвойственным. Однако иногда такие защитные формы поведения могут гипертрофироваться, становясь механизмом социальной дезадаптации. В таких случаях говорят о *гиперкомпенсации*. У нашего пациента первичным толчком к развитию показной сверхмужественности послужило травмирующее осознание своей сексуальной неполноценности. В дальнейшем этот процесс на благоприятной почве истерической психопатии быстро развивался.

Поскольку истерические психопаты не способны глубоко любить другого человека и им обычно никто не нужен, в конечном счете и сами они оказываются никому не нужными. Оптимистическая концовка письма пациента, упоминающая о новой девушке, с которой установились «вполне терпимые отношения», отнюдь не знаменует собой положительного прогноза. Вступая в близкие отношения, люди рассчитывают на взаимность, а психопаты, в частности, истероидные, на это не способны.

В случаях, подобных рассмотренному, программа реабилитации должна учитывать два условия: 1) нахождение такой работы, которая, соответствуя индивидуальным особенностям структуры личности больного, в то же время способствовала бы стойкой стабилизации его саногенных внутренних установок и поддерживала устойчивость межличностных отношений; 2) наличие сексуальной партнерши, способной обеспечить удовлетворение основной экспектации пациента, в данном случае — питать его органическую потребность верить в свою исключительность. От партнерши ожидаются абсолютное бескорыстие, не только вера в исключительность своего избранника, но и отказ от адекватной эмоциональной взаимности.

В лечении сексуальных расстройств на фоне психопатии реальные терапевтические возможности сексопатолога ограничены из-за тотальности, стойкости болезненного состояния и отсутствия даже того внутреннего контроля за своим поведением, который свойствен акцентуациям характера. Поскольку, в противоположность акцентуациям характера, психопатии почти полностью необратимы, рациональная психотерапия играет при них намного меньшую роль. Она эпизодическая и ограничивается воздействием на частные поведенческие стереотипы при некоторых формах (главным образом астенического круга), поскольку никакими рациональными беседами и убеждением изменить болезненно деформированную структуру психопатической личности, как правило, не удастся. Все остальные лечебные воздействия, изложенные в разделе акцентуаций (см. с. 124), начиная с применения лекарственных средств и кончая сексопеди-

ческими приемами реконструктивной секс-терапии, показаны и при реабилитации больных с психопатиями. Семейная психотерапия и трудовая адаптация приобретают при психопатиях ведущее значение, во многих случаях определяя даже не тактику, а всю стратегию функционального восстановления.

Так, комплексная реадаптация больных с сексуальными расстройствами при психопатиях должна включать не только половые и семейные взаимоотношения, но и оптимальное соотношение личностных особенностей и требований профессии. Несоответствие личностных параметров и профессиональных требований проявляется и в семейных конфликтах. Устранение этого несоответствия смягчает напряженность и в супружеских отношениях. Всестороннее психологическое обследование, выявляющее уязвимые стороны личности и резерв индивидуальной переносимости различных условий и ситуаций, способствует правильной ориентации и снижает вероятность психопатических реакций и срывов. Так, было показано (Э. Г. Эйдемиллер, 1976), что у психопатических личностей самооценка адекватна в 60%, а оценка своих близких — в 20—30%. Предлагают [271] групповое анонимное обсуждение наиболее ярких клинических примеров с привлечением близких родственников [284] для быстреего восстановления адекватного общения в семье, тренировки в воспроизведении соответствующих ситуаций — имготерапию [98] и активацию взаимных коммуникаций, тренировку в воспроизведении адекватных межличностных взаимодействий, поэтапное сближение самооценок супругов, которое позволяет повысить эффективность взаимной «сыгранности».

Для преодоления искажений в самооценке использовался опросник сексуального взаимодействия [406, с. 112—113], модифицированный нами [84] в парный тест сексуального взаимодействия. Обследуемым предлагается формализованная оценка различных элементов сексуальной программы (от пуританской до изощренной) в количественном и качественном тезаурусах. Сопоставление ответов партнеров или супругов по различным тезаурусам позволяет оценивать наряду с надежностью данных мотивы ответов и стабильность союза. Сближение оценок, которое достигается серией экспериментов, развивает способность к адекватной самооценке и тренирует коммуникативность пары. Это важно еще и потому, что психопатические личности нередко уже при выборе партнера совершают ошибку. Они предпочитают людей, подобных своим родителям или другим близким, возможно, причастным к этой деформации характера, стойко запечатленной в критические периоды развития. Активное участие в лечении и обсуждении историй (а не просто выслушивание советов) тем нужнее, чем прочнее и глубже компенсация психопатологической симптоматики у больного. Данная процедура в известной мере аналогична «деловым совещаниям» во многих сферах производства с «регламентированным проигрыванием ситуации свободной импровизации» [263].

В работах последних лет освещен важный вопрос об ожиданиях больного в отношении определенных психологических качеств вра-

ча. Анализируя взаимоотношения врача и больного в процессе психотерапии, В. А. Ташлыков (1974) приходит к выводу, что при явлениях навязчивости пациенты предпочитают «сопереживающий вариант с директивностью», а при преобладании астенических явлений — эмоционально-нейтральный. При игнорировании установки больного на совершенно другой эмоционально-волевой подход врача (преждевременное разъяснение причин болезни, поспешное требование активности, неподготовленная передача другому специалисту) возникает риск избрать непродуктивный вариант контакта. Ю. С. Савенко [278] отмечает, что при тревожных состояниях предпочтителен директивный тон, а при депрессивных — недирективные методы, что вытекает из природы тревожных состояний с неустойчивостью психологических характеристик, тогда как при депрессиях они приобретают чрезмерную жесткость.

Критического отношения (по не игнорирования накопленного опыта) заслуживает деятельность религиозных организаций ряда стран (М. А. Попова, 1972). В США священники включены в штат всех психиатрических больниц; выходит специальный журнал по психотерапии как религиозному процессу. Священники сакрализовали многие человеческие потребности: в общении, взаимопонимании, сострадании, утешении. Американский психолог Ch. Palmer (1968), опросивший 1720 человек, пришел к выводу, что 45% опрошенных в качестве причины, побудившей их обратиться к религии, назвали различные кризисные ситуации. По данным G. Allport (1960), в связи с личными проблемами к священникам обращается 42%, к врачам общей практики 29%, к психиатрам — 18% и к брачным консультантам 10%. Чаще других (от 46 до 59%) обращения к священникам связаны с брачными проблемами, потом следуют отношения отцов и детей, юношеское поведение и состояние здоровья. Буржуазные психологи нередко пишут (Allport, Palmer), что психиатрия и психотерапия способны разрушить навязчивые идеи, но ничего не дают взамен, так как врач не может удовлетворить потребность человека в любви, взаимопонимании, дать ему идеалы и философию жизни. С этим нельзя не согласиться: общество, не имеющее удовлетворительной философии, должно испытывать затруднения в решении душевных проблем. За неимением лучшего, оно пытается найти и заимствовать эту философию у медицины.

В отечественной психотерапии соотношение «отрицания и утверждения» в формуле внушения (а внушение действует независимо от того, имеет оно религиозное содержание или нет) получило адекватную разработку и нашло практическое применение [2]. В частности, для устранения «предстартовой лихорадки» формула не должна содержать тех элементов, от которых желательно избавиться. Она строится на утверждениях успешно переживаемых элементов с постепенным переходом от прошедшего к настоящему времени. Данное положение справедливо и в отношении всех других форм ожидания, экспектаций личности, хотя многим психопатическим личностям предстартовая напряженность свойственна меньше, чем личностям невротическим. Требуется дополнительного анализа и влияние смеха

как метода уменьшения навязчивых страхов у психастеников. При психопатиях возбудимого круга определенную помощь в овладении и управлении своим поведением оказывают психоэстетотерапия, обучение положительным эмоциям с использованием поэтических текстов. Случай практического выздоровления больного с анкилозирующим спондилезом от «смехотерапии и аскорбиновой кислоты» [363] заставляет задуматься о роли направленных воздействий на эмоциональную сферу и еще раз переосмыслить роль плацебо. О большом значении плацебо говорят и работы отечественных кардиологов, отмечающих, что в стационаре при стенокардии положительный эффект плацебо превышает 25%, а при гипертонии 50%.

Медикаментозные средства (главным образом транквилизаторы и антидепрессанты — либриум, мепробамат, меллерил, амитриптилин и др.) могут рассматриваться лишь как более или менее удачный фон для комплексной терапии сексуальных расстройств при психопатиях. При паранойяльных психопатиях, менее всего доступных психотерапии, заслуживает дальнейшего изучения хлоракон [308], который препятствует образованию застойных процессов в коре и вызывает торможение эякуляции.

3.4.2.3. ЭНДОГЕННЫЕ ПСИХОЗЫ

3.4.2.3.1. Сексуальные нарушения при шизофрении

Шизофрения — психическое заболевание с синдромальным полиморфизмом и тенденцией к прогрессирующему течению. Для шизофрении типичны изменения личности, обусловленные своеобразными расстройствами мышления и эмоционально-волевой сферы.

Этиология и патогенез. Ни одна из многочисленных концепций этиологии и патогенеза шизофрении не стала общепризнанной. Большинство исследователей рассматривают ее как эндогенное заболевание, при котором имеет значение наследственное предрасположение. Значение наследственности подтверждается изучением близнецов, больных шизофренией. По данным Ф. Кальмана, заболеваемость шизофренией у монозиготных близнецов составляет 86,2%.

Вместе с тем генетические факторы, взятые изолированно, не объясняют всех особенностей возникновения шизофрении, которая не относится к собственно наследственным заболеваниям; ее распространенность среди населения (около 0,8%) во много раз превышает распространенность наследственных болезней. Высказывается гипотеза о генетической неоднородности шизофрении. В пользу этой гипотезы свидетельствуют родословные со сдвигом взаимоотношения наследственности и среды в сторону наибольшего влияния внешних, средовых факторов (Э. С. Наталевич, 1970). Иными словами, при врожденном предрасположении к заболеванию важную роль в его выявлении играют внешние вредности. Биологические и биохимические исследования обнаруживают иммунологические сдвиги и другие изменения, неидентичные при разных формах шизофрении. По дан-

ным нейрохимии, при шизофрении возникают расстройства обмена биогенных аминов, эпзимов и др. В объяснении патогенеза шизофрении наибольшее распространение получила теория аутоинтоксикации. Дефицитарность некоторых функциональных систем влечет за собой нарушение обмена веществ и образование токсических для мозга метаболитов.

Формы течения шизофрении. Принципиальные клинические различия зависят от течения заболевания: непрерывного, приступообразного (периодического) или смешанного (приступообразно-прогредиентного). Внутри перечисленных форм течения шизофрении выделяются варианты с различной прогредиентностью.

Сексуальные нарушения у больных шизофренией многие годы не изучались, хотя отдельные наблюдения и замечания можно встретить в работах начала XX века. Е. Краепелин (1915) одним из первых отметил, что упорная, ничем не устранимая мастурбация или сексуальные извращения могут быть признаком психического заболевания. В то же время, в отличие от R. Krafft-Ebing (1897), поставившего так называемое первичное помешательство опанистов в зависимость от половых нарушений, Э. Крепелин был далек от мысли рассматривать сексуальные отклонения как причину психических заболеваний. Э. Крепелин отметил, что раннее слабоумие нередко начинается в период полового созревания, но не все мастурбирующие больны шизофренией и не все больные шизофренией мастурбируют. Позднее К. Бирнбаум [345] указал на взаимовлияние собственно психопатологических проявлений при шизофрении и сексуальных нарушений. Первые способны изменить структуру сексуальности, вторые в числе других соматопсихических факторов придают определенный колорит «чувственным симптомам».

В отечественной психиатрии также многие годы почти не проводилось направленных исследований половых нарушений у больных шизофренией, а в имеющихся работах возможности сексопатологии использовались весьма поверхностно. В частности, указывали на зависимость сексуальных нарушений от психопатологических проявлений болезни и, напротив, рассматривали влияние сексуальных нарушений на поведение больных шизофренией, подчеркивая общественную опасность этих больных [326, 141]. Учитывали и то, что половые нарушения нередко выступают в роли психогенного фактора, вызывая обострение шизофренического процесса [99]. Расстройство сексуального влечения считали одним из первых предвестников грядущего распада психики. Среди клинических проявлений шизофрении особое значение придавали нарастающему аутизму, который изменяет отношение к окружающему, приводит к постоянному сужению связей-отношений и препятствует реализации сексуальных проявлений. Угасание аффективности ведет к снижению влечения и общего тонуса организма [326]. Частые жалобы больных шизофренией на ослабление либидо и половую слабость вытекают из самой сущности шизофренического процесса и они типичны для больных шизофренией. При неврозах чаще бывают жалобы на преждевременную эякуляцию [326, 172]. По данным литературы, извра-

жения сексуального влечения — редкое явление в клинической картине шизофрении [48]. Предпринимались и предпринимаются попытки установить зависимость между собственно психопатологическими проявлениями шизофрении и сексуальными извращениями [472, 422].

Успехи, достигнутые в последние десятилетия отечественной сексопатологией, несколько активизировали изучение половых расстройств у больных шизофренией. В 1972 г. П. Б. Посвянский [261] рассмотрел сексуальные нарушения у больных шизофренией в различных фазах болезни. Автор отмечает, что в клинической картине шизофрении возможны нарушения ряда сексуальных функций: полового влечения, эрекции, эякуляции, оргазма, менструально-генеративной функции. Это относится и к некоторым вариантам ремиссий с резко выраженным дефектом. Таких больных, по мнению П. Б. Посвянского, должен лечить сексопатолог. Однако, как пишет П. Б. Посвянский, сексуальные мотивы очень часто встречаются в содержании многих психопатологических синдромов (сенестопатически-ипохондрический и любовный бред, бред ревности и др.).

Работа Г. А. Султанова (1972), выполненная на большом клиническом материале, показала, что нарушение сексуальной сферы при шизофрении бывает довольно часто. Сравнительное изучение больных простой и параноидной формами выявило наибольшую частоту упорной и длительной мастурбации в преморбиде и клинике у больных шизофренией. Отмечены большая криминогенность сексуальных нарушений и в ряде случаев их резистентность к лечению. Исследования, опирающиеся на современные методические приемы, помогающие раннему распознаванию и дифференциальной диагностике шизофрении у больных с сексологическими жалобами, проведены С. А. Овсянниковым [241, 242]. Современный клинический патоморфоз шизофрении («сдвиг» в сторону вялотекущих форм), совершенствование внебольничной психиатрической помощи, расширение арсенала терапевтических средств позволяют многим больным жить вне психиатрических учреждений. С одной стороны, это дает больным возможность трудиться, вступать в брак, а с другой — облегчает реализацию общественно опасных тенденций, в том числе сексуальных.

Клинические варианты сексуальных нарушений у больных шизофренией. Частота различных вариантов ослабления половой функции в популяции больных шизофренией выше, чем среди здорового населения. Это происходит из симптоматики шизофрении — эмоциональных расстройств, сенестопатий, способных влиять как на либидо, так и на другие проявления копулятивного цикла. Иначе говоря, вероятность сексуальных нарушений у больных шизофренией выше, чем у психически здоровых лиц. По предварительным данным, приводимым И. А. Поповым [255], среди больных, обратившихся за сексологической помощью, около 7% составляют больные шизофренией, особенно вялотекущей и периодической. Одни больные активно ищут помощи, обращаясь с жалобами на половые расстройства к урологам, сексопатологам, гине-

кологам, невропатологам, терапевтам, и лишь спустя месяцы и годы попадают в поле зрения психиатра. Обычно это больные с вялотекущими формами шизофрении с преобладанием ипохондрических или невротоподобных расстройств. Значительное сходство с невротическими состояниями, а также объективная патология половой сферы (обычно хронический простатит) затрудняют распознавание шизофрении. Эти больные, будучи психически сохраняемыми, проявляют значительную стеничность, добиваясь консультаций специалистов. Раннее выявление таких больных не только обусловлено необходимостью их лечения у психиатра, но и призвано избавить врачей других специальностей от лечения «непрофильных» больных.

Другая категория больных, напротив, по своей инициативе никогда не обращается с жалобами на расстройства половых функций. К сексопатологам их приводит настойчивость либо жены, обеспокоенной половыми нарушениями у мужа, либо родителей, заметивших отклонения в половом поведении сына. Будучи скрыта за фасадом депрессивных, ипохондрических, галлюцинаторно-бредовых и других расстройств, сексуальная тематика нередко диссимулируется, эта тематика и сексуальные нарушения в структуре психоза нередко меняют иерархию психопатологических расстройств в картине заболевания. Например, может оказаться, что суицидальная попытка в юношеском возрасте была не ситуационной (от «несчастной любви»), а продиктованной бредовой убежденностью больного в своей неизлечимой импотенции. Депрессия может быть вторичной, обусловленной сенестопатиями в области гениталий, и именно сенестопатии служат истоками ипохондрического бреда с сексуальной тематикой. Таким образом, во многих случаях шизофрения выступает как причинный фактор *sui generis*, влекущий за собой половые расстройства, и следует еще раз подчеркнуть, что данная категория больных также относится прежде всего к компетенции психиатра. При участии в лечебном процессе сексопатолога следует координировать терапевтические мероприятия во избежание иррадиации бреда.

Безусловно, у больных шизофренией могут быть половые нарушения, не связанные с психическим расстройством. Эти случаи трудны для квалификации и требуют совместных дифференциально-диагностических и терапевтических усилий сексопатолога и психиатра.

К сожалению, иногда диагноз шизофрении порождает у сексопатолога терапевтический нигилизм, и больной «переадресовывается» психиатру без попыток разобраться в предъявляемых им сексологических жалобах. Однако в данном разделе речь пойдет о сексуальных нарушениях, связанных с шизофреническим процессом. Охватить все формы половых нарушений у таких больных невозможно, и мы ограничимся описанием наиболее типичных случаев, встречающихся в практике сексопатолога и психиатра.

Острые и подострые манифестные психотические состояния редко попадают в поле зрения сексопатолога, поскольку жалобы и поведение больных не вызывают сомнений в психическом заболевании. Обычно это галлюцинаторно-параноидные состояния, при которых тематика бреда может быть различной (пре-

следование, воздействие, ревность, любовная, ипохондрическая). Хотя такие больные не нуждаются в помощи сексопатолога, все же здесь следует кратко остановиться на этих случаях; это поможет своевременному распознаванию основного заболевания.

К сексопатологу больных обычно приводит убежденность в своем половом бессилии. У одних больных преобладают онанофобические переживания, у других — ипохондрические, причем последние часто сочетаются с непоколебимой убежденностью в том, что «импотенцию» им «сделали» специально (близкие, знакомые или врачи). Обычно сексуальные жалобы в какой-то мере нелепы, примитивны или аморфны и неопределенны: ослабление эрекций или снижение полового влечения, неравномерность кровенаполнения полового члена, недостаточное количество спермы, уменьшение яичек и пр. Фиксация больных на мыслях о своей половой несостоятельности, на ощущениях в урогенитальной области, как правило, сочетается с игнорированием врачебных рекомендаций; обычно эти больные упорно избегают психиатров.

При сексологическом обследовании существенных отклонений половой сферы не определяется. Нередко выясняется, что больные регулярно живут достаточно полноценной половой жизнью, однако это не избавляет их от бредовой убежденности в половых расстройствах [255].

Больной 43 лет, инженер-геолог, обратился с жалобами на ослабление эрекций и уменьшение количества спермы при эякуляции. Считает себя спокойным, молчаливым, необщительным. Шкала ценностных ориентаций: профессиональные интересы, быт, сексуальная сфера, здоровье, культурные интересы, хобби.

В возрасте 35 лет, на 6-м году супружества, заметил, что жена стала уклоняться от интимной близости. Появилась мысль, что жена ему неверна, стал недоверчив и подозрителен. Однажды, возвратившись домой в неурочное время, долго стучал в дверь, пока жена ему открыла. Тщательно осмотрел квартиру; оказалось, что окно закрыто как-то странно. Требовал от жены признания в измене. Решил, что она встречается со своим сотрудником. Расстроился сои, больной плохо справлялся со своими профессиональными обязанностями. На протяжении последующих лет постоянно упрекал жену в неверности; отношения в семье были натянутыми. Однажды, приняв лекарство, принесенное женой, заметил какие-то примеси в моче. Решил, что это сперма. В одну из последующих ночей жена отказала пациенту в половой близости, мотивируя тем, что он пьян. Понял, что жена дала ему препарат с целью сделать импотентом и таким способом оправдывать свои измены. В течение года жил отдельно от жены, постоянно ощущивал половой член, замечал, что он стал слабым, все реже появлялось желание половой близости. С возобновлением половых отношений убедился в ненормальном функционировании «половой железы», так как спермы выделялось мало и оргазм был тусклым. В возрасте 43 лет обратился к невропатологу и урологу, но эффекта от лечения не было.

Сексуальное влечение с 13 лет; первая эякуляция в 15 лет при ночной поллюции. Частота поллюций — один раз в 3 мес. Половая жизнь с 23 лет с женщиной, имевшей сексуальный опыт. Первый коитус в спокойной обстановке. Эрекция хорошая, имиссия без затруднений. Акт продолжался 1—2 мин, закончился семяизвержением и оргазмом. Максимальный экссесс в 25 лет (6), последний — 2 года назад (2). Последний коитус 3 дня назад, протекал нормально, около 3 мин, закончился семяизвержением и оргазмом. Предпоследний коитус за 7 дней до предыдущего также завершился семяизвержением и оргазмом.

Рост 172 см, масса тела 71 кг, ТИ 1,90. Диаметры сосков 2 см. Оволосение лобка по мужскому типу. Половой член длиной 12 см, окружностью 10 см. Мошонка с выраженной складчатостью, пигментация умеренная. Семенные капли в норме, яички 5×4 см. Предстательная железа не увеличена, при пальпации безболезненна, тугоэластической консистенции, бороздка пальпируется четко. Секрет без особенностей.

Держится несколько скованно; на лице застывшее выражение озабоченности. Контакт формальный, ответы уклончивые, порой сообщает противоречивые сведения. Не может четко сформулировать свои мысли и жалобы. Убеден в изменах жены и в том, что она сделала его импотентом. Не отрицает того, что продолжает регулярную половую жизнь с женой, но по-прежнему упорно ссылается на свою «атрофированную железу», малое количество спермы, повторяет, что его сделали импотентом и он нуждается в лечении. Говорит, что ему трудно думать, он не может справиться с мыслями, иногда в левой половине головы возникает ощущение перекачивания чего-то горячего. Критики к своему состоянию нет. Диагноз: параноидная шизофрения.

В данном случае психопатический процесс возник у личности с нормальной половой конституцией в зрелом возрасте. К моменту обследования длительность заболевания составляла около 8 лет. Бред ревности, которым заболевание манифестировало, значительно усложнился идеями отравления, ипохондрическими расстройствами, как бы «сцементированными» бредовой убежденностью в половой слабости. Высказывания и жалобы больного противоречат тем сведениям, которые он сам сообщает при направленном расспросе. Однако это несколько не поколебало его убежденность в половом расстройстве. В подобных случаях сексопатолог должен своевременно направить больного к психиатру. При объективной сексуальной патологии, сосуществующей с галлюцинаторно-бредовыми или иными психотическими проявлениями, сексопатолога целесообразно привлекать к лечебному процессу лишь после ликвидации острых проявлений психоза.

Непрерывно текущая шизофрения. Эта форма наиболее полно отражает особенности шизофрении в исторически сложившемся представлении об этой болезни как о прогрессирующем процессе, в клинических проявлениях которого сочетаются продуктивные и негативные симптомы (Р. А. Наджаров, 1969). Прогрессирующая может быть различной — от вялого благоприятного течения с преобладанием псевдоподобных, психопатоподобных и других расстройств, долго не приводящих к глубокому психическому дефекту, до злокачественного, с быстрым возникновением конечных состояний и глубоким поражением психических функций. В большинстве случаев сексопатологу приходится иметь дело с больными вялотекущей шизофренией. Наиболее часто эти больные жалуются на снижение либидо, иногда в комбинации с другими нарушениями копулятивного цикла (преждевременная эякуляция, притупление оргазма, слабость эрекции).

Снижение полового влечения как основное сексуальное нарушение обычно возникает на 2—3-м году заболевания, чаще в возрасте 18—29 лет. Большинство больных до появления манифестных признаков шизофрении мастурбировали, нередко с детства (до того как возникла физиологическая потребность в мастурбации), с эксцесса-

ми. Свойственное этим больным аутистическое фантазирование отражается и в формах мастурбации. Преобладает персевераторно-обсессивный тип мастурбации с эротическими фантазиями, которые с течением времени становятся все более выхолащенными и оторванными от реальности. Нередко мастурбация приобретает вид стереотипных действий без оргастической разрядки. В юношеском возрасте присоединяются деперсонализационные расстройства с аморфным чувством собственной измененности, колебаниями настроения, апатией и явлениями ментизма. В других случаях ведущими являются дисморфобические или сенестопатически-ипохондрические нарушения с локализацией сенестопатий в области гениталий. Больные ощущают неприятную пульсацию внизу живота, боли, иррадиирующие в яички, в половой член, испытывают неопределенное чувство сдавления в промежности, затруднения при прохождении мочи, спермы. Больные считают, что у них произошли закупорка семявыносящих протоков, сужение мочеиспускательного канала, что из уретры выделяется гной и при этом связывают неприятные ощущения с длительной мастурбацией или ссылаются на будто бы перенесенные воспалительные заболевания половых органов [Коркина М. В. 1968].

Либи́до обычно снижается через несколько лет после пубертатного криза, это совпадает с появлением деперсонализационных, дисморфобических и сенестопатически-ипохондрических расстройств. К этому периоду мастурбаторная активность уменьшается, а затем больные зачастую перестают мастурбировать, не испытывая в этом потребности. Если больные не состоят к этому времени в браке, то попытки вступить в половую связь редки и обычно оканчиваются неудачей из-за слабости эрекции. На фоне ипохондрических и сенестопатических проявлений с сексуальной фабулой переживаний появляются жалобы на импотенцию и отсутствие полового влечения. Больные обращаются к урологам, эндокринологам, сексопатологам, однако лечение, несмотря на обнаруживаемую приблизительно в четверти случаев патологию предстательной железы, эффекта не дает. Лишь с течением времени, когда поведение больных принимает гротескные формы или их жалобы становятся абсурдными, они попадают к психиатру. На этом этапе обращают на себя внимание эмоциональная монотонность больных, неадекватность, замкнутость, жалобы на неприятные телесные ощущения, ипохондричность и нарушения мышления. Снижение полового влечения, как правило, сопровождается мыслями о неизлечимости приобретенной импотенции. Преобладающие идеи сексуальной неполноценности и активное стремление получить помощь диссоциируют с общей эмоциональной монотонностью и снижением побуждений в целом. Жалобы больных на полное отсутствие полового влечения могут сочетаться с формальными заявлениями о желании жить нормальной половой жизнью, поскольку «так надо», «так все делают».

Рассмотренную категорию больных отличает раннее половое развитие, эксцессивные формы мастурбации в пубертате, что свидетельствует об удовлетворительной половой конституции. Редукцию сексуальной активности у них нельзя объяснить конституциональными

генетическими факторами. Нельзя ее объяснить и эндокринной патологией, поскольку, с одной стороны, ее признаков не обнаруживают, а с другой — лечение гормональными препаратами неэффективно. Этиология и патогенез подобного поражения либидо в каждом случае индивидуальны, но определяющими здесь являются эндогенные расстройства, подавляющие половое чувство. Эпдогенный фактор вступает в силу по миновании периода юношеской гиперсексуальности, когда не возникает той фоновой сексуальной напряженности, которой можно было бы ожидать при сексуальной активности в пубертате. Это объясняется постоянным чувством физического дискомфорта, связанным с аффективными, деперсонализационными, дисморфобическими, сенестопатическими расстройствами. Психический компонент либидо, основанный у этих больных на эротических фантазиях, порой далеких от реальности, быстро тускнеет, дезактуализируется под влиянием тягостных сенсаций и ипохондрического бреда. Прогноз зависит от курабельности психонатологических расстройств и глубины эмоционального снижения. При нарастающем эмоциональном оскудении лечение сексуальных царушений приносит лишь временный успех.

Больной К., 28 лет, товаровед, обратился с жалобами на отсутствие полового влечения. В детстве перенес детские инфекции, гепатит. Помнит, что совсем маленьким мастурбировал, так как испытал какой-то зуд в половых органах. Всегда отличался необщительностью, замкнутостью, много читал. В возрасте 14 лет вновь начал мастурбировать и в последующие 2—3 года мастурбировал систематически, иногда несколько раз в сутки. Одолевали навязчивые мысли о своей сексуальной неполноценности. Настроение было пониженным, периодически испытывал чувство безотчетной тревоги, страха. Пытался прекратить мастурбацию, но тут же возникали мысли, что стал импотентом. С целью проверить себя вновь прибегал к мастурбации. Стал неряшлив, старался не выходить из дома (казалось, что окружающие знают о его пороке); с трудом концентрировал внимание при выполнении школьных заданий, иногда в голове возникал «сумбур». Окончив 10 классов, поступил в экономический институт. Попыток сближения с женщинами не предпринимал, поскольку не было особенного желания. Время от времени мастурбировал. В возрасте 20 лет при оргазме во время мастурбации возникла боль в половом члене, и головка, как ему показалось, потеряла чувствительность. С тех пор стали беспокоить боли в половом члене и промежности. Мастурбацию прекратил, был всецело поглощен своим здоровьем. Читал медицинскую литературу, пытаясь разобраться в своем состоянии. К врачам идти стеснялся. Перестал посещать занятия в институте, оформил академический отпуск. Зимой того же года обратился в психоневрологический диспансер с жалобами на неспособность к половой жизни, снижение полового влечения, боли в головке полового члена и навязчивые мысли о своей неполноценности. Был направлен в психиатрическую больницу. В разговоре постоянно возвращался к своим неприятным ощущениям в половом члене, в промежности; заявлял, что боли с корня полового члена передаются в голову, что его ничто не интересует, он не может общаться с окружающими, утратил интерес к жизни.

В отделении необщителен, большую часть времени проводил в постели. Подсказывал врачу разнообразные методы лечения, о которых читал в книгах. Проводилось лечение поливитаминами, седуксеном, тазепамом, мелипрамином; больной перестал предъявлять ипохондрические жалобы, но по-прежнему отмечал снижение полового влечения. Выписан с диагнозом: неврозоподобная психозфрения. Работал продавцом в магазине. В свободное время рисовал, читал книги. Попыток сблизиться с женщиной не предпринимал, так как «не было к тому никакого желания», не оставляли мысли о половом бессилии. Время от

времени возникали неприятные ощущения в половых органах, но по совету врачей старался не обращать на это внимания. Осенью возобновил учебу на 5-м курсе института, однако вскоре занятия прекратил. Работал товароведом. Постоянно возникали мысли о бесперспективности существования, поскольку считал себя неизлечимо больным; были мысли о самоубийстве. Время от времени посещал уролога, невропатолога, упорно избегая госпитализации в психиатрическую больницу. Спустя год приехал в Москву на консультацию.

Рост 181 см, масса тела 78 кг, ТИ 1,95. Диаметры сосков: правого — 2 см, левого — 1,5 см. Оволосение на лобке с тенденцией к горизонтальности. Наружные половые органы развиты правильно. Предстательная железа без существенных изменений.

Несколько вял, эмоционально монотонен, беседует без желаний. Создается впечатление, что диссимилирует свои переживания. К женщинам, по его словам, влечения не испытывает, сама мысль о половых отношениях с женщиной ему неприятна, но хотел бы жить, как все. Жалуется на боли в половом члене. Год назад ввиду живота появилась «пульсация», живот вздувает, и как только он появляется в людном месте, в кишечнике начинается урчание. Из-за этого даже не ходит в кино, поскольку все на него якобы обращают внимание. Склонен связывать описанные явления с онанизмом; убежден, что ему нужно восстановить половую функцию, тогда у него поднимется жизненный тонус. Иногда испытывает чувство безотчетной тревоги или, напротив, «нападает полная апатия». Считает, что в половых органах у него постепенно происходят изменения: раньше половой член был упругим, а сейчас стал мягким и уменьшился.

Диагноз: шизофрения, вялотекущий процесс с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств.

Заболевание в данном случае началось исподволь, в юношеском возрасте, когда на фоне эксцессивной мастурбации возникла субдепрессия с периодами тревоги, безотчетным страхом. Быстро сформировалось убеждение в половом бессилии, которое после присоединения сенестопатически-ипохондрических расстройств приняло характер онанофобического бреда. Несмотря на усложнение с течением времени продуктивной симптоматики, в целом процесс вялый, с относительной инертностью клиники.

На данном клиническом примере видно, как у больного с достаточно выраженным либидо по миновании пубертатного периода в связи с эндогенным процессом снизился общий сексуальный тонус, а после присоединения сенестопатически-ипохондрических расстройств половое влечение почти исчезло. Болезненная фиксация на ипохондрических переживаниях, преобладание отрицательно окрашенных эмоциональных состояний нивелируют проявления полового влечения.

Кроме описанной категории больных, у которых в процессе заболевания произошла редукция прежде достаточно выраженного либидо, встречаются больные непрерывно текущей шизофренией, у которых заболевание сопровождается значительным торможением пубертатных проявлений и последующей полной блокадой либидо. Участие конституциональных факторов в нарушении влечения у данных больных более значительное, т. е. речь может идти о взаимоотношении слабой половой конституции и шизофренического процесса.

Среди половых расстройств при шизофрении нередко так называемые дебютантные формы импотенции. Феноменологически они весьма сходны с таковыми у лиц, не страдающих психическим забо-

лением. В частности, возможна коитофобия по типу невроза ожидания или слабость эрекции ввиду несоответствия мастурбаторных эротических фантазий (как привычного сексуального раздражителя) атрибутам реального полового акта, из-за чего они не стимулируют, а тормозят эрекцию. Обычно эти расстройства возникают на фоне конституциональной недостаточности нейроэндокринного обеспечения, поэтому отсутствие физиологических механизмов в виде мощного «либидинозного напора» лишает возможности преодолеть барьер [239].

У больных шизофренией в качестве опосредованной причины указанных расстройств следует отметить раннюю допубертатную мастурбацию с эротическими фантазиями (порой перверзного содержания), которое обуславливают неправильное формирование условнорефлекторных сексуальных надстроек. Таким образом, первичным расстройством наряду с некоторой конституциональной слабостью выступает рассогласование созданной фантазией патологической модели сексуальных действий и модели нормативной [239]. В дальнейшем подключается механизм фиксации на неудачах и возникает бредовая убежденность в непоправимом вреде, причиненном мастурбацией. Однако такая убежденность у многих больных существует в виде первичной паранойальной идеи или в виде вторичного ипохондрического бреда еще до попыток вступить в половые отношения.

Приступообразная шизофрения. Приступообразную шизофрению с ее чрезвычайным клиническим разнообразием делят на периодическую (рекуррентную) и приступообразно-прогредиентную (шубообразную). Эти формы различаются по прогредиентности, ремиссиям и психопатологической структуре приступов. Особенностью рекуррентной шизофрении являются возвраты болезни — четко очерченные приступы с преобладанием аффективно-бредовых и онейроидно-кататонических расстройств. Шубообразная шизофрения занимает как бы промежуточное место между непрерывной и рекуррентной. В ней сочетаются признаки непрерывного процесса (постепенное развертывание неврозоподобных, паранойдных, паранойдных, люцидно-кататонических, конечных состояний) с четкими приступами, свойственными рекуррентной шизофрении (острый паранойд, депрессия, мания, острый парафренный, депрессивно-паранойдный, онейроидно-кататонический синдромы). В целом ремиссии при шубообразной шизофрении хуже, чем при рекуррентной шизофрении, и прогноз заболевания менее благоприятен. Возможен переход одной формы в другую. Так, нередко шизофрения, вначале фазно-периодическая, приобретает признаки шубообразной формы.

Особенности сексуальных нарушений при рекуррентной и шубообразной шизофрении зависят от фазы процесса (приступ или ремиссия) и психопатологии приступа. Во многих случаях сексуальная патология столь тесно зависит от развития психотического приступа, что по миновании приступа нормализуются и сексуальные функции. Так, в 1978 г. С. Buddeberg с соавт. опубликовали показательный клинический случай. Больной с давним шизофреническим процессом в форме аффективных, депрессивно-ипохондрических, аффективно-

бредовых приступов постоянно получал поддерживающую терапию. Последние годы экстацербации болезни сопровождались преимущественно парапоидной симптоматикой (бред ревности). Очередному психотическому приступу у больного всегда предшествовал период преждевременной эякуляции, и этот симптом стал как бы предупредительным сигналом. В период приступа половые отношения прекращались, больной мастурбировал, обвинял жену в проституции. По миновании психоза и исчезновении бреда ревности преждевременная эякуляция сохранялась несколько месяцев, а затем половая деятельность нормализовалась.

С чисто клинических позиций объяснить происхождение указанного феномена весьма сложно, тем более не выдерживает критики его психоаналитическое толкование. В широком смысле, по-видимому, можно говорить о дизрегуляции в кортико-нейровисцеральной системе обеспечения эякуляции. Эта дизрегуляция наступает под влиянием либо слабых психотических предвестников приступа, либо биохимических сдвигов, предшествующих всякий раз психотическому приступу. Тем не менее можно думать о причинной зависимости между развитием психотического приступа и сексуальными нарушениями.

Особенно четко отмеченная зависимость прослеживается у больных с преимущественно аффективной структурой приступов (маниакальной или депрессивной). В первом случае нередко наблюдается повышение, во втором — понижение полового влечения. У женщин повышение либидо во время приступа может привести к тому, что многократные половые сношения не приносят удовлетворения. Сексуальность нарастает по мере затягивающегося отсутствия менструации (А. А. Меграбян, 1972). Вообще при эндогенных фазовых психозах дезактуализировавшиеся сексуальные нарушения становятся значимыми для больных при нарастании психотических явлений [506]. Преобладание депрессии в структуре приступа аффективных расстройств обычно влечет за собой резкое снижение полового влечения с притуплением оргастических ощущений, неуверенностью в своих сексуальных возможностях и др.

У одних больных снижение либидо наблюдается лишь во время приступа при относительной нормализации половой функции в ремиссии, у других по мере прогрессирования заболевания общее снижение сексуальной активности остается и в межприступных периодах. Клиническая картина сексуальных нарушений становится мало отличимой от таковых на отдаленных этапах при вялотекущей шизофрении, поскольку в качестве «фоновой» психопатологической симптоматики здесь выступают те же ипохондрические расстройства и нарастающее эмоциональное обеднение.

Больной Р., 27 лет, токарь. По характеру замкнутый. В юношеском возрасте — эксцессивная мастурбация с эротическими фантазиями. Заболел в 18 лет: появились постоянная боль в висках, слабость, тревога, ощущение надвигающейся катастрофы. Считал, что необычное состояние связано с онанизмом. Окружающее «померкло», испытывал «полный пессимизм», значительно снизилась активность. В течение 8 мес лечился в психиатрической больнице с диагнозом: шизофрения. После лечения улучшилось настроение, ощущал прилив

сил, улучшилась, как он выражается, половая система, но мысли о вреде, причиненном онанизмом, оставались. При выписке врач посоветовал жениться и нормализовать половую жизнь. Несмотря на достаточно выраженное половое влечение, застенчивому пациенту было трудно познакомиться с женщиной.

В 20 лет возник повторный депрессивный приступ с суицидальными мыслями, резким снижением полового влечения и мыслями о вреде онанизма. Вскоре после выписки из больницы больной женился; половая жизнь протекала нормально. В 23 года вновь снизилось половое влечение, жена стала упрекать его по этому поводу, что усугубило и без того неудовлетворительное состояние: испытывал физическую слабость, мысли были «пессимистические». В третий раз госпитализирован в психиатрическую больницу, около 8 мес лечился инсулином и нейролептиками. После выписки отмечалось небольшое повышение настроения с нормализацией половой жизни. В течение года отношения в семье были удовлетворительными, а затем начались конфликты. Узнал, что жена ему неверна, и в итоге брак был расторгнут. Тяжело переживал случившееся. Встретился с другой женщиной, но хорошего настроения уже не было. На протяжении последних 3 лет постоянно тревожно ожидает неудачи перед половым сношением, считает, что навредил себе онанизмом. Иногда во время предварительных ласк отмечает выделение из мочеиспускательного канала «капли», после чего эрекция исчезает. Боятся длительных ласк. В момент семяизвержения однажды испытал ощущение, будто у него раскалывается черепная коробка, что его весьма встревожило. С тех пор он постоянно думает об этом.

В период депрессивных приступов у больного наблюдается явное снижение либидо и актуализируется онанофобический комплекс. В ремиссиях половая жизнь нормализуется. Однако после 3-го приступа ремиссия была непродолжительной, и 4-й приступ, психогенно спровоцированный (развод с женой), протекал стерто. Гипотимный аффект в его структуре был менее выражен, чем раньше, но зато преобладали невротические опасения, ипохондричность, ослабление адекватных эрекций, в основе чего, по-видимому, лежит не только навязчивое опасение неудачи при половом акте, но и общая редукция сексуальной активности. Это вообще типично для более отдаленных этапов приступообразной шизофрении, и важная роль принадлежит длительному применению психотропных средств, когда возникает так называемый отрицательный психотропный патоморфоз (Д. Г. Еникеев, 1978) с адинамией, вялостью, апатией, снижением волевой активности и спонтанной волевой деятельности.

Сексуальные нарушения у больных шизофренией в длительной ремиссии во многих случаях мало отличаются от таковых у психически здоровых лиц как по проявлениям, так и по причинам. В то же время многим больным шизофренией в ремиссии свойственны чрезвычайная «соматопсихическая хрупкость» и «реакбельность» [49], интолерантность к обычным нагрузкам (Г. В. Зеневич, 1958), склонность к астеническим и депрессивным реакциям (Д. Е. Мелехов, 1941), возникновению сверхценных идей с ипохондрическими проявлениями [506]. Вследствие этого больные склонны к фиксации на своем соматическом состоянии, в частности, на функции половых органов. Всевозможные слабые ощущения, исходящие из гениталий, в норме почти не воспринимаемые, у больных шизофренией подвергаются ипохондрической интерпретации, формируя убежденность в заболевании половой сферы.

Неудачные попытки полового сближения способны вызвать не только преходящие состояния декомпенсации с актуализацией сене-

стопатически-ипохондрических расстройств, но даже истинные обострения и рецидивы заболевания. Изменения в психическом состоянии больные обычно ставят в зависимость от нарушений в сексуальной сфере, настаивая на лечении в первую очередь половых расстройств. Возникает далеко не простой вопрос о лечебной тактике в отношении этих больных, тем более что в ряде случаев отклонения в сексуальной сфере выявляются объективно.

Половые извращения при шизофрении. Многие годы отечественная психиатрия не уделяла должного внимания изучению сексуальных перверзий у больных шизофренией, а если и обращалась к сексуальной проблематике, то главным образом в плане изучения сексуальных нарушений у психопатических личностей. Отдельные замечания по этому вопросу можно встретить в работах В. М. Тарновского, В. П. Сербского, Н. П. Бруханского, А. А. Перельмана. В частности, Н. П. Бруханский [48], описывая скотоложество при различных психических заболеваниях, описал его и у больного шизофренией. Однократный содомический акт был совершен больным в период юношеской гиперсексуальности по типу внезапно возникшего импульсивного влечения. А. А. Перельман (1944) отметил встречающуюся иногда у больных шизофренией склонность к гомосексуализму.

Исследований сексуальных отклонений у больных шизофренией мало и в настоящее время, поскольку к сексопатологам больные по своей инициативе обращаются редко, а психиатры обращают внимание на эту сторону психопатологии шизофрении лишь в процессе судебно-психиатрической экспертизы или припудительного лечения после сексуальных правонарушений. В связи с этим сексуальные извращения у больных шизофренией стали изучать с привлечением материала судебно-психиатрической клиники [326, 141]. Появление сексуальных извращений у больных шизофренией может прямо или косвенно зависеть от шизофренического процесса. Первичное, эндогенно обусловленное извращение полового влечения может иметь в основе свойственную некоторым больным шизофренией неопределенность полового влечения в смысле фиксирования на каком-либо поле. Этой особенностью сексуальной сферы Э. Кречмер (1930) объяснял распространенность гомосексуализма среди таких больных. Неопределенность полового влечения может проистекать из аффективной амбивалентности (двойственности аффектов), когда какое-либо переживание воспринимается больным одновременно как приятное и неприятное (А. А. Перельман, 1944).

В качестве непосредственной эндогенной причины, обуславливающей сексуальные извращения, может выступать свойственная многим больным шизофренией неадекватность аффектов, при которой то, что у здорового человека обычно вызывает радость, у больного вызывает печаль и наоборот (А. А. Перельман, 1944). Экстраполируя сказанное на сферу полового влечения, можно привести пример, когда эксцессивно мастурбирующий подросток, страдающий шизофренией, начинает испытывать непопятное отвращение к половому акту, к женским половым органам, а затем к женщине в целом.

Иногда эта диссоциация становится еще более контрастной: больные испытывают «жуткую похоть и отвращение к женщине», не могут думать ни о чем, кроме половых сношений, но с женщинами им это противно, и пр. Указанный период искаженного психотического процессом пубертатного криза может служить истоком сексуальных извращений, причем форму извращения обычно обуславливают случайные обстоятельства с фиксацией по механизму условного рефлекса. Чаще всего формируются гомосексуальные, педофильные, эксгибиционистские тенденции.

Приведенные выше варианты возникновения сексуальных перверзий свойственны детской и юношеской непрерывнотекущей психотической психотической. Тем не менее довольно часто перверзии выступают в качестве составной части психотического приступа в рамках шизообразной или рекуррентной психотической. Причиной перверзий становятся кататоническая расторможенность влечений и выраженная гиперсексуальность, когда пол партнера перестает иметь значение; галлюцинаторная информация (голоса убеждают больного в том, что гомосексуальные акты полезны для его здоровья, что его переделали в женщину и пр.); бредовые идеи ипохондрического содержания с чувством измененности гениталий и некоторые другие психопатологические симптомы. Извращенное половое влечение в психотическом состоянии нередко сопровождается актами агрессии с импульсивными поступками, жестокими убийствами. По миновании психоза исчезают и перверзии, что указывает на их процессуальную обусловленность.

У некоторых больных процессуальные (негативные или позитивные) психотические расстройства принимают лишь косвенное участие в формировании сексуальных извращений. Перверзии у них могут возникать, в частности, «имплантационным» путем, по терминологии Е. К. Краснушкина (1925), — вследствие соблазна, подражания, взаимного внушения. Возможен и компенсаторный путь, провоцирующий половые извращения вследствие сексуальной изоляции (места лишения свободы и др.). В том и другом случае формирование перверзий способствуют свойственный некоторым формам психотической психический инфантилизм с неустойчивостью интересов и повышенной внушаемостью, гебоидные формы поведения с явлениями дромомании, оппозицией к существующим морально-правственным нормам и склонностью к антиобщественным действиям, а также общее эмоциональное снижение. Перечисленные признаки свойственны начальным стадиям психотической и наиболее выражены в период формирования психосексуальной ориентации. Поведение больных плохо поддается коррекции, с детских лет они состоят на учете в милиции, злоупотребляют алкоголем, совершают мелкие кражи и легко попадают под влияние лиц с гомосексуальными наклонностями. Гомосексуальные акты больные совершают вначале из подражания или за небольшое вознаграждение. Постепенно, через стадию псевдоперверзий, у них условнорефлекторно формируется истинный гомосексуализм. Чаще всего эти больные выступают в роли пассивного партнера. Будучи социально дезадаптированы, они ведут изживен-

ческий образ жизни. Подобный тип мальчика-педераста на положении проститутки в 1926 г. описал Н. И. Озерецкий. В психическом состоянии этих больных наряду с утрированно женской манерой держаться и гримасничаньем обращают на себя внимание эмоциональная неадекватность, цинизм и крайняя сексуальная обнаженность. При углубленном исследовании психики выявляются колебания аффекта, нерезко выраженные нарушения мышления и эпизодические слуховые обманы.

Лечение больных шизофренией с сексуальными нарушениями имеет свою специфику, поскольку структура половой функции сложна и в ее обеспечении чрезвычайно велика роль психического звена. К. Обуховский (1971) пишет: «Сексуальные особенности индивидов, как, например, половая сила, импотенция, считаются окружающими общественными достоинствами или недостатками, как, скажем, храбрость или трусость, правдивость или лживость, а не просто определенными физическими чертами, подобными остроте зрения или болезням типа туберкулеза или астмы. Этим объясняется стремление человека к приобретению сексуальных достоинств...». Нарушение половой функции травмирует психику, снижает эффективность терапевтических мероприятий при шизофрении, и в процессе лечения это следует учитывать.

Уместно напомнить об осторожности при использовании собственно сексологических методик (массаж предстательной железы, бужирование и пр.) для лечения и обследования больных шизофренией. Действия врача могут получить бредовую интерпретацию со всеми вытекающими отсюда последствиями [138].

Острые и подострые психотические состояния с бредовыми идеями половой слабости, как уже упоминалось, не требуют вмешательства сексопатолога.

При вялотекущей шизофрении с преобладанием сенестопатически-ипохондрических и депрессивных расстройств, сопровождающихся снижением либидо, терапия также прежде всего должна быть направлена на ликвидацию психопатологических расстройств.

При лечении психических состояний нейролептиками следует предупреждать проявления нейролептического синдрома, при котором угнетаются и половые функции. Постепенное исчезновение аутистических тенденций и ипохондрических, депрессивных и галлюцинаторно-бредовых расстройств позволяет более активно использовать методы психотерапии. Содержание психотерапевтических бесед должно быть сугубо индивидуальным с учетом личностных особенностей, психопатологических и сексологических расстройств. Особенно велика роль психотерапии при дебютантных формах импотенции с явлениями коитофобии, при «мастурбаторной ипохондричности» и ситуационно обусловленных нарушениях половых функций в ремиссиях. Что касается сексуальных нарушений в период аффективных и аффективно-бредовых приступов при ремиттирующих формах шизофрении, то в случаях отчетливой временной и причинной связи их с психотическим приступом они исчезают после окончания психоза.

Крайне сложен и не разработан вопрос о лечении сексуальных извращений у больных психозами. Извращения у них истинные независимо от того, прямо или опосредованно они связаны с психотическим процессом. Традиционные методы лечения нейролептиками, сульфозином и другими средствами направлены по сути на временное угнетение половой функции в целом, а не на коррекцию направленности полового влечения и способов его удовлетворения.

3.4.2.3.2. Половые расстройства при эпилепсии

Эпилепсия — психическое заболевание, проявляющееся различными пароксизмальными состояниями, психозами и специфическими изменениями личности, в тяжелых случаях приводящими к слабоумию. Это одно из самых распространенных заболеваний (около 0,5—1% населения), хотя до настоящего времени остается открытым вопрос о его самостоятельности.

Традиционное деление многочисленных форм эпилепсии на две группы — генуинную (идиопатическую, эссенциальную), т. е. заболевание с неустановленными причинами (собственно эпилепсия как эндогенное заболевание), и симптоматическую (преимущественно пароксизмальные проявления после органического поражения мозга и как симптомы разных заболеваний) вызывает все более критическое отношение (Г. Е. Сухарева, 1965; А. А. Меграбян, 1972).

В связи с многообразием причин эпилепсии многие исследователи подразделяют все эпилептические припадки на эпилептические реакции (единичные приступы в ответ на чрезмерные раздражители, например, интоксикации), эпилептические синдромы (эпилептические припадки при различных заболеваниях) и собственно эпилепсию как самостоятельное заболевание. Основой для выделения эпилепсии как самостоятельной нозологической формы служат внутреннее единство и связь клинических проявлений: судорожных состояний и их эквивалентов, психотических картин, особенностей деградации личности. Эти изменения, имея разную выраженность и сочетания, определяют широкий диапазон клинических проявлений с различными уровнями поражения психики, соответственно которым одни больные участвуют в трудовой и общественной жизни, а другие становятся постоянными обитателями психиатрических учреждений.

Половые расстройства не входят в структуру основных проявлений эпилепсии. Более того, эпилепсия может протекать без половых нарушений. Однако расстройства, присущие этому заболеванию, могут придавать определенное своеобразие половым нарушениям, возникающим вне связи с эпилепсией. Сексопатологу часто приходится иметь дело с больными эпилепсией, и он должен знать основные особенности психики этих больных, т. е. стойкие изменения личности, входящие в понятие «эпилептический характер». Эпилептический характер обычно формируется в зависимости от злокачественности процесса. Постепенно круг интересов больных сужается, они становятся все более эгоистичными. Собственное здоровье (в том

числе и половое), мелочные интересы, особенности отношения к ним окружающих все более поглощают внимание больного. На фоне этой эгоцентричности внутренняя холодность и даже жестокость к окружающим (включая половых партнеров) нередко маскируются показной нежностью и слащавой любезностью. Больные становятся придирчивыми, мелочными, педантичными, склонными поучать, принимать на себя роль поборников справедливости, обычно понимая ее весьма эгоистически. Им свойственна инертность, малоподвижность эмоциональных реакций, что выражается в злопамятности, мстительности, «застревании» на обидах (нередко мнимых). На фоне этой инертности они легко переходят от одного аффективного полюса к другому. Нередко слащавые и навязчиво льстивые, большие неожиданно становятся очень злобными и агрессивными. Эти внезапные бурные приступы гнева составляют одну из ярких черт эпилептического характера.

Мышление больных отличается вязкостью, ригидностью, мелочной детализацией. При нарастании эпилептического слабоумия больные теряют способность отделять главное от второстепенного, снижается память, развивается олигофазия. Они не могут критически осмысливать свое состояние и поведение.

Взаимоотношения эпилепсии и половой функции следует рассматривать в двух направлениях: влияние половых излишеств или полового воздержания на эпилепсию (ее возникновение и злокачественность) и влияние эпилепсии на развитие половых расстройств. Еще врачи древности видели причину эпилепсии в пороках (в том числе в половых излишествах) и рекомендовали избегать половых сношений, чтобы предупредить эпилептические припадки. Однако из тех же древних времен до наших дней дошло мнение, что регулярная половая жизнь и беременность могут исцелить от эпилепсии.

Со второй половины XIX века появляются научные исследования о связи между эпилепсией и функцией половой системы. Так, Виллар (A. Villard) в 1869 г. описал связь пароксизмальных состояний с менструальным циклом, с органическими или функциональными нарушениями половых желез. Развивая это направление, П. И. Ковалевский даже выделил «менструальную эпилепсию» и «половую эпилепсию» (1894). В последующие десятилетия по крайней мере временная связь менструаций и эпилептических припадков была многократно подтверждена. Показано, что менструации влияют на эпилептическую пароксизмальность. Эти данные подтверждаются и в работах последнего времени. Е. Д. Свет-Молдавская (1957) отметила выраженную диссоциацию между сексуальной и овариально-менструальной функциями: у больных нарушался менструальный цикл, при задержке менструаций появлялся выраженный эротизм, который становился как бы предвестником психотического состояния.

Обращали внимание и на развитие или утяжеление клиники эпилепсии в период полового созревания; делали вывод о прямой связи между секреторной функцией половых желез и эпилепсией. Однако более полное описание клиники других психических заболеваний в переходном периоде, а также тщательное изучение так называемого

пубертатного криза показали неспецифичность влияния пубертатных сдвигов.

Неправильное толкование причинно-следственных отношений между эпилепсией и нарушением функций половых желез приводило в ряде случаев к неправильной терапевтической тактике. Это приносило дополнительные страдания больным и даже калечило их судьбы. Применяли необоснованную гормональную терапию и даже кастрацию с целью лечения эпилепсии (J. Schramm, 1887).

В литературе описаны различные виды и формы половых расстройств у таких больных. Однако в старой литературе преобладают красочные описания пароксизмальных состояний с сексуальной тематикой психотических переживаний. Например, приводится описание больного, который перед приступом видел прекрасную женщину в сладострастных позах и при этом у него происходило семяизвержение; описан отличающийся в обычной жизни высоконравственным поведением молодой человек, который во время приступа обнаженно и усиленно мастурбировал; муж в состоянии пароксизма обнаруживал крайний эротизм и однажды после отказа жены в половой близости бросил в печь своего ребенка [442]; солидный человек во время сумеречного расстройства сознания ощупывал половые органы пятилетней девочки (E. Kraepelin, 1902); больная, переживавшая в сумеречном состоянии сцены ее изнасилования. Вряд ли подобные расстройства поведения в период сумеречного состояния сознания можно относить к половым расстройствам.

У больных эпилепсией, так же как и у психически здоровых или страдающих иными формами психической патологии, возможны различные виды половых расстройств, в том числе перверзии. Психиатрическая литература об эпилепсии содержит много клинических описаний подобных случаев. Отмечали «чрезвычайную частоту половых извращений в форме онанизма, садизма, мазохизма, эксгибиционизма, фетишизма, копрофилии» (Marichau-Beauchant, 1912). Причинами этих извращений считали раннее появление и интенсивность полового инстинкта у больных эпилепсией и плохую восприимчивость этих больных к воспитательному воздействию вследствие слабости морального чувства. Одним из экзотичных примеров извращения полового влечения у больных эпилепсией, ставшим классическим, является случай с французским сержантом Бертрамом (см. с. 89). Описания мазохизма, примеры мастурбации у женщин (например, введение в прямую кишку различных предметов для полового удовлетворения), случаи, когда у больного возникало половое возбуждение при виде спаривания бабочек, приступы платонической любви к своим сверстницам при полном равнодушии к мужчинам и тому подобные примеры достаточно часто встречаются в литературе. Однако причинно-следственная связь этих нарушений с эпилепсией большей частью не доказана.

Хотя выделение различных симптоматических эпилепсий правомерно лишь относительно, нельзя не остановиться на так называемой психомоторной височной эпилепсии, при которой описывались сексуальные нарушения. Припадки при височной эпилепсии начи-

наются с сенсорной или более сложной психической ауры, пароксизмы обычно бессудорожные, с картиной различных вариантов сумеречных состояний и внезапным возникновением тех или иных автоматизированных движений, что и дало основание назвать заболевание «психомоторной эпилепсией». Эпилептический очаг при этом клиническом варианте располагается в височных долях больших полушарий головного мозга и в прилегающих к ним образованиях (лобно-орбитальная кора, покрывка и др.).

При поражении височной доли у животных изменяется сексуальное поведение. Этот феномен получил название синдрома Клювера — Бьюси. Гасто, отмечая роль ринэнцефалопа в регулировании аффектов и инстинктивных действий, считает, что в результате хронического раздражения этих структур у человека изменяется социальное и сексуальное поведение. Автор приходит к заключению, что аномалии сексуального поведения, обусловленные эпилептической болезнью, наблюдаются за редким исключением только у больных с психомоторными припадками [390].

Гасто и Коломб при обследовании нескольких сотен больных психомоторной эпилепсией выделили 36 больных с явной гипосексуальностью [391]. Сексуальные нарушения не просто оценивались как импотенция, а рассматривались дифференцированно: выраженная потеря интереса ко всем «либидинозным» аспектам жизни, отсутствие стремления к сексуальным связям, снижение сексуального любопытства, эротического фантазирования и чувственных сновидений. Глобальная гипосексуальность отмечалась после начала психомоторных приступов и развивалась через 2—4 года после предполагаемого ринэнцефального поражения, диагноз которого основывался на специфике клинических проявлений и данных ЭЭГ. Интересна установленная этими авторами потеря сексуального интереса и активности у больных, не получающих систематически противоэпилептических средств. Вместе с тем у ряда больных применение противосудорожных средств возвращало сексуальный интерес. Гасто и Коломб утверждают, что гипосексуальность наблюдалась у больных и без выраженных пароксизмов, однако при этом у них в височной области на ЭЭГ отмечались отчетливые изменения.

Blumer и Walker сообщили в 1967 г. о своеобразных случаях сексуальной патологии при психомоторной эпилепсии после односторонней височной лобэктомии. Авторы обследовали группу больных (21 человек), в отношении которых была исчерпывающая информация о различных аспектах сексуальной активности (интенсивность половой жизни, удовлетворение при половом акте или мастурбации, характер либидо, эротическое фантазирование и сексуальные разговоры, сопровождаемые эрекцией, и т. п.). Больной считался гипосексуальным, если был «дефицитарен» по всем этим показателям или не испытывал по меньшей мере одного подъема сексуального возбуждения каждые 2 мес. На этой основе у 11 больных была диагностирована глобальная гипосексуальность, определенно связанная с эпилепсией. После височной лобэктомии у 7 больных отмечалось усиление сексуальных функций. Таким образом, четкая

патогенетическая связь половых расстройств с эпилептическими проявлениями устанавливается только при височной форме заболевания. В целом патофизиологические механизмы, лежащие в основе эпилепсии, сказываются на нарушениях в сексуальной сфере лишь опосредованно.

Практика работы сексопатолога показывает, что среди обращающихся за сексологической помощью больные эпилепсией составляют 1,2—1,5%, соотношение мужчин и женщин 10:1. Мужчины обычно жалуются на снижение либидо. Случаи повышения либидо единичны, что, возможно, отражает не распространенность этого нарушения, а частоту обращения именно с данной жалобой; гиперсексуальные больные эпилепсией чаще встречаются в судебно-психиатрической практике. Другая наиболее частая жалоба — нарушение эрекции с ускорением эякуляции. У таких больных, обратившихся к сексопатологу, выявлялась сложная синдромальная структура нарушений.

Отмеченные выше личностные особенности больных эпилепсией в большинстве случаев имели особое значение и определяли своеобразие сексологических нарушений. Расстройства нейрогуморальной и эякуляторной составляющих сами по себе могли (за исключением случаев височной эпилепсии) не зависеть от эпилепсии, однако соответствующие жалобы, как правило, приобретали своеобразное патопсихологическое «оформление», обусловленное характерологическими изменениями. В связи с этим субъективные анамнестические данные сексологического плана, полученные об этих больных, необходимо воспринимать критически.

В целом у больных эпилепсией можно отметить относительно более позднее половое созревание, слабо выраженное либидо, низкую половую активность, однако это коррелирует со злокачественностью эпилепсии и может отсутствовать при очень редких приступах и незначительных изменениях личности.

Больной Ш., 28 лет, механик. Жалобы на невозможность половых актов из-за отсутствия нормальных эрекций.

Страдает эпилепсией с детства (первый приступ в возрасте 1 года, с 9 лет приступы возобновились и повторяются приблизительно раз в месяц). В 24—26 лет приступы прекратились, но затем вновь возобновились с частотой 2—4 раза в месяц.

Половая жизнь с 27 лет. Первый коитус с женой через 2 нед после свадьбы. Перед половым актом эрекция нормальная, но пенетрация не удалась, коитус был вестibuлярным. Эякуляция после трех фрикций, с оргазмом. После этого в течение года 3—4 аналогичные попытки. Жена не дефлорирована, но упреков не высказывает.

Оволосение лобка с тенденцией к горизонтали. Отложение избыточного жира на животе и бедрах. Окружность грудной клетки 105 см, ТИ 1,87, диаметр сосков 2 и 2,5 см. Половой член длиной 12 см, окружностью 9,5 см. Яички 4 и 3 см по максимальной оси. Внутренние органы в пределах нормы. Слабость конвергенции, коленный и ахилловы рефлексы снижены (больше справа). Предстательная железа уплощена, «тестоватая», со сглаженной срединной бороздой, слабо болезненна при пальпации.

В контакт вступает легко. Многословен, вязок, обстоятелен. Считает себя бережливым, замкнутым, раздражительным. Доминирующая мотивация — обеспечение жизненных интересов. В шкале ценностных ориентаций на первом месте здоровье: секс на четвертом месте, тем не менее больной просит оказать

помощь. Сообщил, что ранее лечился тестостероном, после чего участились ночные поллюции. Затем получал пантокрин, бийохинол, тестостерона пропионат (без эффекта).

Диагноз: эпилепсия с выраженными изменениями личности. Задержка пубертатного развития с полным отсутствием либидо и снижением адекватных эрекций. Хронический простатит.

Рекомендована эректоротерапия.

В этом случае рано начавшаяся и относительно злокачественно протекающая эпилепсия обусловила задержку общего развития больного, включая половое и психическое.

Больной У., 26 лет, инженер, обратился с жалобами на «невозможность половой жизни» (при половой близости исчезает желание, несмотря на предшествующее половое возбуждение).

Отец и дядя по линии отца страдали эпилепсией.

Пациент родился в срок от нормальной беременности. В детстве рос и развивался нормально. В 14 лет ночью был первый судорожный припадок. Перенес детские инфекции и простудные заболевания без осложнений. В школу поступил в 7 лет, отличался прилежанием, аккуратностью, успеваемость была средней. В компаниях сверстников легко находил общий язык с более сильными и авторитетными сверстниками, был с ними лжив, но любил показать свою власть над слабыми. Отличался некоторой мелочностью, злопамятством. Впервые сексуальное чувство возникло в 14 лет. Был «яростно» влюблен в свою сверстницу. В мечтах представлял себя спасающим ее от опасности, после чего она признавалась ему в любви. Это юношеское чувство У. берег даже тогда, когда все надежды на взаимность стали нереальны.

С 14 лет ночные поллюции, сопровождавшиеся сладострастными сновидениями, в которых фигурировала любимая девушка. В 15 лет 2 раза мастурбировал, сначала испытывал удовлетворение, однако потом возникла мысль, что он изменил своей возлюбленной. Дал себе клятву «во имя чистоты любви никогда не оскверняться». Временами мучился от полового возбуждения, стремился отвлечься, стал заниматься тяжелой атлетикой, но в связи с припадками эти занятия были запрещены.

После школы поступил в вуз. Вскоре влюбился в сокурсницу. Сам сообщил ей о своих припадках. Припадки в это время были редкими, 1—3 раза в год, почти всегда ночью. По словам У., был влюблен «страстно», подруга отвечала тем же. Испытывал сильное половое влечение, однако «наказал себя вступить в близость только на законных основаниях после свадьбы». По его инициативе, несмотря на возражения девушки, свадьба была отложена до окончания института. В первую брачную ночь имел 4 коитуса, закончившихся яркими оргазмами. Однако у жены не было дефлорационного кровотечения, и он понял, что она не была девушкой. Несмотря на все уверения жены, что он ее первый мужчина, не верил ей. Не поверил и гинекологу, который подтвердил возможность бескровной дефлорации. Требовал от жены «признания в измене», обещал ей все простить, если она признается. Испытывал к жене выраженное половое влечение, однако «ничего не мог с собой поделать, пока она не признается». Жена придумала историю об изнасиловании бандитами. Сразу почувствовал облегчение, «все простил», извинился за свои прежние подозрения и оскорбления, несмотря на неподходящие условия, совершил подряд два половых акта. В дальнейшем, продолжая испытывать к жене половое влечение, непосредственно перед интритусом «неожиданно вспоминал», что кто-то другой был первым, жена могла и обмануть, раз об этом не рассказала до свадьбы. При этих мыслях исчезала эрекция, жена становилась неприязной, возникало «гадливое чувство ее моральной нечистоплотности». Не объясняя ей причин, вставал и уходил в другую комнату. Понимал, что поступает неправильно, вопреки своему «прощению», но ничего не мог с собой поделать: «внутренняя злость и раздражение побеждали все». Через 4 мес, во время которых, постоянно испытывая выраженное половое влечение к жене, не мог из-за навязчивых воспоминаний совершить ни одного полового акта, рассказал все лечащему врачу.

Своевременное половое развитие, выраженное либидо, способность к полноценным половым актам с остро переживаемыми повторными оргазмами в экстазах, психогенно обусловленная невозможность продолжать половую жизнь свидетельствуют о патогенной роли в половых расстройствах психической составляющей, особенно которой у данного больного определяются эпилептическими чертами характера. Ригидная фиксация на, казалось бы, переосмысленном факте, застревание на навязчивом воспоминании и резкая смена аффекта с положительного на отрицательный усилили выраженный сексуальный настрой.

В целом достаточно сохранный личность больного, правильное понимание им причин половых «срывов» позволили провести психотерапию, направленную на переоценку значимости кровотечения при дефлорации. Личностные особенности больного и его вера в изнасилование жены не позволили подвергать сомнению защитную версию о «личной трагедии» жены. Больному рекомендовано вступать в половые сношения не чаще 1 раза в неделю или 10 дней, а за 20—30 мин до предполагаемой близости принимать таблетку седуксена. Данная тактика исходила из предположения, что воздержание еще больше усилит и без того выраженное половое возбуждение, а седуксен, не снижая возбуждения, поможет преодолеть препятствия в психической сфере. Через 1½ года больной смог обходиться без седуксена, и сексуальная жизнь полностью нормализовалась.

Выявить половые расстройства у страдающих эпилепсией женщин труднее, чем у мужчин. Эти расстройства очень разнообразны: от отсутствия полового влечения, отвращения к половым актам и апоргазмии до расторможенности влечений, гиперсексуальности и нимфоманической фригидности. Сразу же подчеркнем несостоятельность предрассудков о выздоровлении от эпилепсии при регулярной половой жизни и беременности. Лишь в елипичных случаях состояние больных временно улучшается в период беременности, когда урежаются или временно прекращаются эпилептические припадки.

Особого внимания заслуживает так называемая нимфоманическая фригидность (Р. Matussek et al., 1959), при которой чувственный компонент развивается в полной мере как интенсивная и целенаправленная потребность. Однако при выраженности чувственных ощущений в начале коитуса с нестерпимым ожиданием его сладострастного окончания последнего не происходит. Интенсивное желание сменяется досадой на себя, негативным отношением к партнеру и завершается разбитостью, раздражением с оттенком дисфории. Больные эпилепсией, страдающие нимфоманической фригидностью, обычно обнаруживают ускоренное половое развитие, рано, еще в пубертатном возрасте, начинают половую жизнь. Сексуальная неудовлетворенность довольно быстро приводит этих женщин в компании, не отличающиеся высокой нравственностью, и обычно вскоре к основным расстройствам присоединяется алкоголизация. Замужество обычно оказывается непродолжительным, преодоливая потребность в половом удовлетворении и невозможность его получить обуславливают взаимное непонимание и разочарование супругов, по-

иски полового удовлетворения в побочных связях, сексуальную распущенность. По мере эпилептической деградации личности распущенность становится необузданной и социально некорректируемой.

Нимфоманическая фригидность может приобретать форму патологической мастурбации, она становится особенно стойкой, если заканчивается оргазмом. Лечение нимфоманической фригидности требуется не только в редких случаях самостоятельного обращения таких женщин к сексопатологу. Чаще лечение необходимо в связи с социально неправильным поведением и распространением венерических заболеваний. Добавление к противосудорожным препаратам адекватных доз амиапаза, седуксена или пеулептила способствует угнетению расторможенного сексуального влечения.

Больная Ц., 29 лет, инвалид II группы, госпитализирована в психиатрическую больницу в связи с нарушением поведения из-за крайней сексуальной расторможенности. Больная из наследственно отягощенной семьи. Раннее развитие правильное. Первый припадок совпал с менархе. В дальнейшем припадки повторялись до 1—2 раз в месяц, продолжительностью 1—2 мин. С этого времени появился повышенный интерес к половым вопросам. С 14 лет начала регулярно ежедневно мастурбировать, для чего сделала себе приспособление наподобие полового члена, изображение которого видела на порнографической открытке. В школе с 7 лет, вначале училась удовлетворительно, затем успеваемость снизилась, окончила 8 классов. Была настойчивой, упрямой жестокой, злопамятной. С 18 лет припадки 2—3 раза в год, сериями (до 10—13 в сутки).

Первая половая связь в 16 лет со сверстником, полового удовлетворения не получила, решила, что он «еще не созрел». Вскоре стала вступать в половые связи с мужчинами, но также не испытывала оргазма. Стремилась найти «настоящего» мужчину, была склонна ярко одеваться, все разговоры со знакомыми сводила к сексуальным темам. В 18 лет вышла замуж, однако через 2 мес мужа оставила из-за его «половой слабости». Стала на несколько дней исчезать из дома, имела приводы в милицию за половые связи в парках, подъездах домов. Из-за учащения припадков госпитализирована в психиатрическую больницу.

Телосложение пикническое. Внутренние органы в пределах нормы. Молочные железы развиты нормально, оволосение на лобке по женскому типу, половые органы нерожавшей женщины, шейка матки чистая, матка нормальных размеров. Зрачки круглые, равномерные, реакция на свет живая, правая глазная щель несколько шире, нистагмические подергивания при крайних отведениях глазных яблок. На ЭЭГ выраженные нарушения биоэлектрической активности слева в теменно-височной области.

В первые 2 нед 3 припадка продолжительностью 2—3 мин. Вне припадков больная доступна контакту, считает, что страдает только припадками. Неправильное сексуальное поведение приуменьшает, пытается его психологически объяснить. Заявляет, что она молодая женщина, полная сил, а «мужик нынче пошел слабый», поэтому она просто ищет себе подходящего мужа. В беседе сексуально обнажена, цинично смакует свои половые потребности. В ответ на замечания становится злобной, брательной. В отделении цинично рассказывает больным о своих многочисленных половых связях. На прогулках пытается завести знакомства с мужчинами, обсуждает их «мужские достоинства».

В процессе лечения (противосудорожные средства, транквилизаторы) припадки прекратились, поведение упорядочилось, сексуально стала спокойнее.

После выписки поддерживающее лечение продолжала лишь 1½ мес. Вскоре вновь стала встречаться со случайными мужчинами, злоупотреблять алкоголем, вступала в беспорядочные половые связи, но удовлетворения не получала. Вновь начались эпилептические припадки.

В дальнейшем больная 4 раза поступала в психиатрическую больницу. Отмечались усугубление личностных изменений, более грубые расстройства мышления, утрата критики. После активной терапии снижалось половое влечение и упорядочивалось поведение. Однако дома больная вскоре прекращала

поддерживающее лечение, вновь начинала беспорядочную половую жизнь, так и не испытав ни разу оргазма. Припадки продолжались по 3—4 раза в месяц.

В этом случае генуинной эпилепсии следует отметить определенную синхронность в появлении первых припадков и первой менструации, в утяжелении клинической картины эпилепсии и усилении болезненно высокого полового влечения, в смягчении клинической картины эпилепсии (по крайней мере, урежении припадков) и ослаблении гиперсексуальности под влиянием терапии. Сексуальное расстройство являет пример нимфоманической фригидности: отсутствие оргазма в сочетании с неудержимым половым влечением. Видимо, преимущественное поражение височной области в данном случае генуинной эпилепсии способствовало отмеченной синхронности развития клинической картины эпилепсии и половых расстройств, а также их «оформлению» по типу нимфоманической фригидности. Причиной социальной дезадаптации, приводящей к неоднократной госпитализации, было болезненно измененное сексуальное влечение.

Другие половые расстройства у больных эпилепсией (как у мужчин, так и у женщин), в частности, половые извращения, за редкими исключениями трудно увязать с основным заболеванием. Чувство своей ущербности, в том числе и социальной, у ряда больных эпилепсией затрудняет установление постоянных гетеросексуальных связей и при снижении интеллектуального контроля способствует вступлению больных в гомосексуальные связи и мастурбациям (особенно при длительной изоляции в психиатрических больницах или в местах лишения свободы). Свойственные больным эпилепсией взрывчатость и ригидность аффектов, склонность к жестокости могут способствовать развитию садизма. При грубом интеллектуальном снижении отмечены случаи некрофилии, которые обычно становятся объектом судебно-психиатрической экспертизы.

При лечении половых расстройств у больных эпилепсией нужно учитывать особенности основного заболевания, а также социальные аспекты последствий этой терапии. Достаточная сохранность и социальная адаптация больного позволяют проводить такое же лечение, как у психически здоровых лиц (синдромы нейрогуморальной и эякуляторной составляющих). Следует соблюдать осторожность при назначении гормональных препаратов ввиду их способности повышать судорожную готовность. Психотерапия и регулирование семейных отношений должны проводиться с учетом личностных особенностей больных эпилепсией.

При жалобах, свидетельствующих о гипосексуальности, всегда следует выяснять, какие противосудорожные средства и в каких дозах принимает больной. Многие препараты могут вызывать тяжелую и постоянную сонливость, а также эмоциональную заторможенность и в связи с этим обуславливать ослабление нормального сексуального желания и половых функций. Снижение дозы, переход на другой противосудорожный препарат (очень осторожно!) в этих случаях могут нивелировать гипосексуальность.

При гиперсексуальности с нарушением норм социального поведения необходимо стационарное лечение. Если обычная терапия эпилепсии не дает желаемого эффекта, то в зависимости от выраженности расстройств влечения необходимо добавить психотропные средства, все шире применяемые для лечения больных эпилепсией.

Наиболее эффективны для ресоциализации и коррекции поведения неуплептил, тиоридазин и др.

Целесообразно назначение транквилизаторов (элениум, седуксен, ауноктин, мепробамат), которые, обладая успокаивающим и противосудорожным действием, частично нормализуют эмоциональные нарушения и делают больных более доступными для психотерапевтического воздействия, что очень важно для работы сексопатолога.

Таким образом, обычно психотропные средства при эпилепсии применяют как дополнительные препараты, нормализующие поведение больных. При височной эпилепсии с пароксизмальными состояниями, имеющими сексуальное «оформление», и очень часто с расстройством полового поведения успешно применяют тегретол.

3.4.2.3.3. Сексуальные нарушения у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом¹ (МДП)

МДП (циркулярный психоз, пиклофрения) в типичных случаях проявляется периодически возникающими депрессивными и(или) маниакальными фазами, разделенными периодами полного психического здоровья (интермиссиями). В отличие от шизофрении и эпилепсии МДП не приводит к дефекту личности даже при продолжительном течении. В этиологии и патогенезе МДП как эндогенного психоза признается ведущая роль конституционально-генетического фактора и дисфункции диэнцефальной области. Аффективными расстройствам при МДП свойственны спонтанное, часто сезонное возникновение, суточные колебания интенсивности, связь с эндокринными нарушениями, склонность к однотипным фазам.

Маниакальные и депрессивные состояния практически исчерпывают психопатологическую картину заболевания, однако выраженность аффективных расстройств может быть различной. Развернутые маниакальные и депрессивные фазы выражаются психотической симптоматикой, требуют срочного врачебного вмешательства и особого ухода. Субдепрессивные и гипоманиакальные состояния образуют смягченный вариант МДП — циклотимию. Она протекает на амбулаторном уровне, попадая в поле зрения не только психиатров, но и психоневрологов, терапевтов, сексопатологов и др. Депрессии встречаются в несколько раз чаще, чем мании. В среднем продолжительность фаз колеблется от 2—3 до 5—6 мес. Количество фаз и длительность интермиссий могут быть различными. Циклотимический уровень аффективных нарушений наблюдается чаще, чем психотический.

¹ В настоящем разделе приводятся данные невыборочного сексологического обследования 100 мужчин, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах по поводу маниакально-депрессивного психоза.

Клиника сексуальных нарушений при МДП определяется сложным взаимодействием разнообразных факторов: особенностей психопатологической симптоматики, соматовегетативных расстройств, течения заболевания, личностных особенностей больного и его жены, их возраста, половой конституции и др. Однако стержневые проявления сексуальных расстройств при МДП формируются в рамках психической составляющей. Развитие половых нарушений определяется прежде всего аффективными расстройствами.

3.4.2.3.3.1. Депрессивная фаза

Основные проявления депрессивного состояния сводятся к классической триаде: пониженному настроению, замедленному мышлению и моторной заторможенности. Интенсивность этих нарушений может быть различной. В начальной стадии депрессии или ее циклотимическом варианте отмечаются соматопсихическая астения, некоторая подавленность, тоскливость, неуверенность, пессимизм в оценке своих способностей и социальной значимости. Мыслительная и моторная заторможенность мало выражена. Циклотимическим депрессиям присущи суточные колебания настроения с улучшением состояния вечером. Выраженная депрессивная фаза проявляется резко подавленным настроением, гнетущей безысходностью, тоской, бредовыми идеями самообвинения, греховности, обездвиженностью. Депрессия сопровождается витальной тоской, т. е. имеет физический оттенок, сближающий эмоциональный фон с соматовегетативным дискомфортом. Больные нередко пытаются покончить с собой, что тем более неожиданно для окружающих, чем менее выражено депрессивное состояние.

Как для депрессивной, так и для маниакальной фаз типичны соматовегетативные расстройства в виде нарушений сна, аппетита, изменений частоты пульса, артериального давления и величины зрачков, сухости языка, похудания, запоров и др. В большинстве случаев вегетативные дисфункции имеют симпатикотоническую направленность (В. П. Протопопов, 1957).

Сексуальные нарушения принадлежат к числу самых постоянных признаков депрессивной фазы. Возникнув на ранних этапах аффективных расстройств, с нарастанием депрессивных проявлений углубляются изменения в сексуальной сфере: снижаются либидо, частота поллюций, выраженность адекватных и утренних эрекций, половая активность (вплоть до тотальной сексуальной абстиненции), тускнеет оргазм, изменяется продолжительность полового акта (последнее имеет особое значение в клинике сексуальных расстройств при МДП).

Эякуляторные расстройства служат характерным проявлением соматовегетативных нарушений при МДП. Независимо от фазы заболевания и ритма половой активности преобладание симпатикотонии (тахикардия, мидриаз, запоры и др.) сопровождается, как правило, ускорением семяизвержения вплоть до *ejaculatio ante portas*; парасимпатикотония (брадикардия, повышенное артериальное

давление, потливость, слезотечение, гиперсаливация и др.) сопровождается замедлением семяизвержения вплоть до анэякуляции. Указанные особенности эякуляторных расстройств в некоторых случаях могут способствовать дифференциальной диагностике сексуальных нарушений при МДП (особенно при мягких формах) с соответствующими нарушениями при сходных состояниях.

Интенсивность половых расстройств в депрессивной фазе имеет суточные колебания. Если до заболевания половой акт по утрам практикуется больными сравнительно часто, то в период депрессии при снижении настроения утром коитус в эти часы не проводится и наоборот, при извращенном суточном ритме аффективных колебаний с ухудшением состояния к вечеру больные предпочитают утренний коитус [304].

При развернутых депрессивных (и маниакальных) фазах нарушения половых функций часто полностью перекрываются психопатологической симптоматикой и не приобретают для больного самостоятельного значения. При циклотимии соматовегетативные нарушения и сексуальные расстройства в том числе проявляются более контрастно [226], а в случаях маскированной (скрытой, ларвированной) депрессии преобладают в клинической картине заболевания [433, 126]. При слабовыраженных формах аффективных нарушений сохранение сложившегося стереотипа сексуального поведения для больных несравненно важнее, и его изменение вследствие половых дисфункций нередко переживается как трагедия. Эти особенности и обуславливают обращение к сексопатологу больных с преимущественно мягкими аффективными расстройствами, среди которых наибольшие затруднения в диагностике и лечении представляют случаи маскированной депрессии.

3.4.2.3.3.1.1. Маскированная депрессия. Многие исследователи в рамках МДП выделяют атипичные депрессивные состояния, при которых разнообразные соматовегетативные или нервно-психические симптомы находятся на переднем плане, а собственно аффективные нарушения, нередко стертые и рудиментарные, отступают на задний план. Такие депрессии называют маскированными, вегетативными, неврозоподобными, скрытыми, ларвированными и т. д.

Большинство больных с подобными расстройствами подолгу лечатся в поликлиниках и стационарах, проходят всевозможные обследования, пока, наконец, не попадают на консультацию к психиатру. Путь больного от интерниста до психиатра нередко занимает годы [451]. Атипичность клинических проявлений скрытых депрессий затрудняет их своевременную диагностику. Между тем позднее распознавание маскированной депрессии таит в себе суицидальную опасность [451, 433]. По мнению U. Peters, J. Glatzel (1971), клиническая картина ларвированной депрессии может имитировать любое органическое или функциональное заболевание. Рассматривая маскированную депрессию как проявление МДП, В. Ф. Десятников и соавт. [129] все многообразие соматовегетативных и психоневрологических нарушений разделили на следующие клинические ва-

рианты: 1) алгически-сенестопатический; 2) агрипнический; 3) диэнцефальный; 4) обсессивно-фобический; 5) наркоманический; 6) с нарушениями сексуальной сферы.

Половые расстройства в равной степени свойственны больным со всеми указанными клиническими вариантами [304]. Больных с преобладанием сексуальной патологии в клинике скрытой депрессии отличает прежде всего их высокая оценка значения половой сферы в иерархии индивидуальных ценностей. Такая позиция больных обуславливается не только и даже не столько биологическими особенностями организма (сильная половая конституция), сколько разнообразными социальными условиями, требующими высокой половой активности («медовый» месяц, повышенные сексуальные притязания жены и т. п.). Такие больные тревожно-мнительны и ригидны. Не осознавая снижения либидо и стремясь сохранить прежний стереотип сексуальных отношений, больные по существу предъявляют к себе повышенные требования, что усугубляет половые расстройства и способствует вторичным психогенным наслоениям.

Маскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже — на снижение полового влечения и выраженности оргастических ощущений. Половые расстройства, как отмечают больные, весьма осложняют внутрисемейные отношения, нередко становясь причиной ссор и даже развода. При обследовании наряду с соматовегетативными расстройствами, характерными для депрессивной фазы, выявляются признаки конгестии в предстательной железе.

Сексуальные расстройства при маскированной депрессии также возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, мужским половым гормонам, психотерапии. Наоборот, видна отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Нередко расстройства исчезают спонтанно.

Указанные признаки в сочетании с периодическими жалобами на снижение физического и психического тонуса, утрату прежних интересов, способности радоваться, угнетенность (с суточными колебаниями), снижение аппетита, нарушения сна, похудание, исчезающими самопроизвольно или при лечении антидепрессантами, а также с наследственной отягощенностью аффективными заболеваниями свидетельствуют об эндогенном происхождении сексуальных расстройств.

Скрытая депрессия с преобладанием половых нарушений возможна на инициальном или заключительном этапе МДП, либо может протекать как депрессивная фаза циклотимии.

Больной Г., 32 лет. Образовательный индекс 10. СФМ: 222/222/20,52/— = 6/6/4,5/— = 16,5.

Повторно обращается с жалобами на ослабленную эрекцию и преждевременное семяизвержение.

Впервые был на приеме около года назад. Тогда при указаниях на предшествовавшую сексуальную дизритмию, соответствующих изменениях предста-

тельной железы и психической сферы был диагностирован конгестивный простатит, сопровождавшийся ЕРА_{III}, со вторичными психогенными наслоениями в виде астено-ипохондрических реакций. Лечение (массаж предстательной железы, психотерапия, общеукрепляющие и психостимулирующие средства) не привело к улучшению. Назначен курс хлорэтиловых блокад, после чего, по словам больного, состояние несколько улучшилось: увеличилась продолжительность полового акта, стали достаточными эрекции.

Повторное обращение в то же время года (весной) с теми же жалобами с ипохондрической окраской заставило заподозрить эндогенный психоз.

Отец покинул семью до рождения пациента. Мать общительная, тревожная, эмоционально неустойчивая; периодически лечится амбулаторно по поводу «нервов». Временами отмечает беспричинное снижение настроения, плаксивость.

Родился педоношенным. У матери в период беременности был токсикоз (неукротимая рвота). В детстве рос и развивался без особенностей. Был скромным, вежливым, тихим, серьезным. Окончил среднюю школу. В армии увлекся изучением английского языка. «Везде успевал», сочетал нелегкую армейскую службу с самостоятельными занятиями языком. Без труда запоминал отрывки из газетных статей, стихотворения. Изучение иностранного языка давалось очень легко, «был на подъеме».

Приблизительно такое же состояние «общего подъема» отмечал после окончания службы в армии, когда всего за 2—3 мес подготовился к поступлению в институт, хорошо сдал все экзамены, но не прошел по конкурсу. Надеялся поступить на следующий год, однако «почему-то экзамены сдавать не стал», причину назвать затрудняется. Чувствовал себя «неважно», трудно было заниматься.

После женитьбы и рождения двоих детей испытывал материальные затруднения, работал сразу в нескольких местах, помогал жене ухаживать за детьми. Особой усталости при этом не испытывал.

Через некоторое время после улучшения материального положения, нормализации режима труда и отдыха почувствовал вялость, повышенную утомляемость, затруднения в выполнении привычных обязанностей, неуверенность, подавленность, общее недомогание. Несколько хуже чувствовал себя утром. Наряду с этим отмечал снижение аппетита, похудание, нарушения сна. Расстройства были нерезкими, не обращал на них внимания. В этот же период значительно уменьшилась продолжительность полового акта, ослабела эрекция. Было стыдно, но продолжал половую жизнь в прежнем ритме, надеясь, что все пройдет. Однако вскоре интимная близость стала невозможной из-за недостаточной эрекции и понижения либидо. Жена ничего не говорила по этому поводу, однако всем своим поведением демонстрировала недовольство. Все чаще в семье стали возникать ссоры. Одна из них закончилась разводом. Был подавлен. Впервые «почувствовал свое сердце», ощущал учащение пульса, перебои, покалывания в сердце. В течение месяца обследовался и лечился в терапевтическом стационаре. По словам больного, никакого заболевания сердца врачи не обнаружили. В последующем чувствовал себя хорошо. Улучшились работоспособность, настроение, исчезли половые расстройства. Познакомился с девушкой, думал на ней жениться. Однако спустя некоторое время вновь стал отмечать ускоренное семяизвержение и ослабленную эрекцию. Был очень взволнован, впервые обратился к сексопатологу.

Несколько астенизировал, не уверен в себе, пессимистичен, фиксирован на сексуальном расстройстве. После лечения (массаж предстательной железы, хлорэтиловые блокады, общеукрепляющие и психостимулирующие средства, психотерапия) отмечал незначительное улучшение.

Через 2—3 нед после окончания лечения почувствовал себя «намного лучше»: исчезли половые расстройства, вялость, чрезмерное беспокойство о своем здоровье. Появились работоспособность, бодрость, повышенная активность, желание трудиться. Самостоятельно отремонтировал квартиру, работал с раннего утра и до позднего вечера в течение месяца.

Спустя год вновь обратился к сексопатологу с жалобами на нарушения эрекции и преждевременную эякуляцию. При целенаправленном опросе выявилось снижение либидо и оргастических ощущений. С недавнего времени предпочитает проводить коитус только вечером. Наряду с этим отмечались легкая

подавленность, безнадежность, неуверенность, несвойственная ранее тревожность, нарушение сна, снижение аппетита. Указанная симптоматика более выражена утром. В последние 1½ мес похудел на 2—3 кг.

Отмечает, что ранее периоды «плохого» и «хорошего» самочувствия приходились, как правило, на весну и осень.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет, сексуальное — в 13 лет. Первая эякуляция при ночной поллюции в 14 лет. Мастурбация с 16 лет. До брака половой жизнью не жил. Женат с 22 лет. В первый год брака половые сношения были ежедневными. Максимальный экссесс — 3 коитуса. УФР установился в 28 лет. Средняя продолжительность полового акта 2—3 мин. Сексуальная притязательность жены средняя. Разведен с 28 лет. В настоящее время живет половой жизнью с женщиной, на которой хочет жениться. Эмоциональная значимость наступления у женщины оргазма очень высока. В шкале ценностных ориентаций сексуальная сфера занимает второе после здоровья место.

Рост 178 см. Масса тела 70 кг. Высота ноги 90 см. ТИ 1,97. Оволосение лобка по мужскому типу.

Кожа сухая, бледная. Ладони холодные. Артериальное давление 130/90 мм рт. ст. Пульс лежа 82, стоя 115 уд/мин. Дермографизм белый.

Очаговые симптомы поражения ЦНС не определяются. Сухожильные рефлексы равномерно повышены.

Сознание ясное, обманов восприятия и бредовых идей не выявлено. Неплохо говорит по-английски. С трудом сосредотачивается на теме беседы. Пессимистичен, не уверен в себе. Фиксирован на сексуальной сфере. Считает себя неполноценным, безынициативен. Общий фон настроения несколько снижен. Чувствует себя усталым, разбитым. Плохо засыпает, рано пробуждается. Отмечает потерю бодрости духа, чувства свежести по утрам. Состояние незначительно улучшается к вечеру.

Предстательная железа чувствительна при пальпации, тургор повышен, междолевая борозда сглажена, при надавливании — обильное отделение секрета.

Показатели половой конституции: $K_f = 4,85$ (3—6); $K_a = 4,33$ (3—6); $K_r = 5,25$ (5—6); $K_a/K_r = 0,82$.

Диагноз: циклотимия, биполярный тип течения, депрессивная фаза (маскированная депрессия с преобладанием сексуальных нарушений в форме ЕРА_{III}). Застойная предстательная железа.

В данном наблюдении при первичном обращении больного скрытая депрессия не была распознана. Лишь при повторном обследовании выявлены признаки депрессивной фазы циклотимии и сопровождавших ее сексуальных нарушений. Негативной и продуктивной симптоматики, свойственной шизофрении, не было. Последующая терапия антидепрессантами в сочетании с транквилизаторами и массажем предстательной железы привела к исчезновению патологической симптоматики, что еще раз подтвердило принадлежность этих расстройств циклотимии.

Тема сексуальной патологии нередко звучит в высказываниях больных с невротоподобной формой депрессии. Так, например, в клинической картине ее обсессивно-фобического варианта среди других навязчивых явлений наблюдаются навязчивые сомнения, опасения, страхи, влечения и действия, связанные с сексуальной сферой. Необоснованный страх потерпеть неудачу при половом акте (коитофобия), боязнь неотвратимых последствий мастурбации (онанофобия), неизлечимых половых расстройств, венерической болезни, навязчивость мастурбации иногда приводят больного не к психиатру, а к сексопатологу. Однако за невротоподобной симптоматикой ему не легко увидеть скрытую эндогенную депрессию.

Еще большую трудность для дифференциальной диагностики представляют те мягкие циклотимические депрессии, которые, сопровождаясь тревогой с концентрацией внимания на обычных действиях, реально становятся почвой для психогенных расстройств потенции по типу невроза ожидания. Подобные сексуальные расстройства склонны к отщеплению от своей эндогенной основы и дальнейшему развитию по чисто невротическим механизмам.

3.4.2.3.2. Маниакальная фаза

Маниакальному синдрому свойственна триада: повышенное настроение, ускоренное мышление и чрезмерная двигательная активность. По интенсивности маниакальная фаза разделяется на гипоманиакальное и маниакальное состояния и маниакальное неистовство. Маниакальная фаза, как и депрессивная, проявляется разнообразными соматовегетативными расстройствами.

Гипоманиакальная фаза протекает, как правило, амбулаторно и не оценивается окружающими как психическое расстройство. Лучезарно-приподнятое настроение, «отличное» самочувствие, гиперактивность сочетаются с повышенным половым влечением. Будучи до этого выдержанными и скромными, больные начинают усиленно ухаживать за женщинами, легко заводят знакомства и вступают в случайные половые связи. Подчеркнутая эротичность проявляется и в разговорах, шутках, танцах и пр. Учащаются поллюции и мастурбации, более яркими становятся оргастические ощущения. В соответствии с симпатико- или парасимпатикотонической направленностью соматовегетативных расстройств изменяется и продолжительность полового акта. Однако, в отличие от подобных нарушений при депрессивных состояниях, в маниакальной фазе эякуляторные расстройства не травмируют психику больных, а в ряде случаев остаются незамеченными. Сексуальная активность возрастает в 2—3 раза и более, учащаются половые эксцессы, уменьшается продолжительность рефрактерного периода копулятивного цикла. Половая «ненасытность», несмотря на протесты жены, нередко толкает больного на изменение стереотипа сексуального поведения и поиск новых форм полового акта. Иногда бывают орально-генитальные контакты и гомосексуальные связи [J. Allison, W. Wilson, 1960]. Вследствие повышенного полового влечения больные могут совершать развратные действия, изнасилования, что необходимо учитывать при судебно-психиатрической экспертизе. Гиперсексуальность больных часто приводит к внутрисемейным конфликтам, иногда становится причиной развода. Сознание болезни, как правило, отсутствует. К врачам гипоманиакальные больные не обращаются.

С нарастанием тяжести мании усиливается и половое влечение. Поведение больных становится неадекватным: они громко смеются, пристают к незнакомым женщинам, в присутствии окружающих обнажают половые органы, мастурбируют и пр. Сексуальная активность повышается главным образом путем учащения поллюций и

мастурбации. Целенаправленное и законченное совершение полового акта затруднено и чаще всего невозможно из-за выраженной неустойчивости внимания и непродуктивной гиперактивности больных.

3.4.2.3.3.3. Сексуальные нарушения в интермиссии маниакально-депрессивного психоза

В межфазном промежутке больные в большинстве случаев практически здоровы. По выходе из фазы половые функции нормализуются не сразу. Некоторое время сохраняются преходящие сексуальные расстройства, обусловленные предшествующим периодом полового воздержания, отчасти резидуальными аффективными нарушениями и интенсивной терапией психотропными средствами. Больные отмечают у себя ускоренное семяизвержение, ослабленную эрекцию и пониженное половое влечение. При обследовании определяются явления стаза в урогенитальной области: сглаженность борозды и повышенный тургор предстательной железы, преходящее расширение вен семенного канатика, мошонки, прямой кишки, набухание геморроидальных узлов и т. п. С установлением регулярных половых сношений указанные изменения исчезают. В некоторых случаях даже преходящие половые дисфункции могут травмировать психику больных и служить причиной невротических расстройств.

Больной Р., 29 лет. Жалобы на недостаточную эрекцию и ускоренное семяизвержение. Образовательный индекс 13,5. СФМ: $322/4,5-1,5 \ 2/3/310/7 = 7/5/4/2 = 18$. Состоит на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом «циклофрения, монополярный (депрессивный) тип течения». Циркулярным психозом страдает с 18 лет. Перенес три депрессивные фазы, последнюю в период регулярной половой жизни.

Приблизительно за месяц до появления отчетливых признаков депрессии стал отмечать недостаточную эрекцию и преждевременную эякуляцию (около 10—15 фрикций). Был крайне обеспокоен случившимся. Обращался к врачу с жалобами на импотенцию, лечился «какими-то таблетками», но безуспешно. Через некоторое время вследствие снижения либидо сначала уменьшил частоту половых сношений, а в дальнейшем прекратил половую жизнь. Появились тоскливое настроение, апатия, заторможенность, бессонница, снижение аппетита, сухость во рту, повышенное артериальное давление (150/90 мм рт. ст.), задержка стула. Госпитализирован в психиатрическую больницу.

В отделении ипохондричен, фиксирован на своих ощущениях, предъявляет массу разнообразных жалоб, связывает свое заболевание с половым расстройством, онанизмом. Обвинял себя в безволии, высказывал суицидальные мысли. Отмечались тахикардия, повышенное артериальное давление, задержка стула. Хуже чувствовал себя по утрам. Лечился антидепрессантами, нейролептиками, транквилизаторами. В общей сложности заболевание продолжалось 8 мес. По окончании депрессивной фазы половые функции не улучшились. Слабость эрекции сочеталась с ускоренным семяизвержением (4—6 фрикций), что вызвало упреки жены. Уязвленный своей «сексуальной неполноценностью» и бестактным поведением жены, с чувством глубокой тревоги стал наблюдать за эрекциями, боясь потерять фазиско при очередном интимном сближении. Однако эрекции от этого ухудшились. Был вынужден один раз в неделю прибегать к мастурбации с целью «разрядки». Иногда во сне возникают эрекции, пытается воспользоваться ими для совершения полового акта.

Психопатологически наследственность не отмечена. Развивался нормально. Платоническое либидо с 13 лет, сексуальное — с 15 лет. Первая эякуляция при мастурбации в 15 лет. До брака половой жизнью не жил. Женат с 23 лет. В первый год брака половые акты были почти ежедневными, изредка с эксцес-

сами (3 коитуса в сутки). УФР с 26 лет. Средняя продолжительность полового акта 3—4 мин. Сексуальная притязательность жены высокая. В последнее время взаимоотношения в семье осложнились. Супруга стала «нервной», раздражительной, постоянно высказывает упреки, отказывается спать в одной постели.

Пациент характеризует себя как нерешительного, неуверенного, мнительного. Тип высшей нервной деятельности — ближе к меланхолику. В шкале ценностных ориентаций сексуальная сфера занимает второе место (после здоровья). Из перенесенных заболеваний отмечает трещину прямой кишки, по поводу чего 6 лет назад лечился у проктолога.

Рост 178 см, масса тела 76 кг. Высота ноги 93 см. ТИ 1,91. Волосистой покров на теле выражен слабо. Патологических изменений внутренних органов не выявлено. Признаков органического поражения головного мозга нет. Пациент постоянно размышляет о состоянии своего здоровья, с тревогой контролирует сексуальные отправления. Считает себя неполноценным мужчиной. Опасается, что жене «надоест такая жизнь» и она потребует развода. Выраженных признаков аффективной патологии нет.

Предстательная железа обычных размеров, безболезненная, тургор несколько повышен, междольевая бороздка сглажена, при пальпации — обильное отделение секрета.

Показатели половой конституции: $K_{\phi}=3,43$ (3—4); $K_a=3,33$ (3—4); $K_r=3,50$ (3—4); $K_a/K_r=0,94$.

Диагноз: маниакально-депрессивный психоз, монополярный (депрессивный) тип, период интермиссии. Невроз ожидания, спровоцированный постабстинентным ускорением семяизвержения и сексуальной психической травмой. Застойная предстательная железа.

Лечение: при регулярной половой жизни курс массажа предстательной железы; психотерапия (на первом этапе — разъяснение, успокоение, на втором — суггестия, активация). Пациент стал спокойнее, увереннее в себе. Улучшилась эрекция, нормализовалась продолжительность полового акта.

В этом наблюдении сексуальные нарушения, первоначально возникшие на эндогенной основе, в дальнейшем, отщепившись от нее, приобрели самостоятельное значение и развивались по невротическим патогенетическим механизмам.

При частых и продолжительных депрессиях, особенно при монополярном течении, постабстинентные сексуальные расстройства со временем могут стать необратимыми. В подобных случаях с установлением регулярной половой жизни полной нормализации сексуальных функций не наступает, так как систематические и продолжительные периоды полового воздержания часто способствуют развитию так называемого молчаливого простатовезикулизма, а также застойной предстательной железы и хронического простатита.

В ряде случаев ликвидация патологических изменений уrogenитального аппарата не приводит к исчезновению сексуальных расстройств, что позволяет предполагать иррадиацию патологических импульсов в церебральные центры со стойкой фиксацией симптомов, обозначаемой как синдром вторичной патогенетической дезинтеграции [62, 239].

Больной Е., 55 лет. Образовательный индекс 15. СФМ: $333/3\ 2,5\ 2/332/1 = -9/7,5/8/1 = 25,5$.

Жалобы на преждевременную эякуляцию и ослабленную эрекцию. Состоит на учете в психоневрологическом диспансере по поводу циклотимии биполярного (преимущественно депрессивного) типа. В последние 20 лет отмечает периодические беспричинные колебания настроения, а вместе с ними и нарушение половых функций. Субдепрессивные состояния сопровождаются снижением половой активности вплоть до абстиненции, вялыми эрекциями и ускоренной

эякуляцией. Гипоманиакальные фазы отличаются повышенной сексуальной активностью (внебрачные половые связи), а также склонностью к преждевременному семяизвержению. Последние 5—6 лет отмечает ускоренную эякуляцию (10—12 фрикции) даже в интермиссии. Половая активность снизилась до 2—3 сношений в месяц. Около года назад перенес самое глубокое и продолжительное депрессивное состояние, по поводу чего был госпитализирован; 4 мес лечился психотропными средствами. После выписки стал отмечать еще большее укорочение полового акта (2—3 фрикции). Хотя жена упреков не высказывает, обеспокоен своей «неполноценностью».

Платоническое либидо с 14 лет, сексуальное — с 15 лет. Первая эякуляция произошла при ночной поллюции в 16 лет. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 22 лет. Женится в 24 года. УФР с 26 лет. Максимальный экссесс — 6—7 половых актов (в гипоманиакальном состоянии). В интермиссии максимальный экссесс — 3 половых акта.

Страдает пояснично-крестцовым радикулитом. В гипоманиакальных состояниях злоупотребляет алкоголем. Считает себя общительным, жизнерадостным, дисциплинированным, аккуратным. По типу высшей нервной деятельности ближе к сангвинику.

Рост 181 см, масса тела 84 кг. Высота ноги 95 см. ТИ 1,90. Внутренние органы без выраженных патологических изменений. Нервная система без признаков органического поражения. Охотно рассказывает о своей болезни. Настроение ровное; отношение к половому расстройству адекватное.

Предстательная железа гугоэластической консистенции, междолевая бороздка сглажена. Семенные пузырьки несколько увеличены и чувствительны при пальпации. Сок предстательной железы: количество увеличено, лейкоцитов 5—10 в поле зрения, лецитиновые зерна в незначительном количестве. Феномен кристаллизации — достаточно четкая структура «листа папоротника».

Показатели половой конституции: $K_f = 3,28$ (3—4); $K_a = 3,33$ (3—4); $K_r = 3,25$ (3—4); $K_a/K_r = 1,15$.

Диагноз: циклотомия, биполярный (преимущественно депрессивный) тип, период интермиссии. Застойная предстательная железа, вторичная патогенетическая форма преждевременного семяизвержения с ЕРА_{III} на фоне задержки пубертатного развития.

Лечение: курс массажа предстательной железы; улучшения не достигнуто. Проведено 10 блокад хлористым этилом. Продолжительность полового акта увеличилась до 20—25 фрикции, улучшилось качество эрекции.

Сексуальная дизритмия, присущая больным МДП, особенно неблагоприятна для пожилых людей. Частые и затяжные депрессивные фазы с остаточными аффективными расстройствами в интермиссии часто приводят к дезорганизации сексуальной активности и раннему развитию необратимого синдрома детренированности половых функций (С. И. Грошев, 1969).

Больной Э., 61 год. Образовательный индекс — 6. СФМ: $110/-0-/1-0/1 = -2/0/1/1 = 4$.

Жалобы на значительное ослабление эрекции, послужившее причиной прекращения половой жизни. Периодическое нарушение потенции считает для себя очень характерным.

Последние 20 лет состоит на учете в психоневрологическом диспансере по поводу циклотимии монополярного (депрессивного) типа. В субдепрессивных состояниях отмечал преждевременное семяизвержение на фоне пониженного либидо и вялых эрекции. По окончании депрессивных фаз сексуальные функции довольно быстро восстанавливались. Последний год перед наступлением «полной импотенции» имел одно сношение в неделю, получал от половой жизни большое удовлетворение. После 54—55 лет течение психического заболевания несколько изменилось: депрессии участились, стали затяжными, утратили прежнюю четкую очерченность. Возобновлять половую жизнь после каждой депрессивной фазы становилось все труднее. Дольше обычного сохранялись снижение либидо, вялые эрекции, преждевременная эякуляция. После очередной депрессии

3 года назад резко ослабела эрекция. Предприняв несколько неудачных попыток полового акта, пациент «понял, что возраст берет свое». Долго не мог с этим смириться. Первое время изредка прибегал даже к мастурбации, но впоследствии «успокоился». До настоящего времени избегает половой близости, «чтобы не травить ни себя, ни жену».

Платоническое либидо с 11 лет, сексуальное — с 12. Первая эякуляция в 13 лет. Половая жизнь с 19 лет. Женился в 34 года. УФР с 35—36 лет. Средняя продолжительность полового акта 4—5 мин. Максимальные эксцессы — 6 половых актов в 26 лет, и 3 половых акта в 46 лет.

В последние 10—12 лет отмечает поллакирию, особенно по ночам, запаздывание мочеиспускания. В 40 лет оперирован по поводу парапроктита. До сих пор отмечает гнойные выделения из прямой кишки; геморрой с 57 лет.

Рост 165 см, масса тела 74 кг. Высота ноги 83 см. ТИ 1,98. Оволосение лобка по мужскому типу. Внутренние органы в пределах возрастной нормы. Нервная система без симптомов органического поражения. Сознание ясное, расстройства восприятия отрицает. Бредовых идей не высказывает. Легко вступает в контакт, охотно беседует о своем заболевании. Тяготеет половым расстройством. Аффективных нарушений нет.

Предстательная железа увеличена, безболезненна при пальпации, плотно-эластической консистенции. В соке предстательной железы патологических изменений не обнаружено.

Показатели половой конституции: $K_f=5,57$ (3,5—6,5); $K_a=4,83$ (3,5—6); $K_r=6,13$ (6—6,5); $K_a/K_r=0,79$.

Диагноз: циклотимия, монополярный (депрессивный) тип, период интермиссии. Синдром сексуальной детренированности в периоде инволюции. Аденома предстательной железы.

3.4.2.3.3.4. Лечение и профилактика сексуальных нарушений при МДП

Лечение половых расстройств при МДП проводится в соответствии с их патогенетическими механизмами. Если в маниакальной или депрессивной фазе основные проявления сексуальных нарушений ограничиваются психической составляющей копулятивного цикла, то в периоде интермиссии в патологический процесс вторично вовлекаются нейрогуморальная и особенно часто эякуляторная составляющие. Поражения эрекционной составляющей при циркулярном психозе не отмечается¹.

Терапия сексуальных расстройств в периоде маниакальных и депрессивных фаз заболевания направлена в основном на ликвидацию аффективных нарушений с использованием главным образом психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты, транквилизаторы, психостимуляторы). Среди побочных явлений, вызываемых психотропными средствами, сексопатолог не должен забывать об угнетении

¹ Данный факт приобретает особый интерес в связи с вопросом о так называемых половых излишествах [104, 179]. Гипоманиакальные больные в известной мере служат моделью для изучения повышенных половых нагрузок, и результаты убедительно свидетельствуют о необоснованном завышении патогенной роли «половых излишеств». Более того, сравнение половых функций у больных с моно- и биполярными типами МДП (при прочих равных условиях) показывает, что сексуальная активность больных с чередующимися гипо- и гипертимными фазами сохраняется дольше, чем в случаях только депрессии. В этом смысле маниакальные фазы, способствуя восстановлению угасающих условно-рефлекторных связей и препятствуя развитию застойных явлений в предстательной железе, оказывают определенное saniрующее действие на половую систему.

нии либидо, эрекции и эякуляции [262] и о склонности к развитию местных воспалительных процессов (И. Темков, К. Киров, 1971), в том числе простатитов. Простатит служит результатом снижения защитных сил организма под влиянием лекарств, а также застойных явлений в предстательной железе.

Для лечения сексуальных расстройств при маниакальных и депрессивных фазах пытались использовать женские и мужские половые гормоны (Д. Д. Федотов, 1941), а также антиандрогенные средства (L. Vietze, 1976), но без заметного успеха. Терапия выраженных аффективных расстройств является компетенцией психиатра, но лечение маскированной депрессии с преобладанием сексуальных нарушений требует совместных действий психиатра и сексопатолога. В последнем случае следует определить условия (амбулаторные, стационарные) проведения лечения. Необходимо учитывать суицидальные тенденции депрессивного больного с гиперактуализацией сексуальной сферы, внутрисемейные отношения, положительное или отрицательное влияние жены, социальное окружение и др.

В. Ф. Десятников и соавт. [129] предложили поэтапную схему терапии маскированной депрессии.

На первом этапе с целью «демаскировки» депрессии и устранения соматовегетативной симптоматики в первые 3 дня назначают утром антидепрессант (пиразидол 12,5 мг, мелипрамин, амитриптилин 6,25 мг), на ночь транквилизатор (седуксен 5 мг, феназепам 0,5 мг). С 4-го по 15-й день постепенно увеличиваются дозы антидепрессанта до 50—75 мг/сут (в первую половину дня) и транквилизатора — до 10 мг седуксена и 1,5 мг феназепама (во вторую половину дня).

На втором этапе продолжительностью 3—4 нед в среднем проводится терапия собственно аффективных нарушений на основе определения феноменологической структуры депрессии. Если в структуре депрессии есть элементы тревоги, двигательного беспокойства, то рекомендуется назначать в утренние часы или переходить на терапию антидепрессантами с седативным действием (типа амитриптилина), суточная доза которых увеличивается до средних терапевтических. При апатико-адинамических и астенических депрессиях назначают тимолептики-стимуляторы (типа мелипрамина) по 75—125 мг/сут.

Третий этап — терапия резидуальной симптоматики заболевания (продолжительность лечения 7—8 нед). На этом этапе последовательно и постепенно уменьшают дозы применяемых препаратов. Общая длительность лечения маскированной депрессии от 6—8 до 12—14 нед.

Добиваясь нормализации половых функций при маскированной депрессии, необходимо учитывать всю структуру заболевания и воздействовать не только на ведущий синдром, но и на сопутствующие нарушения (изменения предстательной железы и др.).

Одним из важнейших принципов лечения и профилактики сексуальных расстройств при МДП является психотерапия супружеской пары. Больному и его жене следует разъяснить причину и обрати-

мость половых нарушений. В индивидуальной беседе с женой важно привлечь ее к активному участию в лечебном процессе, объяснить ее роль в терапии и профилактике половых расстройств у мужа.

По окончании фазы и возобновлении больным половой жизни супругов предупреждают о возможности преходящих сексуальных дисфункций. Такая мера предосторожности особенно актуальна для пожилых больных, а также при акцентуации черт тревожной мнительности, ригидности, в случаях ипохондрической фиксации на половой сфере и ее гиперактуализации.

В интермиссии циркулярного психоза тактика лечения определяется патогенетическими особенностями половых расстройств. Подробная характеристика терапевтических мероприятий в каждом клиническом варианте представлена в соответствующих разделах данного руководства.

Больные МДП предрасположены к застою в мочеполовом венозном сплетении (вследствие сексуальной дизритмии), поэтому в интермиссии им показаны подвижный образ жизни, физические упражнения для укрепления мышц промежности, живота и регуляции деятельности кишечника при запорах, физиотерапевтические процедуры, местное лечение (включая периодический массаж предстательной железы), направленные на ликвидацию застойных явлений в органах малого таза, улучшение половых функций и предупреждение необратимых патологических изменений в предстательной железе (Н. В. Куренной, 1968). Профилактика сексуальной патологии при МДП наряду с ранним выявлением, лечением и предупреждением аффективных расстройств, проведением разъяснительных бесед об особенностях нарушений половых функций включает в себя совместные усилия психиатра и сексопатолога по своевременной диагностике и адекватной терапии начальных этапов сексуальных расстройств в интермиссии.

3.4.2.4. ПОЛОВЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОЛИГОФРЕНИЯХ

Олигофрения — группа различных по этиологии и патогенезу непрогредиентных болезненных состояний, представляющих собой клинические проявления дизонтогений (нарушений развития) головного мозга во внутриутробном периоде или в раннем (до 3 лет) возрасте. Актуальность и сложность проблемы олигофрений определяется не только многообразием их этиологических форм и клинической полиморфностью, но и их большой социальной значимостью. По данным ВОЗ, лица с психическим недоразвитием составляют 1—3% населения. Еще выше распространенность умственной отсталости (5,7%) по данным Lemke (1956).

Со времени выделения Маньяном [V. Magnan, 1897] дебильности психиатры неоднократно пытались сформулировать теории «основного нарушения» при олигофрении, считая ведущими волевые расстройства (E. Seguin, 1946), нарушения функции внимания (P. Sollier, 1901), расстройства аффективной сферы (K. Lewin, 1934) и т. п. Однако уже на ранних этапах исследования олигофрений многие ав-

торы, в том числе отечественные, указывали на патологию всей психической деятельности больных олигофренией, подчеркивая ведущую роль нарушений интеллекта. Выделение олигофрении, особенно ее наиболее слабо выраженных клинических форм — дебильности — представляет определенные теоретические трудности. Как отмечает Р. Уильямс (1960), «нормальный» индивид всегда ненормален по каким-либо из многочисленных признаков, «нормальный» во всех отношениях организм — явление, наиболее необычное из всех существующих. Отклонение индивидуальности от нормы есть норма для индивидуальности. Поскольку половые расстройства у олигофренов в практике сексопатолога относятся только к дебильным личностям (при имбецильности и идиотии требуется только купирование гиперсексуальности в виде упорной мастурбации; в целом расстройства половой функции у этих больных обусловлены грубой органозендокринной патологией), то во избежание ошибок в диагностике необходимо четко уяснить критерии отличия психической нормы от легкой дебильности. С наибольшими трудностями сексопатолог встречается при отграничении легкой дебильности от обычной житейской глупости, которая в быту нередко воспринимается как болезненное недоразвитие интеллекта. А. Токарский в статье «О глупости» подчеркивал, что «глупость в ее чистом проявлении есть свойство здорового человека» [307]. Слабоумные не способны к отвлечению и полноценной абстракции, им свойственны инертность психических процессов, слабость критики и т. д. Глупость, по А. Токарскому, проявляется в том, что «глупец свободен от сомнений», его действия не всегда соответствуют изменяющимся требованиям действительности, «восприняв мало, глупец полагает, что воспринял все». В отличие от слабоумия глупость не всегда препятствует успехам и преуспеванию на служебном поприще. Х. Гейер [393] подчеркивал, что глупость остается в границах нормальной психической деятельности и поэтому ее следует отличать от болезненной слабости интеллекта при олигофрении. Интеллектуальный критерий для диагностики олигофрении всегда основной, хотя все новые подтверждения находят положение Л. С. Выготского о том, что врожденное слабоумие — не изолированное заболевание интеллекта, оно охватывает личность в целом (1956).

Многие гипотезы о сущности олигофрении учитывают ее связь с деструктивными, патофизиологическими изменениями в ЦНС и влияние локализации поражения головного мозга на формирование симптомов и синдромов, форм и вариантов дебильности (М. С. Певзнер, 1959; О. Е. Фрейеров, 1964; Д. Н. Исаев, 1982, и др.). Эмоциональные и волевые нарушения в структуре дебильности служат, в частности, проявлением «рассогласованности» (А. М. Иваницкий, 1966) деятельности мозговых центров, и в том числе глубоких структур мозга. Различные сочетания этих нарушений с интеллектуальной недостаточностью обуславливают вариабельность клинических форм олигофрении. Всегда следует учитывать также непрогредиентность гомогенных клинических проявлений олигофрении (Э. Крепелин, 1902; Н. И. Озерецкий, 1938; Г. Е. Сухарева, 1965, и др.).

Хотя основные признаки олигофрении проявляются в детстве, выраженность «дефекта» во многом зависит от факторов, входящих в широкое понятие «психологическая экология». В одних условиях, например, в среде с невысоким культурным уровнем, эти лица легко адаптируются, но в сложной жизни современного большого города при необходимости контактов и многочисленных нравственных и официальных регламентациях психическая несостоятельность этих больных проявляется достаточно четко.

Дефект психики может обнажаться в случаях пролонгированных психогений, а также при сочетании с теми или иными экзогенными вредностями (алкоголизм, черепно-мозговые травмы и др.). Выраженность психического дефекта усиливается именно за счет такого неблагоприятного сочетания. Для сексопатолога представляют интерес некоторые клинические формы олигофрении, выделяемые на основе как этиопатогенетических, так и психопатологических признаков. Первые более тесно связаны с биологическими механизмами половых расстройств (преимущественно нейрогуморальная составляющая), вторые вписываются в диапазон аномального личностного реагирования (психическая составляющая) как источника половых расстройств.

Умственное недоразвитие может быть обусловлено рядом наследственных, экзогенно-органических и микросоциально-средовых факторов. В ряде случаев психическое недоразвитие сочетается с более или менее выраженной соматоневрологической и эндокринной патологией. Как правило, чем тяжелее психическое недоразвитие, тем грубее нарушения в соматоневрологической и эндокринной сферах.

При олигофрениях, выделенных на основе этиопатогенетических признаков, от одной причины (этиологического фактора) развиваются два следственных ряда, приводящих и к психическим, и к эндокринным расстройствам, которые и обуславливают половые нарушения. Независимость этих нарушений от слабоумия показывает, что терапия в подобных случаях должна учитывать в первую очередь особенности патологии нейрогуморальной составляющей.

Из так называемых дифференцированных (по этиологическому фактору) олигофрений, при которых половые расстройства обусловлены не столько психической, сколько нейрогуморальной составляющей, для сексопатолога особый интерес представляют следующие формы.

Олигофрения при аномалиях половых хромосом.
Синдром Шерешевского — Тернера. Этот синдром встречается в женской популяции с частотой 0,3 : 1000. Признаки психического недоразвития у больных с синдромом Шерешевского — Тернера сочетаются с диспропорцией телосложения и аномалиями развития внутренних органов (см. т. I, с. 140).

Синдром Клайнфелтера. Этот синдром аномалии половых хромосом (см. т. I, с. 204) встречается в мужской популяции с частотой 0,2%, среди олигофренов — в 1—2%. Интеллектуальное недоразвитие сочетается у больных с диспропорцией телосложения, гинекомастией и недоразвитием половых органов, евнухоидизмом.

Из наследственных форм олигофрений, обусловленных нарушением метаболизма, наиболее выраженные половые нарушения наблюдаются у больных с синдромом Лоренса — Муна — Бидля: наряду с умственным недоразвитием обнаруживаются разнообразные нарушения жирового, минерального, белкового и других видов обмена. Отмечается резкое ожирение по адипозогенитальному типу, выраженный гипогенитализм, дисплазия телосложения, короткопалость и полидактилия, пигментная ретинопатия, гипосексуальность и крайне низкое либидо.

Из других дифференцированных форм следует выделить гипотиреоидную олигофрению (кретинизм) с недоразвитием половых желез и задержкой развития вторичных половых признаков. Психическое недоразвитие при гипотиреозе бывает различным — от легкой дебильности до идиотии и отличается так называемым эндокринным психосиндромом. У больных отмечаются снижение полового влечения, замедленность психических процессов, слабость побуждений, двигательная заторможенность. Диагностика кретинизма и дифференцировка различных форм гипотиреоза основываются на клинических признаках и результатах функциональных проб с радиоактивным йодом. В ряде случаев применение тиреоидина предупреждает тяжелые психические и физические дефекты (см. т. I, с. 212).

При недифференцированных формах олигофрении также возможны нарушения нейроэндокринного аппарата, нарушения в развитии и функции половых органов. Однако при легкой дебильности даже при самом тщательном обследовании можно не найти каких-либо отклонений от нормы в нейроэндокринной сфере, а в случаях половых расстройств основная патология может относиться исключительно к психической составляющей.

Факторы, обусловившие задержку умственного развития, к периоду полового созревания уже не играют патогенетической роли. Феноменологически сходные состояния бывают обусловлены разными патогенетическими факторами и наоборот, разные патогенетические факторы могут приводить к клинически сходным состояниям.

В целях систематизации половых нарушений у больных с разнообразными формами олигофрений можно ограничиться тремя синдромальными вариантами, имеющими определенное сходство как по психопатологическим признакам, так и по особенностям половых расстройств.

Эйфорический синдром. Развитие этого синдрома связывают с фронтальным отделом коры головного мозга, с поражением фронтолимбических связей. Больные довольны собой, у них относительно стойко повышено настроение (с оттенком «всеблаженства») (С. С. Корсаков). Больные обычно безмятежны, благодущны, бодры, но бездеятельны. Свое довольство они никак не мотивируют. Эти больные обычно не вступают в брак и сами не обращаются к сексопатологам. Частая и довольно обнаженная мастурбация заставляет родственников приводить таких больных к врачам. Больные объясняют свое поведение однообразно: «Мне хочется, я никому не ме-

шаю. И жениться я хочу; женюсь — и перестану». У них отмечается также склонность к сюжетно-однообразному фантазированию на сексуальную тему. Убедить больных скрывать онанизм от окружающих обычно не удается, хотя получить такое обещание можно без труда. Если больные нарушают общественные нормы поведения, могут отрицательно влиять на несовершеннолетних и нет показаний к госпитализации, то возможно амбулаторное лечение, естественно, при выполнении рекомендаций врача кем-либо из родственников (аминазин по 25—100 мг на прием 1—3 раза в сутки в зависимости от эффекта).

Апатико-абулический синдром, как и предыдущий, — один из наиболее распространенных; он представляет собой вариант так называемой торпидной олигофрении, описанной еще W. Griesinger (1867). У таких больных отмечается тотальная слабость волевой деятельности и крайне низкая дифференцировка эмоциональных реакций. С первых лет жизни есть признаки торпидности: замедленность реакций на окружающее, низкая способность к психическому напряжению, психомоторная инертность, слабость побуждений, а также эмоциональная бедность, общая вялость, бездеятельность, медлительность и скованность.

Поведение больных больше, чем при других вариантах олигофрений, подвержено средовым влияниям. В благоприятных условиях эти больные выполняют посильную работу, вступают в брак. Их супруги, как правило, становятся лидерами в семье, хотя у них обычно также имеется олигофрения. Такие супруги обычно не обращаются к сексопатологам, и лишь случайно психиатр при активном расспросе устанавливает сексуальную пассивность, фригидность, малую половую дифференцировку психического склада, низкое либидо.

Эта сексуальная пассивность и малая дифференцировка психического склада по полу приобретает особое значение в смысле половой патологии у тех больных мужчин, которые оказываются в неблагоприятных микросоциальных условиях. Под влиянием лиц с активным гомосексуальным влечением больные с данной формой дебильности легко (из-за отмеченных аномалий психосексуального склада и повышенной внушаемости) становятся пассивными гомосексуалистами. В особо неблагоприятных условиях (в местах лишения свободы) такие больные используются в качестве пассивных партнеров несколькими активными гомосексуалистами, что может привести к распространению венерических заболеваний.

Как правило, изменение микросоциальной среды приводит к прекращению гомосексуальных связей больных. Однако при менее дифференцированном сексуальном складе и значительном (2—3 года) «стаже» гомосексуальных связей больные довольно стойко входят в роль пассивных партнеров. Больные противятся какому-либо медикаментозному лечению, и единственным воздействием, не считая принудительного лечения в связи с невменяемостью по ст. 121 УК РСФСР (мужеложство) или в связи с распространением венерических заболеваний, являются социально-организационные меры (в том числе активное привлечение к труду).

Синдром импульсивной гиперсексуальности. Эти состояния могут наблюдаться в рамках различных клинических вариантов олигофрений, однако чаще — у больных с дисфорическим и психопатоподобным состояниями. Периодически наступающее половое возбуждение с бурным стремлением к удовлетворению этого влечения описано еще Крафтом-Эбингом. Он отмечал, что при этом олигофрены набрасываются на детей и животных, совершая даже убийства, когда жертвы оказывали сопротивление.

В случаях дисфорического синдрома, возникающего как аутохтонно, так и в результате психогенных факторов, гиперсексуальность сопровождалась другими компонентами дисфорического состояния — расторможенностью, повышенной раздражительностью, возбудимостью, неусидчивостью. При психопатоподобном синдроме гиперсексуальность обычно провоцировалась алкогольным опьянением. Эти состояния импульсивной гиперсексуальности обычно входят в компетенцию психиатра. При часто возникающих импульсивных состояниях гиперсексуальности с социально опасным поведением больные подлежат госпитализации в психиатрическую больницу.

Повышенная внушаемость, слабость критики нередко способствуют тому, что некоторые «шутники» историями о фантастических половых проявлениях убеждают таких больных в их несоответствии половой «норме».

Больной К., 26 лет, маяря, обратился с просьбой о лечении «дефективности полового члена».

Больной родился от беременности, протекавшей с тяжелым токсикозом. Раннее развитие с явной задержкой. Ходить начал в 2 года 2 мес, членораздельная речь только к концу 4-го года. Был упрямым, малопослушным, склонным к озорству, однако оно всегда было примитивным, однообразным. Отдан в школу в 8 лет, программу первого класса усвоить не мог. Переведен во вспомогательную школу. Окончил 8 классов этой школы и училище, где приобрел специальность маяря. В армию не призывался. С 19 лет стал работать на стройке, где числился маярем, но выполнял лишь подсобную работу.

Мастурбации с 14 лет. С 18 лет ухаживал за девушками, некоторым сразу делал довольно откровенные предложения, но каждый раз получал отказ с намеком, что он «не такой, еще надо дорасти». Продолжал мастурбировать, обычно дома, 4—5 раз в неделю; в выходные дни 3—4 раза в сутки. При мастурбации в эротических фантазиях представлял «взрослых теток». Имел три случайных сношения с женщинами намного старше себя. Женщины были ему знакомы по работе и во время половых сношений находились в состоянии алкогольного опьянения. Каждый раз «влюблялся» в этих женщин, в последующие после половых актов дни признавался им в любви, просил выйти за него замуж. Однако каждый раз получал грубый отказ: его называли «дефективным», «ничего не соображающим придурком». В бригаде открыто смеялись над «любовными похождениями» пациента. Однажды мужчины с деланно-серьезным видом открыли ему «тайну», почему ему отказывают женщины: у него маленький половой член. К. воспринял это со всей серьезностью, в тот же день пошел в баню, чтобы проверить эту «версию». Был рад, что размеры его полового члена не отличаются от других. На следующий день рассказал об этом в бригаде, чем вызвал общий смех. Однако «шутники» ему объяснили, что в спокойном состоянии у всех размеры одинаковые, а разница бывает тогда, когда «член встает». Несмотря на то, что были названы фантастические размеры эрегированного члена, общую атмосферу насмешки К. не понял. Вспомнил, что женщины, с которыми он имел половую близость, отказывались выйти за него замуж, называя «дефективным». «Понял, что женщины имели в виду именно «дефективность полового члена». Этот новый смысл слова убедил К. в реальности полового де-

факта. Пациент был очень удручен своей «неполноценностью», появились суицидальные мысли. Решил, опять же по «совету» друзей, обратиться к хирургу.

По словам К., хирург направил его к «специалисту». На прием К. пришел взволнованный, с полной уверенностью в своем «дефекте» и с надеждой на удлинение полового члена; говорил о своем «горячем желании жениться». Не видит большой разницы между онанизмом и нормальным половым актом. Желание хочет в первую очередь для того, чтобы его любили и чтобы «быть как все, иметь детей». В беседе обнаруживал бедный запас слов и представлений, примитивность суждений, прямолинейность понимания, отсутствие чувства юмора, повышенную внушаемость.

Пациент среднего роста, гармоничного мужского телосложения. Оволосение на лице и в области половых органов по мужскому типу. Длина полового члена в спокойном состоянии 9 см, яички плотной консистенции, размер по длинной оси около 4,5 см.

Анамнез показывает своевременное половое развитие и достаточно выраженное либидо. Частота полового возбуждения с мастурбаторными эксецессами до 4 раз в сутки, возможность нормальных (в узко сексологическом смысле слова) половых актов с женщинами, отсутствие каких-либо признаков гормональной недостаточности или видимых аномалий половых органов дают все основания считать, что собственно половых расстройств у пациента нет. Особенности психического развития и статус, в том числе и мотивы обращения к врачу, достаточно убедительно свидетельствуют об олигофрении в степени умеренной дебильности.

При полноценности половых функций и неадекватности жалоб больной, несомненно, страдал от своего «дефекта». Зафиксировавшийся явно тягостный комплекс переживаний мог иметь различные нежелательные последствия — от обращения за помощью к знахарям до создания нездоровых отношений в микроколлективе (насмешки над больным) и суицида. Все это обуславливает необходимость адекватной помощи в подобных случаях. Естественно, она может ограничиваться лишь рациональной психотерапией, соответствующей уровню ее восприятия пациентом. В частности, повышенную внушаемость можно использовать для переубеждения. Кроме того, доверительное отношение таких пациентов позволяет рекомендовать воздержание от деторождения.

О сексуальности дебилов, их «нормальной» половой жизни и клинических особенностях сексуальной патологии в целом известно очень мало. Как в старой, так и в современной сексологической, психиатрической, психологической литературе имеются лишь скудные, часто противоречивые данные по этому вопросу. С одной стороны, считают, что сексуальное развитие у большинства олигофренов протекает (или может протекать) в нормальном ритме (H. Grasse et al., 1967), с другой стороны, высказывается мнение, что задержка интеллектуального развития во многих случаях коррелирует с отставанием сексуального развития (L. Mitchell et al., 1978) или, наоборот, у дебилов рано развивается сексуальность и эта «аномальная» сила потребности предрасполагает к сексуально-перверзному поведению [414]. Однако имеются утверждения, что сексуальная агрессивность дебилов является результатом не интеллектуаль-

ного недоразвития как такового, а социально неправильного формирования личности и «акцентуированного» интереса к половой жизни (Н. Jordan, 1971).

Анализ сексуального развития лиц с легкой дебильностью показал, что хотя либидо у многих из них развивается в те же сроки, что и у психически здоровых детей, у страдающих дебильностью имеются большие отклонения в сторону как ослабления полового интереса, так и повышенного любопытства к вопросам пола. Для формирования правильного полового поведения в последующие годы большую роль играет правильное воспитание. Отсутствие контроля за половыми интересами и наклонностями дебилов (как и всех подростков) может обусловить их формирование под влиянием лиц с половыми перверзиями.

Сказанное в первую очередь относится к дебильным личностям с сильным половым инстинктом, у которых интересы концентрируются исключительно на том, что вызывает сексуальное возбуждение. Это проявляется в форме особой выраженности ориентировочного поведения в поисках эротических раздражителей, в этом возрасте часто неадекватных. Свойственная детям недифференцированность полового влечения приводит к тому, что любой сильный эротический раздражитель и любая форма, в которой впервые было удовлетворено сексуальное возбуждение, может по механизму импринтинга стать моделью для последующих перверзных актов. В других случаях при повышенном интересе к сексуальной сфере дебильные подростки легко поддаются развращающему влиянию старших товарищей. Если дебильные подростки даже становились жертвами насилия со стороны взрослых лиц с перверзиями, то они испытывали сильное половое возбуждение, оставлявшее след удовлетворения. В дальнейшем при повторении перверзных актов извращенные наклонности фиксировались. Этой фиксации способствует положительное («любовное») отношение партнера, явно противопоставляемого в глазах дебильной личности окружающим, склонным насмехаться над его психической недостаточностью. Дебильные личности не тяготеют к перверзным связям. Более того, они часто преднамеренно и неоднократно воспроизводят в своих фантазиях эротическую ситуацию, доставившую им сексуальное удовлетворение.

В отличие от психопатических личностей с сексуальными перверзиями, у которых наблюдается своеобразная жадность к новым впечатлениям, стремление к непрерывной смене способов удовлетворения полового влечения, дебильные личности фиксируются на одном первоначальном варианте. Смена перверзии происходит только под влиянием активного партнера, и сложившийся еще в стадии формирования ведущий компонент перверзии чаще всего бывает стабильным.

Таким образом, при повышенном интересе к сексуальным вопросам дебильные дети очень восприимчивы и легко усваивают различные перверзные навыки. В связи с этим профилактика перверзных влечений должна быть направлена на оздоровление микросоциальной среды, на правильное воспитание подростков. Недостаток инте-

ресующей детей информации по половому вопросу следует восполнять в открытых, спокойных беседах, а не делать эту тему запретной. В противном случае при определенном социально-отрицательном влиянии у дебильных личностей легко формируется социально опасный модус сексуального поведения, весьма трудный для последующей коррекции.

3.4.3. СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ ЭКЗОГЕННЫХ (РЕАКТИВНЫХ, СИТУАЦИОННЫХ) ФАКТОРОВ

Эти сексуальные нарушения у мужчин самые частые, встречаются в качестве стержневого синдрома у 39,4% всех пациентов, обратившихся за сексологической помощью (из них 30% приходится на неврозы, 1,8% на синдром дезактуализации сексуального поведения и 7,6% на мнимые сексуальные расстройства).

3.4.3.1. НЕВРОЗЫ И СЕКСУАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Прежде чем рассматривать эти наиболее частые сексуальные нарушения, необходимо уточнить некоторые исходные положения, касающиеся проблемы неврозов. На I Международном психиатрическом конгрессе, посвященном проблеме неврозов, Ф. Кноблех констатировал: «Что такое невроз человека? До сих пор удовлетворительного определения у нас не имеется» [438]. В 1954 г. Е. А. Попов ссылался на отсутствие среди 13 профессоров, выступивших на пленарном заседании Украинского съезда невропатологов и психиатров, посвященном той же проблеме, «и двух человек, которые бы одинаково понимали термин «невроз»» [254]. Последующие десятилетия также определили этот крайне сложный вопрос лишь конвенционально [421]. Как в 1954, так и в 1981 г. не названо ни одного специфического проявления, свойственного неврозам (которое, в частности, не наблюдалось бы в картине психопатий или даже психозов), и поэтому при определении понятия «невроз» пришлось перечислять длинный ряд условий, совокупность которых позволяет относить изучаемую клиническую категорию к этому разряду [254, 421].

Затруднения, с которыми приходится сталкиваться при определении понятия неврозов, характерны и для обозначения их отдельных форм. Даже столь «популярная» неврастения, которая до сих пор описывается как нозологическая единица, по существу не более чем симптомокомплекс, так как характерное для нее сочетание повышенной раздражительности с быстрой истощаемостью (*раздражительная слабость*) наблюдается, например, и в продроме инфекционных заболеваний, и как начальная фаза шизофрении.

Между тем существо и принципиальное отличие любого невроза от всех других заболеваний заключается, по нашему представлению, в следующем. Большинство болезней сопровождается либо ограничением, либо полной блокадой защитных механизмов, свойственных физиологической системе в норме. При неврозах они утрачивают лишь свойственную им пропорцию, соразмерность, и именно это составляет сущность невротических состояний. Другими словами, невроз в широком понимании — это пароксизм реактивности, и с этой точки зрения сфера его распространения намного шире, чем принято считать. Прежде всего не следует забывать, что патогномичный для неврастения симптомокомплекс раздражительной слабости с типичной инверсией энергии реагирования, непропорционального силе раздражителя, был всесторонне изучен Н. Е. Введенским на нервно-мышечном препарате: «...Мы видим стационарную способность препарата отвечать сильными возбуждениями на раздражения, умеренные по силе и частоте, и относительно очень уменьшенными возбуждениями на раздражения сильные и частые» [310]. Иными словами, невроз — универсальная защитная реакция всего живого, и характерный для него начальный всплеск возбудимости прослеживается начиная с клетки. По мере структурного усложнения и продвижения по эволюционной лестнице изначально очень узкий диапазон «невротического» реагирования на воздействия внешней среды не только расширяется, но и, становясь многофакторным, обретает новые степени свободы. Так, даже при безотказных экспериментальных приемах (предъявление трудных дифференцировок или переделка положительных и отрицательных пар близких условных раздражителей на обратные) невроз развивается далеко не у каждого животного.

Приобретая предельно индивидуальный и непредсказуемый, т. е. «личностный» характер, невроз играет роль инструмента защиты, так как даже «ровная слюна» у подопытной собаки, означающая отказ от сотрудничества с экспериментатором, имеет двойственную природу. Будучи прежде всего приемом самозащиты, она в то же время является отклонением от привычного (и в этом смысле нормативного) стереотипа, т. е. патологией, хотя и более мягкой, чем симптомокомплексы экспериментального невроза, возникающие у других животных (М. К. Петрова, 1946).

Данная концепция предполагает отказ от привычных канонов врачебной диагностики, отработанных на моделях типа крупозной пневмонии, которая всегда является болезнью, даже если она протекает легко и атипично. В противоположность этому весь невроз — это *предболезнь*: в замирании, мертвенной обездвиженности мелкого зверька перед грозным хищником, так же как в конвульсиях рыбы, выброшенной прибоем на берег, больше тысячелетней природной «хитрости», чем болезни. Однако в этой «хитрости» — начало невроза, и о неврозе говорят как о болезни только тогда, когда «хитрость» не удалась.

Понимая под неврозом весь диапазон экстраординарных проявлений реактивности — от преходящих пароксизмов частных феноменов

психофизиологической адаптации¹ на стадии предболезни до диффузных и стойких изменений стиля поведения, врач безусловно столкнется с дополнительными трудностями. Однако взамен он получит возможность воздействовать на все невротические проявления, начиная с так называемых *системных неврозов* (навязчивая икота, спазм пищевода, ускоренное семяизвержение и т. п.) и кончая стойкими и длительными невротическими развитиями [62]. Если самые тяжелые формы этого вариационного ряда всегда пользовались особым вниманием клиницистов, то множество легкобольных (а следовательно, и самых терапевтически перспективных) с «мелкомасштабными» и нестандартными жалобами, подчас вызывающими улыбку, годами бойкотируясь специалистами разных профилей и не получая никакой реальной помощи, медленно, но неотвратимо «отяжелевают» и превращаются в социально дезадаптированных хроников.

Этиология. Основной причиной любого невроза, начиная от преходящей невротической реакции и кончая затяжным невротическим развитием, является психическая травма. Чаще всего это невозвратимые потери (имущества, близких людей), угроза здоровью или благополучию (онкологическое обследование, судебное следствие), унижение (деквалификация, увольнение с работы, предание гласности порочащих сведений, осознание собственной несостоятельности). Наиболее частые при сексуальных расстройствах психические травмы — систематические измены или уход из семьи одного из супругов — наносят удар по всем трем линиям: и невозвратимостью утраты, и доказательством неспособности сохранить привязанность, и унижением в глазах окружающих. Особенно патогенными оказываются бытовые или производственные конфликты, которые больной разрешить не может (незаконные действия безропотного и совестливого счетного работника под давлением начальника или сохранение отношений с неверным мужем, чтобы не нанести вред детям).

Холерический или меланхолический темперамент, акцентуации характера или психопатии играют роль предрасполагающего фактора, способного лишь ускорить формирование невроза. У обследованных нами сексологических больных разные типы неврозов при полном отсутствии преморбидной психопатологической отягощенности отмечены в 24,4 и 43,9% (см. с. 193).

Патогенетические механизмы неврозов многообразны, что определяется типом невроза (неврастения, истерия, невроз навязчивости и т. п.), а также стадией его развития. Однако в самом общем виде, как показал П. К. Анохин [5], невротические состояния представляют собой следствие взаимодействия двух конфликтных возбуждений, ни одно из которых не может быть полностью подавлено. П. В. Симонов связывает развитие невроза с возникновением застойного возбуждения эмоциональных центров вследствие дефицита информации при рассогласовании потребности с вероятностью ее удовлетворения [289]. М. М. Хананашвили сформулировал представ-

¹ Дыхательные, вазомоторные реакции, потоотделение и т. п.

ление об информационных неврозах, возникающих вследствие перегрузки мозга большим объемом информации при дефиците времени, необходимого для ее анализа, обработки и усвоения (1978).

Ключевыми моментами, обязательными для любого невротического состояния, являются элемент конфликтности разнонаправленных тенденций и элемент подчеркнутой эмоциональности переживания: «Меня кто-нибудь оскорбил, но я по какой-либо причине не мог ответить словом, а тем более действием. Таким образом я переживаю конфликт возбуждения и торможения» (И. П. Павлов, цит. по [5]). Невротические переживания несоразмерно сильны, неадекватны вызвавшему их поводу и длительны (K. Schneider, 1927).

Этиология, патогенез и клиника невротических состояний у человека, в какой бы форме они ни проявлялись — от кратковременных, как вспышка, невротических реакций до затяжных невротических развитий, всегда сплетаются в тесный конгломерат, осложняемый обязательным включением «участков общественной сферы деятельности человека». Это очень часто делает поведение невротика «непонятным и беспричинным так же, как непонятным казалось бы нам поведение теннисиста на площадке, если бы его противник и мяч стали для нас невидимыми» [438].

В детстве и отрочестве каждый проходит через полосу розовых мечтаний: мальчик если не космонавт или летчик, то по крайней мере пожарник, а завершаются эти мечты скромной должностью счетовода или вагоновожатого. Любой труд почетен, но по земле ходит немало людей, которые считают себя неудачниками. Когда покупатель в магазине спрашивает, сколько стоит спираль электронагревателя, а продавщица ему отвечает: «Вы что — слепой, сами не видите?» — это воспринимается как житейское хамство, потому что покупателю не видны ни мяч, ни противник. Между тем девушка мечтала о карьере кинозвезды, но не прошла по конкурсу в вуз и вот стоит за прилавком в отделе электробытовых изделий... Таким образом, то, что покупателю кажется грубостью и хамством, есть неизбежная невротическая реакция, обусловленная тем, что человек, осознающий себя неудачником, невольно ищет себе психологическую защиту, а самым распространенным, простым и доступным, хотя и обманчивым защитным механизмом этого рода является невроз.

Л. Н. Толстой записал в «Круге чтения»: «Человек подобен дробе — в знаменателе то, что он о себе думает, а в числителе то, что он на самом деле собой представляет». Таких людей, представляющих собой, по определению Л. Н. Толстого, правильную дробь, в гуще жизни больше, чем на учете психоневрологических диспансеров. Немногие способны трезво посмотреть на тот простой факт, что от розовых мечтаний отрочества и юности мало что осталось. Причины многих горьких переживаний — не столько в душевной слабости, сколько в общей архитектонике человеческих устремлений. Неудачник нередко проглядывает даже в людях завидной судьбы, при самых бесспорных приметах удачливости. В ходе клипического анализа бывает крайне сложно разделить трудности, искусственно создаваемые окружающими его людьми, и иллюзорные обиды

невротической природы, призванные оправдать собственную слабость и уверить себя в том, что к тебе кто-то несправедлив, что ты — жертва непонимания, недооценки, более того, что тебе завидуют и даже преследуют тебя.

Хотя такие невротические защитные построения иллюзорны, они необходимы невротiku, поскольку правда о неудаче жизненных замыслов непереносима для слабых или упавших духом людей. Критиковать других намного легче, чем утверждать свою правоту упорным и незаметным трудом, и невротики заставляют окружающих дорого оплачивать свои защитные механизмы, подчас оскорбляя то, что свято для других людей. Однако врач должен видеть за этим фасадом внутренние механизмы невротической защиты, которые, в отличие от похожих по внешней феноменологии житейских проявлений (расцениваемых как проявления невоспитанности, избалованности или хамства), исходят из болезненно измененной эмоциональной сферы.

При рассмотрении патогенеза ряда клинических форм неврозов перечисленные ранее этиологические факторы заслуживают анализа в ином, более обобщенном виде. Невротическое состояние может быть обусловлено не только сигналами, символизирующими потерю, угрозу или унижение, но и прямым, непосредственным не удовлетворением потребностей человека, порождающим без всякой символики истинную реальную угрозу либо здоровью, либо престижу, либо и тому, и другому. Потребности теснейшим образом связаны с эмоциями, а богатство, сложность, глубина, сила и многочисленные оттенки человеческих эмоций указывают на многообразие скрывающихся за ними потребностей и характеризуют индивидуальность. Наконец, неудовлетворение потребностей является сильнейшим возбудителем эмоций. П. В. Симонов и П. М. Ершов разделили человеческие потребности на 3 категории [290]:

1. *Материально-биологические* — в средствах обеспечения индивидуального и видового существования (пища, одежда, жилище и т. д.).

2. *Социальные* — потребности занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью и вниманием окружающих, быть объектом их уважения и любви.

3. *Идеальные* (духовные, культурные, информационные) — потребности познания окружающего мира и своего места в нем, познания смысла и назначения своего существования. К этой же категории относится и так называемая эстетическая потребность.

Потребности трех перечисленных групп не заменяют друг друга. Удовлетворение потребностей одной группы не компенсирует неудовлетворенности потребностей другой. Материально-биологические, социальные и идеальные потребности образуют сложные взаимосвязанные комплексы. Так, семейные отношения призваны удовлетворять потребности как в воспроизведении потомства и снятии сексуального возбуждения (биологические), так и во взаимной социально-психологической поддержке, и, наконец, в коммуникативном, духовном и эстетическом взаимодействии.

П. В. Симонов выделяет также две диалектически противоречивые тенденции сохранения и развития, присущие процессу самодвижения живой природы, включая человека и общество. Установка на самосохранение, сохранение потомства, результатов труда и т. п. является не конечной целью, как полагают сторонники гомеостатических концепций «выживания», а необходимым условием процесса развития, совершенствования, освоения новых сфер. Относительное преобладание одной из этих тенденций у индивидуума обнаруживается при определении уровня притязаний — одни стремятся к успеху, другие избегают неудач. В плане развития невротических состояний неудовлетворенность потребностей сохранения генерирует тревожность, а неудовлетворение потребностей развития ведет к *фрустрации*.

В клинической картине конкретных невротических состояний названные патогенетические механизмы в чистом виде не встречаются. Даже в самых на первый взгляд элементарных нарушениях, например, типа невроза утомления по В. К. Хорошко (1943), сочетаются несколько патогенетических механизмов: 1) свойственное любому переутомлению нарастание дефицита удовлетворения основных биологических потребностей организма в сне, отдыхе, восстановлении энергетических трат; к этому, как правило, присоединяются депривации и двух других категорий потребностей — социальных и идеальных (на них не остается ни времени, ни душевных ресурсов), да и престиж человека, который не успевает и не справляется, сначала смещается в угрожаемую зону, а затем утрачивается; 2) конфликтное взаимодействие двух разнонаправленных возбуждений по П. К. Анохину, с которым всегда связаны любая спешка и работа «на износ», поскольку здесь сталкиваются осознание логической нецелесообразности продолжать непродуктивную, ставшую отвратительной работу, и необходимость во что бы то ни стало, любой ценой за оставшиеся 1½ ч закончить ненавистный бухгалтерский баланс (перевод иностранного текста и т. п.), чтобы избежать еще одного унижительного объяснения с начальством; 3) информационные перегрузки по М. М. Хананашвили; 4) психологические фрустрации [498, 499], длинная череда которых загромождает весь путь к достижению цели, во имя которой человек напрягает свои силы.

В. Н. Мясищев рассматривал психоневроз как «психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невозможной потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности» [222].

Диагноз невротического расстройства требует обязательного определения всей структуры личности [239, с. 304—317], ознакомления с индивидуальной предысторией возникновения данного расстройства. С самого начала необходимо исключать так называемые

псевдоневротические нарушения, т. е. симптомокомплексы, сходные с неврозами (чаще всего имитирующие неврастеническую раздражительную слабость), но имеющие не психогенную, а соматогенную или цереброгенную природу (в частности, неврастеноподобные стадии некоторых замаскированных подострых или первично хронических инфекций, астеноневротические формы шизофрении и т. п.). Распознавание таких расстройств затрудняется тем, что, например, многие хроничесептические состояния возникают криптогенно, протекают замаскированно и тянутся годами, а при периодических обострениях, облакаемых в невротическую форму, причина и следствия меняются местами: во время очередной экзacerbации хроничесепсиса вследствие вторичного нарастания нервной возбудимости провоцируется конфликт, а при обращении к врачу этот конфликт фигурирует как причина ухудшения состояния больного.

Наблюдение в динамике позволяет отличить невроз от невротоподобных проявлений шизофрении — значительная часть психотических больных обращаются к сексопатологам на ранних стадиях заболевания, задолго до обследования психиатром, в фазе, когда не только не сформировался свойственный психозу дефект, но даже не определилась специфика прогрессивного процесса. В подобных случаях, если даже квалификация и опыт сексопатолога дают ему основания заподозрить психоз, в большинстве случаев на первых этапах он думает о наиболее благоприятном для больного невротическом состоянии, отодвигая окончательное решение до выяснения таких показателей, как поведение больного в различных жизненных ситуациях, податливость (или резистентность) к психотерапии и, наконец, его реакция на различные психофармакологические средства.

При дифференциальной диагностике неврозов и аномалий личности следует учитывать несколько критериев. Невроз обратим, а психопатия — стойкая деформация личности. Невротики осознают свое состояние, что в значительной мере определяется борьбой между здоровой и больной частями личности. Психопаты лишены этого сознания, их личность целиком смещена на иной, болезненный уровень (Н. Д. Лакошина, 1970). Однако во многих случаях структура невроза настолько тесно сплетается с преморбидными особенностями личности, что проявления невроза как бы нанизываются на личность. Например, сексуальные расстройства и при истерическом неврозе, и при истерической психопатии у обоих полов развиваются по единой схеме, определяемой стержнем истерии — эгоцентризмом. Поскольку оба — и истероидный невротик, и истероидный психопат — любят только себя и не способны любить другого, у обоих требование непрерывного преклонения перед собственной персоной без взаимной отдачи, как правило, рано или поздно утомляет и отталкивает партнеров. Точки, облегчающие смыкание определенных частных разновидностей психопатий и неврозов, существуют и вне сексуальной сферы. Так, многие истероидные психопаты с их эгоцентризмом и театральностью не способны к систематической, заметной повседневной работе, требуемой в некоторых профессиях. В опреде-

ленных жизненных ситуациях у таких психопатов наслаивание невроза становится необходимым как защитная реакция.

В практической работе учитывать сродство невротических и психопатических проявлений не менее важно, чем выявлять качественные различия невротических процессов и психопатических состояний. Дифференциальная диагностика этих двух форм выходит за рамки одномоментного противопоставления: заполняя вторую строку структурной решетки, сексопатолог на первом этапе оценивает и регистрирует личностный преморбид (в котором фигурируют акцентуации характера, психопатии и олигофрении), на втором — устанавливает наличие экзогенно обусловленных психопатологических синдромов реактивного порядка, и на заключительном этапе анализирует механизмы, связывающие преморбид и ситуационно обусловленную патологию. При таком анализе врач не только и не столько разграничивает две дифференцируемые формы по формуле «или...или», сколько определяет долевое участие преморбидных и ситуационно обусловленных синдромов, их взаимное сродство и линии взаимодействия по формуле «и...и...». При этом возможны различные клинические варианты, например, декомпенсация психопатии под влиянием психотравмирующей ситуации без формирования невроза, формирование невроза на фоне акцентуации характера (или психопатии) того же типа или отмечаемое А. М. Свядощем своеобразное синдромотаксическое сочетание в форме невроза у психопатической личности, когда под воздействием психической травмы появляются качественно новые симптомы, не соответствующие типовой принадлежности имеющейся у больного психопатии [282], и т. д.

Наконец, с неврозами приходится дифференцировать особую форму расстройств поведения, которую мы, пользуясь термином, введенным А. К. Ленцем [197], обозначаем как *социопатию*. Это особая форма девиантного поведения, направленная на придание себе видимости общественной значительности. Патогенетически социопат очень близок невротiku, который, испытывая непереносимую горечь от краха юношеских мечтаний, в пароксизмах отчаяния грубит окружающим. Однако при сходстве патогенеза социопаты отличаются от невротиков этиологией и симптоматикой. Они, как правило, намного старше невротиков, среди них много «людей в отставке» и хотя они не имеют громких титулов, они старательно выставляют немногие крайне незначительные знаки отличия («в моем возрасте», «ветеран», «член общественного совета» и т. п.). В отличие от безрассудного и яростного невротика социопат обычно холоден и расчетлив. Невротик искренне страдает и не может скрыть своей боли, которая пропитывает даже его наскоки на окружающих, а социопат преисполнен достоинства и чувствует себя на высоте — если он осуждает других, то его голос и мимика выражают благородное негодование и разоблачительный пафос, которыми он откровенно упивается, если он жалуется на причиненные ему обиды, выступая как жертва несправедливости, то и здесь прежде всего демонстрирует свое превосходство над обидчиками. Неврозы порождаются трудностями, а социопатии произрастают на почве общественных демокра-

тических институтов. Значительная часть социопатов характеризуется следующей триадой: они не обременены заботой о куске хлеба, располагают избытком свободного времени, а их культурный уровень крайне низок. У очень многих социопатов эта триада сочетается с лживостью, изворотливостью и изощренным умением использовать в личных интересах все — от свободы высказываний на собраниях и права на подачу жалоб до КЗОТа и Конституции.

Основные дифференциально-диагностические критерии между неврозом, психопатией и социопатией лежат в определении круга лиц, испытывающих тяготы от этих нарушений. Переживаниям невротика могут сочувствовать родные и близкие, но страдает от невротических проявлений (расстройств сна, навязчивых состояний, повышенной раздражительности, быстрой утомляемости и т. п.) главным образом сам невротик. Психопат, страдая сам, заставляет страдать и других. В противоположность этим двум формам социопаты ухитряются извлекать ощутимую пользу даже из своей дефицитарности. Например, всех носителей степеней и званий они считают ловкачами и карьеристами, а сами рядятся в тогу принципиальных борцов, бескорыстно отстаивающих справедливость и истину, и даже украшаются свидетельствами своей несостоятельности (отсутствие законченного образования, низкие ранговые показатели и т. п.) и принимают позу жертв несправедливости. Один из самых частых, самых излюбленных приемов социопата — первым выдвигать официальные жалобы и обвинения по адресу мнимых нарушителей и обидчиков. Сколь бы абсурдным и необоснованным ни был подобный выпад, шестеренки месткома, народного контроля, товарищеского суда не могут не начать вращаться. В результате назначаются комиссии, и одни люди отрываются от живого и нужного дела, чтобы написать протокол, а занятые серьезным делом честные люди вынуждены писать объяснительные записки и доказывать, что они не имели нечестных замыслов и не пытались совершить неблагоприятных деяний. В большинстве случаев от этого страдают только окружающие, сам социопат на этом страдании расцветает (и совершенствует приемы терроризирования окружающих). Административные и профсоюзные работники, как правило, или устают от социопатов, или их опасаются, что не только поддерживает, но и поощряет эту категорию воинствующих дезорганизаторов общественных взаимоотношений.

Из специфически сексологических проявлений для социопата характерно отсутствие сексуального партнера (из-за неспособности ужиться с ним) и подчеркнутый негативизм при попытках убедить его в том, что благожелательный партнер — необходимая предпосылка для лечения сексуальных расстройств. Социопат, как правило, лучше врача знает, как лечить половые расстройства (некоторые ссылаются на популярную брошюру или статью из журнала «Здоровье», другие никак это не обосновывают, однако непоколебимо уверены в своей правоте).

В лечении любых сексуальных расстройств, по консультативному опыту Всесоюзного научно-методического центра по вопросам

сексопатологии, наиболее частой ошибкой представителей различных медицинских специальностей становится нацеленность на немедленное снятие отдельных сексопатологических симптомов. Врач, не обладающий профессиональной сексологической квалификацией, ориентируясь на жалобы больного, срочно подбирает медикаментозную пропись, физиотерапевтическую процедуру или необременительную психотерапевтическую формулу, способную, по его представлению, воздействовать на «нарушение эрекции» или «нарушение эякуляции». Главная причина неэффективности этих попыток — игнорирование того факта, что большинство сексуальных расстройств поражает самые глубокие эмоциональные основы личности, носит поведенческий характер и чаще всего имеет либо психоневротическую природу, либо значительную невротическую отягощенность. В связи с этим любые локальные меры без предварительной нормализации эмоционально-волевой сферы больного и обеспечения внутриличностной уравновешенности обречены на неудачу.

Иначе говоря, эффективное, а главное стойкое устранение частных сексологических симптомов при невротических расстройствах возможно только после радикального разрешения ключевых конфликтов, лежащих в основе главного общеневротического перекоса эмоциональных реакций и поведенческих автоматизмов. Это требует освобождения больного от ложных, непродуктивных механизмов невротической псевдозащиты. Необходимо вскрыть каузальный генез расстройства, добиться того, чтобы больной не только увидел, распознал и прочувствовал преувеличенный масштаб своих огорчений, не только понял рассудком, но и осудил иллюзорность, ненадежность и одностороннюю кататимность обманчивых микротриумфов, достигавшихся им в яростных схватках с окружающими или в демонстративных пароксизмах отчуждения, когда он «наказывал» людей подчеркнутым их игнорированием. Кроме того, в ходе *активирующей психотерапии* необходимо добиться, чтобы больной не только понял, почувствовал и осудил эфемерность тех псевдозащитных механизмов, во власти которых он находится, но и выработал стереотипы адекватного, продуктивного реагирования на любые жизненные ситуации. Эта часть психотерапевтической программы предусматривает переучивание больного, радикальную перестройку его мировоззренческих установок, а также выработку эффективной психологической самозащиты против любых жизненных трудностей и неизбежных конфликтных ситуаций, внешних и внутренних, т. е. обучение больного преодолевать не только те беды и огорчения, которые привели его в кабинет врача, но и те, которые ожидают его в будущем.

Пути к этой цели бесконечно многообразны, но для каждого больного во взаимодействии с данным психотерапевтом существует только одно наиболее эффективное сочетание приемов, и искусство врача в том и заключается, чтобы подойти к этой единственной, самой убедительной для данного больного модели как можно ближе.

Например, при переориентации псевдозащитных установок одной из самых распространенных разновидностей невроза, обусловленных застреванием в мировосприятии неудачника (см. с. 183), после того

как больной почувствует неэффективность позы обиженного, в которую он постоянно соскальзывал, необходимо заполнить образовавшуюся пустоту действенными саногенными установками. В их построении может оказаться полезной статья Е. Богата о трех возможностях раскрытия своей личности, целиком посвященная неудачникам истинным и неудачникам мнимым [30]:

«Что такое неудачник? Подлинная неудача сопряжена, видимо, не с утратой чего-то, даже бесценного, а с несвершением. Мы не можем видеть неудачника ни в Данте, ни в Рембрандте, потерявших все: дом, семью, социальное положение... То, что современники в них видели неудачников, ничего не меняет и должно мудрее делать пас, чтобы мы в современниках собственных лишь потому, что они непризнаны или живут от утраты к утрате, не видели неудачников».

«Страшны не неудачи — они неизбежны, страшным может быть наше поведение в ситуации неудачи, в ситуации поражения. Неудачник — не тот, кого постигла неудача, неудачник — тот, кто не выдержал испытания неудачей».

«Умение жить в том, наверное, и состоит, чтобы после крушения всех надежд не отомстить жизни, а одарить ее... И в том оно, чтобы при самых тяжелых утратах не потерять себя и даже, напротив, стать еще более самим собой».

Для другого больного более эффективным может оказаться сочетание минимума мировоззренческих установок с аутогенной тренировкой. Однако вне зависимости от индивидуальных особенностей предварительное выравнивание глобальных общеневротических перекосов — необходимая предпосылка для успешных специфических лечебных воздействий, направленных на сексуальную сферу (эти воздействия рассмотрены ниже, при изложении соответствующих синдромов).

Благоприятный вследствие обратимости невротического процесса прогноз в каждом случае определяется синдромологической структурой всего расстройства (в частности, синдромами преморбидного отягощения, т. е. половой конституцией и аномалиями личности), длительностью страдания, индивидуальными особенностями сексуального партнера и межличностными отношениями в паре.

3.4.3.1.1. Некоторые статистические данные о сексуальных нарушениях невротической природы

В сексологическом отношении невротические синдромы можно разделить на две группы — с первичным (т. е. непосредственным) поражением сексуальной сферы и со вторичным вовлечением этой сферы в картину невроза. По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, стержневые синдромы первой группы отмечены у 23,1% всех мужчин, обратившихся за сексологической помощью, а синдромы второй группы — у 6,9% обследованных. Таким образом, первично-сексологические синдромы встречаются более чем в 3 раза чаще вторичных.

Об относительной частоте основных форм неврозов по классификации Н. К. Лингарт [200] во второй группе получено следующее распределение: астеноневротические формы — 75,6%; тревожно-фобические формы — 19,5%; истерические формы — 4,9%.

В первой группе тревожно-фобические формы (61,1%) заметно преобладали над астеноневротическими (38,9%) при полном отсутствии первично-сексологических нарушений истерического типа. В рамках каждой формы наблюдаются следующие синдромы.

I. Астеноневротические формы

1. Экзальтационный синдром дебютантного периода (ЕРА или ЕАР)	2,4%
2. Экзальтационный астеноневротический синдром (ЕРА-I или ЕАР-I, возникающий только при повторных совпадениях с невротизирующими факторами типа непривычной обстановки, смены сексуального партнера, форсированных воздействий на естественные биологические ритмы и т. п., а также при превышении адекватного ритма с привычным партнером)	10,1%
3. Экзальтационно-тормозной астеноневротический синдром (ЕР-II при тех же условиях)	15,2%
4. Тормозно-экзальтационный астеноневротический синдром (ЕР-III)	1,5%
5. Тормозной синдром дебютантного периода (отказ эрекции после затянувшейся предварительной подготовки)	2,9%
6. Тормозные синдромы с вторичной дезинтеграцией половой активности через фазу ЕТ и анэякуляторный феномен	4,5%
7. Условнорефлекторные формы невротической редукции сексуальных проявлений (по типу угасательного торможения или превращения натуральных сексуальных раздражителей в условный тормоз)	2,3%
	38,9%

II. Тревножно-фобические формы

1. Экзальтационный вариант невроза ожидания (стойко фиксирующийся вне сексуального дебюта)	7,2%
2. Экзальтационно-тормозной тревожно-фобический синдром (ЕР-II)	16,7%
3. Тормозно-экзальтационный тревожно-фобический синдром (ЕР-III)	2,9%
4. Тревножно-фобическая фиксация на сексуальной сфере с нарушениями, не выходящими за рамки частичной редукции уровня половой активности (отказ от эксцессов, урежение половых актов и т. п.)	6,7%
5. Тормозной вариант невроза ожидания	
а) островывавшийся при сексуальном дебюте в результате предварительного индуцирования	2,2%
б) остропровоцированный прямой психосексуальной травмой	6,8%
в) с вторичной фобической фиксацией отказа эрекции, первоначально возникшей по неврастеническому механизму (как синдром I, 5)	8,4%
6. Дезорганизация ритма половой активности с частичной социосексуальной отчужденностью или полной социосексуальной изоляцией	10,2%
	61,1%

Существенные данные выявляются при объединении различных синдромов обеих форм в симптомокомплексы (табл. 12): 1) с преобладанием явлений повышенной ирритации (ejaculatio praecox absoluta — ЕРА, ejaculatio ante portas — ЕАР) без вовлечения эрекций, либидо и остроты оргазма; 2) с сочетанием явлений повышенной ирритации и частичного ослабления эрекций, либидо или оргазма; 3) чисто тормозных проявлений (отказы эрекций или эякуляций, изолированная редукция полового влечения).

Таблица 12. Соотношение гипер-, гипofункциональных и смешанных симптомокомплексов при астеноневротической и тревожно-фобической формах невроза с непосредственным поражением сексуальной сферы (в процентах)

Симптомокомплексы	Синдромы	
	астеноневротические	тревожно-фобические
Чисто экзальтационные (ЕРА и ЕАР)	12,5	7,2
Смешанные	16,7	19,6
ЕР-II	{ 15,2	{ 16,7
ЕР-III	{ 1,5	{ 2,9
Тормозные	9,7	34,3

Как следует из табл. 12, тревожно-фобические синдромы по сравнению с астеноневротическими выявляют четкую тенденцию уменьшения частоты чисто ирритативных симптомокомплексов при еще более четком возрастании частоты чисто тормозных (более чем в 3 раза). С течением времени многие астеноневротические синдромы трансформируются в тревожно-фобические, которые почти никогда не переходят в астеноневротические (подобный метаморфоз иногда удается отметить лишь как транзиторную фазу в динамике лечения), что определяет прогностическую характеристику обеих форм.

В группе с вторичным вовлечением сексуальной сферы в картину общего невроза, вызванного несексуальными причинами (чаще производственного характера), те же симптомокомплексы распределились следующим образом:

ЕР-I	4,9%
ЕР-II	26,8%
ЕР-III	41,5%
Снижение половой активности без нарушений эрекции и эякуляции в частности, с редукцией путем вынужденного перехода только на утренний коитус)	14,6%
ЕТ	4,9%
Чисто тормозной (гипо- или анэрекционный) симптомокомплекс	7,3%
	100,0%

Сопоставление внешних симптомокомплексов при синдромах первичного и вторичного невротических расстройств сексуальной сферы, как видно из табл. 13, позволяет отметить дальнейшее уменьшение частоты ирритативно-экзальтационных расстройств (с 19,7 до 4,9%) и заметное преобладание смешанных симптомокомплексов с выразительным перемещением относительной значимости вариантов ЕР — II и ЕР — III, с выходом ЕР — III на первое место при вторичных формах по сравнению с первичными (41,5% против 4,4%).

Таблица 13. Относительная частота гипер-, гипофункциональных и смешанных симптомокомплексов при первичных и вторичных невротических расстройствах половой сферы (в процентах)

Симптомокомплексы	Синдромы первичного поражения сексуальной сферы	Синдромы вторичного вовлечения сексуальной сферы в картину общего невроза
Чисто экзальтационные (ЕРА и ЕАР)	19,7	4,9
Смешанные	36,3	68,3
ЕР-II	31,9	26,8
ЕР-III	4,4	41,5
Тормозные	44,0	26,8

Как явствует из табл. 14, преобладающим типом преморбидного личностного отягощения при обоих основных формах невротических расстройств половой сферы являются акцентуации характера.

Таблица 14. Характеристика синдромов преморбидного личностного отягощения при основных формах невротических расстройств половой сферы (в процентах)

Сопутствующие преморбидные синдромы психической составляющей	Ключевая форма синдрома	
	первичное поражение сексуальной сферы	вторичное вовлечение сексуальной сферы в картину общего невроза
Без преморбидного личностного отягощения	24,4	43,9
Акцентуации характера	68,1	48,8
Психопатии	7,5	7,3

Намного меньший процент наблюдений с отсутствием преморбидного личностного отягощения при первичной форме свидетельствует о большем значении преморбидной личностной стигматизации для формирования специфически сексуальных нарушений; в противоположность этому в картину уже развернутого невроза сексуальная сфера вовлекается почти в половине случаев (43,9%) и при неотягощенной структуре личности.

Еще более значительную роль в формировании невротических расстройств с вовлечением половой сферы сыграли сопутствующие синдромы нейрогуморальной составляющей: в 82% диагностирована задержка или дисгармония пубертатного развития, в 6,7% — другие, «моноголандулярные» синдромы, в 11,3% синдромы преморбидной отягощенности нейрогуморальной составляющей не выявлены.

3.4.3.1.1.1. Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы

Отличительный признак этих синдромов — концентрация основной симптоматики как бы на стыке произвольной и непроизвольной иннервации. Лишь незначительная часть этих расстройств начинается с симптомов выпадения, отказом эрекции в дебютантном периоде либо после затянувшейся предварительной подготовки (симптомокомплекс I, 5 на с. 191), либо в результате предварительной отрицательной суггестии (симптомокомплекс II, 5а на с. 191): всего 5,1% (2,9 и 2,2%). Все остальные симптомокомплексы начинаются с преобладания экзальтационных «гиперфункциональных» феноменов — ускорения эякуляций, учащения дневных поллюций, спонтанных эрекций и т. п., затем сочетают спазматические ирритативные проявления с тормозными и, лишь проделав длительное развитие, завершают эволюцию преобладанием редуцированных форм (анэякуляторный феномен, снижение либидо, притупление оргазма, ослабление или отсутствие эрекций). Сочетание перечисленных признаков позволяет отнести всю рассматриваемую группу к разряду системных неврозов [62].

Этиология системных расстройств множественна, и в сочетаниях различных предрасполагающих и пусковых факторов определенная роль принадлежит физиогенным воздействиям, таким, как систематическое переутомление, особенно если оно сопряжено с работой в ночные смены, а также перемещениями на значительные расстояния с изменением поясов времени или климатических зон. Однако решающее значение обычно имеет психогения: она сенситизирует систему путем последовательной суммации множества неосознаваемых, замаскированных воздействий (V. Packard, 1957).. она же чаще всего становится и последней каплей, переполняющей чашу.

Часть осознанных психогений воспринимается «бессловесно»: отталкивающая подробность туалета, запахи, звуки, интонации, жесты, которые истолковываются как пренебрежительные или даже презрительные и т. п. Однако гораздо чаще психогении выступают в словесной (вербализованной) форме.

Филолог 36 лет, ровный и педантичный, едет на юг в санаторий. Здесь этот во всех отношениях образцовый семьянин, отец двух детей, регулярно проводивший 3—4 раза в неделю однократный коитус и никогда не допускавший эксцессов, впервые в жизни изменяет жене. Совершив на квартире у своей новой знакомой половой акт, он по привычке собирается заснуть. Когда женщине становится ясен его поведенческий стереотип, она распахивает окно, выбрасывает в сад его одежду и, обильно пересыпая свои слова нецензурной бранью,

выставляет любовника. В течение нескольких минут филолог узнает, что она с ним «только зря время потеряла, приняв его за мужчину», что на самом деле он «не мужчина, а недоразумение», что ему «не к женщинам ходить, а к врачам-сексопатологам», что его жена «дура и ничего не понимает, если терпит такого».

Потрясенный этими сведениями, неверный муж возвратился к жене, и терзаемый тягостными и неотвязными воспоминаниями, пытался совершить половой акт, но впервые в жизни потерпел сексуальную неудачу из-за отсутствия эрекции. На следующий вечер, когда к тягостным воспоминаниям прибавилась тревога, что эрекции опять не будет, неудача повторилась, и через неделю он явился на прием к сексопатологу.

При сексологическом обследовании установлен диагноз: тормозной вариант невроза ожидания на фоне задержки пубертатного развития ($K_r=3,1$) у личности с торпидно-эпилептоидной акцентуацией.

В результате 10-дневного лечения (рациональная психотерапия и императивная суггестия в сочетании с секс-терапевтическими приемами) благодаря исключительной эмпатии, деликатности и умелой активности жены удалось добиться полного восстановления сексуальных функций.

В некоторых случаях сексуальная психотравматизация становится хронической. Так, больной Д. обратился к врачу после обидных шуток жены, которая постоянно намекает ему, что у него недоразвит половой член (при обследовании длина 7,5 см, окружность 8 см).

Патогенез синдромов астеноневротических форм укладывается в рамки чисто физиологических закономерностей. Первые 6 симптомокомплексов (I,4—I,6, см. с. 191) представляют собой по существу закономерности парабиоза Н. Е. Введенского, приложенные к сексуальной сфере. При этом особенности феноменологии определяются двумя факторами: 1) естественной динамикой характерных для самого парабиоза изменений возбудимости системы в целом: вначале возрастание реактивности, а затем спад; 2) различиями в порогах возбудимости основных (так сказать, «индикаторных») половых центров — эрекции (с меньшим порогом) и эякуляторного (с более высоким порогом, т. е. менее возбудимого, чем эрекции).

Так, при первых двух симптомокомплексах патологически повышается возбудимость обоих центров, но если учащенные, возникающие по малейшему поводу (подчас при одной лишь игривой мысли) эрекции воспринимаются как явление, естественное для молодого мужчины, то эякуляция после единичных фрикций, в момент интритуса или еще до соприкосновения с гепиталиями партнерши порождает понятную озабоченность, приводящую к сексопатологу.

Два следующих симптомокомплекса демонстрируют переходную фазу, когда то же самое патологическое воздействие, повышая реактивность менее возбудимого центра эякуляции, начинает подавлять более возбудимый эрекции центр, который к этому времени успевает исчерпать свой экзальтационный ресурс.

Своеобразие тормозного варианта дебютантного периода (симптомокомплекс I,5) определяется особенностями ситуации, когда повичок, не смея перейти к решающим действиям, затягивает предварительные ласки, сопровождающиеся эрекцией, на много часов. В подобных условиях эрекции центр достигает состояния рефрактерности и без эякуляции и оргазма.

Наконец, 6-й симптомокомплекс демонстрирует заключительную фазу, когда парабиотическое торможение распространяется и на менее лабильный эякуляторный центр.

В основе патогенеза 7-го клинического варианта лежат тоже физиологические закономерности, но иного, качественно более высокого плана, определяемого законами условнорефлекторной деятельности.

Еще более сложной архитектурой определяется патогенез всех синдромов тревожно-фобических форм (см. с. 191). Обусловленная парабиотической моделью динамическая цепь — от чисто экзальтационных симптомокомплексов через смешанные к «нулевым» вариантам с полным распадом половой активности — прослеживается и здесь. Однако есть одно принципиальное отличие: любой из фигурирующих в этой группе синдромов, сохраняя тот же астеноневротический каркас, уже не уместается в чисто физиологических рамках и передвигается на следующий, более высокий уровень — явлений психофизиологических.

Четким смещением акцента на выраженное вовлечение психики больного, придающим всему страданию глубоко личностный характер, отличаются параллельные симптомокомплексы обеих форм: II,1 — с одной стороны и соответствующие ему I,1 и I,2 — с другой. Действительно, если при I,2 ускорения эякуляций флюктуируют и наблюдаются только под влиянием отклонений от стереотипа, возвращаясь к свойственной индивидууму норме по прекращении действия отклоняющих факторов, то при II,1 происходит стойкая психологическая фиксация, в результате которой главной причиной ускорения эякуляций становятся не внешние обстоятельства, а изменившееся внутреннее состояние сознания больного. После этой метаморфозы ускорения эякуляций происходят и вне периодов перенапряжения, независимо от партнерши и ритма, потому что подклячилась травмированная психика и сформировался *невроз ожидания*. Столь же четко выступает определяющая роль травмированного сознания при сопоставлении симптомокомплексов I,5 и II,5. При I,5 вся патология разворачивается на чисто физиологическом уровне по законам парабиоза, и сознание регистрирует происшедшее лишь после завершения драмы; в противоположность этому при всех трех вариантах II,5 сознание не пассивный свидетель, а главный действующий фактор. Если в варианте II,5, в сформировавшийся невротический комплекс тотчас отесняет породивший его парабиотический механизм, то в варианте II,5,а невроз ожидания устанавливается еще до первой попытки: молодой человек, услышав страшное слово «импотенция» и «примерив» его к себе, приступает к первой интимной близости, заранее настроенный на позорное фиаско, и силой травмированного воображения это фиаско терпит.

В рамках названных наиболее общих патогенетических механизмов (парабиоз при астеноневротических синдромах и формирование комплексов травмированного сознания со стойкой фиксацией переживаний на сексуальной сфере при тревожно-фобических синдромах) можно выделить столь же характерные частные патогенетиче-

ские механизмы. В первой группе это нарушение естественного соответствия между навязываемым половой сфере уровнем функционирования и свойственным ей индивидуальным ритмом, определяемым возрастными и конституциональными характеристиками, а также условиями жизни (чередование труда и отдыха, питание, сезонные депривации и т. д.). Этот патогенетический механизм, порождаемый как превышением, так и подавлением естественного ритма, выявляется при различных симптомокомплексах, но чаще при 1,2. Следует обратить особое внимание на ускорение эякуляции при превышении адекватного уровня половой активности, что может иметь дифференциально-диагностическое значение. В норме снижение половой активности коррелирует с укорочением копулятивной стадии, а сокращение интервалов между половыми актами — с замедлением эякуляций [239, с. 187, 188]. Если с учащением половых актов эякуляции не замедляются, а наоборот, ускоряются, это свидетельствует о невротическом состоянии.

Во второй группе наиболее характерный частный патогенетический механизм — соскальзывание мужчины в губительную для половой сферы психологическую установку исполнителя, озабоченного своими сексуальными возможностями и тем, какое они произведут впечатление на женщину. Чем больше мужчина «силится», тем хуже неподвластные произвольным командам сексуальные проявления, по сути автономные, возникающие только в естественном контексте взаимной полной бескорыстной самоотдачи без расчета на чемпионские медали.

Рассматриваемый феномен представляет функциональную блокировку произвольных механизмов вегетативной иннервации, спровоцированную вмешательством стереотипов европейской цивилизации, культивирующих идеал мужчины, способного в любое время и в любых условиях овладеть любой женщиной. Этот миф породил не имеющие вне мира привычных нам условностей никаких объективных эквивалентов, выдуманные и затем спроецированные на окружающих людей и вросшие в их сознание слова «потенция» и «импотенция». Убеждение, что каждый мужчина в сексуальном плане обязан быть цирковым артистом, ожидающим аплодисментов, всегда повергало в недоумение даже самых искушенных наблюдателей нравов и обычаев других цивилизаций, когда они сталкивались с натуральной, непредвзятой и неискаженной психологической установкой мужчины в сохраненном этими цивилизациями первозданно естественном контексте сексуальной близости. Вот отрывок из отчета антрополога, потрясенного тем, что для жителя Таити отсутствие эрекции при интимных ласках ни в коей мере не означает какой бы то ни было неудачи (R. Levy, 1973).

«Мужчины отрицают возможность импотенции кроме как при тяжелых заболеваниях или, что случается чаще — в результате сильного ознобления после ныряния за рыбой. Это отсутствие жалоб на импотенцию отчасти определяется представлением о связях между собственной личностью и половым актом. При случайной близости, если, начав ласкать женщину, мужчина обнаруживает, что эрекция не наступает, он решает, что эта женщина в данный момент его не возбуждает, и отказывается от сокоупления. Это не расцени-

ваются как фиаско и не служат основанием для вывода, что он неспособен к половой жизни, хотя его намерение провести половой акт и не осуществилось. Он просто делает вывод, что ему не хочется иметь сношение».

Клиника первично-невротических расстройств половой сферы представлена в реестрах астеноневротических и тревожно-фобических синдромов на с. 191. Эти реестры отражают и течение, поскольку в них первые номера обозначают инициальные симптомокомплексы, последние (на уровнях I,6 и II,6) — терминальные, а между ними располагаются промежуточные варианты. Каждый сексологический больной с системным неврозом после обследования и установления диагноза может оказаться в любом из двух реестров и на любом симптоматологическом уровне. Однако если учитывать не сегодняшнее состояние больного, а всю историю развития его расстройства, то выявляются следующие тенденции: при отсутствии лечения (точнее, эффективного лечения) расстройства «отяжелевают» и переходят на нижние симптомокомплексы в пределах того же реестра; при неблагоприятных межличностных взаимоотношениях с сексуальной партнершей значительная часть расстройств с самого начала формируется в пределах второго реестра (т. е. как один из тревожно-фобических синдромов). Расстройства, которые первоначально выявились как астеноневротические, «отяжелевая», не только переходят на нижние уровни, но и «перескакивают» из первого реестра во второй.

Лечение любого системного невроза следует начинать с выявления и устранения всех продолжающих действовать этиологических факторов. В ряде случаев, однако, этиологический фактор прекратил свое действие, но запущенный им патогенетический механизм не только персистирует, но и развивается, прогрессируя по собственным законам. В связи с этим, особенно при астеноневротических синдромах, следует устранять все болезнетворные физиогенные воздействия, в частности, прямо или косвенно воздействующие на предстательную железу. Без этого даже самые энергичные психотерапевтические методы при выраженной тревожно-фобической фиксации на ЕР дают лишь частичный и кратковременный лечебный эффект. В некоторых случаях для устранения терапевтической резистентности воспалительного процесса в предстательной железе приходится воздействовать на этиопатогенетические факторы третьей линии, начиная с санации полости рта. Только после этого становятся эффективными не оказавшие до этого никакого положительного действия приемы лечения предстательной железы. После ее санации, подтверждаемой пальпацией и лабораторными данными, обретают терапевтическую эффективность и такие методы воздействия на системный невроз, как хлорэтиловые блокады и психотерапия [62].

Психотерапия как обязательная форма врачебного воздействия на любое сексуальное расстройство приобретает при тревожно-фобических синдромах значение главного реабилитационного фактора. Здесь первой и основной задачей становится развенчание владеющих больным страхов. Крайнее многообразие этих страхов можно разделить на 3 основные категории: 1) страх перед самим собой (чаще

боязнь последствий онанизма и «половых излишеств»); 2) страх перед женщиной (чаще боязнь ее суждения и осуждения); 3) страх перед коитусом (начинается с боязни его необходимости и при повторении неудач распространяется на все его аксессуары и предвестники).

Две первые разновидности страха устраниаются приемами рациональной психотерапии. Начинать следует с выкорчевывания страхов перед самим собой и в большинстве случаев — с дискредитации мифов «о последствиях онанизма». Техническим подспорьем может служить библио- или либротерапия в строго индивидуальной форме: лишь отдельным пациентам можно рекомендовать самостоятельное ознакомление с литературными источниками, отражающими современные данные по этому вопросу [60; 165, с. 174—178; 239, с. 202—205]; в большинстве случаев для исключения неконтролируемых ятрогенных искажений лучше показывать отчеркнутые на полях тексты. Выбор источников при этом должен соответствовать особенностям личности пациента. В ряде случаев более эффективна не содержащая аргументации очень короткая статья в солидном издании [66]. Наконец, для многих пациентов наиболее адекватным и эффективным является цитирование текстов по памяти (вплоть до афоризмов типа: «Из 100 здоровых мужчин 99 проходят через мастурбацию, а сотый скрывает правду»). Вся антиноанофобическая кампания должна проводиться энергично и коротко, в считанные минуты, так чтобы больной ощутил: эта такая мелочь, что врач даже не находит нужным на этом задерживаться.

Иной должен быть тактика при развенчании основных сексологических жалоб больного. Здесь следует дать больному «выговориться», демонстрируя самое серьезное отношение к беспокоящим его проявлениям, а затем разъяснить обратимость расстройства (четко акцентируя, что у пациента *не болезнь, а только расстройство*). И при первичном обследовании, и при последующих встречах следует постоянно подчеркивать наличие и положительную динамику частных феноменов (например, хотя у пациента еще нет достаточной эрекции, когда он пытается ввести половой член, однако эрекционный аппарат сохранен, о чем свидетельствуют сильные эрекции в не об я з ы в а ю щ е й о б с т а н о в к е).

Для устранения страха перед женщиной (который наиболее силен у самых молодых мужчин) пациенту необходимо наглядно продемонстрировать ту истину, что, во-первых, любовь и секс у каждого человека, особенно у молодых людей, тесно связаны с опасениями и страхами (боязнь быть отвергнутым или отвергнутой избранником или избранницей, страх, что высокие, но робкие чувства станут раньше времени известны окружающим, будут не так поняты, превратно истолкованы и осуждены или осмеяны и т. п.), а во-вторых, у молодой женщины набор таких отрицательных эмоций намного шире, а реальные основания для них — несоизмеримо значительнее. Так, в частности, у молодого мужчины первые функциональные признаки полового созревания, проявляющиеся в виде поллюций, сопровождаются оргазмом, т. е. сильнейшей положительной эмоцией. У де-

вушки аналогичным признаком служат менструации, которые, как всякое кровотечение, вызывают эмоции отрицательные.

Наиболее детализированные данные о субъективном восприятии первых менструаций получены Асаямой Синити [516, с. 270—271]: встревоженность у 28,8% девушек, страх у 14,9%, возбужденность у 12,7%, растерянность у 12,2%, чувство стыда у 11,4%, гордость от сознания того, что стала женщиной, у 10,3%, непонимание сути происходящего у 8,1%, отвращение у 0,5%, печаль у 0,5%, досада у 0,3%, состояние глубокой («черной») подавленности у 0,3%.

Таким образом, если исключить относительно нейтральное «непонимание сути происходящего» и неуточенную «возбужденность», а также положительно окрашенную «гордость от сознания того, что стала женщиной» (которая, как отмечает автор, наблюдалась преимущественно при запаздывании менархе), то на отрицательные эмоции приходится 68,9%.

Не менее, а подчас намного более отрицательно сбалансированы у молодой женщины и большинство последующих этапов приобретения сексуального опыта. Так, первый в жизни половой акт, у всех здоровых мужчин завершающийся оргазмом, у большей части молодых женщин не только не сопровождается оргазмом [239, с. 172—173], но связан с кровотечением, болью (дефлорация) и рядом разных переживаний отрицательного регистра, наиболее выраженных при добрачном коитусе (от страха пожизненных осложнений с будущим мужем, если сегодняшний избранник покинет ее, и до страха беременности, неуместной и нежелательной в ее сегодняшнем положении). Даже радостям материнства предшествуют муки деторождения, опять же наиболее выраженные при первых родах.

Все эти факты, искусно изложенные психотерапевтом, должны убедить мужчину, что у его подруги причин для страха намного больше, чем у него. Пациент должен чувствовать эфемерность собственных опасений при сопоставлении с куда более многочисленными, реальными и обоснованными отрицательными эмоциями его возлюбленной, которые она подавляет и преодолевает из любви к нему. Это положение в нужный момент полезно подкрепить дополнительными сведениями о диапазоне и характере сексуального удовлетворения (у женщин вообще; конкретно для своей подруги пациент сам должен определить ее место в континууме).

Оставив за пределами вариационного ряда явную патологию с проявлениями вагинизма, когда попытки полового акта вызывают у женщины боль и спазмы, можно обозначить следующие основные типы сексуального реагирования женщин.

1. Женщина, абсолютно (как и ее муж) удовлетворенная своими тремя детьми, домом и семейным укладом, живя с мужем во всех отношениях «душа в душу», с трудом переносит интимную близость. Кроме отвращения и досады, половые отношения ничего не вызывают, но, поскольку мужу это необходимо, женщина их терпит.

2. Интимная близость женщине просто не нужна, она ей безразлична: не вызывая никакой физической радости, она в то же время и не тяготит ее. Поскольку мужу это доставляет радость, женщина испытывает отраженное удовлетворение, подобно человеку, подарившему другу очень нужную ему книгу, написанную на языке, которого сам он не понимает.

3. Женщина приятна уvertюра к половому акту: ласковые слова, употребляемые при этом мужем, объятия и поцелуи. Однако она не может понять, почему все это заканчивается так неэстетично. В общем она приучила себя закрывать глаза на «мерзкие» стороны бытия, а за красивую часть интимности испытывает к мужу искреннюю благодарность и нежность.

4. Отношение женщины к половому акту зависит от времени, состояния и настроения. Перед началом или после менструации бывают периоды, в которые, если ее не «сорвали с крючка» на работе, половой акт доставляет женщине глубокую радость и заканчивается оргазмом. В другое время, «не в тот период» и если «настроение сбито» служебными неприятностями или домашними раздорами, половой акт не заканчивается оргазмом и оставляет неопределенную, смутную неудовлетворенность.

5. Половой акт всегда приятен женщине и всегда оставляет радостное удовлетворение.

6. Не слишком распространенная, но встречающаяся (особенно часто — на «вольной ярмарке» легких знакомств) разновидность мультиоргастичных женщин, способных испытать первый оргазм еще до начала сношения, при глубоком затяжном поцелуе. Начав половой акт, вначале (от первых оргастических разрядов) такая женщина приходит во все большее возбуждение и не испытывает удовлетворения, пока не переживет серию от 3—4 до 6—8 оргазмов. Если прервать интимную близость до насыщения, то такие женщины испытывают дискомфорт и нередко приходят в ярость (см. с. 194 и т. 1, с. 260).

По самым авторитетным мировым статистикам польских, французских и английских исследователей, к первым трем категориям относится от трети до 40% всех женщин [283, с. 50—51]. Если исключить добрые отношения, при которых эта пропорция еще выше, даже после начала регулярной половой жизни в браке первый оргазм, по А. М. Свядоцу, 30% женщин испытывают только после рождения первого ребенка.

Страхи порождаются неизвестностью и питаются невежеством. В связи с этим приведенные сведения производят в тревожно-фобическом состоянии пациента крутой поворот: после хронического ослепления он начинает видеть реальность, и при первой же интимной встрече убеждается в правдивости слов врача. В такие моменты на волне возникающей нежности невротик из психологической установки напряженного, скованного страхом исполнителя и оценщика собственных сексуальных проявлений спонтанно переходит в естественный контекст — забывая о себе, он весь как бы растворяется в ситуации интимного сближения, и все автономные механизмы тут же самопроизвольно реализуются.

Приведенная модель типовой психотерапии рассчитана на дебютанта. Однако включенные в эту модель информационные блоки полезны и для больных с иными возрастными, ситуационными и синдромологическими характеристиками. Так, ознакомление со шкалой сексуальных реакций у женщин при работе с больными, не имеющими в период обследования сексуальной партнерши, облегчает ориентацию и позволяет предотвратить осложнения, связанные с неадекватностью выбора (сексологический больной невольно предпочитает доступных женщин).

Для устранения страха перед женщиной даже имеющим некоторый сексуальный опыт больным приходится сообщать самую элементарную информацию. По нашему опыту, за единичными исключениями никто из них не знает о нечувствительности глубоких отделов влагалища. Даже самые культурные пациенты, включая медиков, воспринимают как откровение, что при наиболее распространенном клиторальном типе возбудимости сенсорные импульсы генерируются не в стенках влагалища и их источником является не половой член, а раздражение клиторальной области лобком мужчины. Стоило больному осознать, что эрекция, оказывается, не так уж и нужна, как

при первой же интимной встрече возникали сильные и продолжительные эрекции.

Квалифицированная психотерапевтическая работа по освобождению больного от страхов перед собственным состоянием и перед женщиной во многих случаях обеспечивает полный эффект. Если все же требуется устранение элементов коитофобии, то одним из самых действенных приемов оказывается так называемый *мнимый запрет*: пациенту предписывают программу общих ласк и взаимных воздействий на эрогенные зоны, исключая интритус. В результате снятия волевой интенции в оптимальных условиях сексуально-эротической стимуляции происходит высвобождение эрекций. Большинство больных после установления сильных и длительных эрекций сами нарушают запрет, осуществляя интритус и половой акт. Меньшая часть особо педантичных пациентов испрашивают на это санкции врача. В противоположность «нарушителям» первой группы, из них успеха добиваются далеко не все, приходится либо подкреплять прием индивидуальным инструктажем партнерши, либо использовать другие методы. Из них заслуживают внимания приемы, разрабатываемые в рамках поведенческой психотерапии [504, 380, 396, 479, 543, 358].

3.4.3.1.1.2. Вторичное вовлечение сексуальной сферы в картину невроза, вызванного несексуальными причинами

О вторичном вовлечении сексуальной сферы в картину невроза, вызванного несексуальными причинами, можно говорить тогда, когда половые нарушения сформировались на фоне достаточной сексуальной адаптации супружеской пары и вызваны непосредственно развитием невротического состояния. В проблеме «выбора органа» при неврозах решающее значение имеют: а) конституциональная слабость или неполноценность той или иной системы; б) ослабление функциональной системы вследствие перенесенного заболевания; в) особенности возраста, в котором возникает невроз; г) особенности развития личности, имеющие отношение к данной функции организма; д) особенности патогенной ситуации, давшей толчок к образованию невроза и (или) его обострению (И. Е. Вольперт, 1972).

В сексуальной сфере наиболее важными патогенетическими факторами являются: а) слабая половая конституция; б) заболевания, ослабляющие нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла; в) динамическая фаза сексуальной эволюции индивида (переходный период, период зрелой сексуальности, инволюция); г) личностные особенности в плане характерологической акцентуации, отношения к сексуальной сфере, субъективной значимости нормальных сексуальных отношений, личного опыта и объема информации об основных сексуальных проявлениях; д) особенности патогенной ситуации, в частности, ее «локализация» в сфере или вне сферы семейных отношений, а также гармония межличностных и сексуальных отношений в браке (Ю. А. Кузнецов, 1973). Это предрасполагающие факторы. В качестве пусковых факторов выступают патофи-

зиологические, клинические особенности возникшего невротического состояния, в отдельных случаях — слишком большие дозы транквилизаторов и нейролептиков, обладающих депотенцирующим действием. Среди экспозитивных факторов выступает реакция личности на изменение полового акта и возникающую сексуальную дезадаптацию супружеской пары вследствие дизритмии частоты половых отправлений. Существенное значение для развития сексуальных нарушений имеют клинические особенности развившегося невротического состояния (неврастенический, истерический, тревожно-фобический варианты) и формы [200] срыва (острая невротическая реакция, стойко зафиксированная невротическая реакция, острый невроз, затяжной невроз, невротическое развитие личности). Основным синдром невротического состояния определяет его клинические проявления (например, стойко зафиксированная истерическая реакция, блефароспазм; или неврастения, затяжное течение, астено-ипохондрический синдром). Для невротических реакций характерно отсутствие выраженных общевротических проявлений, для затяжных форм неврозов — отрыв от психотравмирующих переживаний, тенденции к саморазвитию болезненного процесса, стойкие общевротические проявления. В случае невротического развития личности происходит деформация личностных особенностей на фоне стойких общевротических проявлений. Развитие невротического состояния происходит, как правило, при взаимодействии факторов: а) наличие определенных личностных особенностей, в частности, одного из вариантов преневротического характерологического радикала (В. И. Гарбузов и др., 1977), нарушение системы отношений личности, приводящее к внутреннему психологическому конфликту [222, 216], несостоятельность защитных психологических механизмов [18, 1]; б) ослабление высшей нервной деятельности вследствие переутомления, интоксикации, соматоневрологической отягощенности; в) актуальная психическая травма.

Если личностные особенности или соматический фон особо представлены в клинике невротического состояния, то их отражают в диагнозе (например, невроз навязчивых состояний, затяжное течение, кардиофобический синдром у тревожно-мнительной личности на фоне остаточных явлений инфекционно-аллергического энцефалита с вегетовисцеральными кризами).

Ниже мы попытаемся осветить основные типологические различия и закономерности вторичного вовлечения сексуальной сферы в картину невротических состояний, вызванных несексуальными причинами. Нарушения потенции у мужчин с наибольшей частотой встречаются при неврастенических состояниях в связи с более массивными астеническими, вегетативными проявлениями. На этапе острого течения неврастения и при неврастенических реакциях, когда еще отчетливо звучит психотравма, наблюдается определенная дезактуализация сферы сексуальных отношений. Возникающая при этом дизритмия половых отправлений, как правило, компенсируется в периоды хорошего самочувствия и не ведет к заметной сексуальной дезадаптации из-за «поправки на болезнь». При затяжном нев-

растении больной психологически «врастает» в болезненную симптоматику, вместе с тем теряется острота болезненных переживаний. На этом фоне состояние сексуальной сферы начинает актуализироваться, что чаще всего индуцируется и требованиями партнерши.

В этих случаях нарастание сексуальной дезадаптации супружеской пары приводит к межличностной дисгармонии и дополнительной психотравматизации больного. К астеническим и абстинентным нарушениям половой сферы присоединяются реакции ожидания неудачи при половом акте (М. К. Кокин, 1962), что по механизмам «порочного круга» усугубляет невротическую симптоматику и сопровождается ипохондрической фиксацией и интерпретацией генитальных ощущений во время и вне интимной близости. При сексопатологическом обследовании описанные закономерности достаточно четко отражаются в шкале СФМ: наиболее сниженными оказываются показатели III, VII, II (свидетельствующие об изменении половой активности и настроения перед сношением) на фоне некоторого снижения всех показателей СФМ.

Неврастеническое развитие личности в большинстве случаев сопровождается значительной сексуальной дезадаптацией. На фоне «ломки» сексуального стереотипа и деформации характерологических особенностей наблюдается глубокое отчуждение супругов. Больные с астеническим развитием расценивают половой акт как непосильную задачу и отказываются от половой активности. Аналогичная картина наблюдается и при ипохондрическом развитии, когда сексуальность вытесняется массивными ипохондрическими переживаниями. При заполнении СФМ такие больные склонны занижать свои показатели, что определяется при беседе с партнершей.

В клинике истерического невроза наблюдается быстрое переключение психического на соматическое, истерическая симптоматика направлена на тех лиц, которых больной считает виновниками своих неудач. Однако при этом нарушения потенции наблюдаются очень редко. Совершенно нормальные показатели СФМ встречаются иногда даже у больных с истерическими парезами и параличами. Это объясняется, очевидно, высокой престижностью нормальной потенции в обиходных представлениях и тем, что механизмы «условной приятности» болезни не затрагивают «безусловно приятные» сексуальные отношения. Более того, больные истерическим неврозом, даже затяжным, завышают показатели СФМ. В результате эгоцентрических установок притязания супруги при возникающей сексуальной дезадаптации расцениваются как «кощунственные» и редко служат причиной дополнительной психической травмы. Даже при истерическом развитии личности больные ориентируются на свою сексуальную потребность, поэтому реакции ожидания неудачи при истерии практически не встречаются. Все это не исключает нарушений потенции по истерическим механизмам при конфликте в сфере интимных отношений, например, при разрыве ставшей нежелательной связи [282] или в качестве орудия «эмоционального шантажа» супруги при межличностных коллизиях.

При тревожно-фобических состояниях, для которых типичны характерологические радикалы тревожной мнительности, обсессивно-фобические проявления разрастаются путем включения индифферентных ситуаций в число патогенно значимых. У части больных в ситуации интимного сближения внимание отвлекается от психопатологических переживаний и их вегетативного аккомпанемента. Стойкие общеневротические проявления обуславливают значительные колебания сексуальности, которые получают неадекватную интерпретацию в силу личностных изменений. Для этой группы больных характерны стойко зафиксированные реакции ожидания неудачи, позиция «активного участника» интимных отношений трансформируется в позицию «постороннего наблюдателя» и сопровождается оживлением патогенных моделей из прошлого опыта (опанофобические комплексы, некачественные варианты сексуального дебюта, ситуационно обусловленные фиаско). Потенция нарушается по типу дезавтоматизации привычных стереотипов вследствие невротической фиксации и ожидания неудачи. При заполнении СФМ такие больные стремятся всячески уточнить свои сексуальные проявления, поэтому при снижении показателя II СФМ больные делают различные дополнительные записи, вносят дробные числа и испытывают другие затруднения при идентификации основных сексуальных параметров.

Таким образом, в развитии сексуальных нарушений при неврозах у мужчин наблюдается поражение не только психической, но и нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла вследствие общеневротических явлений (астения, вегетативные нарушения) и коррелятивного уменьшения андрогенной насыщенности организма при стресс-реакциях (В. Т. Бахур, 1970). Конкретные сексопатологические проявления сексуальных нарушений при неврозах нельзя полностью объяснить нейродинамическими особенностями невротического состояния, это требует патогенетического анализа всех описанных выше факторов.

3.4.3.1.1.3. Общая тактика реабилитации у мужчин при сексуальных расстройствах, связанных с неврозами

Системообразующим фактором реабилитации больных с сексуальными расстройствами невротического генеза являются не столько восстановление потенции и ликвидация невротической симптоматики, сколько гармонизация отношений личности и микросоциальных коммуникаций.

Применительно к данному контингенту основные принципы реабилитации психически больных остаются неизменными: сотрудничество врача и больного, разносторонность усилий, единство психосоциальных и биологических методов воздействия, этапность проводимых мероприятий. Названный набор дополняется принципом парности, предусматривающим вовлечение в процесс лечения жены больного и (в идеальном варианте) превращение ее в «сотерапевта». Основные этапы реабилитационного процесса (восстановительная те-

рация, реадаптация, реабилитация) в свете основных задач реабилитации данного контингента наполняются новым содержанием.

Так, высокая эффективность восстановительной терапии может быть обеспечена лишь при определенных условиях, прежде всего необходим постоянный благорасположенный сексуальный партнер, информированный о лечебной тактике. Восстановительной терапии должен предшествовать этап сексуальной ресоциализации, который крайне необходим больным, не состоящим в браке, и больным с конфликтной обстановкой в семье. Реабилитационная программа на данном этапе включает в первую очередь предотвращение распада семьи, смягчение семейной обстановки до уровня, позволяющего начать восстановительное лечение, и устранение ряда «технических» помех (объединение супружеских постелей, подбор адекватной контрацепции, ограничение бытовых интоксикаций, освобождение от командировок, в ряде случаев — смещение рабочих смен и т. п.). Круг микросоциального общения для больных, не состоящих в браке и не имеющих постоянного партнера, расширяют (через клубы и вечера для несемейных, бюро знакомств при консультациях по вопросам брака и семьи). Формы психотерапевтической помощи на этом этапе разнообразны и в идеальном варианте включают тренинговые формы общения в разнополой группе и широкую разъяснительную работу в области психологии пола и межличностного общения. Больные молодого возраста, недавно вступившие в брак, могут получить аналогичную информацию в лекториях для молодоженов и клубах молодой семьи. Первый этап реабилитации для лиц, состоящих в браке, может занять несколько недель и завершается при создании необходимых условий. У лиц, не состоящих в браке, этот этап может занять несколько месяцев. Непосредственно терапевтическое воздействие на больного в этот период сводится к разъяснению механизмов заболевания, ликвидации заблуждений и предрассудков, развеянию мифа об «исключительности» его заболевания, «коррекции масштаба переживаний», указанию путей выхода из болезненного состояния и созданию «лечебной перспективы». Наиболее ответственным моментом является встреча с женой больного, установление ее сексологических особенностей и создание у нее установок на участие в лечебном процессе. При хронической конфликтной ситуации в семье уже на этом этапе необходимо начать семейную психотерапию.

Особого искусства требует беседа с предполагаемой невестой больного с дебютантной импотенцией. Первый этап реабилитационной программы полезно заканчивать совместной беседой с супружеской парой, в которой констатируется отсутствие факторов, затрудняющих лечение, подчеркивается согласие супругов на участие в лечении и их желание приложить усилия для нормализации сексуальных отношений.

Второй этап — восстановительная терапия. Основные задачи: восстановление сексуальной активности больных, нормализация параметров копулятивного цикла, ликвидация невротической симптоматики. Основным методом лечения является психотерапия

в сочетании с санацией урологической сферы, рефлексорной, общеукрепляющей и симптоматической терапией. Большинство больных лечатся амбулаторно в кабинетах сексопатологии или психотерапии. При выраженных невротических расстройствах с массивной общевевротической симптоматикой лечение можно начать в учреждениях полустационарного типа: дневных стационарах, двухсменных стационарах «через день» (по опыту Омского областного сексологического центра).

Госпитализация больного нецелесообразна, поскольку она порождает явления «сексологического госпитализма» и приводит к ряду абстинентных осложнений. Конкретная реабилитационная программа определяется синдромальной структурой сексуального нарушения, формой невротического расстройства, особенностями личности больного и функциональными резервами организма. Наиболее сложно восстановить потенцию у больных с затруднениями при интродукции.

Схематично перечень психотерапевтических приемов, направленных на достижение достаточной для интродукции эрекции в интимной близости, можно представить в порядке нарастания их «трудоемкости» следующим образом: 1) плацебо-терапия и психотерапевтическое опосредование рефлексорных процедур; использование спонтанных эрекции; 2) ауто- и гетеросуггестия в различных вариантах; 3) тактика мнимого запрета, иногда усиленная «парадоксальной интенцией»; 4) мануально моделированный интродукт; 5) тренинг сексуальных реакций (начальные упражнения по Мастерсу — Джонсон); 6) различные варианты механотерапии (преимущественно в виде эректоротерапии).

Перечисленные психотерапевтические приемы эффективны на фоне индивидуальной психотерапии, последовательно и настойчиво развенчивающей стремление больных достичь стойкой и продолжительной эрекции до возобновления половой активности. Для этого в присутствии жены больному объясняют, что желаемый им уровень сексуальной возбудимости является прерогативой периода юношеской гиперсексуальности, а при регулярной половой жизни в зрелом возрасте нормальной считается такая степень эрекции, которая позволяет произвести интродукт без особых усилий. Больному демонстрируют схемы механизмов возникновения эрекции и подчеркивают, что вялость головки полового члена является физиологической нормой, позволяющей избежать травмы половых органов женщины во время полового сношения. Развенчивается патогенная интерпретация феномена «потери члена во влагалище», когда интродукт производится в первой фазе вагинальной реакции партнерши. При этом подчеркивают, что несколько вялый половой член лучше моделируется в полости влагалища и более интенсивно стимулирует эрогенные зоны во время фрикций. При ускоренном семяизвержении больному также указывают, что интродукт в фазе неполной эрекции обеспечивает большую продолжительность полового акта вопреки мнению о том, что неполная эрекция приводит к быстрому семяизвержению.

Больному разъясняют, что любые попытки улучшить эрекцию волевым усилием будут неизбежно приводить к ее торможению. Больным, у которых подобные разъяснения вызывают скепсис, можно предложить вызвать эрекцию волевым усилием здесь же, на приеме. Жене больного (психотерапия «рикошетом») в его присутствии разъясняют типичные заблуждения мужчин, а при хорошем психотерапевтическом контакте с парой указывают, что стремление мужчины к интенсивной эрекции есть по сути эгоцентризм, отнюдь не способствующий гармонизации сексуальных отношений.

Если половая активность мужчины вызывает фрустрационные реакции у партнерши, то для их угашения супружеской паре как временная мера рекомендуется петтинг, обеспечивающий оргазм у жены. Конкретные «технические» рекомендации определяются выбранным приемом преодоления затруднений при интроитусе. Так, при использовании плацебо-терапии и спонтанных эрекций больному указывают, что эффект принятого препарата (или процедуры) проявляется на определенном этапе сближения, что побуждает больного к половой активности. Во всех случаях полезно указать, что эффект будет нарастать от одной близости к другой, и тогда начальные ожидания больных не подвергаются фрустрации на первых этапах лечения. При использовании тактики мнимого запрета, особенно если у больного сложился стереотип волевого контроля качества эрекции, приходится прибегать к вспомогательному применению «парадоксальной интенции», для чего больному предлагается волевым усилием непосредственно подавить возникающую эрекцию, в то время как его супруга прилагает все усилия, чтобы разбудить в нем сексуальность. В этом случае интроитус проводится на высоте возбуждения, не оставляя больному времени для сомнений.

При значительном ослаблении эрекций интроитус приходится начинать с мануально моделированного. Больному объясняют, что интроитус возможен вообще без эрекции. Техническую сторону манипуляции возлагают на жену больного, а самому больному предлагают сконцентрировать внимание на генитальных ощущениях, возникающих при интроитусе и пребывании полового члена во влагалище. Указывают, что подобный феномен часто наблюдается у животных, и только человек отошел от биологических закономерностей полового акта в природе. Достаточный культурный и эмпатийный потенциал супружеской пары позволяет применять отдельные приемы секс-терапии, в частности начальные упражнения тренинга сексуальных реакций по Мастерсу — Джонсону, включая «неребукемые введения» (W. Masters, V. Johnson, 1970). Фрустрация при использовании этого приема требует массажа предстательной железы, а трудность соблюдения условий в повседневной жизни компенсируется массивной патогенетической психотерапией.

Другие психотерапевтические приемы, например, «псевдодиагностический консилиум», когда при полуоткрытых дверях участники консилиума высказывают оптимистические прогнозы с целью косвенного воздействия на психику больного, или метод «концентрированного ободрения», когда жене больного предлагают симулировать чув-

ственную эффективность сближения, оказываются неэффективными и даже разочаровывают при встрече с отрезвляющей реальностью или с фальшью в поведении партнерши. Обоснованный и конкретный анализ неудач и удач (!) больного во всех случаях более эффективен и укрепляет авторитет врача.

При экзальтационных вариантах сексуального расстройства невротического генеза необходимо решительно отказаться от попыток волевой задержки эякуляции и приемов отвлечения внимания, например, в форме представления служебных неприятностей или арифметических действий «в уме». Использование таких простых и физиологичных приемов, как прекращение фрикций сразу после интротуса до полного минования воллюстических генитальных ощущений, свободный темп фрикций при максимальном мышечном расслаблении, визуальная перцепция реакций партнерши, максимальный темп фрикций во время оргазма и продолжение их в течение нескольких десятков секунд после эякуляции дают более ощутимый эффект. Иногда желаемый результат достигается, если больной проводит коитус в просоночном состоянии, разумеется, при соответствующей активности жены или в вентро-вентральном нижнем положении.

Нормализация параметров полового акта у больного позволяет перейти к следующему этапу реабилитационной программы — сексуальной реадaptации, основными задачами которого являются достижение гармонии сексуальных отношений, глубокий патогенетический анализ конфликтных семейных ситуаций и приобретение супружеской парой способности конструктивно разрешать конфликты.

Основной акцент в работе с супружеской парой переносится на межличностные отношения на основе широкого ознакомления супругов с не затронутыми ранее вопросами психогигиены семейных и сексуальных отношений. В сексологическом аспекте центром внимания становятся сексуальные особенности жены больного, в соответствии с которыми на основе разумного расширения «диапазона приемлемости» моделируются технические детали проведения близости.

3.4.3.2. СИНДРОМ ДЕЗАКТУАЛИЗАЦИИ И РЕАДАПТАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Ни одна из половых функций не является витальной. Это объясняет, почему любое тяжелое заболевание автоматически приводит к немедленной дезактуализации сексуальных интересов, оттесняет сексуально-эротическую мотивацию поведения на задний план. Однако в стадии реконвалесценции, даже если человек утратил зрение и слух, но сохранил жизнь, после периода адаптации к новым условиям у большинства больных сексуальные интересы и потребности восстанавливаются, но их удовлетворение затрудняется, что и определяет содержание синдрома дезактуализации и реадaptации сексуального поведения.

Во всем ряду обзорных зарубежных работ о влиянии различных заболеваний на сексуальную сферу [368, 486, 402, 535] не предлагается единой концепции, а лишь подчеркивается необходимость дальнейших исследований.

Этиология. Дезактуализация сексуальных интересов и разные сексуальные затруднения описаны при широком круге острых, хронических и инвалидизирующих заболеваний — от полной слепоты [394] до псориаза (Л. Н. Провизион, 1978), эмфиземы [402], ампутиаций конечностей [493], мастэктомии [488] и экстирпаций гортани (Dyk, Sutherland, 1956; Dlin, 1971). Однако наиболее изучены сексологические аспекты при заболеваниях сердца (L. Scheingold, N. Wagner, 1974). Имеются полученные посредством строго объективизированных регистрационных методик данные о влиянии половой активности на работу сердца у здоровых и перенесших инфаркт миокарда мужчин [474], исследования случаев смерти, связываемых с половой активностью [529, 460], а также клинические данные о сексуальном поведении больных, перенесших инфаркт миокарда [400, 441]. Характерные изменения в сексуальном поведении мужчин после инфаркта и тактика их общей и специфической реабилитации изучались советскими специалистами [127, 128, 180, 102].

Клиника синдрома четко делится на две фазы: 1) фазу вынужденной абстиненции (собственно дезактуализации) и 2) фазу постабстинентных или риадаптационных расстройств. Так, после травмы глаз и полной слепоты фаза дезактуализации сменяется фазой риадаптации после того как больной, примирившись со своим новым состоянием, сталкивается с главным патогенетическим механизмом (исключающим простое возобновление отставленной в первой фазе половой активности) — утратой столь важного для большинства мужчин визуального канала сексуальных возбуждений. Если в первой фазе преобладают элементарные патогенетические механизмы чисто биологического (физиологического) плана, то во второй фазе ощутимо возрастает значимость психологических (в том числе социально-психологических) компонентов: утрата зрения, кроме физиологических затруднений, отягощается изменением социального статуса (молодой, независимый, подвижный мужчина превращается в скованного и сковывающего других инвалида).

Обусловленная различными патогенетическими факторами редукция половой активности не отличается специфичностью. Так, снижение половой активности у мужчин в сборной группе с постинсультными состояниями и страдающих тяжелой эмфиземой и артритом практически не отличалось от урежения половых актов после ампутаций в пределах нижних конечностей [493]: 78% в первой группе и 77% — во второй.

В работе Л. Н. Провизион, посвященной сексуальным расстройствам у больных псориазом (1978), показано наибольшее вовлечение половой сферы при начале псориаза в препубертатном периоде. При значительной длительности заболевания наблюдается переход от простой дезактуализации (с наибольшим снижением трех первых показателей СФМ и СФЖ) к невротическим проявлениям широкого

диапазона (от чисто экзальтационных симптомов до функционального снижения). По миновании острой фазы восстановление половой активности происходит либо путем возвращения к имевшемуся до заболевания стереотипу сексуальных отношений (при некоторой количественной редукции), либо путем формирования новых сексуальных отношений (обусловленных спецификой инвалидности). При этом в обоих разновидностях после завершения фазы реадаптации прослеживается общая закономерность — сдвиг в сторону преобладания личностного, чисто человеческого компонента устанавливаемых после инвалидизации отношений над компонентом специфически сексуальным.

Одним из механизмов реадаптации на новом уровне становится редукция сексуальных экспектаций вплоть до полного отказа от некоторых проявлений, в частности от всех генеративных притязаний (сюда входят онкологические, гинекологические и хирургические заболевания, завершающиеся спасением жизни ценой полного бесплодия).

Хотя разработка эффективных лечебно-реабилитационных программ тормозится недостаточной изученностью многочисленных клинических вариантов описываемого синдрома, работы В. Ф. Десятникова, В. П. Зайцева и В. С. Кошелева [127, 128], проведенные с позиций системного подхода, позволили предложить научно обоснованную тактику реадаптации больных, перенесших инфаркт миокарда [180, 102].

Прогноз определяется спецификой заболевания, вызвавшего первичную дезактуализацию, возрастом, половой конституцией и личностными особенностями, однако особую роль играют семейный статус и межличностные отношения супругов. Хорошая и стойкая реабилитация, как правило, устанавливается у состоящих в браке больных при взаимной межличностной слаженности и обоюдной заинтересованности в восстановлении половой активности.

3.4.3.3. МНИМЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У МУЖЧИН

К мнимым сексуальным расстройствам относятся жалобы на половые функции при отсутствии отклонений в реализации половых актов от возрастной и конституциональной нормы.

Этиология этих расстройств, так же как и расстройств истинных, плюрикаузальна: отсутствие или грубые искажения информации о нормальной половой жизни сочетаются с индивидуальными особенностями личности, способствующими некритическому восприятию ложных сведений и их сверхценной фиксации. Предрасполагающими факторами чаще всего выступают легкое интеллектуальное снижение или черты тревожной мнительности. Искаженную информацию чаще получают от сексуальной партнерши, друзей и знакомых, из некомпетентно составленных санитарно-просветительных лекций и брошюр, а также от не имеющих профессиональной сексологической подготовки медицинских работников.

Непосредственным толчком к формированию синдрома служат неудача сношения, предпринятого в неблагоприятных условиях, постабстинентное укорочение полового акта, смена партнерши, нормализация параметров копулятивного цикла при налаживании регулярной половой жизни, окончание периода юношеской гиперсексуальности, а также некоторые симптомы женских сексуальных расстройств (вину за которые склонны возлагать на себя сами мужчины, их жены и некоторые не располагающие сексологической подготовкой врачи).

Патогенез мнимых расстройств сексуальной сферы определяется тем, что при отсутствии объективных отклонений от возрастной и конституциональной нормы имеются субъективные сомнения в своих сексуальных возможностях, а нередко и успевшая укорениться убежденность в нарушениях, что таит в себе угрозу развития невротической реакции. Одним из самых распространенных патогенетических факторов, способствующих выявлению, акцентуации и фиксации сомнений в своем сексологическом благополучии, является онанофобия.

Клиника мнимых расстройств половой сферы у мужчин с известной мерой условности подразделяется на 4 клинических варианта: 1) с преобладанием чрезмерных требований к себе (20% всех мнимых расстройств); 2) с отнесением к себе воображаемых изъянов (6,7%); 3) с неадекватной личностной реакцией на естественные физиологические колебания сексуальных проявлений (37,8%); 4) с преобладанием неправильного поведения одного или обоих партнеров (в том числе при несоблюдении элементарной «техники» коитуса, например при редукции предварительных ласк) или сексуальных дефектов женщины (35,5%).

Коммерческий директор Ш., 55 лет, женатый, во время отпуска познакомился на пароходе (плавучий санаторий) с 35-летней женщиной, с которой проводил ежедневно 4—5 сношений. Вначале «все шло хорошо», а недели через две началось, как он выразился, «перебой»: сношения стали затяжными, до 40—50 мин, а затем начали ослабевать эрекции (повторные).

СФМ (по первому сношению из серии эксцессов): 42,54/444/433/2—10,5/12/10/2—34,5.

Пробуждение сексуального компонента либидо с 10 лет при ночной поллюции; с того же возраста мастурбации, вскоре ставшие ежедневными. Начало половой жизни с 15 лет, с женщиной 19 лет, с которой установились регулярные отношения. С 18 лет часто менял партнерш, были периоды, когда поддерживал связь одновременно с двумя женщинами. Максимальный эксцесс — до 10 завершенных половых актов. Женится в 32 года, в первые 15—20 лет брака проводил ежедневно не менее 2—3 сношений, затем стал совершать одно сношение перед сном, с 50 лет с женой проводил 3—4 сношения в неделю, но, выезжая в командировки, знакомился с молодыми женщинами и проводил по несколько сношений в сутки. Первая эякуляция всегда наступала после единичных фрикций, после 3—4 сношений продолжительность полового акта достигала 3—10 мин.

ТИ 2.10. Оволосение лобка по мужскому типу, выраженный гипертрихоз.

Индексы половой конституции: $K_f=8,14$; $K_r=8,00$; $K_a=8,33$; $K_a/K_r=1,04$.

Комбайнер, М., 50 лет, по требованию жены 49 лет (с которой состоит в браке с 18 лет) ежедневно проводит половой акт. Отмечает, что никогда особой радости от этого не испытывал, но не хватало смелости послушаться жены. За последние 10 лет, вследствие того что семяизвержение стало наступать очень

поздно, его «жизнь превратилась в сущую каторгу, в постель хоть не ложись». Прежде у него были «передышки» при менструациях у жены, но год назад они прекратились, и ему приходится работать без выходных». Жена требует регулярного выполнения им супружеского долга, и он явился за «возбуждающим и укрепляющим лекарством».

СФМ: 224/333/41,53/1—8/9/8,5/1—26,5.

Сексуальный компонент либидо с 16 лет. Первая эякуляция при половом сношении после вступления в брак (в 18 лет). Никогда не мастурбировал, не имел поллюций, не проводил повторных (экспрессивных) половых актов и не имел внебрачных сношений. Продолжительность половых актов вначале была в пределах 3—5 мин, а в последний год возросла до 10—15 мин.

ТИ 1,87, оволение лобка с тенденцией к горизонтали.

Индексы половой конституции: K_{ϕ} —3,86; K_r —2,25; K_a —6,00; K_a/K_r —2,67.

Экстравертированного холерика Щ. и флегматичного, покладистого М. объединяет общность сексологической синдромологии: оба, несмотря на возраст, отлично справляются со своими «мужскими» обязанностями, хотя каждый на собственном индивидуальном уровне (у Щ. сильная, а у М. слабая половая конституция). Удлинение фрикционной стадии у обоих вполне физиологично отражает линейное нарастание в полном соответствии с законом силовых отношений и поэтому не входит в разряд невротических реакций (что сказалось бы экзальтационным ускорением эякуляций). Называемая Щ. продолжительность сношения в 40—50 мин явно субъективно гиперболизирована, а главное, относится к экстремивным актам. Однако оба обеспокоены своим состоянием и убеждены в начинающемся сексуальном неблагополучии. Принадлежность к первому варианту мнимых сексуальных расстройств определяется тем, что оба, не помышляя об отказе от привычного уровня половой активности, просят у врача «возбуждающего и укрепляющего лекарства».

Военнослужащий Т., 23 лет, жалуется на неспособность к половой жизни, хотя попыток к сношению никогда не предпринимал. Около года назад увлекся девушкой, ухаживал за ней и решил жениться, когда будет уволен из армии. Услышав, что бывает половое бессилие, решил навести справки, чтобы не сделать любимую девушку несчастной. Ознакомившись с популярной брошюрой о вреде онанизма, решил, что у него «паралитическая форма импотенции в самой последней стадии». Его «диагностика» подкрепляется тем, что в бане «у всех нормальных мужчин головка полового члена закрыта, а у меня обнажена».

Студент-медик У., 25 лет, никогда не предпринимавший попыток к половой близости, испытывает глубокие сомнения в своей пригодности к половой жизни, так как с 14 лет мастурбировал. Избегает ходить на пляж, поскольку опасается, что окружающие могут догадаться о недоразвитии его половых органов (половой член длиной 10 см, окружностью 10 см; яички 4,5 см по длинной оси).

Два последних наблюдения демонстрируют второй вариант мнимых расстройств: молодые люди заранее, еще до первых попыток начать половую жизнь, считают себя сексуально дефектными. Эту убежденность, основанную на юношеской мастурбации, они подкрепляют «анатомическими» соображениями. К сожалению, молодой возраст и полное отсутствие опыта половой жизни в обоих наблюдениях (так же как и в большинстве других случаев при этом варианте) позволяют ставить диагноз мнимых сексуальных расстройств лишь предположительно. Определенная часть наблюдений из этой группы

в дальнейшем разворачивается в прогрессирующий эндогенный процесс.

Инженер Ш., 58 лет, имевший в прошлом эпизодические внебрачные связи, 2 мес назад впервые в жизни потерпел сексуальное фиаско. При первом посещении новой знакомой рассказал ей фривольный анекдот, а женщина вдруг сказала: «Ладно, мы взрослые люди, не будем терять времени и приступим к делу» и тут же начала раздеваться. Он тоже разделся, но настроение оказалось «сбитым» деловым подходом женщины, и интроитус не удался из-за слабости эрекции. Однако по возвращении домой с женой «все тут же наладилось» и половые акты проходили как и прежде. Недельку назад с другой знакомой интроитус опять не удался.

СФМ: 222/2,532,5/212/2—6/8/5/2—21.

Индексы половой конституции: K_{ϕ} —5,71; K_r —5,75; K_a —5,66; K_a/K_r —0,98.

В данном случае, несмотря на усиленный вариант средней половой конституции, неудача половой близости в случайной обстановке с малознакомой женщиной на исходе 6-го десятка лет должна была насторожить интеллигентного человека и заставить его отказаться от рискованных сексуальных контактов. Нежелание считаться с возрастными ограничениями, исключаящими определенные формы сексуального поведения при абсолютной стабильности половых проявлений в супружестве (как у Ш), столь же характерно для третьего варианта, как онанефобические руминации — для второго.

Директор магазина О., 43 лет, обратился с жалобами на недостаточную длительность эрекции. При расспросе выясняется, что под недостаточной длительностью он понимает невозможность сохранения эрекции до того момента, когда жена разрешает интроитус. Она чрезвычайно чистоплотна и никогда не допускает сношения, не приняв ванну. Ему приходится ждать 15—20 мин, что в последние годы не удается. Просит назначить средство, которое обеспечило бы сохранение эрекции.

Приведенное наблюдение показывает отмеченную выше условность выделения групп. Хотя это наблюдение по ведущему признаку и отнесено в группу обусловленных неправильным поведением женщины, в нем отражены и определяющие признаки всех других групп — чрезмерные, без учета возрастных возможностей, требования к длительности эрекции, необоснованное самообвинение в слабости эрекции и, наконец, заслуживающая особого упоминания общая для большинства больных наивная вера в магическое «средство».

Значение неправильного поведения женщины в генезе четвертой группы мнимых расстройств четко выступает в следующем наблюдении, ранее кратко упоминавшемся по другому поводу [239, с. 147].

Инструктор физкультуры Р., 36 лет, жалуется на снижение полового влечения в течение последних двух лет. Половой акт совершает без внутреннего возбуждения, эрекции приходят не сразу, но после начала полового акта усиливаются, сам же акт продолжается от 3 до 5 мин, что воспринимается им как чрезмерная длительность (до того 2—3 мин). Женат 14 лет, имеет 3 детей. Получил строгое воспитание, всегда был образцом дисциплинированного поведения. До женитьбы половой жизнью не жил, не мастурбировал. Пробуждение сексуальности сопровождалось сильной половой возбудимостью, но успешно «глушил» ее усиленными занятиями спортом. После женитьбы в течение первых 12 лет совершал регулярный ежевечерний коитус; во время менструаций у жены страдал от абстиненции, что проявлялось раздражительностью, трудностью сосредоточения внимания, затрудненным засыпанием, поверхностным, неглубоким

сном, запорами. Как только возобновлял половые сношения, все эти явления проходили. С 13-го года супружеской жизни его перестало тянуть к жене. Постепенно перешел на одно сношение в 5—10 дней, испытывая при том все те явления, которые в первые годы брака так его беспокоили, когда он вынужден был воздерживаться от полового акта. Нередко в промежутках между половыми актами случаются поллюции (последняя за 2 дня до обследования), и это на день-два восстанавливает ощущение физического благополучия и уравновешенность.

В свое время их брак был решен родителями, а отношением к этому обоим молодых людей никто не интересовался. Невеста «не была противна». Жена оказалась женщиной эгоистичной, из тех, что «живут только для себя, не считаясь с другими». В половом отношении она всегда была «бездарной» и до сих пор остается пассивной, но на урегулирование половых сношений бурно реагировала. Предположила, что он завел связь на стороне, ходила жаловаться в партком по месту его работы. До свадьбы она следила за собой, но затем перестала, дома всегда выглядела неряшливой. Муж, по натуре незлобивый, относился ко всему спокойно. На вопрос о причинах полового охлаждения ответил: «А я думаю, доктор, что первые 12 лет у меня было такое давление пара в котле, что мне любая была хороша, а теперь мне нужно или женщину с любовью, или хорошее лекарство, чтобы поднять пар до прежнего».

Тесное переплетение сексологической неграмотности с ятрогенией и их влияние на динамику мнимых расстройств иллюстрируются следующим наблюдением.

Преподаватель У., 31 года, направил в отделение сексопатологии следующее письмо: «Я болен какой-то странной болезнью, хотя физически вполне здоров. У меня последнее время совсем разладилась половая жизнь. Причем о причинах врачи говорят по-разному. У меня больна жена, и опять мнения врачей по этому поводу разные. Один врач сказал, что, возможно, она виновата в моей болезни. Совместная жизнь стала невыносимой: для жены — потому что я ее стал не удовлетворять как мужчина, для меня — из-за чувства вины за то, что она болеет из-за меня.

Года за два до замужества у жены появились боли в нижней части живота за 1—2 нед до месячных. Врач сказал, что боли пройдут, если она выйдет замуж и родит ребенка. Ничем другим она не болела. Я до женитьбы в течение 5 лет болел онанизмом (с 19 до 24 лет). Онанировал 1—2 раза в неделю. С женитьбой у меня это прошло. У нее с замужеством тоже прошли боли в животе, но только первый год, пока она была беременной.

После рождения дочери у нас снова появились боли за 1—2 нед до месячных. Первые 2 нед сношения у нас стали проходить нормально, а вторые 2 нед (я уже втянулся, привык и требовал своего) сношения обычно заканчивались болью для нее. Мне часто приходилось воздерживаться от сношений, хотя желание было, а иногда прерывал сношение, когда у нее появлялась боль. Так было в течение 3 лет, пока она снова не забеременела (во время беременности боли прошли, но с рождением сына все началось снова). Мне все чаще приходилось воздерживаться от сношений. Иногда же я все-таки добивался у нее согласия на сношение через полчаса, а иногда и больше. Я никогда не начинал сношения, пока не добивался ее согласия, на это уходило много времени, я нервничал, был в постоянном напряжении, а иногда сам себя доводил нарочно, чтобы быстрее этот акт проходил и получалось так, что она сношение только начинала, а я его кончал. Это стало повторяться все чаще. Мы оба были неопытны в этом и считали, что ее холодность, нежелание близости — это ее болезнь. Забыл сказать, что после рождения сына она надорвалась, потеряла много крови, появились головные боли, сердцебиение, боязнь оставаться одной. Врачи паходили у нее тиреотоксикоз, невралгию тройничного нерва, неврастению.

Половая жизнь совсем разладилась. Мне все чаще приходилось воздерживаться от сношений. Очень редко у нее самой появлялось желание, и тогда все проходило хорошо: В марте врач сказал ей, что я — причина ее болезни, тогда она моментально с этим согласилась, перестала меня к себе подпускать, требо-

вала, чтобы я ушел от нее, стала уверять, что вышла за меня из жалости, что никогда не любила. Я был потрясен. Обратился к врачу. Он мне назначил уколы магнезии, поговорил с женой. После уколов я очень боялся, что у меня ничего не получится. Жена сама проявила инициативу, но у меня в самом деле ничего не получилось. Жена стала задумываться, нервничать, с ней случился приступ страшной головной боли, ее положили в психбольницу, признав сексуальный невроз. Обследовал тот же врач меня, нашел кортикоспинальную импотенцию и неврастению. Назначил лечение и, не объяснив ничего, уехал в отпуск. Мне делали уколы стрихнина с витамином В₁, мышьяка, тестостерона пропионата и блокады хлорэтилом. Я обратился к другому врачу, принял курс магнезии с новокаином, стрихнин, прозерин, алоэ, витамин В₁, затем снова магнезию с новокаином, таблетки метилтестостерона, лимонник, пантокрин. Самочувствие мое не улучшается, постоянная возбужденность, какие-то выделения. Обращался к урологу — он сказал, что все это на нервной почве. С женой я вообще сношений не имел с 20 апреля. Жена по выписке из больницы не захотела со мной жить, сказала, что придет ко мне, когда я вылежусь».

В августе 1966 г. пациент обследован в отделении сексопатологии.

СФМ: 324/33,53/32,51,5/1—9/9,5/7/1—26,5.

Жалуется на быстрое наступление эякуляций; вначале эякуляция наступала через несколько минут, однако в связи с болями в нижней части живота жена часто «прогоняла» его до наступления эякуляции, наряду с этим часто не разрешала сближение, и он подавлял возникшее половое возбуждение. Самая быстрая эякуляция происходила примерно через минуту после интройтуса, обычно тогда, когда подготовка к акту занимала около часа; при быстром согласии жены на сношение половой акт длился 2—3 мин.

Начало половой жизни пациента после женитьбы, в возрасте 23 лет. Жене в настоящее время 27 лет. Она вышла замуж по совету врача, чтобы избавиться от болей в нижней части живота, и «регулировала» половые сношения по своему разумению. Ее притязания изменились после беседы с психиатром, который сказал ей, что нормальный мужчина должен иметь сношение длительно — не менее 5 мин. В первый год брака ежедневно до 2 сношений, последний год — не чаще 1—2 раз в месяц (чаще не разрешает жена). Последний коитус 20.04.66 г.

Форшиль проводил, но «на жену это плохо действует», так как она боится болей. Спонтанные эрекции частые и сильные. Оргазм яркий, впервые в 19 лет при петтинге. Первые поллюции лет в 28, когда жена «перестала подпускать». Последние поллюция около недели назад, в настоящее время в месяц 2 раза. Эксцессы не больше 2 сношений за вечер. Методы контрацепции — презерватив; часто не заканчивал сношения, потому что не разрешала жена. У жены было 6 беременностей (4 аборта).

Эпурез у пациента до 3 лет; тип высшей нервной деятельности сильный неуравновешенный (холерик).

Алкоголь употребляет редко. Курил с 12 до 22 лет. На преподавательской работе часто «не хватает терпения», хочет переходить на производство. Жилищные условия: двухкомнатная квартира на 4 человека, супружеская спальня отдельная, постель общая.

Болен воспалением легких с 15 лет не менее 8 раз.

Рост 171 см, масса тела 64 кг, ТИ 1,97.

Половой член длиной 8 см. Яички: левое 4,5 см, нормальной консистенции, слегка болезненное при сдавливании; правое 4 см, пониженной эластичности, при сдавливании болезненное.

Сглаженность правой носогубной складки, отклонение языка влево. Сухожильные рефлексы с рук симметричны, коленные слегка заторможены, ахиллов справа повышен с ИРЗ в пределах дистальной трети голени. Выраженный рефлекс Вюрпа. Очень легкий левосторонний симптом Маринеску—Радовичи. Легкий тремор сомкнутых век. Кремастерный рефлекс справа вялый, слева живой. Дермографизм: белый появляется через 25 с, держится 1 мин; красный — через 4 с, держится 3 мин. Пульс лёжа 71, стоя 85 (+14) уд/мин.

Диагноз: мнимое ускорение эякуляций. Ятрогенный невроз (провоцированный противоестественным половым режимом и многолетней психосексуальной травматизацией).

Диагноз синдрома мнимых сексуальных расстройств облегчается опорой на квантифицированные показатели, в частности, СФМ и индексы половой конституции. Так, общая формула СФМ, выведенная как средняя величина из четырех групповых формул, характеризующих клинические варианты, демонстрирует максимальное снижение показателей заключительной триады, несколько меньшую вовлеченность первой триады и наилучшую сохранность центральной части, отражающей фактические параметры протекания копулятивного цикла. Детальный анализ соответствующих показателей в применении к синдрому мнимых сексуальных расстройств см. в преддевятисексуальной части данного руководства [239, с. 263—264].

В дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду, что любой синдром мнимого сексуального расстройства — не полное здоровье, а расстройство, но субъективное. Более того, это и не простое житейское заблуждение или невежество, поскольку страдающий этим расстройством обязательно встревожен, обеспокоен и убежден в своем сексуальном дефекте.

При выявлении сверхценных фиксаций на сексуальной сфере без фактических отклонений половой активности от возрастной и конституциональной нормы приходится тщательно дифференцировать синдром мнимых сексуальных расстройств с инициальными невротическими проявлениями, особенно с процессуальным дебютом. Иногда его удается распознать по анозогнозии, т. е. по неспособности критически оценить свое болезненное состояние, что обычно наблюдается в различных стадиях психозов и чаще всего — при дефектных состояниях психики (при синдроме мнимых сексуальных расстройств соотношение обратное: убежденность в своем дефекте сочетается с функциональной сохранностью). Дифференциальная диагностика этих состояний облегчается утрированностью, нелепостью жалоб, отщеплением элементов сексуального поведения от совокупности общественных, бытовых, межличностных связей. Так, если больной внезапно вылетает самолетом в Москву и настойчиво требует сделать пластическую операцию для увеличения полового члена, то сексопатолог обязан немедленно консультировать его с психиатром.

В дифференциальной диагностике мнимых сексуальных расстройств с начальными стадиями невротических расстройств психической составляющей также помогает шкала СФМ: при синдроме мнимых сексуальных расстройств суммарный показатель первой триады во всех клинических вариантах выше суммарного показателя третьей триады [239, табл. 17 на с. 270], по мере постепенного утяжеления с переходом в невроз сначала происходит выравнивание суммарных показателей первой и третьей триад, а затем снижение второй триады, которая в своем снижении «обгоняет» первую.

Лечение и прогноз. Поскольку синдром мнимого сексуального расстройства представляет особое, «препатологическое» состояние, при котором вся последовательность автоматизмов копулятивного цикла оказывается устойчивее и сильнее, чем дестабилизирую-

щее воздействие сомнений, овладевших сознанием больного, своевременная психотерапия (преимущественно рациональная) достаточно эффективно этот синдром устраняет.

3.4.3.4. ПОЛИСИНДРОМНЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА, ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНО СВЯЗЫВАЕМЫЕ С НЕКОТОРЫМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ И УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Как свидетельствует опыт изучения сексуальных нарушений при профессиональной патологии [108], формированию сексуальных расстройств, связанных с некоторыми специфическими производственными условиями, в известной степени способствуют «худая слава», своеобразные мифы, создаваемые людской молвой. Однако возможна как недооценка психогенных факторов, так и преувеличение их участия в формировании сексуальной патологии. Это порождает опасное игнорирование разрушительной природы определенных физиогенных воздействий. Перед клинической сексопатологией стоит ответственная задача планомерного изучения этиопатогенетической роли широкого спектра производственных факторов, которым приписывается болезнетворное влияние на половую сферу. Исследования в этом направлении лишь начинаются, и ниже представлены данные об одном из распространенных производственных факторов — вибрации.

3.4.3.4.1. Половые расстройства при вибрационной болезни

Этиология. Половые расстройства при вибрационной болезни являются в конечном счете следствием сочетанного воздействия многих неблагоприятных факторов производства при обязательном участии вибрации. Вибрационная болезнь довольно часто возникает у рабочих, долго и систематически подвергающихся воздействию вибрации. Среди профессиональных заболеваний она стоит по частоте на втором месте после пневмокониозов (Г. А. Суворов и др., 1981). Патология, вызываемая вибрацией, впервые описана в 1911 г. Лорига (Loriga) у каменотесов, работавших с ручными отбойными молотками. Более 40 лет симптомокомплекс, развивающийся под влиянием вибрации, получал разнообразные наименования и лишь в 1955 г. по предложению Е. Ц. Андреевой-Галаниной стал называться вибрационной болезнью. Различают вибрационную болезнь от воздействия «локальной» (воздействие только на руки рабочего) и «общей» вибрации (воздействие на все тело). Конечно, деление вибрации на «локальную» и «общую» условно.

Источниками «локальной» вибрации на производстве являются инструменты, распространенные в различных отраслях промышленности: в машиностроительной (рубильные и клепальные молотки, шлифовальные и полировальные машины и др.), горнорудной (перфораторы, отбойные молотки, горные сверла), лесной (моторные и электрические пилы), а также в строительстве (отбойные молотки,

бетоноломы). Воздействию «общей» вибрации подвергаются водители автомашин, тракторов и комбайнов, бульдозеристы, экскаваторщики и др. Случаи вибрационной болезни от воздействия «общей» вибрации довольно редки, поэтому в дальнейшем рассматривается в основном вибрационная болезнь от воздействия «локальной» вибрации.

Патогенез. Вибрационный фактор обуславливает не только основные «специфические» проявления вибрационной болезни, но и неспецифические изменения, следствием которых, в частности, становятся сексуальные нарушения. Вибрационный фактор, воздействуя на рецепторы вибрационной чувствительности, расположенных в продолговатом мозге, подкорке и коре головного мозга, где со временем формируются очаги застойного возбуждения. Затем это возбуждение иррадирует на близлежащие сосудодвигательные центры, а также на центры температурной и болевой чувствительности, что обуславливает изменение функционального состояния периферических сосудов, нарушение (параллельно с вибрационной) болевой, тактильной и температурной чувствительности.

Патогенез половых расстройств можно представить следующим образом. При вибрационной болезни нередко наблюдаются изменения нервной системы по типу астенических и астеноневротических состояний (Э. А. Дрогичина, 1971). Мы относим их к неврозоподобным астеническим (Б. Д. Карвасарский, 1980) синдромам. Как показали наши наблюдения, в большинстве случаев они выражены нерезко. Мы наблюдали сформировавшиеся сексуальные расстройства именно при упомянутых синдромах. Объяснить происхождение этих синдромов можно совокупностью неблагоприятных условий труда (вибрация, интенсивный шум, значительные мышечные усилия). И. Д. Горизонтов (1976) указывал на ошибочное представление о том, что «роль в адаптации и развитии стресс-реакции играют только передняя доля гипофиза и кора надпочечников». Современные данные свидетельствуют о включении в эту реакцию различных отделов нервной системы — подбугорной области, ретикулярной формации и вышележащих отделов вплоть до коры головного мозга. Больные с вибрационной болезнью довольно часто жалуются на парестезии и боли в руках, усиливающиеся ночью, что в ряде случаев нарушает сон. Это в свою очередь может приводить к астенизации. Имеются также данные о нарушениях вегетативной регуляции даже при легкой и умеренной выраженности вибрационной болезни (Д. К. Абрамович-Поляков, 1964). В частности, у больных вибрационной болезнью несколько понижен тонус симпатических отделов вегетативной нервной системы при преобладании парасимпатических. Нагрузочные пробы выявляют повышенную реактивность симпатико-адреналового звена и недостаточность компенсаторных возможностей холинергической медиации (Д. К. Абрамович-Поляков и др., 1972). Есть данные и о нарушении при вибрационной болезни желез внутренней секреции: надпочечников, щитовидной железы, а также яичек (С. К. Кайшибаев и др., 1972). Происходят изменения в системе гипофиз — гонады: уже в начальной стадии заболевания в крови уменьшается концентрация ЛГ. С утяжелением вибрационной

болезни снижается и уровень тестостерона в крови (Г. Я. Чацкий и др., 1980).

Таким образом, сексуальные нарушения при вибрационной болезни от воздействия «локальной» вибрации обусловлены сочетанием расстройств психической (неврозоподобные астенические синдромы) и нейрогуморальной составляющих (нерезкие центральные нарушения вегетативной регуляции, явления коррелятивного гипогонадизма).

Влияние «общей» вибрации на половые функции мужчин специально не изучалось, но о неблагоприятном воздействии этого фактора в данном плане упоминают многие авторы (А. С. Мелькумова, Г. И. Румяпцев, 1965; И. И. Цирульников, 1970; М. В. Пиневич, Л. Н. Смольский, 1973, и др.). Основные патогенетические механизмы половых расстройств от воздействия «общей» вибрации указанные авторы видят в дисэнцефальной (клинически выраженные гипоталамические синдромы) заинтересованности, вовлечении периферических или спинальных структур, относящихся к сексуальной регуляции, в нарушении функции гонад (когда рабочие стоят на вибрирующей поверхности), а также в поражении предстательной железы и семенных пузырьков (водители грузовых автомашин, тракторов, комбайнов).

Клиника. На современных производствах уровни вибрации относительно низкие. Это способствовало исчезновению выраженных форм и синдромов вибрационной болезни (М. Н. Рыжкова и др., 1981), и сексопатолог чаще встречается с проявлениями легкой и умеренно выраженной вибрационной болезни.

Больные жалуются на парестезии (онемение, покалывание, «ползание мурашек») и ноющие, чаще нелокализованные боли в руках, особенно после работы и ночью. Их беспокоят зябкость рук, побеление пальцев при местном и общем охлаждении (мытье рук холодной водой, купание в реке и т. д.). Нередко бывают слабость рук, их повышенная утомляемость, «судороги» в пальцах. Иногда руки неожиданно слабеют настолько, что больные не могут удержать инструмент.

Указанные «периферические» расстройства нередко развиваются при жалобах на повышенную нервозность, утомляемость, нарушение сна и т. д. Как указывалось, выраженность таких неврозоподобных расстройств невелика.

При объективном обследовании обращают на себя внимание гипотермия, цианоз и гипергидроз кистей, отечность кончиков пальцев. Нарушается поверхностная чувствительность: вибрационная, болевая, температурная (в основном ощущение тепла), редко тактильная. Расстройство чувствительности имеет форму гипестезии дистальных отделов рук. От концевых фаланг пальцев она распространяется на кисти, а затем и предплечья в виде короткой или длинной «перчатки».

Нередко мужчины с вибрационной болезнью жалуются на сексуальные нарушения. Так, по данным И. А. Попова и С. К. Кайшибаева (1971), они диагностировались у 32,5% обследованных,

а Н. С. Нешков с соавт. (1973) и В. Н. Никольский с соавт. (1971) находили эти расстройства соответственно в 44,3 и 66,7% случаев. Все авторы обследовали горнорабочих. Б. С. Науменко с соавт. (1974) при опросе 240 практически здоровых мужчин, подвергающихся «локальной» вибрации (проходчики, бурильщики), выявили жалобы на сексуальные нарушения в 57% случаев, что превышает установленную некоторыми авторами частоту половых расстройств при ряде заболеваний, довольно часто сопровождающихся сексуальными нарушениями — хроническом простатите, неврозах и др. Наши исследования (306 рабочих, подвергавшихся «локальной» вибрации, а также 202 человека контрольной группы) не показали существенных различий в частоте половых расстройств в основной и контрольной группах у мужчин в возрасте от 20 до 44 лет (соответственно 3,3 и 2,5%). Вместе с тем у подвергавшихся «локальной» вибрации и действию сопутствующих неблагоприятных факторов практически здоровых мужчин обнаружены колебания половой активности, зависящие от продолжительности работы в таких условиях. У лиц со стажем работы менее 1 года и более 10 лет эта активность снижалась ниже «нормальных» величин, а у рабочих со стажем от 1 года до 10 лет половая активность соответствовала «нормальной» [177]. Полученные данные были расценены как свидетельство приложимости учения о стрессе к половой системе, так как кривая сексуальной активности соответствовала трем фазам общего адаптационного синдрома: реакции тревоги, фазе сопротивления и фазе истощения [178]. Мы обследовали около 150 мужчин (рабочих-машиностроителей) моложе 44 лет, страдавших вибрационной болезнью. Сексуальные нарушения выявлены приблизительно у 20% обследованных.

Можно выделить две группы половых расстройств у мужчин, страдающих легкой и умеренно выраженной вибрационной болезнью: так называемую сексуальную препатологию (преходящие, но относительно частые функциональные расстройства) и сформировавшиеся сексуальные нарушения у лиц с легкими неврозоподобными астеническими синдромами. Расстройства первой группы, очевидно, можно объяснять перенапряжением механизмов адаптации и временным их срывом, отрицательно сказывающимся на регуляторных механизмах копулятивного цикла. В этом плане весьма показательна система «Светофор», рассчитанная на донозологическую диагностику (Р. М. Баевский, 1979) и предусматривающая 4 варианта диагноза. У обследованных нами рабочих препатология часто обуславливалась дефицитом стеничности (переутомление на работе). Эти расстройства проявлялись в форме моносимптомов: гипозрекции, неустойчивого напряжения полового члена, ускоренного семяизвержения. Указанная симптоматика была выражена нерезко. Так, мужчина 42 лет, обрубщик, 4 года страдающий вибрационной болезнью, жаловался на ускоренное семяизвержение приблизительно в половине половых актов. При расспросе удалось выяснить, что половые акты укорачиваются тогда, когда больной чувствует себя уставшим после работы, хотя на повышенную утомляемость он не жалуется. Эти нарушения

отмечаются в последние 3 года. Раньше усталость такими явлениями не сопровождалась.

Наблюдение в течение ряда лет позволило проследить переход от препатологии к патологии при некоторых преходящих сексуальных расстройствах. Сформировавшиеся сексуальные нарушения, характерные для вибрационной болезни, встречались, как указывалось ранее, у лиц с легкими неврозоподобными астеническими синдромами (поражение только психической составляющей). В этих случаях отмечались либо преимущественно «астенические» жалобы (повышенная утомляемость, отсутствие бодрости после ночного сна и т. д.), либо жалобы на повышенную нервозность, нарушения сна и т. д. В ряде случаев у больных выявлялось и нарушение темпов пубертата (заинтересованность нейрогуморальной составляющей).

Половым расстройствам у больных вибрационной болезнью свойственны следующие особенности: 1) развиваются исподволь, постепенно; 2) имеют небольшую клиническую выраженность. Многие больные специфических жалоб не предъявляют, и только направленный расспрос позволяет выявить у них те или иные сексуальные нарушения; 3) за помощью по поводу половых расстройств больные, как правило, не обращаются, что свидетельствует о малой актуальности нарушений.

Диагностика. Сформировавшееся половое расстройство, связанное с вибрационной патологией, можно определить лишь после диагностики вибрационной болезни. В каждом случае необходимо исключить роль различных производственных факторов в генезе сексуальных нарушений. По терминологии Н. Н. Аничкова, различные производственные и производственные факторы могут участвовать в развитии сексуальных расстройств как: а) вызывающие; б) способствующие; в) предрасполагающие. По-видимому, вибрационная болезнь при развитии сексуальных расстройств может выступать в роли любого из этих моментов.

Дифференциальная диагностика сексуальных расстройств при вибрационной болезни проводится с половыми расстройствами при астенических синдромах любого другого генеза.

Общие принципы лечения. Лечение половых расстройств при вибрационной болезни включает: 1) отстранение больного на время лечения от работы в неблагоприятных условиях; 2) активное лечение основного заболевания — вибрационной болезни; 3) воздействие на астенические синдромы, при которых наблюдаются сексуальные нарушения; 4) коррекцию нарушенных вегетативных сексуальных рефлексов, например, антихолинэстеразными препаратами (прозерин и др.), а также физиотерапевтическими процедурами и иглорефлексотерапией.

Профилактика сексуальных расстройств должна исходить из общих принципов профилактики вибрационной болезни.

4 ЭРЕКЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

В соответствии с физиологической функцией, которую обеспечивает данная составляющая — состояние *эрекции* полового члена [239, с. 155], она и обозначается как *эрекционная*. Поскольку без эрекции невозможны интритус и копулятивные фрикции, феномен эрекции среди жалоб сексологических больных занимает ведущее место.

По данным Рабоха, соотношение жалоб на расстройства эрекции и эякуляции составляет 227 : 138 (по нашим данным, 453 : 313) [62, с. 88]. Однако феномен эрекции не следует отождествлять с *эрекционной составляющей*, которая определяется не только физиологическим результатом, который она обеспечивает, но и анатомическим субстратом (спинномозговые центры эрекции с их экстраспинальными афферентными и эфферентными рефлекторными дугами, а также сосудистый аппарат самого полового члена). Стойкость анатомо-физиологических структур эрекционной составляющей несоизмерима с крайней реактивностью и функциональной ранимостью составляющих более высокого ранга — нейрогуморальной и психической, по отношению к которым феномен эрекции является лишь индикатором.

Если у мужчины в момент интимной близости ослабевает эрекция, то в большинстве случаев это является результатом сложных процессов на церебральном уровне с вовлечением условнорефлекторного и диэнцефально-вегетативного обеспечения сексуальной сферы. Относить большинство таких срывов на счет внезапного истощения спинномозговых центров [259] так же наивно, как и объяснять их патологическими сдвигами в нейрорецепторных образованиях предстательной железы [328].

В противоположность «расширенному» подходу в диагностике «спинальных» поражений [259, 104, 179], диагностика расстройств эрекционной составляющей должна опираться на: 1) неврологические симптомы, доказывающие существование топического очага спинальной или параспинальной локализации (например, поражения nn. erigentes или n. dorsalis penis); 2) урологически или ангиологически регистрируемые симптомы поражения полового члена (рубцы, induratio penis plastica, системное поражение сосудистого аппарата кавернозных тел и т. п.).

4.1. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

В ряде случаев при расстройствах эрекциионной составляющей (чаще травматического или постонкологического генеза, см. ниже) половые функции можно обеспечить только специальными методами, нацеленными на феномен эрекции. Хотя эти методы нередко применяются при других расстройствах (в частности, на начальных этапах лечения запущенных расстройств психогенной природы), основными показаниями к их использованию остаются нарушения эрекциионной составляющей. Прежде всего это хирургическое шинирование, которое в определенных случаях (например, после травм) остается оптимальным лечебным методом. Наиболее щадящим и надежным является подкожное шинирование по В. В. Красулину и В. П. Тарakanову [183]. В большинстве случаев, однако, тех же результатов можно достигнуть применением наружных (съёмных) протезов, или *эректоров*.

4.1.1. ЭРЕКТОРОТЕРАПИЯ

При тяжелых поражениях эрекциионной составляющей только механические вспомогательные средства, в частности эректоры, позволяют больным вести половую жизнь. Они успешно используются и в лечении расстройств других составляющих, в частности психической и нейрогуморальной. Еще Fürbringer (1895, 1902), Krafft-Ebing (1902) и Flatau (1914) положительно оценивали механические вспомогательные средства в лечении сексуальных нарушений и отмечали их психотерапевтическое действие. Gyurkoveshky (1889) считал механические вспомогательные средства показанными тогда, когда исчерпаны все возможности других методов лечения. Он сообщал о больном, успешно совершавшем половой акт, если при нем был аппарат «санки», хотя больной не пользовался им. Однако некоторые

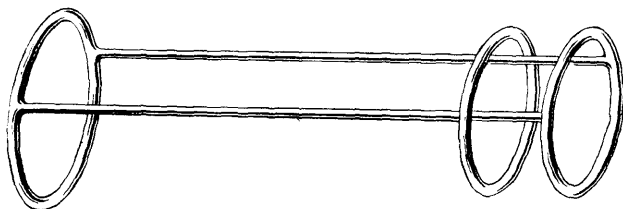


Рис. 68. Аппарат «санки». Два металлических стержня соединены между собой с одной стороны металлическим кольцом, с другой — резиновыми. Аппарат надевают поверх полового члена и фиксируют с помощью колец у его основания и в области шейки.

авторы относились к эректорам отрицательно. Так, Rohleder (1902) считал, что их применение уподобляется мастурбации и не может предотвратить снижение потенции. Dollner (1914) считал половой акт с их помощью искусственным.

Одним из первых в научной литературе (1889) был описан аппарат «санки» (рис. 68) из нейзильбера (сплав меди, никеля и цинка). Аппарат состоял из двух шин, соединенных у основания металлическим кольцом, а у верхнего края — кольцами из каучука. Однако аппарат препятствовал увеличению полового члена при эрекции, и его нужно было изготавливать индивидуально для каждого больного.

Гассен (Gassen) предложил два аппарата — кумулятор и эректор. Кумулятор напоминает пневмомассаж полового члена по методу И. В. Заблудовского (половой член помещают в стеклянный наконечник, соединенный толстой резиновой трубкой с электрическим воздушным насосом; насос непрерывно откачивает воздух, но вследствие неполной герметичности наконечника сосуды полового члена не слишком быстро наполняются кровью, что исключает разрыв поверхностных кровеносных сосудов и отек кожи). И. В. Заблудовский (1909) считал, что при пневмомассаже возникают активная гиперемия тканей и расширение пещеристых тел полового члена, сократившихся вследствие длительного отсутствия эрекций. Это пассивное наполнение пещеристых тел как бы готовит их к быстрому кровенаполнению при половом акте. Эректор Гассена состоит из металлической эластичной спирали (рис. 69), надеваемой на половой член, что должно обеспечить интроитус.

Герсон (K. Gerson, 1902) предложил обвивать половой член, за исключением головки, липким пластырем, пропитанным окисью цинка (рис. 70). Подобная повязка должна вызывать венозный стаз,

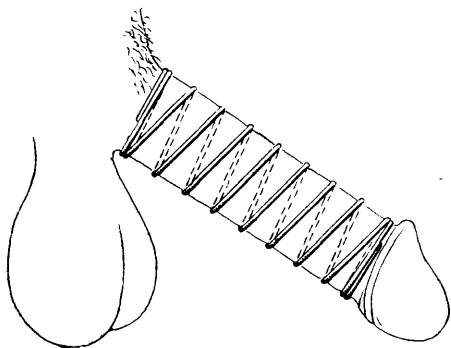


Рис. 69. Эректор — металлическая спираль, которую надевают на половой член от его основания до венчика.

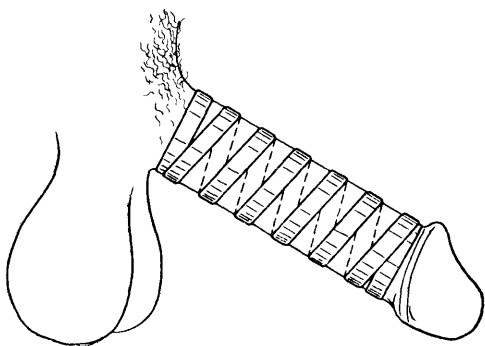


Рис. 70. Повязка из липкого пластыря, пропитанная окисью цинка. Циркулярными витками накладывают пластырь на половой член от его основания до головки.

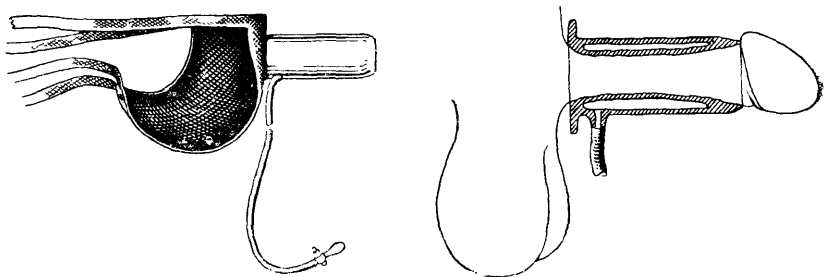


Рис. 71. Цилиндр с двойными стенками, который надевают на половой член, оставляя открытой его головку, и с помощью суспензория крепят к наружным половым органам. Полость между стенками цилиндра через трубку заполняется воздухом, что обеспечивает достаточно плотную его фиксацию на половом члене.

в то время как приток артериальной крови остается свободным, что и приводит к увеличению полового члена. Основное назначение повязки — создание легкой и прочной иммобилизации. По мнению автора, это должно обеспечить интроитус в полуэрегированном или даже неэрегированном состоянии, в частности, у мужчин преклонного возраста. При «психической импотенции» применение повязки имеет и психотерапевтическое значение.

Nitardy (1918) сконструировал аппарат под названием «virility» (рис. 71), который состоит из цилиндра с двойными стенками, изготовленного из прочной, гибкой и эластичной резины. У основания аппарат крепится к суспензорию. К полости между стенками подведена длинная трубка с мундштуком и клапаном, которая служит для наполнения воздухом полости между стенками.

С. А. Плотицер предложил протез на принципиально новой основе. Его стержень состоит из двух частей, позволяющих половому

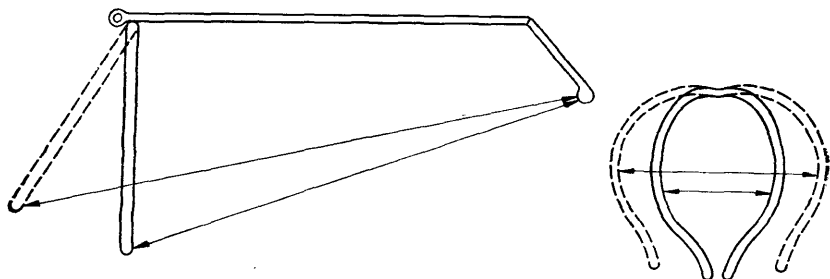


Рис. 72. Приспособление протеза к изменяющимся размерам полового члена в период эрекции; благодаря шарнирному соединению стержня протеза с его кольцом при наступлении эрекции и увеличении полового члена в объеме и в длину стержень протеза, фиксированный дугами в области шейки полового члена, свободно следует вперед. Одновременно с этим происходит и некоторое расхождение его дуг.

члену расширяться при эрекции (рис. 72). Протез надевают следующим образом: половой член и мошонку пропускают через кольцо так, чтобы оно плотно прилегало к лону, охватывая половой член у корня. Стержень прикладывают сверху вдоль спинки полового члена. Дуги протеза разводят в стороны руками и надевают на околоринную бороздку. Эластичные дуги смыкаются в области уздечки, образуя кольцо. Так как дуги располагаются в околоринной бороздке, венчик головки полового члена значительно выступает над ними, что препятствует непосредственному соприкос-

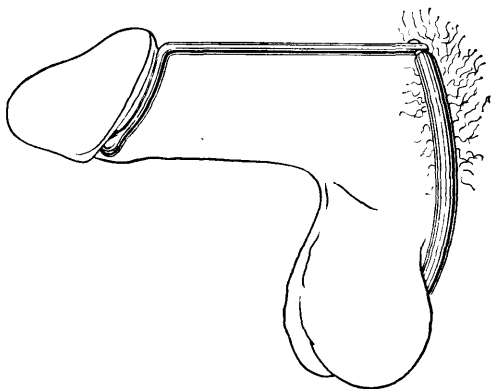


Рис. 73. Эректор, надетый на половой член, обеспечивает ему ригидность, вследствие чего появляется возможность совершить коитус при любом снижении эрекции или их отсутствии.

новению дуг со слизистой оболочкой влагалища во время полового акта. Протез не мешает удлинению полового члена во время эрекции, что обеспечивается шарниром между кольцом и стержнем протеза. Дуги протеза лишь в некоторой степени могут соответствовать изменяющемуся диаметру полового члена при эрекции. Протез придает половому члену положение (рис. 73), позволяющее совершить половой акт. Размеры протеза должны точно соответствовать размерам полового члена. Правильно изготовленный протез практически почти неощутим во время полового акта как для мужчины, так и для женщины.

С. А. Плотицер и И. М. Порудоминский (авторское свидетельство № 178044, 1966) предложили эректор (рис. 74), состоящий из двух металлических провололок, которые на всем протяжении плотно прилегают друг к другу и покрыты общей тонкой пластмассовой оболочкой, образуя его стержень, разветвляющийся с обеих сторон. На одном конце разветвления стержень образует дуги, изогнутые по конфигурации околоринной бороздки полового члена и покрыты резиной. Концы дуг заканчиваются резиновыми «усиками» длиной до 3 мм, которые предохраняют слизистую оболочку влагалища от повреждений. Другой конец разветвления имеет вид двух рожков; на один из них надевается гибкая пластмассовая трубка диаметром 3—4 мм с застежкой на конце. Трубка на рожке закрепляется надежным поверх нее металлическим колечком. Закрепление трубки на рожке производится передвижением кольца на расширенный конец рожка. При передвижении кольца в противоположном направлении освобождается зажим трубки на расширенном конце, что позволяет менять ее длину и тем самым регулировать степень фиксации эректора у корня полового члена. Другой рожок на конце имеет «грибок».

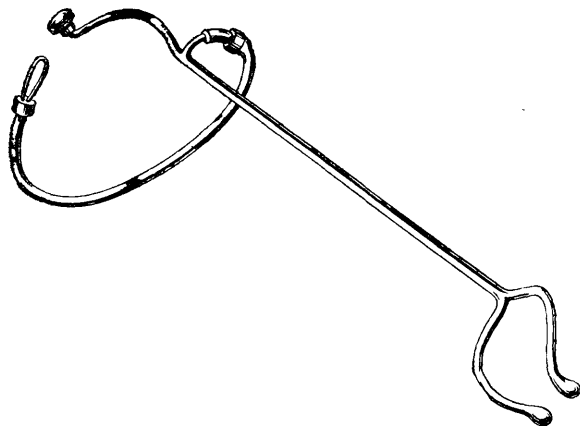


Рис. 74. Эректор нормальный. Состоит из двух металлических проволочек, образующих его стержень. Один из концов стержня заканчивается дугами, изогнутыми по конфигурации околоречной бороздки полового члена. На втором его конце имеются рожки, на один из которых надета пластмассовая трубка с застежкой на конце, другой — имеет грибок для надевания (фиксации) застежки.

При надетом эректоре его дуги охватывают шейку полового члена по околоречной бороздке, а трубка, застегнутая на грибок, образует кольцо, охватывающее корень полового члена и мошонку у лона. Эректоры подбирают строго индивидуально. В случае некоторого их несоответствия окончательную регулировку и подгонку эректора производит сам пациент путем изменения длины трубки.

При увеличении диаметра полового члена во время эрекции дуги эректора расходятся благодаря подвижному соединению металлических проволочек, образующих стержень эректора, а при уменьшении диаметра они сходятся. Таким образом, дуги эректора все время соответствуют диаметру шейки полового члена. При удлинении полового члена стержень эректора увлекается дугами вперед из-за некоторого сползания кольца, образованного его рожками и трубкой.

При использовании эректора половой член в период полового акта остается совершенно открытым, благодаря чему его рецепторы доступны для сексуальной стимуляции. Гигиеническая обработка эректора (теплой водой с мылом или дезинфицирующим раствором) не представляет трудностей.

Механические вспомогательные средства должны отвечать следующим требованиям: 1) половой акт, совершаемый с их помощью, должен максимально приближаться к физиологическому; 2) они не должны вызывать неприятных ощущений ни у мужчины, ни у женщины; 3) кожные покровы полового члена должны быть максимально открыты; 4) механические вспомогательные средства следует подбирать строго индивидуально; 5) устройство должно обеспечивать приспособление к изменяющимся размерам полового члена при наступлении эрекции; 6) механические средства должны быть простыми и удобными в применении; 7) длительное применение их должно быть совершенно безвредным для мужчины и женщины; 8) механические средства должны допускать и выдерживать гигиеническую обработку. Из описанных выше устройств этим требованиям отвечает лишь модель С. А. Плотицера и И. М. Порудоминского. В частности, «санки» технически несовершенны и представляют лишь

исторический интерес. Пластырная повязка Герсона нарушает физиологию полового акта, так как в значительной степени закрывает рецепторное поле полового члена, что снижает сексуальные ощущения. Большинство описанных устройств не только не могут приспособливаться к изменяющимся при наступлении эрекции размерам полового члена, но даже препятствуют этому. Ранее применявшиеся механические вспомогательные средства не получили широкого распространения ввиду технического несовершенства, а главное — из-за нарушения физиологичности полового акта.

И. М. Порудоминский [258] применил эректоры у 12 больных (в том числе с сексуальными нарушениями, возникшими после перелома костей таза и разрыва заднего отдела уретры) и у всех получил положительный результат.

Л. Н. Гудкович (1968), используя эректор у 75 больных, отмечает его достаточную терапевтическую эффективность, особенно при «психогенной импотенции».

Ю. А. Борисенко (1970) предложил 5 размеров стандартных эректоров для заводского производства и применил их в комплексной терапии у 191 больного различными формами половых нарушений. Эффективность эректоротерапии оказалась наибольшей при расстройствах психической составляющей.

4.1.1.1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЭРЕКТОРОТЕРАПИИ

Копулятивный цикл протекает как единый и непрерывный процесс. Интеграция отдельных компонентов копулятивного цикла в цельную поведенческую реакцию осуществляется физиологическими механизмами, обеспечивающими тесное взаимодействие прежде всего нейрогуморальной и психической составляющих. Они столь интимно спаяны между собой, что, например, в структуре либидо почти невозможно отличить филогенетический компонент от онтогенетического. Тесное взаимодействие этих двух составляющих копулятивного цикла осуществляется на чисто физиологической основе, что обеспечивает их объединение в функциональную систему. Концепция функциональной системы позволила выработать качественно новый — системный подход к изучению сложных механизмов функционирования мозга (П. К. Анохин, 1973; В. Г. Афанасьев, 1979). При этом подходе в любой физиологической системе выделяется системообразующий фактор, который и предопределяет функциональную структуру рабочих элементов конкретной системы. Особенно важно то, что с позиций учения о функциональной системе можно установить механизмы и закономерности компенсации нарушенных функций.

Функциональная система — единица интегративной деятельности живого организма. По определению П. К. Анохина, система — это такой комплекс избирательно вовлеченных компонентов, взаимодействие которых обеспечивает получение определенного полезного ре-

зультата. Главным в представлении о системном подходе является положение, что компоненты функционирования должны восприниматься не как независимые и самостоятельные структуры, а как элементы, которые подчиняют сохранившиеся степени свободы доминирующему направлению функционирования системы.

П. К. Анохин (1973, 1975) выделяет четыре основных компонента, одновременно взаимодействующих в процессе *афферентного синтеза* (см. [239, с. 162]): доминирующая мотивация, память, обставочная афферентация (ситуация) и пусковая афферентация (стимул).

На стадии афферентного синтеза любой живой организм определяет направленность собственного поведения: что делать (на основе сопоставления внешних и внутренних раздражителей), как делать (на основе памяти) и когда делать (на основе действия специальных пусковых раздражителей). У человека механизм афферентного синтеза наряду с другими функциями обеспечивает реализацию начальных фаз копулятивного цикла посредством упомянутых эндогенных (доминирующая мотивация и память) и экзогенных (ситуация и стимул) факторов [239, с. 164].

Афферентный синтез представляет собой переломный момент, после которого все комбинации возбуждений становятся преимущественно эфферентными, исполнительными. В этот же период формируется *акцептор результатов действия* [см. 239, с. 163]. «Акцептор результатов действия, — пишет П. К. Анохин (1973), — является весьма сложным аппаратом. По сути дела он должен сформировать какие-то тонкие нервные механизмы, которые позволяют не только прогнозировать признаки необходимого в данный момент результата, но и сличить их с параметрами реального результата, информация о которых приходит к акцептору результатов действия только благодаря обратной афферентации».

При каждом рефлекторном акте организм получает обратную сигнализацию. На ее основе он может судить, вызвало его действие приспособительный эффект или нет. Только обратная афферентация способствует формированию поведенческих актов, что в конечном итоге обеспечивает адаптацию к окружающей среде. При различных нарушениях, как правило, возникает серия обратных афферентаций, сопровождающая комплексы приспособительных реакций организма, направленных на восстановление нарушенной функции.

Если произведенное рефлекторное действие не является приспособительным, то оно порождает обратную афферентацию, не совпадающую с афферентной моделью акцептора действия. В такой ситуации возникает рассогласование, которое в свою очередь не позволяет организму получить конечный приспособительный результат, и это становится стимулом для возникновения новой цепи реакций. При таких условиях повторные действия, не давая приспособительного эффекта, ведут к изменению конфигураций элементов и формированию новых приспособительных актов, что продолжается вплоть до формирования адекватного сочетания элементов. В конечном итоге совпадение обратной афферентации с возбуждением ме-

ханизмов акцептора действия приводит к получению приспособительного эффекта. Из сказанного вытекают два основных положения, касающиеся механизмов развития компенсаторного процесса: в случае дефекта функции конечный приспособительный эффект в отличие от нормы реализуется посредством другой системы центральных эффекторных возбуждений. В течение всего периода компенсаторных приспособлений акцептор результатов действия остается неизменным, являясь фактором, который организует и направляет все механизмы компенсации до тех пор, пока не осуществится приспособительный акт.

Учение о функциональной системе позволяет понять механизмы компенсаторных приспособлений, обуславливающих восстановление половой функции у больных при использовании эректора. Компенсация представляет собой такую реакцию организма на повреждение, которая позволяет сохранным органам и системам взять на себя функцию разрушенных структур. Во всех случаях компенсаторные приспособления выступают как реакция целостного организма, опосредованная его нервной и эндокринной системами.

Сексуальные нарушения могут быть преходящими и восстанавливаться самопроизвольно. Однако при выраженной декомпенсации даже одной из составляющих копулятивного цикла уже не происходит самостоятельного восстановления сексуальной функции. У больных, как правило, развивается первый этап компенсаторной реакции в виде сигнализации о возникшем дефекте — отрицательные эмоции. Отрицательные эмоции еще больше угнетают эрекции, и больной не может совершить коитус. В создавшейся ситуации выпадает фрикционная стадия копулятивного цикла, и как следствие этого не включается механизм обратной афферентации. На этом этапе фактически и заканчивается естественное развертывание компенсаторных реакций, не приводящее к восстановлению половой функции. В таких случаях можно добиться компенсации путем комплексной психогенетической терапии с применением эректора, позволяющего совершить половой акт при ослабленной эрекции или даже без нее. Восстанавливается фрикционная стадия, в ходе которой возникает и формируется обратная афферентация. На ее основе заново komponуется вся последовательность копулятивного цикла, что приводит к формированию санкционирующей афферентации и восстановлению сексуальной функции.

При обучении пользованию эректором важно создать у больного уверенность в успешном совершении полового акта с помощью эректора. Необходимо также убедить больного в том, что половой акт с применением эректора будет максимально приближаться к нормальному. Уже словесная инструкция может оказывать положительное влияние, ибо она «уже сама по себе создает у человека программу действий на специальные раздражители и акцептор результата действия, ожидающий будущие реальные результаты» [301]. Обучение больного пользованию эректором является одним из факторов, включающих компенсаторные механизмы. При дальнейшем формировании и развертывании функциональной системы, обеспечивающей ко-

пулятивный цикл, у таких больных включается второй механизм афферентного синтеза — память, в которой зафиксирован их сексуальный опыт. Клинические наблюдения показывают, что у многих больных с расстройствами психической составляющей половые функции восстанавливались уже после обучения, когда больной еще не применял эректор для полового акта. После нескольких половых актов (эректор находился рядом, хотя и не применялся) наступало полное восстановление половых функций, подтвержденное длительным катамнезом.

К экзогенным факторам, формирующим аппарат афферентного синтеза, относится ситуация. Для успешного полового акта с помощью эректора необходимы максимально адекватная и благоприятная обстановка и полная интимность. Особое значение при этом имеют максимальная тактичность и деликатность сексуальной партнерши.

В благоприятно складывающейся ситуации начинает действовать стимул, которым может быть как условный, так и любой другой раздражитель. При половом акте, в том числе с помощью эректора, главным стимулом остается женщина. Важное значение приобретает совпадение индивидуальных особенностей (качеств) женщины как сексуальной партнерши со сформировавшимся сексуальным стереотипом больного. Если больной после любовной игры с сексуальной партнершей не может совершить половой акт из-за нарушения эрекции, то в его ЦНС все равно из различных эрогенных зон поступает комплекс афферентных возбуждений, а также формируется акцентор результатов действия. Однако в этих условиях возникает обратная афферентация, совершенно не соответствующая тому результату, который был запрограммирован, что приводит к рассогласованию, и весь физиологический процесс резко нарушается. В таких случаях для компенсации нарушенных функций необходимо искусственное моделирование выпавшего звена. Эректор дает возможность больному произвести интроекцию и совершить все стадии копулятивного цикла. При этом включается обратная афферентация, возникающая в пейрорецепторах кожи полового члена, кавернозных телах, задней уретре, семенном бугорке, а также в экстерорецепторах контактных и дистантных эрогенных зон (которые имеют сугубо индивидуальную топографию у различных мужчин). Все эти факторы в свою очередь максимально приближают совершаемый с помощью эректора половой акт к физиологическому. Образовавшаяся при этом обратная афферентация информирует ЦНС о протекании всех стадий копулятивного цикла. Особой выраженности обратная афферентация достигает на эякуляторно-оргастической стадии цикла. Это главный механизм, который информирует ЦНС о достаточности или недостаточности проведенного поведенческого акта, обеспечивая безусловно-рефлекторное подкрепление в виде оргазма.

В заключение подчеркнем, что половые условные рефлексы имеют значительный удельный вес в условнорефлекторной деятельности организма. Связанные с сохранением вида, половые рефлексы по биологической значимости занимают одно из основных мест среди

безусловных рефлексов (наряду с оборонительным и пищевым). С этим главным образом и связана относительная легкость образования и закрепления условных половых рефлексов, что клинически проявляется восстановлением половой функции у больных.

4.1.1.2. ПРИМЕНЕНИЕ ЭРЕКТОРА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Поражения эрекционной составляющей возникают у больных при органических заболеваниях и травмах спинного мозга, периферической нервной системы, а также полового члена. Они обычно тяжелые и упорные, а их лечение представляется чрезвычайно сложным. К сожалению, довольно часто комплексная патогенетическая терапия этих расстройств не приводит к восстановлению половых функций. Это в свою очередь вызывает тяжелые переживания у больных, нарушает их трудоспособность, порождает социальную дезадаптацию и нередко приводит к суицидальным попыткам. Холостые мужчины вследствие этого не могут вступить в брак, а женатые вынуждены преждевременно прекратить половую жизнь, что довольно часто становится причиной конфликтной ситуации в семье и даже ее распада. Применение эректора у таких больных дает единственную возможность успешной функциональной реабилитации, позволяя начать или возобновить половую жизнь.

Однако на определенных этапах комплексной терапии применение эректора полезно и при расстройствах других составляющих.

4.1.1.2.1. Применение эректора у больных с расстройствами психической составляющей

В ряде случаев лечение больных с расстройствами психической составляющей бывает настолько запоздалым, что не обеспечивает восстановления сексуальной функции. Так, у некоторых больных с запущенной коитофобией соопосексуальные контакты настолько затруднены, что пациенты не могут решиться на половой акт.

Использование эректора для лечения больных с расстройствами психической составляющей имеет особенности по сравнению с его применением у больных с другими формами сексуальных нарушений. Эти больные уже при обучении пользованию эректором проникаются уверенностью в возможности введения полового члена во влагалище с помощью эректора и совершения полового акта независимо от нарушения эрекции. У пациентов нивелируется или полностью исчезает страх перед женщиной или половыми актами, значительно улучшаются и адекватные эрекции при интимной близости. Сознание того, что эректор находится поблизости и может быть применен в нужный момент, позволило 9 из 93 больных успешно совершать коитус без эректора. Из остальных 84 больных до восстановления сексуальной функции 1—2 раза применяли эректор 12 человек. Попадобилось использовать эректор более 20 раз до стойкого восстановления лишь 3 больным. Это свидетельствует о

высокой терапевтической эффективности эректора у больных с расстройствами психической составляющей, в частности при неврозе ожидания. Из 84 больных 28 были дебютантами и успешно совершили первые в жизни половые акты только благодаря эректору. Попытки начать половую жизнь до применения эректора заканчивались у них неудачей из-за прекращения адекватных эрекций. После восстановления сексуальной функции применением эректора 19 больных из 38 женились, 17 из них успешно произвели дефляцию, у 19 жен наступила беременность.

После нормализации половой функции пациенты сохраняют эректор до нескольких месяцев, держа его поблизости при половых актах. За это время они окончательно убеждаются в своей способности продолжать нормальную и регулярную половую жизнь. В катамнезе больных с расстройствами психической составляющей отмечается стойкий терапевтический эффект. Изучение отдаленных результатов показывает, что нормальные сексуальные функции сохраняются у 53 из них, 2 больных продолжают пользоваться эректором периодически и 1 больной постоянно. У 37 больных улучшение прослежено в течение года. Таким образом, применение эректора в комплексной терапии больных с расстройствами психической составляющей является эффективным методом лечения.

4.1.1.2.2. Применение эректора у больных при урологических заболеваниях

Наиболее тяжелые нарушения половых функций, требующие применения эректоротерапии при урологических заболеваниях, чаще всего вызываются переломами костей таза с разрывом уретры. Такие нарушения вызывают расстройства эрекционной и эякуляторной составляющих, имеют тяжелое клиническое течение, а их лечение далеко не всегда бывает эффективным. Так, по данным В. И. Русакова (1962), среди 51 оперированного больного по поводу стриктуры уретры различного генеза полное восстановление сексуальной функции наступило у 35, у 7 она восстановилась лишь частично и остальные 9 больных полностью потеряли способность к половой жизни. М. А. Гришин, А. А. Бирюков (1972) из 197 перенесших травму уретры у 74 (37,6%) отметили нарушение эрекционной и эякуляторной функций.

Из 12 больных с тяжелыми сексуальными расстройствами при урологических заболеваниях у 9 причиной был перелом костей таза (у 6 он сопровождался разрывом задней уретры, у 1 — разрывом задней уретры и мочевого пузыря), 7 больным была произведена цистостомия, в последующем — операции по восстановлению проходимости рубцово измененной уретры, причем 4 больным уретропластика выполнена однократно, 2 — двукратно, 1 — троекратно и 1 больному — 12-кратно. У 9 больных после травмы возникли осложнения в виде посттравматических и послеоперационных стриктур уретры и хронических простатовезикулитов. После уретропластики больным проводили систематическое бужирование. У большинства этих боль-

ных почти полностью отсутствовали как адекватные, так и спонтанные эрекции. Все больные крайне болезненно переживали неудачные попытки к половому акту, каждая из которых усиливала волнение и страх перед утратой половой функции. У женатых больных к этому добавлялась постоянная боязнь распада семьи.

У 4 больных из 12 нарушение половой функции было особенно тяжелым. При неврологическом обследовании у них обнаружены остаточные явления после травмы спинного мозга, которые во всех случаях сочетались с посттравматической стриктурой уретры и хроническим простатовезикулитом. Так, у двух из них были остаточные явления контузионного синдрома пояснично-крестцового отдела спинного мозга, у 1 — остаточные явления посттравматической гематомии крестцового отдела спинного мозга и у 1 — остаточные явления травматического неврита срамного сплетения.

При назначении комплексной терапии учитывали разнообразие факторов, лежавших в основе сексуального расстройства (воспалительные заболевания предстательной железы, семенных пузырьков и задней уретры, травматические повреждения пояснично-крестцового отдела спинного мозга и травматический неврит п. pudendi, а также длительные психогении, связанные с перенесенной травмой, постоянными опасениями больных за половую функцию вследствие повторных оперативных вмешательств на половых органах и дальнейшего местного лечения). Всем больным проводилась рациональная психотерапия. Для ликвидации воспалительных изменений предстательной железы, семенных пузырьков и задней уретры применяли антибиотики и другие препараты, физиотерапевтические процедуры. При остаточных явлениях травмы спинного мозга и травматического неврита п. pudendi лечение было направлено на восстановление функциональной способности спинного мозга и спинальных половых центров.

4.1.1.3. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СТАНДАРТНЫХ ЭРЕКТОРОВ

Основным показанием к назначению эректора является изолированное нарушение эрекционной функции у больных с расстройствами нейрогуморальной, психической и эрекционной составляющих. В частности, использование эректора показано при снижении или прекращении эрекции в период прелюдии, при попытке к интроекции или непосредственно во время фрикционной стадии копулятивного цикла. Наиболее эффективно применение эректора у больных с расстройством психической составляющей. При назначении эректора необходимо учитывать психологическую готовность (установку) больного к данному методу лечения.

Основными противопоказаниями к применению эректора являются факторы, резко ограничивающие или исключающие сексуальную активность мужчины: инволюция половой функции, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, состояния после свежих инсультов и инфарктов, период реконвалесценции после тяжелых и

длительных соматических заболеваний, ряд психических расстройств заболевания половых органов — выраженная гипо- и эписпадия, а также недоразвитие головки полового члена и как следствие этого — слабая выраженность ее венчика, при которой эректор не удастся фиксировать. Эректор не показан также больным с различными поражениями эякуляторной составляющей при сохранности эрекции.

4.1.2. ЛЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ ЛОКАЛЬНЫМ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ (ЛОД)

Как указывалось выше (4.1.1.), Gassen и И. В. Заблудовский (1909) еще в начале века предложили для улучшения эрекции помещать половой член больного в стеклянный баллон, в котором создавалось пониженное давление. Недостаточность теоретических обоснований (прежде всего дифференцированных показаний к применению метода), а главное — слабое техническое обеспечение не способствовали распространению «пневмомассажа», и вскоре его забыли. В связи с клинико-физиологическим изучением различных гипер- и гипобарических воздействий, в том числе и локального отрицательного давления [173, 132], был разработан (Р. В. Беледа, авторское свидетельство № 774558) лечебный метод воздействия ЛОД на аппарат эрекции.

Лечение ЛОД осуществляется следующим образом. Половой член пациента, находящийся в состоянии покоя, помещают в прозрачный цилиндр, в котором при помощи ручного декомпрессора (рис. 75) создается разрежение воздуха, контролируемое авиационным высотомером. Откачивая воздух из цилиндра, врач наблюдает за состоянием полового члена и спрашивает пациента о самочувствии и ощущениях. Локальное понижение атмосферного давления вызывает

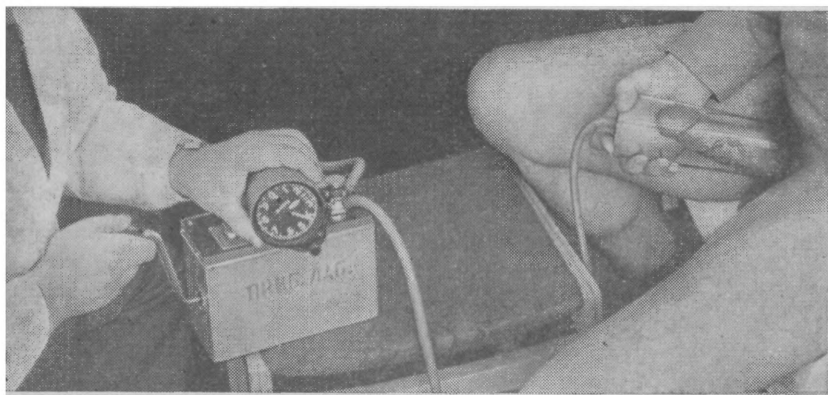


Рис. 75. Сеанс лечения ЛОД. Лечебный агрегат состоит из прозрачного плексигласового цилиндра, ручного декомпрессора и авиационного высотомера.

интенсивный прилив крови к кавернозным телам полового члена и эрекцию.

Параметры ЛОД определялись опытным путем. Начальная слабая эрекция возникает при понижении давления до эквивалентного подъема на высоту 2000 м (около 596 мм рт. ст.). ЛОД, эквивалентное подъему на высоту от 2000 до 4000 м (596—462 мм рт. ст.), сопровождается выраженной эрекцией, чувством сильного тепла и специфическими сексуально окрашенными ощущениями в эрогенных зонах полового члена. Дальнейшее понижение давления, эквивалентное подъему на высоту более 4000 м (ниже 462 мм рт. ст.), вызывает ощущение распирания в половом члене и боль.

Сеансы лечения проводились под визуальным контролем и по словесным отчетам пациента в пределах ЛОД, эквивалентных высоте 2000—3000 м (даже при отсутствии неприятных ощущений в головке полового члена разрежение не должно превышать 4000 м). На этом уровне ЛОД удерживали 2—3 мин. Через 3 мин отдыха экспозицию повторяют. За один сеанс производится 3—5 экспозиций. Курс лечения включает 12—15 сеансов с перерывами 1—2 дня (в среднем 3 сеанса в неделю).

У всех 36 больных с различными сексопатологическими синдромами отмечалось либо восстановление, либо улучшение половых функций. Их оценивали по либидо (частота половых актов), эрекции и продолжительности фрикционной стадии копулятивного цикла: восстановление (не менее 1—2 половых актов в неделю при хорошей эрекции и не менее чем 60 фрикциях) получено у 87% больных, улучшение (половой акт не реже 1 раза в 10 дней при эрекции, позволяющей произвести интроитус и не менее чем 25 фрикциях) — у 13% больных. Терапевтические механизмы воздействия ЛОД различаются в зависимости от основного сексологического синдрома.

Этот метод наиболее показан при различных клинических вариантах синдрома сосудистой недостаточности эрекционной составляющей. Во время сеансов ЛОД к кавернозным телам полового члена притекает больше артериальной крови, богатой кислородом. При попадании крови в орган, помещенный в барокамеру, происходит интенсивная диффузия кислорода из крови в ткани, т. е. активная оксигенация в условиях раскрытия и наполнения кровью большинства капилляров. Это способствует увеличению площади транскapиллярного обмена для газов и питательных веществ, улучшению функции плазматических мембран, транспорту кислорода в межтканевых пространствах и интенсификации метаболизма. Все эти процессы улучшают трофику и способствуют ликвидации дегенеративных изменений в сосудистом аппарате кавернозных тел, о чем свидетельствует стойкость получаемых результатов. В отличие от других сексологических синдромов при нарушениях сосудистого аппарата кавернозных тел требуется более длительное лечение ЛОД.

Еще более четкий, быстрый и стойкий результат отмечается при психогенных формах расстройств психической составляющей (в частности, при неврозе ожидания), особенно у больных с сочетанием

психогенно спровоцированного невротического развития и неблагоприятного личностного преморбида в фазе инволюционного снижения. Здесь важно не столько улучшение трофики, сколько восстановление стершихся энграмм сексуально окрашенных «фюрлюстических» ощущений. Возникая в эrogenных зонах полового члена на первых фазах эрекции, они запускают и затем поддерживают циклические механизмы психосексуального возбуждения. Баро-, термо- и хеморецепторы, раздражаемые приливом оксигенированной крови к головке полового члена, порождают импульсы, поступающие к субкортикальным и кортикальным половым центрам. В результате такой функциональной «прокачки» оживляется вся многоуровневая структура взаимодействующих центров, и у больных после единичных лечебных сеансов ЛОД восстанавливается вера в свои возможности и происходит стойкая сексуальная реабилитация. Этому способствует и непосредственное влияние на психику пациента буквально на глазах возникающей эрекции.

Положительные результаты применения ЛОД при поражении эякуляторной составляющей (в форме хронических простатитов) свидетельствуют о косвенном влиянии благотворных сдвигов в гемодинамике кавернозных тел полового члена на васкуляризацию предстательной железы. Ее кровоснабжение тесно связано с вазоциркуляторными колебаниями в кавернозных телах полового члена.

Противопоказания к ЛОД разделяются на общие (дефекты психики, определяемые прогрессивным процессом или деменцией; выраженный склероз сосудов, в частности коронарокардиосклероз или церебральный атеросклероз, декомпенсация сердечной деятельности; инфекционные заболевания; злокачественные опухоли; эндокринные заболевания с гиперфункциональными проявлениями) и местные (фимоз, парафимоз, варикозное расширение вен семенного канатика, приапические тенденции, пахово-мошоночные грыжи, водянка яичка).

4.2. РАССТРОЙСТВА ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

4.2.1. ПОРАЖЕНИЕ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ СПИННОГО МОЗГА

Заболевания и повреждения спинного мозга сопровождаются значительным нарушением двигательных, чувствительных, тазовых и висцерально-трофических функций, тяжесть и распространенность которых определяют относительно высокую смертность (3—24%) и глубокую стойкую инвалидизацию (80—95%) [162]. Очень часто при патологии спинного мозга наблюдаются и различные нарушения половых функций (50—99%) [162, 163]. В связи с тяжестью состояния больные очень редко обращаются к сексопатологу, но тяжело переживают сексуальные дисфункции. Восстановление поло-

вых функций у мужчин при поражении спинного мозга является очень важным звеном в системе реабилитационных мероприятий, так как способствует сохранению семьи, оптимальных бытовых условий и сглаживанию реактивных психотических переживаний. В СССР наибольший клипический материал по нарушениям половых функций у мужчин и их лечению при различных заболеваниях и повреждениях спинного мозга собран в Карагадинском спинальном реабилитационном центре (более 400 больных). Данные этого центра [162, 163, 331] мы использовали в настоящем разделе руководства.

Этиология. Одним из основных этиологических факторов являются травмы [163; 406, с. 387]. В настоящее время учащаются травматические повреждения позвоночника и спинного мозга в развитых странах, что обусловлено, вероятно, повышением промышленного и транспортного травматизма [162]. Обычно страдают молодые люди в расцвете сил и сексуальных возможностей. По сводным статистическим данным, на 10 млн. жителей ежегодно приходится 100—150 повреждений позвоночника и спинного мозга [162]. Необходимо отметить и рассеянный склероз, рассеянный энцефаломиелит, неспецифические инфекционные миелиты, миелопатии, нарушения спинального кровообращения, опухоли спинного мозга и его оболочек. Редко встречаются больные со спинной сухоткой, сирингомиелией, с поражениями спинного мозга туберкулезной или бруцеллезной этиологии [331]. В связи с органическим характером заболеваний, ведущих к нарушению спинномозговых функций, попытки некоторых авторов выделить такие этиологические факторы поражения спинального центра эрекции, как «чрезмерная мастурбация» и «половые излишества», не нашли поддержки у большинства сексопатологов.

Патогенез. Нарушения эрекционной функции у спинальных больных связаны с поражением спинномозгового центра эрекции и (или) его проводящих путей. Спинномозговой центр эрекции располагается в крестцовых сегментах ($S_{II} - S_{IV}$). Проводящие пути, связанные с ним, как предполагают некоторые авторы, идут в составе пирамидного тракта [406, с. 387]. Определенную роль в развитии сексуальных нарушений играют нейродистрофические и воспалительные явления в предстательной железе. Хронический простатит диагностируется у 86,8% спинальных больных, причем в 60% случаев наблюдается атрофия или атония железы [163, 331]. Имеют значение также легкие гормональные нарушения, невротические явления и поведение сексуальной партнерши [162, 163, 331].

Клиника. Сексуальные нарушения при спинномозговой патологии чаще изучали у больных с последствиями травм и (реже) инфекционных заболеваний спинного мозга [163; 331; 406, с. 387]. Частота нарушения эрекционной функции при травмах и заболеваниях спинного мозга на момент обследования (без учета уровня поражения и стадии заболевания), по данным различных авторов, колеблется весьма широко. В обзоре Хиггинса [406, с. 387] приведена частота нарушений эрекционной функции при травмах спинно-

го мозга в пределах от 48,2 до 91,7%. По материалам Карагандинского спинального реабилитационного центра [163, 331], нарушения эрекции имелись у 59,3% больных с травмами и заболеваниями спинного мозга. В 18,3% полностью отсутствовали адекватные, спонтанные и механически вызываемые эрекции (анэрекционный вариант). В 41% отмечался гипозрекционный вариант, при котором эрекции недостаточны для интроекции, кратковременны и редки. Этот вариант относительно чаще наблюдался при воспалительных заболеваниях спинного мозга; половая жизнь возможна, но половые акты удаются относительно редко [331]. Половое влечение у большинства больных сохранно, иногда снижено. Отсутствие полового влечения отмечается редко и лишь при процессах, распространенных по длиннику спинного мозга, с тяжелыми нейросоматическими расстройствами [331].

При высокой локализации поражения проводящих путей спинного мозга эрекционная функция часто сохраняется [163, 331], по результатам некоторых исследований [406] — до 100% при полном поперечном поражении на уровне шейных сегментов. При проводниковых нарушениях умеренная и полная эрекция отмечается у 80% больных, а отсутствие эрекции — у 6% [331]. Значительно реже сохраняются эрекции при низком уровне поражения проводящих путей (нижнегрудные и поясничные сегменты): от 0 до 50% случаев [406]. Это объясняется, наряду с близостью очага поражения к спинальному центру эрекции, более тяжелым нейросоматическим состоянием таких больных (вялые параличи и атрофии мышц ног и тазового пояса, а в отдельных случаях и нижних групп мышц живота и спины, контрактуры коленных и, реже, тазобедренных и голеностопных суставов) [331].

Имеются сведения о том, что при частичном поперечном поражении спинного мозга эрекционная функция страдает несколько меньше, чем при полном [406]. Однако, по данным И. Я. Юнеман [331], выраженность эрекции (частота, сила, длительность) при проводниковом синдроме меньше зависит от повреждения спинного мозга по поперечнику, а значительно больше — от его протяженности по длиннику. Так, при повреждениях с захватом множества сегментов даже при их значительном удалении от эрекционного центра эрекции обычно бывают недостаточными.

При проводниковом синдроме почти у всех больных эрекции возникают спонтанно или от механических стимуляций эrogenных зон полового члена и лишь у небольшого числа (причем только с частичным нарушением проводимости спинного мозга) они бывают адекватными [163, 331]. Характерным проявлением проводникового синдрома служат усиление эрекционной возбудимости (в связи с усилением спинального автоматизма) от локальных воздействий на наружные половые органы, а также легкость возникновения эрекции при изменении положения тела, движении конечностей, мочеиспускании, дефекации. Эрекции могут возникать многократно в течение дня и сохраняться час и более [331]. Прослеживается определенный параллелизм между спастичностью мышц конечностей и туловища

и эрекционной возбудимостью: при разгибательной установке поз эрекций всегда лучше, чем при сгибательной [331].

При сегментарном синдроме наблюдается более частое и грубое нарушение эрекционной функции. Значительно чаще, чем при проводниковом, эрекции полностью отсутствуют (в 31% случаев), у остальных больных эрекции сохраняются, но они слабые, редкие и кратковременные [331]. При полном поперечном поражении спинного мозга на уровне сегментов, соответствующих эрекционному центру, анэрекционный вариант наблюдается почти у половины больных. При частичном поражении спинного мозга на этом уровне эрекции также могут отсутствовать, но чаще бывают недостаточными, редко — близкими к норме.

Выраженность нарушений эрекционной функции при сегментарном синдроме зависит от повреждения спинного мозга не только по поперечнику, но и по длине [331].

При сохранении способности к эрекциям у больных с сегментарным синдромом они возникают преимущественно в адекватных ситуациях, а механические стимуляции полового члена, как правило, остаются безрезультатными [163, 331]. При частичном поражении спинного мозга на сегментарном уровне адекватные эрекции возникают значительно чаще спонтанных и механически вызываемых [331, 406], тогда как при полном поперечном поражении, наоборот, спонтанные бывают несколько чаще адекватных [331].

Течение. Динамика восстановления эрекционной функции при поражении спинного мозга в значительной мере определяется формой основного заболевания. Наиболее выраженные нарушения эрекций наблюдаются в основном периоде¹ травматической болезни, который начинается с момента травмы и продолжается до первых признаков восстановления нарушенных функций спинного мозга. Длительность этого периода определяется тяжестью повреждения мозгового вещества и колеблется от нескольких дней до 1½—2 мес. Клиническая картина в этом периоде в значительной мере обуславливается спинальным шоком; независимо от уровня повреждения развиваются вялые параличи, парезы, расстройства чувствительности, нарушения мочеиспускания и дефекации, вегетативные и трофические расстройства [162, 331]. Эрекции отсутствуют у 95% больных, и только в единичных случаях (чаще при проводниковом синдроме) эрекции бывают с первых дней после травмы [331]. Половое влечение у большинства больных в этом периоде снижено или отсутствует.

В дальнейшем, в определенном соответствии с тяжестью повреждения спинного мозга, уже в ранние периоды болезни одновременно начинают восстанавливаться движения, чувствительность и функции тазовых органов. В раннем восстановительном периоде (от 4—8 мес до 1 года) число больных, не имеющих эрекций, уменьшается, но возрастает процент больных с гипозрекционным вариантом. В позд-

¹ Здесь и далее используется классификация О. Г. Когана [162].

нем восстановительном (до 5 лет) и резидуальном периодах учащается гипозрексционный симптомокомплекс и увеличивается количество больных с удовлетворительной и оптимальной компенсацией эрексционной функции [163, 331].

Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагностика поражения спинного мозга и определение уровня и распространенности этого поражения обычно не представляют затруднений в связи с отчетливым нарушением двигательных и чувствительных функций. Определенные трудности могут возникать при дифференцировке различных заболеваний (опухоль, рассеянный склероз, сирингомиелия, сосудистые нарушения и др.). Обычно диагноз устанавливает невропатолог на ранних этапах болезни.

Лечение. Сексуальная реабилитация является составной частью общей реабилитации больных с поражением спинного мозга [162]. Сотрудники Карагандинского спинального реабилитационного центра выработали ряд схем комплексной патогенетической терапии, которые применяются в зависимости от клинического синдрома и степени компенсации половых расстройств, причем комбинация лечебных мероприятий подбирается индивидуально. Нарушения половых функций начинают устранять после ликвидации осложнений со стороны мочеполовых органов (удаление дренажной трубки и камней из мочевого пузыря, лечение цистита, эпидидимита и простатита, ушивание уретральных свищей и др.), а также после достижения общего удовлетворительного состояния больных.

Сексуальная реабилитация мужчин начинается с вводных психотерапевтических бесед, создающих благоприятный эмоциональный фон. Этому же способствуют «выжидательное внимание» (по В. М. Бехтереву) и положительное индуцирование пациентов ранее лечившимися.

Индивидуальные и коллективные психотерапевтические беседы проводятся на протяжении всего курса сексуальной реабилитации. Очень важное значение имеет психотерапевтическая работа с женами больных.

Из методов биологической терапии в основном и раннем восстановительном периодах целесообразно назначать комплексное общеукрепляющее и стимулирующее регенеративные процессы в спинном мозге лечение (витамины группы В, анаболические гормоны, АТФ, переливание крови и кровезаменителей, пирогенал, метилурацил, пентоксил и др.). В дальнейшем одновременно с обучением больных самообслуживанию и передвижению при гипо- и анэрексционных синдромах рекомендуется проводить лечение нейростимулирующими и тонизирующими средствами (женьшень, китайский лимонник, левзея, заманиха, экстракт элеутерококка, пантокрин и др.). Рекомендуется назначать препараты стрихнина, секуринина (парентерально и внутрь), повышающих рефлекторную возбудимость спинного мозга. При нарушениях эрексционной функции эффективны препараты антихолинэстеразного действия (прозерин, галантамин и др.). Однако их целесообразно назначать только при сегментарном нарушении эрексционной функции, так как при центральных параличах

и парезах они резко повышают спастичность мышц, а это значительно затрудняет двигательную реабилитацию больных. В комплексе лечебных средств определенное значение имеет иглотерапия [163, 331]. У больных с проводниковым гипорекционным вариантом положительные результаты дает сегментарный массаж пояснично-крестцовой области по возбуждающему методу [163].

При явлениях андрогенной недостаточности назначают витамины А и Е. В качестве «пускового механизма» в конце лечения таким больным можно рекомендовать кратковременные курсы лечения половыми гормонами (метилтестостерон, тестостерона пропионат) [163, 331].

При недостаточной эффективности описанных мероприятий показано эндолумбальное и эндосакральное введение смеси прозерина и стрихнина, предложенное О. Г. Коганом и И. Я. Юнеманом [162, 163, 331]. По данным авторов, этот метод лечения нарушений эрекционной функции наиболее эффективен. При неэффективности медикаментозной терапии больным с ан- и гипорекционными симптомокомплексами проводится эректоротерапия. Больных с рефлекторно вызываемыми эрекциями, но без адекватных, обучают приемам механической стимуляции эrogenных зон полового члена («сексуальная рездукация») [163, 331], чтобы больные в нужный момент могли вызвать достаточную для интроитуса эрекцию. Подготовленные таким образом больные ведут себя при половой близости более спокойно и уверенно и в большинстве случаев добиваются оргастической разрядки у жены.

Комплексная восстановительная терапия эрекционных нарушений дает достаточно большой процент стойких положительных результатов. По данным Карагандинского спинального реабилитационного центра, количество больных с анэрекционным симптомокомплексом уменьшилось в процессе лечения с 18 до 8,2%, а с гипорекционным — с 42,3 до 39,1%. У большинства больных отмечена оптимальная и удовлетворительная компенсация эрекционной функции, тогда как при поступлении на восстановительное лечение у большинства больных она была неудовлетворительной и минимальной. С неудовлетворительной компенсацией к моменту выписки оставалось лишь 8,2% больных с наиболее неблагоприятным анэрекционным вариантом в связи с полным поперечным поражением спинного мозга на уровне пояснично-крестцовых сегментов. Сопоставление частоты прироста оптимальной и удовлетворительной компенсации у больных в различные периоды заболевания выявило, что наилучшие результаты наблюдались в группе больных, получивших соответствующее лечение в раннем и позднем восстановительном периодах, а наименьший эффект — в группе больных, начавших лечение в резидуальном периоде.

Катамнестическое обследование 96 больных (от 1 года до 5 лет после лечения) показало, что 73 человека живут половой жизнью, причем у всех отмечена оптимальная и удовлетворительная компенсация половой функции [163, 331].

4.2.2. ПОРАЖЕНИЕ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Повреждения или заболевания периферических нервных образований, участвующих в иннервации половых органов, в практике вообще и тем более сексопатолога встречаются исключительно редко.

Этиология. Корешки, идущие в составе конского хвоста в спинномозговом канале, обычно повреждаются в результате травм позвоночника, выпячивания межпозвоночного диска, воспалительного процесса, опухолей. Поражение нижнего подчревного сплетения и его вторичных сплетений, а также п. pudendi может происходить при различных патологических процессах в органах малого таза (тромбофлебиты, абсцессы, опухоли и операции по поводу этих опухолей). В качестве этиологических факторов могут выступать также интоксикации, переломы седалищной и лобковой костей.

Сведений о патогенезе, клинике и динамике нарушений половых функций при патологии рассматриваемых образований в литературе практически нет. Исключение составляют нарушения половых функций при поражении конского хвоста, которые аналогичны таковым при сегментарном спинальном поражении [331]. Опубликовано также несколько сообщений о состоянии половых функций у больных после простатэктомии [407] и после оперативного вмешательства на прямой кишке (R. Winkler, 1979), когда страдают соответственно предстательное и нижнее подчревное сплетения. При поражениях п. pudendi наиболее часто бывают зуд наружных половых органов и приступообразные боли в зоне иннервации; часты расстройства функций мочевого пузыря и прямой кишки.

Трудности диагностики определяются необходимостью распознать природу поражения указанных нервных образований, а также установлением зависимости сексуальных нарушений именно от этой патологии. Поражения периферических нервных образований необходимо дифференцировать с более частой патологией: местными аллергическими реакциями, психогенными гениталгиями, эндогенными психическими заболеваниями и поражениями глубоких структур мозга, при которых возникают сенестопатии соответствующей локализации, а также дисфункции прямой кишки и мочевого пузыря.

Лечение. Кроме основного лечения (хирургического, противовоспалительного и т. п.), показано применение витаминов группы В, алоэ, ФиБС и других биостимуляторов.

При ослаблении эрекции целесообразно назначать препараты стрихнина, секуринина, прозерина, при болевом синдроме — анальгетики, транквилизаторы. Важное значение имеют физиотерапевтические процедуры, иглотерапия.

4.2.3. ПРИАПИЗМ

Истинный приапизм¹ — стойкая патологическая, часто болезненная эрекция полового члена, не связанная с половым возбуждением и не исчезающая после полового акта, который не заканчивается ни эякуляцией, ни оргазмом.

Приапизм является острой урологической патологией, нередко требующей неотложной помощи, и практически все больные с истинным приапизмом попадают на лечение к урологу или хирургу. Частота этой патологии среди урологических больных колеблется от 0,11 (M. Darvish et al., 1974) до 0,4% [233]. Для сексопатолога приапизм может представлять интерес, во-первых, потому, что при несвоевременном или неадекватном лечении он ведет, как правило, к фиброзной индурации кавернозных тел полового члена и нарушению (полному или частичному) их способности к эрекции. Во-вторых, истинный приапизм следует отличать от псевдоприапизма (или так называемого перемежающегося ночного приапизма, см. ниже). Это также довольно редкая патология, но она в сексологической практике встречается чаще.

Этиология. Обычно этиологическую роль [215, 233, 204] приписывают болезням крови (острый и хронический лейкозы, тромбоцитемия, серповидноклеточная анемия); интоксикациям (алкоголизм, уремия, некоторые общие инфекции); местным заболеваниям и повреждениям половых органов (кавернит, опухоли и травмы полового члена, полипы мочеиспускательного канала, прохождение камня по уретре); повреждениям и заболеваниям нервной системы (травмы и опухоли спинного и головного мозга, спинная сухотка, миелиты и др.). Однако довольно часто (от 25—38 до 70%) [215, 204, 233] никаких других заболеваний не находят, и приапизм расценивается как идиопатический. В связи с этим, очевидно, нужно уточнить этиологическую роль заболеваний, выявляемых у некоторых больных приапизмом.

Патогенез. Считается, что приапизм возникает в связи с нарушением регуляции тонуса в клапаноподобных образованиях артерий и вен кавернозных тел полового члена, что ведет к повышению притока артериальной крови и уменьшению оттока венозной. В результате происходят застой крови в кавернозных телах и дренирующих их венах, отек перегородок кавернозной ткани, нарушение химизма крови и повышение ее вязкости [204, 233]. Большинство авторов отвергают возможность тромбоза кавернозных тел при приапизме [215, 204]; при разрезе во время операции из них с трудом вытекает густая темная кровь, иногда содержащая мелкие сгустки. При несвоевременном или неадекватном лечении локальная гипоксемия и гипоксия кавернозной ткани приводят к разрастанию соединительной ткани и к склерозу [233, 204].

Клиника. Приапизм может развиваться в любом возрасте [215], но у детей он бывает очень редко (Y. Perigon, 1980). Как правило,

¹ По имени Приала, божества античной мифологии, символизировавшего производительные силы природы (изначально собственно фаллос).

он начинается внезапно, обычно во сне. Половой член максимально напряжен, уплощен (так как спонгиозное тело уретры и головка полового члена не напрягаются) и выгнут дугой к животу; кавернозные тела деревянистой плотности, болезненные при пальпации; четко прослеживается их ход на промежность. Обычно приапизм сопровождается болями, которые появляются сразу или через несколько часов от начала приступа. Боли (иногда невыносимые) сосредоточиваются преимущественно у корня полового члена и на промежности, иногда иррадиируя в область заднего прохода. Кожный покров и температура полового члена, как правило, не изменены; резкого набухания вен нет. Иногда отмечается некоторая отечность, особенно крайней плоти.

Несмотря на отсутствие полового влечения, больные в большинстве случаев ищут облегчения в половом сношении, которое, однако, только усиливает боль и не заканчивается ни эякуляцией, ни оргазмом. В отличие от нормальной эрекции мочеиспускание при приапизме обычно свободное, хотя бьющая вверх струя мочи не позволяет мочиться привычным образом. Акт дефекации часто затруднен, нередко болезнен, что связано с резким сокращением мышц промежности и сфинктера прямой кишки. Больные угнетены своим состоянием, беспокойны, у них нарушается сон, иногда кратковременно повышается температура.

Течение. Иногда задолго до основного приступа приапизма бывают острые кратковременные приступы, длящиеся несколько часов и проходящие без всякого лечения. Нелеченый или неадекватно леченный основной приступ может продолжаться от нескольких часов (суток) до нескольких месяцев. Резкие боли держатся обычно недолго и в первые же дни стихают, делаются умеренными; лишь в немногих случаях крайне сильные боли сохраняются до конца заболевания. Самопроизвольное выздоровление происходит медленно [215]: постепенно уменьшается плотность кавернозных тел, боли стихают и орган принимает обычное положение, часто несколько искривляясь в сторону. Кавернозные тела надолго, часто навсегда остаются уплотненными из-за фиброзной индурации и полностью или частично теряют способность к эрекции. Половое влечение сохраняется. Своевременное и рациональное лечение в большинстве случаев способствует быстрому купированию приступа и нередко позволяет избежать осложнений.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагностика истинного приапизма не представляет затруднений. От перемежающегося иочного приапизма он отличается выраженностью и продолжительностью эрекции, ее большей болезненностью, отсутствием напряжения спонгиозного тела уретры и головки полового члена.

Лечение. В настоящее время консервативные методы лечения истинного приапизма считаются недостаточно эффективными [204, 233, 416, 434]. Практически всем больным показано экстренное оперативное вмешательство для создания венозного шунта. Наибольшее распространение получили операции создания спонгио-кавернозного

и сафено-кавернозного анастомозов [204, 233, 434]. В первом случае отток крови происходит через спонгиозное тело уретры, во втором — через большую подкожную вену бедра. Первая операция предпочтительнее ввиду относительной технической простоты и надежности создаваемого анастомоза [233]. Перед операцией и во время нее производят пункционную аспирацию крови из кавернозных тел с последующим промыванием их растворами антикоагулянтов и фибринолитических ферментов. Назначают также анальгезирующие, седативные и противовоспалительные препараты.

При достаточном объеме созданного анастомоза эрекция обычно исчезает на операции, если объем шунта недостаточен, то возможна пульсирующая эрекция [416]. Основным осложнением при операции создания сафено-кавернозного анастомоза является его тромбоз, что определяется по рецидиву заболевания и требует повторного оперативного вмешательства [204].

Эрекционная функция у больных, оперированных по поводу приапизма, восстанавливается одновременно с нормализацией венозного оттока из кавернозных тел [204]. Катамнестические исследования показали, что сохранение эрекций зависит как от длительности заболевания (полное восстановление обычно достигается при наложении анастомоза в сроки до 5 сут) [233], так и от восстановления венозного оттока. Отсутствие или резкое нарушение венозного оттока (по данным кавернозографии) приводит к нарушению эрекций и становится показанием для протезирования полового члена [204].

По данным М. Darvish с соавт. (1974), своевременное и адекватное наложение спонгио-кавернозного анастомоза позволяет сохранить эрекционную функцию у 80% больных.

4.2.4. ПЕРЕМЕЖАЮЩИЙСЯ НОЧНОЙ ПСЕВДОПРИАПИЗМ

Переमेжающийся ночной приапизм (псевдоприапизм, хронический приапизм, сонный приапизм) — довольно редкая патология. Обычно он вызывает значительные трудности в плане трактовки и лечения.

Клиника. По данным литературы [273, 329] и нашим наблюдениям, жалобы больных довольно однотипны. Пациентов беспокоят частые пробуждения среди ночи, по их мнению, из-за наступающей во время сна эрекции с ощущением напряжения, теплоты, приливом или болезненностью в половом члене или промежности. Иногда неприятные ощущения возникают и в других частях тела. Желание половой близости появляется в редких случаях. Такие эрекции и пробуждения бывают практически каждую ночь, чаще во второй половине; в ряде случаев они появляются и во время дневного сна. Эрекции ослабевают, как правило, не сразу после пробуждения, а, например, только после хождения по комнате, мочеиспускания, примочек и др. После половой близости ночные эрекции становятся еще более сильными и частыми.

По утрам больные обычно чувствуют себя не отдохнувшими, вялыми, разбитыми; настроение снижено. Приблизительно в половине

случаев отмечаются те или иные нарушения сексуальных функций: ослабление дневных адекватных эрекций, ускоренное семяизвержение, снижение полового влечения. Другие больные, наоборот, отмечают повышенную сексуальную возбудимость, когда при самых поверхностных ласках даже в неадекватной обстановке у них сразу возникает полная эрекция и с трудом контролируемое желание немедленной половой близости. Однако эти нарушения имеют для пациентов второстепенное значение. Повторяющиеся ночные эрекции переживаются настолько мучительно, что они готовы на любое лечение, вплоть до кастрации и полного подавления всяких сексуальных проявлений.

Течение. Перемежающийся ночной приапизм может возникать в любом возрасте [273]. Вначале эрекции появляются довольно редко (1 раз в 7—10 дней), затем частота и выраженность их постепенно увеличиваются. Нередко даже после многолетнего (более 10 лет) течения больные отмечают, что ночные эрекции становятся все более мучительными.

Больные активно ищут медицинской помощи, обращаются к врачам различного профиля, в первую очередь к урологам и невропатологам. Однако названные специалисты «своей» патологии или не находят, или ее лечение не дает желаемых результатов. Некоторые больные регулярно применяют такие средства, как седативные и снотворные препараты, бандаж, примочки и т. п. Иногда состояние пациентов кратковременно улучшается, например после продолжительного отдыха или при перемене обстановки.

Этиология и патогенез. Ночной сон состоит из 4—5 циклов, каждый из которых начинается медленным и завершается быстрым сном. Почти каждый эпизод быстрого сна у здоровых мужчин независимо от возраста сопровождается более или менее выраженной эрекцией продолжительностью от нескольких минут до нескольких десятков минут. Как правило, при этом человек не просыпается или пробуждения бывают очень краткими и затем амнезируются. Считается, что так называемые утренние эрекции также возникают в фазе быстрого сна, представленного наиболее длительными эпизодами в утренние часы [273].

Насколько известно, ночные эрекции, на которые жалуются больные, никто не изучал (фаллография, миография мышц промежности). Имеется только сообщение об изучении ночных эрекции у больных с перемежающимся ночным приапизмом по самоотчетам, полученным при искусственных пробуждениях в фазах быстрого сна. Согласно этим отчетам число эрекции в период быстрого сна было уменьшено и в половине случаев больные расценивали их как умеренные. Все обследованные спонтанно просыпались среди ночи, преимущественно в фазе быстрого сна [273]. Однако функциональная недостаточность быстрого сна, которая свойственна вообще большинству больных неврозами и психическими заболеваниями [273], сама по себе не объясняет жалоб больных на необычные ночные эрекции. Некоторые сексологические пациенты, например с изолированным ослаблением адекватных эрекции фобического гене-

за, отмечают редкие пробуждения с весьма сильными и продолжительными эрекциями. Однако пациенты не считали это болезненным явлением.

Повышенное внимание больных к ночным эрекциям заставляет рассмотреть два варианта формирования этой ипохондрической фиксации. В первом варианте она обусловлена заболеваниями мочеполовых органов и урологическими манипуляциями, ситуационными сексуальными неудачами, вынужденным воздержанием и т. п. При достаточной продолжительности действия указанных факторов и соответствующем отношении к ним больного естественное на первых порах внимание в дальнейшем становится навязчивой или сверхценной фиксацией, что в свою очередь способствует учащению и усилению с тревогой ожидаемых ночных эрекций и более частым пробуждениям. На этом фоне вторично развивается и астенодепрессивная симптоматика. Описанный механизм, очевидно, аналогичен таковому у больных со страхом торможения эрекции при попытке интроитуса или появления эрекции в неадекватной обстановке (например, при урологическом обследовании), в результате которого и то и другое действительно возникают. Разница только в объекте повышенного внимания (адекватные, неадекватные или ночные эрекции) и конкретном содержании ожидания (гипер- или гиподисфункция).

Однако этому несколько противоречит категорическое отрицание больными тревожного ожидания ночных эрекций. Больные считают их первичными (независимыми), а все остальные симптомы — вторичными. Такая непоколебимая убежденность больных заставляет думать о возможности паранойяльного или сверхценного бреда, но в отличие от него эти идеи недостаточно разработаны и систематизированы, а также не имеют заметной тенденции к расширению и углублению, несмотря на многолетнее существование.

Возможна и иная трактовка жалоб больных. Необычные эрекции и (или) неприятные генитальные ощущения во сне действительно, как утверждают больные, возникают первично и представляют собой один из вариантов локализации вегетативных нарушений и (или) сенестопатий, входящих в структуру так называемой ларвированной (вегетативной, сенестопатической) или ипохондрической депрессии, или становятся самостоятельным проявлением патологического мозгового процесса. В течении заболевания формируется и сверхценное отношение к нарушениям. Сенестопатии могут возникать не только спонтанно, но и в связи с различными физиологическими функциями (с пищеварением, движениями; при адаптации к изменению температуры воздуха и пр.) [17], что в какой-то мере может определять их непостоянство. Можно допустить, что их периодическое возникновение связано с периодичностью физиологических ночных эрекций. Генитальные ощущения у больных служат только частным проявлением возможной локализации сенестопатий и вегетативных нарушений при маскированных депрессиях. В литературе имеется немало описаний сходных клинических проявлений (в основном в рамках эндогенных психических заболеваний), но с отнесением бо-

лезненных ощущений и вегетативных нарушений к сердечно-сосудистой системе, желудочно-кишечному тракту и другим системам организма [126, 325, 10, 265, 17].

Урологические и другие местные заболевания (простатит, уретрит, аденома предстательной железы, пояснично-крестцовый радикулит и др.) сами по себе, очевидно, этиологической роли в возникновении перемежающегося ночного приапизма не играют: их лечение обычно не избавляет от беспокоящих ночных эрекций, а у больных без таких эрекций заболевание протекает совершенно идентично. Каких-либо эндокринных нарушений у рассматриваемого контингента больных не обнаруживается, однако преходящее ослабление или даже исчезновение ночных эрекций у многих больных при лечении женскими половыми гормонами (обладающими антиандрогенным действием) свидетельствует о том, что для их возникновения необходим определенный баланс половых гормонов.

Диагностика. Трактовка жалоб больных как синдрома перемежающегося ночного приапизма и отграничение от острого (истинного) приапизма затруднений не представляют. Дифференциальная диагностика в целом проводится между невротическим развитием, вяло протекающей пизофренией и органическими заболеваниями головного мозга (сосудистая патология, последствия черепно-мозговой травмы и др.).

Лечение. Показана продолжительная терапия антидепрессантами (амитриптилин, пиразидол), транквилизаторами (феназепам, седуксен), нейролептиками (терален, этаперазин, метеразин, стелазин). Рекомендуются психотерапия, направленная на изменение отношения больных к возникающим ночным эрекциям и на улучшение сна (в том числе гипноз и аутогенная тренировка), а также электросон [273]. Сообщают о заметном улучшении состояния больных после иглотерапии (ослабление эрекций, урежение пробуждений, повышение общего тонуса) [329]. Эти данные вполне согласуются с известной способностью иглотерапии воздействовать на депрессивную и вегетативную симптоматику. При выявлении воспалительных заболеваний половых органов показана их санация.

4.2.5. ФИБРОПЛАСТИЧЕСКАЯ ИНДУРАЦИЯ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

Фибропластическая индурация полового члена (ФИПЧ), или *induratio penis plastica*, болезнь Пейрони, болезнь ван-Бурена, *ganglion penis* — своеобразное заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в белочной оболочке и перегородке пещеристых тел полового члена, приводящее к его деформации во время эрекции. ФИПЧ наиболее часто встречается у лиц в возрасте от 30 до 60 лет [203, 107, 146].

Этиология ФИПЧ не выяснена. Пейрони считал наиболее частым этиологическим фактором гонорею и сифилис. Д. А. Лапышев (1942) писал, что ФИПЧ является своего рода «парасифилити-

ческим» поражением. Ровинеско (I. Rovinesco, 1966) у 42,4% больных выявил в анамнезе сифилис; в противоположность этому И. М. Порудоминский, обследовав 96 больных, ни у одного сифилиса не выявил [257].

Патологическая анатомия. В ряде случаев могут образовываться зоны кальцинации и оссификации [266]. Д. С. Худадов (1928) приводит данные по гистологическому исследованию индураций, где была обнаружена склеротическая, бедная клеточными элементами, волокнистая соединительная ткань, напоминающая келоидную. Сосуды имели резко утолщенные стенки, нервные волокна также были значительно склерозированы. В последующих гистологических исследованиях бляшек [389] были обнаружены коллагеновые волокна, между которыми располагались фибробласты, уменьшенное количество кровеносных сосудов и эластических волокон. В развитии фибропластического процесса очень важную роль играют пролиферация и гиперплазия соединительной ткани и превращение молодой клеточной ткани в рубцовую, раннее старение ткани [266]. Одновременная биопсия бляшек кавернозных тел, узловатостей ушных раковин, ладонного апоневроза при дюпюитреновской контрактуре и межмышечной соединительной ткани гистологически доказала одинаковое во всех случаях перерождение соединительной ткани, по всем признакам полностью соответствующее коллагенозам [389]. Таким образом, на основании гистологических данных большинство исследователей относят ФИПЧ к группе коллагенозов.

Г. Н. Клейман (1939) указывал на нарушение известкового обмена при ФИПЧ и относил ее к группе паратиреоидных расстройств. А. Я. Пытель и Е. Б. Мазо [266] считают, что в этиологии и патогенезе ФИПЧ определенное место занимает травма: «интернальная», обусловленная длительным приапизмом, и «экстернальная», возникающая вследствие частых попыток к половым актам. При этом возможны незначительные разрывы в белочной оболочке и мелких кровеносных сосудах, приводящие к образованию мелких гематом. В дальнейшем происходит организация гематом с развитием фиброза и отложением солей кальция. У больных с ФИПЧ одновременно выявлялись контрактура Дюпюитрена, фиброзные утолщения на пальцевых фалангах и в ушных раковинах, плечелопаточный периартрит, келоидоз и склеродермия [417, 203, 257, 107, 356]. По данным А. Я. Пытеля и Е. Б. Мазо [266], из 38 больных с ФИПЧ у 23 она сочеталась с контрактурой Дюпюитрена, келоидозом или склерозом ушных раковин и полиартритом, и у 2 больных — со склеродермией.

При ФИПЧ на дорсальной поверхности полового члена образуются фиброзные бляшки в виде резко ограниченных безболезненных плотных узлов, тяжей, пластинок и колец размером от 0,5 до 1,5 см и более при толщине до 2—5 мм. Они могут располагаться на различной глубине, кожа над ними подвижна и не изменена. Наиболее характерно их возникновение у корня полового члена, иногда — в центральной части, реже — у головки. Обычно бляшки возникают между кавернозными телами и белочной оболочкой полового члена.

Они могут быть одиночными или множественными, располагаться на латеральной стороне одного или обоих кавернозных тел. При длительном течении фибропластический процесс может проникать в гребешковую перегородку, а иногда охватывает всю белочную оболочку. На кавернозную ткань процесс распространяется очень редко.

Клиника ФИПЧ определяется триадой: бляшки; боль в половом члене при эрекции или половом акте; искривление полового члена, затрудняющее или даже делающее невозможным половой акт. Н. С. Ляховицкий, М. В. Введенский, А. Г. Концевая [203], обследовав 210 больных, установили следующую частоту симптомов триады: уплотнение в половом члене — 100%, искривление — 77,6%, боль во время эрекции и полового акта — 94,3%.

В первом периоде больные жалуются только на боли как в спокойном состоянии полового члена, так и при его эрекции. Затем появляются деформация и искривление полового члена, что затрудняет половые акты. При эрекции половой член начинает искривляться в сторону индуративного очага. Формирующийся невротический симптомокомплекс усугубляет состояние больного и может приводить к нарушению сексуальных функций уже по психогенным механизмам.

Диагностика ФИПЧ в целом не представляет затруднений; по определению Ф. Калломона (1927), «диагноз может легко поставить всякий, кто только раз видел это заболевание». Однако если пальпаторно не удастся установить выраженность и характер фибропластического процесса, то прибегают к рентгенографии полового члена, особенно при кальцификации и оссификации бляшек.

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

Прогноз. Очень редко индуративные очаги самопроизвольно рассасываются. Как правило, возникшие бляшки увеличиваются в размерах и числе. Длительное лечение лишь у немногих больных приводит к исчезновению болезненных ощущений, а также деформации и искривления полового члена [266, 203, 257]. В отношении полного рассасывания индурации прогноз неблагоприятен.

Лечение ФИПЧ может быть консервативным и оперативным. Чаще применяют консервативные методы, общие и местные. Наиболее целесообразно комплексное лечение. Представление о ФИПЧ как о фибропластическом коллагенозе дает основание применять глюкокортикостероидные гормоны (кортизон и его производные), а также витамин Е как патогенетическую терапию. Длительно назначают большие дозы витамина Е — по 200—400 мг ежедневно на протяжении 6—9 мес [257]. Применение глюкокортикостероидов (парентерально, в том числе непосредственно в индуративный очаг, или внутрь) способствует уменьшению реактивности сосудов и соединительной ткани, а также воспалительных явлений, непосредственно связанных с клеточными реакциями.

Приводятся сообщения о положительном влиянии ферментных препаратов, в частности лидазы и гиалуронидазы [171, 107, 411].

По мнению А. Я. Пытеля и Е. Б. Мазо [266], введение лекарственных препаратов непосредственно в бляшку может стимулировать возникновение новых узлов. Во избежание этого Е. Toksu (1971), С. Winter, R. Khanna (1975) использовали для введения дексаметазона безыгольный инъектор и получили хороший (до 86%) терапевтический результат. П. Л. Клемпнер и соавт. (1978) также лечили 22 больных ФИПЧ путем локального введения в бляшки гидрокортизона с помощью отечественного безыгольного инъектора БИ-8.

В литературе имеются сообщения о положительном влиянии биогенных стимуляторов (стекловидное тело и алоэ) при ФИПЧ (Б. П. Метальников, В. В. Фролов, 1968).

В комплексной терапии ФИПЧ широкое применение получили также различные методы физиотерапии: диатермия, грязелечение [97], диадинамические токи с помощью аппаратов СНИМ-1 и «Ridan» [309], ионофорез [537], электрофорез [146].

В последнее время для лечения ФИПЧ успешно применяют ультразвук [203, 107] с частотой колебаний 300—3000 кГц, интенсивностью от 0,6 до 1 Вт/см². Сеансы продолжаются от 5 до 7 мин; на курс лечения 20—25 сеансов через день.

Применявшаяся ранее рентгенотерапия ФИПЧ малорезультативна, может вызывать осложнения.

Хирургические методы лечения ФИПЧ вызывают возражения у многих авторов [537, 257 и др.], так как, по их мнению, у больных довольно часто возникают рецидивы из-за неполного удаления индуративных очагов. Кроме того, сама по себе хирургическая травма может стимулировать быстрое разрастание с образованием новых очагов и с еще более сильными болями и более выраженной деформацией полового члена.

Показанием к хирургическому лечению ФИПЧ являются резкое искривление и деформация полового члена, исключающие половые акты, интенсивные боли, неэффективность длительного комплексного лечения другими методами, относительно неглубокое расположение бляшек при достаточной подвижности, образование хрящевой ткани и кальцинация или оссификация.

В настоящее время иссекают эллипсовидный лоскут белочной оболочки кавернозного тела в месте наибольшего его искривления перпендикулярно к оси, затем ушивают дефект или удаляют бляшки, замещая дефект костно-жировым трансплантатом.

4.2.6. СИНДРОМ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЭРЕКЦИОННОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Еще несколько лет назад этот синдром для большинства сексопатологов был гипотетическим и обозначал главным образом направление поиска. Первые работы, в которых ослабление эрекции ставилось в прямую связь с непосредственным поражением кровеносных сосудов, публиковались с начала 40-х годов (R. Leriche), но изучение этой патологии задерживалось тем, что в этих наблюдениях сексуальные интересы очень быстро утрачивали актуальность, отесняя-

ясь симптомами, угрожавшими жизни больных. Реальные успехи в прижизненной диагностике самих по себе расстройств эрекции сосудистого происхождения стали возможными благодаря успехам ангиологии и разработке новых методов исследования.

Клинические варианты синдрома: 1) поражения магистральных сосудов, такие, как синдром Лериша [450], нижний (тазовый) вариант «синдрома обкрадывания», обусловленный патологией наружной подвздошной артерии [466], и т. п.; 2) поражения сосудистого аппарата кавернозных тел. Например, А. И. Тюков показал (1968), что патологические возрастные изменения в кавернозных телах полового члена появляются уже после 30 лет (в виде фиброэластоза замыкательных мышечных структур, а также склероза и атрофии самих мышечных волокон трабекул); к 50 годам эти явления становятся диффузными. Эти исследования были дополнены данными В. Ружбарского и В. Михалы [503].

Французские авторы выделяют два варианта сосудистой недостаточности: 1) артериальную, для которой характерна триада — ослабление эрекции, ощущение холода в области гениталий и наступление эякуляции при вялом члене; 2) венозную, при которой, по их мнению, эрекция у больных выражена лучше, если они стоят [528].

В диагностике сосудистых расстройств эрекционной составляющей наряду с рентгеновазографией магистральных сосудов и пещеристых тел полового члена [395, 303, 3], фаллоплетизмографией [352] и реофаллографией [39] в последние годы измеряют локальное артериальное давление [337] и интенсивность кровотока с использованием доплеровского эффекта в сверхзвуковом диапазоне [531], а также посредством радиоизотопных методов [517, 425]. Особое значение на данном этапе изучения сосудистого синдрома имеет фаллография в составе непрерывного (на протяжении всей ночи) полиграфического исследования различных компонентов сна (U. Jovanovic, 1972) и другие методики [341, 497, 432, 347, 544].

В лечении сосудистых расстройств эрекционной составляющей, несмотря на то, что сексуальные изменения при синдроме Лериша были описаны еще в 1948 г. [450], возможность хирургического восстановления кровоснабжения сосудистого аппарата полового члена была показана чешским хирургом В. Михалем с соавт. лишь в 1973 г. [464]. Этому в значительной мере способствовали работы В. Михалы и Й. Поспихала, доказавшие возможность топической диагностики артериальных окклюзий и их влияние на кровоснабжение кавернозных тел посредством фаллоартериографии [465]. Основными направлениями хирургического лечения сосудистых расстройств эрекционной составляющей являются операции по усилению артериального притока, хирургическая коррекция нарушенного оттока (деблокирование дренажа) и вживление внутренних протезов (внутреннее шинирование). Систематизированная сводка современных диагностических и хирургических лечебных методов рассматриваемого синдрома представлена в монографии Г. Вагнера и Р. Грина [533]. Из консервативных методов лечения первые ободряющие результаты дало ЛОД (см. 4.1.2.).

5 ЭЯКУЛЯТОРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, среди всех сексологических больных стержневые синдромы расстройств эякуляторной составляющей диагностированы в 20,4% случаев.

Самыми многочисленными оказались больные с синдромами, обусловленными урологической патологией (простатиты, простатове-зикулиты и т. д.) — 16,4%. Из этих первично урогенных расстройств в 5,4% имелась так называемая вторичная патогенетическая титу-ляризация, при которой локальные патологические изменения в зад-ней уретре осложнялись вовлечением регулирующих нервных обра-зований различных уровней со стойким нарушением межцентральных отношений (которое и определяло персистирование сексуальной симптоматики после санации первичноурологического очага).

Расстройства эякуляторной составляющей, обусловленные первич-ной патологией высших центров головного мозга, регулирующих ав-томатизированные половые реакции копулятивного цикла (синдром парацентральных долек), установлены в качестве стержневого пора-жения у 3,8% обследованных, а при неврологических заболеваниях спинальной локализации — в 0,2% случаев.

5.1. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕТОДЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Среди рассмотренных ранее методов лечения различных сексуальных расстройств преобладают естественные формы воздействия. Гигиени-ческие (сексопедические) рекомендации прописывают все этапы ра-боты сексопатолога с пациентами, а различные формы психотерапии составляют основу лечебной тактики современной сексопатологии. Среди медикаментозных средств, применяемых в лечении некоторых сексологических синдромов, также преобладают не синтетические препараты, а натуральные продукты.

При лечении больных с расстройствами эякуляторной составля-ющей наиболее «специфичен» массаж предстательной железы. Тех-ника массажа описывается в любом руководстве по урологии. Об-щая тактика, индикаторы, характеризующие индивидуальную реак-

цию больного на проводимое лечение, и другие особенности, свойственные урологической патологии с сексологической симптоматикой, наиболее развернуто и адекватно отражены в монографии Лейкина и Харлина [62, с. 114—119].

Столь же «специфичным» и одновременно натуральным, свободным от каких бы то ни было отрицательных побочных эффектов является метод хлорэтиловых блокад, впервые использованный нами для воздействия на синдром парацентральных долек и синдром вторичной патогенетической титуляризации [62]. Однако хлорэтиловые блокады представляют собой лишь один из методов в обширной области рефлексотерапии. Диапазон применения различных рефлексотерапевтических приемов выходит за рамки синдромов эякуляторной составляющей, распространяясь и на расстройства других составляющих.

5.1.1. РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Широкое использование рефлексотерапии врачами различных специальностей, в том числе и сексопатологами, в значительной мере объясняется отсутствием осложнений, относительной простотой и возможностью применения в качестве дополняющего или заменяющего другие, в частности фармакологические, методы лечения.

Рефлексотерапии сексуальных нарушений в отечественной литературе не уделено достаточного внимания. Большинство рекомендаций и акупунктурных рецептов с использованием корпоральных точек оказались малоэффективными при лечении сексуальных расстройств как у мужчин, так и у женщин. Даже при анализе наблюдений с положительным терапевтическим эффектом нельзя выявить определенных сочетаний точек, которые бы давали стабильные результаты при однотипной клинической картине.

Это обусловлено несколькими причинами. Во-первых, методика использования корпоральных точек по функциональной характеристике не учитывает индивидуальных особенностей пациента. Во-вторых, в диапазоне показаний точек акупунктуры в качестве симптомов приведены лишь внешние проявления половых расстройств, и поэтому лечение проводится в соответствии с жалобами больного без учета структуры сексуального нарушения, хотя, как известно, за одним и тем же проявлением болезни часто скрываются совершенно различные синдромы. Так, преждевременное семяизвержение у мужчин может быть обусловлено воспалительными явлениями в предстательной железе, вызвано психогенным путем (страхом перед возможной неудачей и т. д.) или выступать в качестве симптома при различных вариантах синдрома парацентральных долек, в основе которого лежит врожденное или рано приобретенное снижение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. В связи с этим использование корпоральных точек по функциональной характеристике оказывается по сути дела симптоматическим и малоэффективным вариантом иглорефлексотерапии.

Гораздо эффективнее воздействие на корпоральные точки акупунктуры в зависимости от их сложных морфофункциональных связей, известных под названием «меридианов» или «каналов» и имеющих свои показания применительно к отдельным элементам структуры сексуального расстройства. В этом отношении наиболее перспективна методика воздействия по трем уровням Д. М. Табеевой (1978, 1980). Однако до настоящего времени не было попыток согласовать традиционные положения восточной медицины с методом структурного анализа половых расстройств, выявить связи пораженных составляющих копулятивного цикла и классических акупунктурных меридианов, отработать клиническую и инструментальную акупунктурную диагностику сексуальных нарушений. Без подобных исследований использование корпоральных точек акупунктуры в сексопатологии не может быть патогенетически обоснованным.

В то же время лечение с использованием аурикулярных точек (аурикулотерапия), подбор которых оказался проще, чем корпоральных, позволило уже сейчас ориентировочно определить диапазон показаний к рефлексотерапии сексуальных нарушений. Положительный эффект получен при расстройствах эякуляторной составляющей (в том числе при урологических заболеваниях, синдроме парацентральных долек, заболеваниях спинного мозга). При урологических заболеваниях воздействие на точки сочеталось с массажем предстательной железы.

Эффективной оказалась рефлексотерапия расстройств эрекционной составляющей как экстраспинальной (каудиты, невриты, плекситы, фуникулиты и т. п.), так и спинальной локализации (травмы, миелиты). Основными были точки, воздействующие на исполнительный аппарат.

При расстройствах психической составляющей рефлексотерапия показана в случаях реактивных нарушений. Аурикулотерапия при этом обязательно должна сочетаться с различными вариантами психотерапии: аутогенной тренировкой, рациональной психотерапией, гипнотическим внушением. Метод репродуктивного воспроизведения в гипнотическом состоянии ситуации формирования невроза ожидания по М. М. Асатиани (1926), проводимый параллельно с аурикулотерапией, дает положительный эффект после 1—2 сеансов. Во время этих сеансов производится воздействие на аурикулярные точки, оказывающие седативный эффект. При улучшении общего состояния и ослаблении невротической симптоматики подключается воздействие на точки, стимулирующие исполнительный аппарат.

Аурикулотерапия показана при некоторых расстройствах нейрогуморальной составляющей — ретардации пубертата, возрастной инволюции, дисцефальном синдроме травматического и инфекционного генеза. Здесь основными являются точки, стимулирующие резервы желез внутренней секреции.

Аурикулотерапию рекомендуется сочетать с витаминотерапией и назначением препаратов, участвующих в тканевом обмене (глутаминовая кислота, фитин, фосфрен и т. п.), общим массажем, водными процедурами, лечебной гимнастикой.

При аурикулотерапии сексуальных расстройств основными являются следующие точки: надпочечников (13), желез внутренней секреции (22), яичников (23), ствола мозга (25), гипофиза (28), яичка (32), коры головного мозга (34), симпатической нервной системы (51), шэнь-мэнь (55), сексуальная (58), наружных половых органов (79), предстательной железы (93), почки (95) и возбуждения (113) (нумерация по международной классификации).

После соответствующей адаптации корпоральная рефлексотерапия, видимо, также займет достойное место в комплексном лечении сексуальных расстройств.

5.2. РАССТРОЙСТВА ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

5.2.1. РАССТРОЙСТВА ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Как уже упоминалось (см. 5), сексологические расстройства, обусловленные поражением уrogenитального аппарата, даже при учете только стержневых синдромов, диагностируются в 16,4% всех обращений за сексологической помощью, т. е. у каждого 6-го больного. При учете и сопутствующих синдромов значение местной уrogenитальной патологии выявляется еще более наглядно (табл. 15).

Таблица 15. Место уrogenитальной патологии в структуре сексуальных расстройств

Патология	Частота (в %)
Первичные заболевания предстательной железы застойного, воспалительного или дистрофического происхождения, составляющие основу сексуального расстройства	11,0
Те же заболевания, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции	5,4
Сопутствующие заболевания предстательной железы застойного, воспалительного или дистрофического характера, сформировавшиеся в ходе основного сексологического нарушения психогенного, нервного и другого происхождения	53,4
Сопутствующие урологические заболевания иной природы (аденома предстательной железы, варикоцеле, цистит и т. п.)	2,3
Урологической патологии не выявлено	27,9
Всего . . .	100,0

Как видно из табл. 15, патология уrogenитального аппарата имеется в 72,1% всех сексуальных расстройств. Однако для предварительной санации урологу целесообразно передавать лишь больных с аденомой предстательной железы, некоторыми формами циститов,

варикоцеле и т. п. Все остальные формы сексопатолог должен лечить сам. Эти заболевания, выявляемые у 69,8% всех сексологических больных, чаще всего обусловлены конгестивно-воспалительными или дистрофическими изменениями предстательной железы и непосредственно с ней связанных анатомических образований [239, с. 66—72].

Этиологические факторы простатитов делят на две группы, в соответствии с двумя формами заболевания [324]. Возникновению *застойных простатитов* (32,8%) способствуют сидячий образ жизни, транспортные вибрации при частых поездках в автомобиле и т. п., хронические запоры, болезни прямой кишки и заднего прохода, приводящие к венозному застою в малом тазу. Особую роль в формировании простатитов играют длительные сексуальные фрустрации и суррогатные формы половой активности (в частности, петтинг), а также прерванный или искусственно пролонгируемый коитус: вначале они вызывают конгестивный (застойный) простатит, который затем становится воспалительным (бактериальным). *Бактериальные простатиты* составляют 67,6% [302], а их хронические формы относятся к самым частым инфекционно-аллергическим заболеваниям у мужчин (Ю. Н. Ковалев, 1974). Инфекция заносится в предстательную железу обычно гематогенным, реже — лимфогенным путем. Наряду с бактериальными простатитами большинство авторов признают существование абактериальных простатитов, имеющих много общего с хроническими бактериальными простатитами. Фалензик и Брюль [530] приводят следующие названия, под которыми различные авторы описывают абактериальный простатит: простатопатия, конгестивный простатит, вегетативный урогенитальный синдром, нейровегетативная дисрегуляция предстательной железы, простатоневроз и др.

Патогенез простатитов сложен, что обусловлено следующими факторами.

1. Анатомо-физиологическое своеобразие предстательной железы — единственного в своем роде мышечно-железистого органа, выполняющего разнообразные функции, в том числе механические (замыкательные, с периодическим переключением на направленное изгнание жидкостей) и функции железы с внешней секрецией и факультативной эндокринной регуляцией [239, с. 213—215].

2. Значительная уязвимость предстательной железы [446], склонность простатитов к рецидивам и широкая «иррадиация» обусловленной простатитами патологии от сердечно-сосудистой системы до органов зрения (простатогенные офтальмопатии), суставов и нервной системы [447; 62, с. 115].

3. Значение аутоиммунных реакций [147; 184, с. 40; 320], связанных с органоспецифическими антигенами в предстательной железе, которые появляются только при половом созревании (в 17—18 лет) и достигают самого высокого уровня в пожилом возрасте. Таким образом, возраст больных простатитом соответствует периоду, когда активность и содержание органоспецифических для предстательной железы антигенов наиболее высоки [320].

4. Решающая роль гормональных нарушений [88, 89, 118].

Игнорирование роли гормональных воздействий, обусловленных преморбидным состоянием эндокринного обеспечения, породило затянувшийся на несколько десятилетий спор о влиянии заболеваний урогенитального аппарата на возникновение сексуальных расстройств [62, с. 110—119]. Даже урологи, истолковывая значение урогенитальной патологии в генезе сексуальных нарушений у мужчин, придерживались крайних, взаимоисключающих точек зрения. Одни пытались объяснить локальной патологией почти всю сексуальную патологию вплоть до девиаций и перверзий (Pogorz, 1911; Orłowski, 1928; см. [239, с. 15—17]), другие, следуя установкам психоанализа или превратно истолкованным идеям нервизма, в конечном счете пришли к искусственному преуменьшению роли урогенитальных заболеваний в формировании сексуальных расстройств [259, 43].

Произведя заднюю уретроскопию у 112 больных с жалобами на расстройства половой деятельности и в контрольной группе из 6 человек, Е. Р. Сум-Шик (1939) сделал вывод о том, что «соответствия между интенсивностью клинических явлений и уретроскопическими данными установить нельзя». Об отсутствии параллелизма между тяжестью сексуальных нарушений, с одной стороны, и существованием и выраженностью местных урологических изменений — с другой, говорят и другие исследователи [195, 137]. Порождаемое этими наблюдениями впечатление отсутствия связи между патологией предстательной железы и сексуальными расстройствами ошибочно, и основная методологическая погрешность всех названных изысканий — в поисках жесткой функциональной зависимости между двумя произвольно выбранными и отнюдь не самыми существенными параметрами. Редуцировав сложную, многофакторную зависимость путем исключения нейрогуморального и психического факторов, исследователи сделали задачу неразрешимой. Специальные исследования с позиций системного анализа [88, 89, 118] продемонстрировали значение преморбидного состояния (функциональной сохранности) нейрогуморальной и психической составляющих и показали, что сексуальные расстройства даже при самых глубоких стадиях простатитов отсутствуют при надежном нейроэндокринном обеспечении (сильная половая конституция) и стойкой внутри- и межличностной психоэмоциональной уравновешенности; при преморбидной отягощенности нейрогуморальной и(или) психической составляющих сексуальные расстройства возникают под влиянием самых легких проявлений патологии предстательной железы. Так, И. И. Горпинченко [118] выявил у больных хроническим простатитом с расстройствами половых функций статистически достоверное снижение экскреции андростерона и этиохоланолона, свидетельствующее о понижении у этих больных андрогенной активности. У больных хроническим простатитом без сексуальных нарушений выделение андростерона и этиохоланолона не отличалось от контроля.

Исследования простатической кислой фосфатазы, проведенные Э. Н. Ситдыковым и А. И. Драновским (1972), показали, что с повышением уровня регуляции (урогенитальный, эндокринный, цереб-

ральный) выраженность полового расстройства нарастает, причем продвижение по вариационному ряду в направлении возрастания вовлеченности предстательной железы коррелирует со снижением активности фосфатазы, косвенно отражающей андрогенную насыщенность организма.

Таким образом, патогенетическая роль простатита в формировании сексуальных расстройств носит системный характер, и сам простатит является лишь одним из патогенных факторов, действующих наряду с другими (в плоскости нейрогуморальной и психической составляющих). Многомерные функциональные связи двусторонни, и двусторонность эта проявляется также двояко: во-первых, развитие самого простатита (его глубина, а главное прогрессивность) зависит от нейрогуморальных воздействий; во-вторых, соотношение нейрогуморальной, психической и эякуляторной составляющих носит векторный характер и конечная результирующая может принимать компенсаторную или экспозитивную направленность.

В начальных фазах образовавшийся в предстательной железе стойкий или воспалительный очаг вызывает раздражение и способствует формированию реактивного вегетативного синдрома по Г. М. Маркелову (1934, 1948). В дальнейшем благодаря свойственному вегетативной нервной системе феномену реперкуссии может наблюдаться иррадиация симптоматики в сочетании с характерной волнообразностью течения. Наконец, первоначальные дисциркуляторные, нейрогуморальные, воспалительные и реперкуссивные патогенетические механизмы могут осложняться действием психогенных факторов, так как некоторых больных травмирует даже сам диагноз «простатит», что приводит к формированию фобий и ипохондрических состояний [95, 157].

Клиническая картина хронических простатитов полиморфна [264]. Исследователи выделяют три симптомокомплекса.

1. Расстройства мочеиспускания (главным образом в форме учащенных позывов), связанные, по мнению авторов, с задним уретритом и шеечным циститом.

2. Болевой синдром. Боли обычно ноющие, локализуются в промежности и заднем проходе, иррадиируют в наружные половые органы, изменяются при перемене погоды, усиливаются или ослабевают после половых актов. Это позволило некоторым авторам высказаться за их связь с повреждением вегетативной нервной системы [447].

3. Нарушения половых функций, наблюдающиеся, по данным литературы, у 12—78% больных хроническим простатитом [447, 160, 199 и др.]. Считают, что простатит сказывается как на копулятивном цикле, так и на оплодотворяющих свойствах эякулята. Несмотря на множество работ по бесплодию у больных хроническим простатитом, механизмы, лежащие в основе повреждающего действия воспалительных изменений в предстательной железе на оплодотворяющую способность эякулята, до сих пор не выяснены. Более того, далеко не все признают отрицательное действие хронических простатитов на генеративную функцию [350, 153].

По данным И. И. Горпинченко [118], в жалобах больных хроническим простатитом преобладает болевой симптомокомплекс (88,7%). Жалобы на сексуальные расстройства сочетались с болями в 55%, с расстройствами мочеиспускания в 2%; у 7,3% больных сочетались все три симптомокомплекса, а у 14% хронический простатит проявлялся только сексуальными расстройствами без болевых и дизурических симптомов.

Клинические формы. Предложено деление хронических простатитов на катаральную, фолликулярную и паренхиматозную формы (А. П. Цулукидзе, 1959). Эта классификация анатомическая и в сексологической практике используется [62] следующая классификация патологии предстательной железы (табл. 16).

Таблица 16. Основные формы простатопатий

Формы	Пальпаторные данные	Сок предстательной железы
Молчаливый простатовезикулизм	Без отклонений	Без отклонений
Встойная предстательная железа	Главным образом явления конгестии (повышение тургора, сглаженность бороздки)	Количество увеличено, микроскопическая картина без отклонений
Хронический простатит, I стадия	Нечеткость контуров, болезненность	Количество увеличено, микроскопическая картина на границе нормы (лейкоциты до 20 в поле зрения)
Хронический простатит, II стадия	Грубые изменения в сочетании с болезненностью	Четкая лейкоцитарная реакция (более 20 в поле зрения), снижение содержания лецитиновых зерен
Атония предстательной железы	Отчетливые деструктивные изменения со снижением тургора вплоть до «вялого мешка» или признаки соединительнотканной организации (фиброза)	Резкое снижение содержания лецитиновых зерен (обычно без лейкоцитарной реакции)

Понятие «молчаливый простатовезикулизм» включает [447] широкий круг расстройств, связанных с функциональными изменениями в урогенитальной сфере, но без характерных пальпаторных и лабораторных данных. В анамнезе таких больных обычно удается выявить ряд факторов, вызывающих нарушение гемо- и лимфодинамики в тазовых органах, в том числе в предстательной железе: фрустрации, дизритмии половой жизни, абстиненции, прерванные половые акты, колиты и пр. [62]. Однако диагноз молчаливого простатовезикулизма правомочен при указанных жалобах лишь тогда, когда они

исчезают после пробного терапевтического вмешательства (therapeutic test), направленного на санацию предстательной железы.

Застойная предстательная железа характеризуется теми же клиническими признаками, но им сопутствуют выявляемые пальпаторные изменения: увеличение, сглаженность междолевой бороздки, напряженность и болезненность. Изменения секрета, выявляемые при микроскопии, могут быть незначительными или вовсе отсутствовать.

При хронических простатитах наряду с клиническими проявлениями обнаруживаются прогрессирующие морфологические изменения в предстательной железе в виде деформации, неоднородности поверхности с очагами уплотнений и размягчений. При микроскопии секрета обычно отмечается выраженная лейкоцитарная реакция. На заключительных этапах снижено содержание лецитиновых зерен, что свидетельствует об ослаблении секреторной функции предстательной железы.

Атония предстательной железы при относительно перезком болевом синдроме, обычно ремиттирующем, характеризуется главным образом деструктивными изменениями, приводящими в одних случаях к замещению мышечных и секреторных структур соединительной тканью, в других — к расплавлению паренхимы. Вследствие этого в далеко зашедших случаях в области предстательной железы при пальпации соответственно может определяться диффузное уплотнение, интимно спаянное с окружающими тканями, или размягченное мешкообразное образование. В последнем случае исследование нередко сопровождается истечением из уретры обильного водянистого «секрета». При его микроскопическом исследовании, как правило, не удастся выявить лецитиновых зерен, но можно обнаружить лейкоциты.

Представленная классификация основывается на том, что патологический процесс в предстательной железе, раз начавшись, в неблагоприятных условиях (дизритмии половой жизни, колиты и др.) течет прогрессивно. Заострив внимание на начальных формах с минимальными пальпаторными изменениями или без них (молчаливый простатовезикулизм, застойная предстательная железа) и своевременно начав терапию, можно предупредить прогрессирование заболевания и развитие более тяжелых форм.

В сексологическом отношении инициальные стадии проявляются изолированным ускорением эякуляции [62, 324], а для формы атонической характерны задержки и затруднения эякуляции (ejaculatio tarda — ET) вплоть до анэякуляторного феномена [208, 210] и притуплением всех генитально ориентированных сексуально-эротических ощущений, от Vorlust до оргазма, а у некоторых больных — снижением либидо. К этому могут присоединяться ослабления эрекции, обусловленные чаще всего причинами, не относящимися к предстательной железе — реперкуссией, снижением уровня сенсорного подкрепления или психореактивными механизмами. Данное утверждение подкрепляется прямыми гистопатологическими исследованиями, проведенными В. С. Карпенко с соавт. Они заключили, что «копулятивная функция существенно не зависит от функционального

состояния предстательной железы» [154]. В частности, тотальная простатэктомия не оказала существенного отрицательного влияния на способность к половым актам.

Заслуживают внимания различия в частоте распределения основных стадий простатопатий при стержневых и сопутствующих урогенитальных синдромах (табл. 17).

Таблица 17. Частота различных форм простатитов у сексологических больных (в процентах)

Клиническая форма	При стержневых синдромах урогенитальных расстройств	При сопутствующих поражениях предстательной железы
Молчаливый простатовезикулизм	2,9	20,5
Застойный простатит	30,4	11,6
Хронический простатит	42,9	46,1
Атония предстательной железы	23,8	21,8
Всего . . .	100,0	100,0

Если при хронических простатитах и атонии различия между обеими группами сглаживаются, то симптомокомплекс молчаливого простатовезикулизма выступает в качестве сопутствующего синдрома почти в 10 раз чаще, чем в качестве стержневого. Это требует тщательного выявления анамнестических данных, характерных для названного симптомокомплекса, с последующим включением соответствующих бытовых и поведенческих коррективов, а иногда и лечебных приемов в общий план терапевтических мероприятий при разнообразных стержневых синдромах.

Диагностика хронических простатитов, затрудняемая бессимптомными формами, базируется на анамнестических данных, пальцевом ректальном обследовании и результатах лабораторных, а также некоторых специальных методов исследования.

Лабораторная диагностика хронических простатитов включает исследование секрета предстательной железы, мочи, эякулята, бактериологическое исследование. Микроскопическое исследование секрета предстательной железы является основным лабораторным тестом [184, с. 36]. Основное внимание уделяется нахождению в нем лейкоцитов; большинство исследователей признают диагностическую ценность их повышенного количества. По мнению других авторов [29; 184, с. 77], присутствие большого количества лейкоцитов не патогномонично для хронического простатита и может быть вызвано функционально-физиологическими изменениями. С нашей точки зрения, содержание в секрете предстательной железы более 10—20 лейкоцитов в поле зрения при соответствующей клинике свидетельствует о воспалительном процессе. Другие методы изучения секрета предстательной железы не нашли широкого применения из-за недостаточной специфичности и значительной сложности.

Содержание лецитиновых зерен [140] коррелирует с функциональным состоянием предстательной железы и может быть использовано для суждения о стадии патологического процесса (см. табл. 16).

Бактериологическое исследование (проводится 2—3 раза) имеет не только диагностическое значение, но и во многом определяет лечебную тактику при простатитах [302, 185, 134].

В противоположность активным сторонникам инструментальных методов диагностики (Г. А. Подлужный, 1956; Р. А. Кисолопия, 1971) следует согласиться с установкой И. И. Горпинченко [118], что у больных простатитом с сексуальными расстройствами инструментальные методы диагностики должны применяться строго по показаниям (задний уретрит, ретропермия и т. п.).

Рентгенологические методы (уретроцистография, везикулография, простатография) показаны для установления некоторых этиологических факторов, таких, как камни задней уретры и предстательной железы, врожденные апомалии семявыносящих путей [33].

Для ограничения хронического простатита от рака предстательной железы единственным надежным методом остается биопсия [507; 184, с. 76; 527].

Лечение больных хроническим простатитом представляет значительные трудности [330]. В плане чисто урологических изменений в предстательной железе основными задачами лечения будут следующие: обеспечение оттока гноя и продуктов распада, борьба с инфекцией и восстановление нарушенной функциональной активности предстательной железы [264, 118]. Эти мероприятия составляют хотя и очень важную, но все же только часть более широкого круга реабилитационных приемов, включающих столь же необходимые корригирующие воздействия бытового, поведенческого и психотерапевтического порядка. В частности, для создания оттока из предстательной железы естественных секретов и патологических продуктов наиболее действенной мерой является установление регулярного ритма половой активности, нарушенного у большей части больных с простатопатиями. Для этого на первом этапе сексопатологу очень часто приходится начинать с приемов ресоциализации (см. с. 206), чтобы обеспечить возможность регулярной половой активности на здоровой морально-бытовой основе. Наряду с этим или еще до консолидации социосексуальных взаимоотношений, в зависимости от конкретных особенностей местного процесса в предстательной железе (клиническая форма, давность и т. п.) и от наличия благожелательной партнерши, в ряде случаев необходимо проводить параллельный или предварительный курс массажа предстательной железы. В иных случаях массаж полезно сочетать или чередовать с физиотерапией [321; 184, с. 48].

В комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом ведущей остается антибактериальная терапия в строгом соответствии с результатами бактериологических исследований [184, с. 44; 134]. По данным Н. Ф. Кривошей и др. [185], стафилококки и стрептококки проявляли чувствительность к эритромицину,

олеандомицину, олететрину, левомицетину, стрептомицину и пенициллину. При выделении протей наиболее активными препаратами оказались тетрациклин, тетрацилин, биомиксин, а также стрептомицин и левомицетин. Много штаммов бактерий были резистентными к широкому кругу антибактериальных препаратов. Особенно это относится к тем больным, у которых были выделены микробные ассоциации, протей или синегнойная палочка. У этой группы обследованных одна лишь этиотропная терапия была недостаточно эффективной, и приходилось повышать иммунобиологические защитные свойства организма (большие дозы витаминов, подсадка иммунизированного кожного лоскута и др.).

При проведении антибактериальной терапии должны учитываться длительность антибактериальной терапии, методы введения антибактериальных препаратов, создание оптимальной концентрации лекарственного вещества в очаге инфекции. Длительность антибактериальной терапии в значительной мере связана с выработкой устойчивых штаммов микроорганизмов и склонностью предстательной железы к реинфицированию [184, с. 44; 134, и др.].

Одной из возможных причин низкой эффективности лечения больных хроническим простатитом является недостаточное проникновение антибактериальных препаратов в предстательную железу [518; 184, с. 49], в связи с чем предложены различные методы введения: с помощью ректального фонофореза [328], в свечах [319], непосредственно в предстательную железу либо в окологипостатическую клетчатку [306] и др.

Поскольку хронические воспалительные процессы в предстательной железе часто протекают на фоне измененной иммунологической реактивности, очевидна важность лечебных воздействий, направленных на нормализацию реактивности организма [158, 91, 292, 54].

Несмотря на разнообразие методов лечения больных хроническим простатитом, его эффективность остается недостаточной и колеблется от 9—18 до 30—40% [184, с. 81; 288; 330]. Это связано также с глубиной морфофункциональных изменений в предстательной железе и постоянным реинфицированием эндо- и экзогенной флорой [184, с. 47].

При лечении урогенитальных синдромов следует учитывать состояние психической составляющей, проявляя особую осмотрительность при эндогенных психозах (риск включения больным врача и проводимых им манипуляций в содержание бреда).

В общем можно сказать, что на первом этапе лечения больных простатитами основное внимание уделяется ликвидации воспалительного процесса в предстательной железе и предварительной психотерапии (устранение психоэмоциональных нарушений, создание терапевтической перспективы, ресоциализация, работа с женами). Задачами последующих этапов являются окончательная ликвидация воспалительного процесса и полная гармонизация половой активности. Для закрепления на заключительном этапе полученных результатов можно использовать санаторно-курортное лечение [293, 295, 245].

5.2.1.1. УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОСЛОЖНИВШИЕСЯ СТОЙКИМ НАРУШЕНИЕМ МЕХАНИЗМОВ НЕРВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ (ВТОРИЧНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ)

Эти нарушения представляют собой переходное звено между описанными выше локально-соматическими синдромами (вовлекавшими механизмы нервной регуляции вторично, лишь вызывая их временную ирритацию из застойного или воспалительного очага), с одной стороны, и неврологических синдромами, в основе которых лежит первичное поражение надсегментарных нервных механизмов, регулирующих наступление эякуляции (см. синдром парацентральных долек), с другой стороны. В синдромологической систематике расстройств эякуляторной составляющей эти нарушения рассматриваются как подвид уrogenитальных расстройств потому, что их основным этиологическим фактором являются запущенные локальные уrogenитальные расстройства.

Патогенез рассматриваемого синдрома определяется способностью сложных нервных формирований долго удерживать состояние повышенной или сниженной активности. В одних случаях эти стойкие ирритативные или тормозные очаги не выходят за пределы приорганных вегетативных узлов или сплетений, в других оказываются измененными межцентральные нервные отношения различных уровней вплоть до высших кортикальных центров регуляции уrogenитальных автоматизмов.

Клиника неврологических осложнений уrogenитального генеза включает сексологическую симптоматику при чисто урологических расстройствах (см. с. 263), при обострениях сопровождается соответствующими признаками простато-везикулярной патологии, а в далеко зашедших случаях к этому могут присоединяться симптомы так называемых регионарных симпатов (по Е. В. Сеппу), реактивного вегетативного синдрома (по Г. М. Маркелову, 1934, 1948) или феномены, свидетельствующие о вовлечении надсегментарных нервных механизмов [62, с. 28—63].

Диагностика синдрома основывается на длительном уrogenитальном нарушении (см. табл. 16). Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком, отличающим неврологически осложненные синдромы от чисто урологических, является персистирование функциональных сексологических проявлений (главным образом ускорения эякуляций, реже сочетанного ослабления спонтанных и адекватных эрекций) несмотря на явные признаки санации предстательной железы, выявляемые ректальным пальпаторным исследованием и лабораторными методами. Все названные формы следует отграничивать от невротической фиксации, когда персистирование сексуальных проявлений определяется развитием невроза ожидания.

Лечение уrogenитальных синдромов, осложнившихся стойким нарушением механизмов нервной регуляции, представляет значительные трудности и требует настойчивости, четкой этапности и бе-

зупречного расчета на «стыках» между отдельными этапами, поскольку в одних случаях показана полная смена лечебных методов при переходе к следующему этапу, а в других — сочетание терапевтических приемов последующего и предшествующего этапов. Подобные вопросы должны решаться строго индивидуализированно, но в общем виде можно выделить следующие этапы лечения.

1. Психотерапевтическая подготовка с целью скорректировать отношение пациента к своему расстройству и обеспечить благоприятный эмоциональный фон. В зависимости от клинической картины необходимо в одних случаях вывести больного из состояния реактивной депрессии, в других — снять излишнюю ажитированность, часто наблюдающуюся при преждевременной эякуляции, в третьих — смягчить тревожность (anxiety). Методы психотерапии иногда полезно сочетать с медикаментозными средствами. Во всех случаях должны быть выявлены и устранены сопутствующие фобии (страх перед последствиями онанизма, венерическим заболеванием, психическим расстройством и т. п.) и обеспечена соответствующая лечебная перспектива — больной должен настроиться на то, что лечение потребует времени, усилий, терпения и настойчивости, но непременно будет успешным. Данный этап не должен выходить за рамки двух, в крайнем случае — трех посещений сексологического кабинета.

2. Максимальная психосексуальная ресоциализация. Под этим подразумевается прежде всего постоянная благожелательная сексуальная партнерша. У ряда пациентов, не состоящих в браке и на протяжении многих лет имевших лишь эпизодические половые связи, формируются резко искаженные представления о женщинах и о собственном сексуальном статусе. В подобных случаях необходима четкая сексопедическая коррекция, завершающаяся формированием адекватных представлений о психосексуальных особенностях женщины.

Если больной состоит в браке, то в сексологический кабинет приглашают его жену для коррекции непродуктивных форм психосексуального поведения. Иногда бывает достаточно отдельных сексуальных, общепсихологических и семейно-бытовых рекомендаций. Продолжительность данного этапа весьма различная. В одних случаях он укладывается в рамки первого этапа, в других — требует систематической реэдукации пациента, растягиваясь на недели и месяцы; в третьих (очень часто) больной, получив исходные установки о выборе адекватной партнерши и советы по установлению продуктивных межличностных и интимных отношений, «отрывается» от сексопатолога до тех пор, пока не установит стабильную сексуальную связь на здоровой морально-бытовой основе.

3. Санация простато-везикулярного комплекса. Терапевтические средства при локальной урогенитальной патологии рассмотрены в предыдущем разделе. Здесь необходимо еще раз подчеркнуть значимость выбора времени начала урологических лечебных приемов: проводимая некоторыми врачами активная терапия простатитов у больных, не имеющих сексуальной партнерши или оторванных от

семьи, в функциональном плане, как правило, абсолютно бесперспективна.

4. Этап нервной реинтеграции является ключевым, определяющим исход лечения, поскольку предыдущие создают лишь предпосылки (хотя и обязательные) для успешной терапии. В отличие от предыдущего этапа все лечебные воздействия на данном этапе направлены на нервный субстрат. Поскольку на данном этапе используются главным образом физические агенты и их лечебное действие опосредуется через кожу, для обеспечения максимального эффекта необходимо соблюдать правило соответствия формы воздействия типу нарушения. Если при чисто урологических синдромах показания ректальные физиотерапевтические воздействия (клизмы, грязевые тампоны, ионофорез), то на четвертом этапе при «нижнем» клиническом варианте предпочтительно применение различных «сегментарных» методик (горячие ножные ванны, гальванические трусы по А. Е. Щербаку и т. п.). Выбирая физиотерапевтический агент, следует учитывать, что различные раздражители вызывают разные ответы. Так, термические раздражители влияют преимущественно на вазомоторные механизмы, тканевой тонус и моторику внутренних органов, а лучистая и электрическая энергия, направленная на те же дерматомеры, вызывает наибольшие изменения в биохимических тканевых процессах (А. Р. Киричинский, 1949).

Физиотерапевтические воздействия, стимулируя тканевые процессы в болезненном очаге, нередко несколько обостряют основную и сопутствующую симптоматику («очаговая реакция»). Очаговая реакция обычно считается положительным признаком, так как подтверждает существование репаративных возможностей. Не следует, однако, допускать слишком бурных реакций с рядом тяжелых субъективных и объективных общих симптомов. Эмпирически установленный лечебный срок в 25—30 сеансов находит подтверждение в анализе общих и очаговых реакций (А. Р. Киричинский, 1949).

Такова в общем виде тактика лечения при «нижнем» варианте неврологических осложнений, не выходящих за рамки периферических вегетативных ганглиев и тазовых сплетений. При «верхнем» варианте с вовлечением церебральных центров, регулирующих эякуляторный и мочепузырные автоматизмы, самым простым, общедоступным и эффективным методом являются хлорэтиловые блокады. Техника блокад заключается в опрыскивании хлористым этилом участка кожи (рис. 76) в виде ромба площадью 60—80 см², расположенного по обе стороны (вверх и вниз) от линии, соединяющей обе *cristae iliacae*. Опрыскивание производится с постоянным перемещением струи жидкости по всей зоне до появления белой корочки. Для первой блокады нужно в среднем 10—20 мл хлористого этила; в дальнейшем корочка обычно образуется быстрее. Тотчас после ее образования следует прогреть замороженный участок ладонью. Меняя руки, прогревание следует продолжать до тех пор, пока побледнение, четко выступающее сразу же после оттаивания ледяной корочки и обусловленное спазмом кожных сосудов, не сменится покраснением, вызванным реактивной гиперемией.

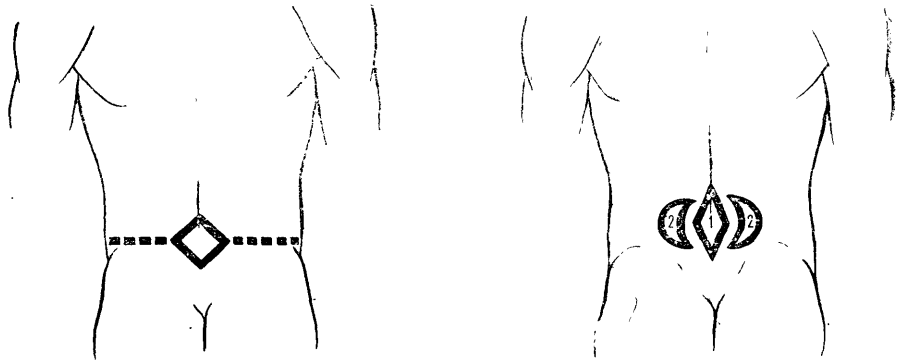


Рис. 76. Зона хлорэтиловой блокады при синдромах, обусловленных высвобождением эякуляторных автоматизмов из-под контроля церебральных центров.

Рис. 77. Основная зона хлорэтиловой блокады (1) и две дополнительные зоны (2).

В противном случае возможны отморожения в виде множественных пузырьков. Такая реакция возможна у некоторых больных и при достаточно строгом соблюдении всех технических правил проведения блокады. В подобных случаях замораживание при последующих сеансах производится в одной из расположенных рядом дополнительных зон (рис. 77).

Процедуру повторяют через 1—2 дня от 3 до 10 раз. Если один курс эффекта не дает или результаты оказываются нестойкими, то показан повторный курс через 1—2 мес. Хлорэтиловые блокады эффективны при вторичном патогенетическом синдроме у 95% больных, из них у 42% достигается полное выздоровление [239, с. 151—153]. При расстройствах, резистентных к хлорэтиловым блокадам, показана чжень-цзю-терапия.

Прогноз. При рассматриваемой форме больше, чем при любом сексопатологическом нарушении, исход определяется не только тяжестью и давностью расстройства, но и профессиональным искусством врача. Это обусловлено и тем, что сам синдром является осложненным, а в большинстве случаев к нему присоединяются синдромы нейрогуморальной и психической составляющих. Для распознавания скрытых опасностей врач должен свободно владеть всем диагностическим и лечебным арсеналом сексопатологии. Так, неэффективность самых обоснованных и безупречно проведенных урологических и неврологических лечебных воздействий обычно определяется формированием невроза ожидания, а неудовлетворенность больного, несмотря на нормализацию сексологических параметров, чаще всего оказывается проявлением психотического процесса.

Больной У., 53 лет.

СФМ: 222/221,5/223/1—6/5,5/7/1—19,5.

Жалуются на ослабление эрекций и укорочение полового акта. Болен около 16 лет. Все это время находится под наблюдением уролога, который еже-

тодно проводит курс массажа предстательной железы в сочетании с общеукрепляющим медикаментозным лечением (витамины, пантокрин и т. п.). После каждого курса массажа наступало улучшение на 2—3 мес. Однако последний курс массажа эффекта не дал; больной обратился в отделение сексуальной патологии.

Раньше при улучшении эякуляции наступала приблизительно после 20 фрикций, а к моменту обращения в отделение длительность сношения не более 5 фрикций, иногда эякуляция наступала в момент имиссии.

Либи́до пробудилось с 16 лет. Первая эякуляция произошла в 20 лет при ночной поллюции. Мастурбация с того же возраста (очень редко, не более 5—6 актов за всю жизнь). Половую жизнь начал после женитьбы (в 24 года). В течение первых месяцев имел сношения приблизительно 1 раз в сутки (экспессы не более 2), затем установился ритм 2—3 сношения в неделю, который поддерживал до 45 лет; после этого перешел на одно сношение в неделю. До начала заболевания продолжительность половых актов от начала фрикций до эякуляции составляла 1—2 мин.

У жены, которая на 2 года моложе, оргазм возникает легко, и несмотря на ускорение эякуляций у больного она получает удовлетворение почти всегда. В первые 3 года брака для предупреждения беременности пациент систематически применял прерванное сношение.

Рост 164 см, масса тела 79 кг. Высота ноги 87 см, ТИ 1,88. Эндокринная система и вторичные половые признаки без особенностей. Половой член в спокойном состоянии длиной 6 см, окружностью 9 см, головка закрыта; правое яичко — 2 см по длинной оси, мягкое, атрофичное, левое — 5 см, тугоэластической консистенции, слегка болезненное при умеренном сдавливании. При ректальном исследовании предстательная железа увеличена, пастозна; после непродолжительного мягкого массажа выделилось много сока. Микроскопия: 2—5—9 лейкоцитов в поле зрения, лецитиновых зерен мало. Патологических отклонений нервной системы, кроме выраженного общего гипергидроза, нет.

На первом этапе лечение было направлено на явления хронического асептического простатита: проведен курс массажа предстательной железы в сочетании с ионофорезом кальция и фосфора. Достигнуто значительное улучшение, подтверждаемое ректальным исследованием и вспомогательными лабораторными методами.

Однако, несмотря на все объективные признаки формального улучшения местных уrogenитальных проявлений, основные жалобы прежние: эрекции ослаблены, эякуляции наступают или после единичных фрикций, или *ante portas*.

Начат курс хлорэтиловых блокад.

После первой блокады было отморозжение, в связи с чем вторая блокада проведена в левом дополнительном поле. Следующее посещение назначено после двух половых сношений. Еще через неделю отмечает усиление эрекции, позволившее произвести имиссию без мануальных манипуляций на гениталиях, и удлинение сношения до нескольких минут (с превышением длительности, бывшей до начала расстройства; жена даже выразила неудовольствие по поводу чрезмерной длительности полового акта).

Блокады прекращены. Контрольное обследование через несколько дней и катамнез подтвердили стабильность улучшения сексуальных функций.

Диагностика вторичной патогенетической фиксации преждевременного семяизвержения (ЕРА/ЕАР-II) в данном случае основывалась на признаках первичного поражения уrogenитальной сферы в сочетании с неэффективностью местной терапии. Отсутствие положительных сдвигов от применения ионофореза и длительность заболевания (16 лет) заставляли заподозрить «верхний» вариант нарушения нервной регуляции эякуляторного автоматизма и провести хлорэтиловые блокады. Стойкое восстановление обоих нарушенных функциональных проявлений (ускорение эякуляции и вялость эрек-

ций) после двух блокад подтвердило правильность этой диагностической версии.

При всем этом следует обратить внимание на некоторые детали, свидетельствующие об опасности, угрожавшей больному в процессе лечения. Кроме запущенного хронического простатита (на грани атонии), у больного имелась выраженная задержка пубертатного развития, о чем свидетельствуют запоздание пробуждения либидо и первой эякуляции, евнухоидная морфограмма с низким ТИ и общее снижение показателей половой активности. Так, генотипический и фенотипический индексы располагаются в зоне очень слабой ($K_r=2,25$; $K_f=2,43$), а индекс половой активности — в зоне слабой ($K_a=2,66$) половой конституции. Эти неблагоприятные преморбидные факторы уравниваются, однако, регулярностью половой жизни (УФР на протяжении более 20 лет) и отсутствием психопатологических сдвигов (чему способствует установка жены на однократный оргазм, наступающий легко и быстро). Если начальная простатогенная ирритация сказывается укорочением индивидуальной длительности копулятивной стадии (1—2 мин) до единичных фрикций, то к моменту обращения в отделение сексуальной патологии интенсивность патологического процесса в самой предстательной железе явно снижается, и на первое место выходят вторичные неврогенные факторы. В этих условиях [см. 239, с. 404—405] недостаточно продуманное шаблонное применение хлорэтиловых блокад (3 раза в неделю от 6 до 9 сеансов) у 53-летнего больного с очень слабой половой конституцией могло бы спровоцировать переход из ЕР (ejaculatio praecox) в ЕТ (ejaculatio tarda) вплоть до формирования анэякуляторного феномена. В наблюдениях, подобных рассмотренному, при лечении блокадами необходимо проявлять крайнюю осмотрительность, проводя единичные сеансы под контролем функциональных сдвигов и с появлением первых признаков соскальзывания в симптомокомплекс задержанной эякуляции процедуры немедленно прекращать.

5.2.2. СИНДРОМ ПАРАЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОЛЕК (ПЕРВИЧНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ)

В наиболее частом клиническом варианте синдром представляет первичное поражение высших корковых центров регуляции уrogenитальных автоматизмов (опорожнение мочевого пузыря и прямой кишки, семяизвержение).

Этиология в большинстве случаев остается невыясненной: предполагается действие патогенных факторов в антенатальном периоде или родовая травма; реже синдром выявляется после травм соответствующей локализации у взрослых [62, с. 39—40].

Патогенез. Некоторые физиологические особенности иннервации уrogenитального аппарата (тесное переплетение произвольных и непроизвольных импульсаций, легкость формирования спазмати-

ческих состояний, принимающих под воздействием патогенных факторов болезненный характер, и т. п.) предрасполагают к высвобождению соответствующих спинальных автоматических функций (в частности, эякуляции и выведения мочи) из-под контроля высших регуляторных центров коры головного мозга, обеспечивающих целостность и адекватность этих сложнокоординированных поведенческих актов [62, с. 180—183]. В отдельных случаях с помощью ЭЭГ удавалось выявить в качестве патогенетического механизма непродвольную стимуляцию эпилептогенного очага в парацентральных дольках (по типу психических эквивалентов при эпилепсии).

Клиническая картина. Типичны ночной энурез и поллакиурия (учащенные императивные позывы к мочеиспусканию), ранние сексопатологические симптомы (первые эякуляции наступают на несколько лет раньше, чем следует по конституциональным параметрам, и с самого начала половой жизни обнаруживается преждевременная эякуляция без существенного удлинения фрикционной стадии даже при повторных сношениях с короткими интервалами). Неврологическая симптоматика свидетельствует о топической локализации в парацентральных дольках: признаки избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, анизокория, симптомы орально-автоматизма и др. [62, с. 28—51].

Супруги, не имеющие внебрачных половых связей и выводящие норму продолжительности полового акта из личного опыта, нередко считают, что у них нет никаких отклонений в сексуальной сфере. В подобных случаях с годами происходит спонтанное удлинение полового акта с приближением к средней статистической норме. При фиксации внимания на половых проявлениях с элементами психосексуальной травмы возможна реактивная невротизация, приводящая к ослаблению эрекции и подавлению либидо.

Диагноз синдрома парацентральных долек (ПЦД) основывается на раннем ускорении эякуляций. Еще до начала половой жизни, в очень молодом возрасте, наступают поллюции (ночные, дневные, адекватные и неадекватные), они бывают очень часто. Частота поллюций нередко маскируется мастурбацией, к которой прибегают даже пациенты со значительно ослабленной половой конституцией. Поскольку при сочетании синдрома ПЦД с задержкой пубертатного развития возраст первой эякуляции может не выходить за среднестатистические рамки [239, с. 195], полезно учитывать не только возраст как таковой, но и генотипический показатель половой конституции (K_r), делая соответствующие поправки [41].

Косвенным подтверждением синдрома ПЦД является энурез. Его сочетание с преждевременной эякуляцией определяется общностью эмбриоморфогенеза полового и мочепузырного аппарата и совместной локализацией их коркового представительства в пределах парацентральных долек (рис. 78). Отсутствие энуреза не исключает первичной патогенетической формы преждевременной эякуляции, по-

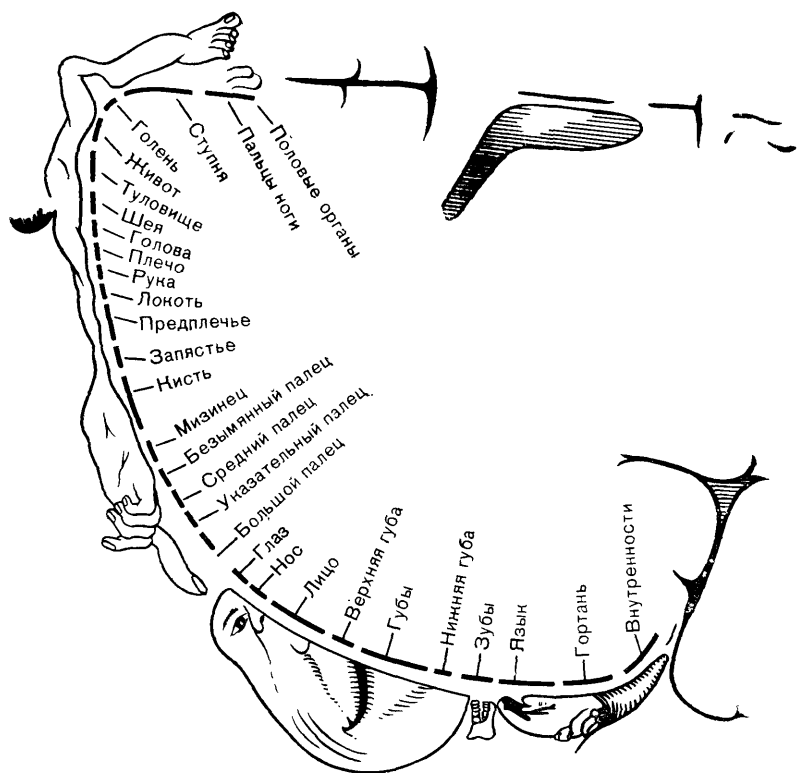


Рис. 79. Схема иннерваторного обеспечения на разрезе полушария, проходящем через центральную борозду (по Penfield, 1958).

пи наслаиваются другие нарушения, и распознавание синдрома ПЦД и его места в общей картине расстройства, особенно при атипичных вариантах (без энуреза или при скудной объективной симптоматике), затрудняется. Так, бывает трудно отграничить стержневой и осложняющий синдромы ускоренной эякуляции при простатитах, отягощенных нарушением межцентральных первичных отношений (вторичная патогенетическая титуляризация), от синдрома ПЦД, осложненного хроническим простатитом, особенно если подобные полисиндромные сочетания образуются на фоне задержек и дисгармоний пубертатного развития. Еще труднее отграничить сам синдром ПЦД, легко снимаемый хлорэтиловыми блокадами, от сформировавшейся на его основе сверхценной фиксации в виде невроза ожидания. Наконец, не всегда простым, но чрезвычайно важным является своевременное распознавание эндогенных процессуальных развитий, в одних случаях сопутствующих синдрому ПЦД, а в других даже имитирующих его сексологическую феноменологию.

В лечении синдрома ПЦД наиболее испытанным, простым и эффективным методом являются хлорэтиловые блокады (см. с. 269).

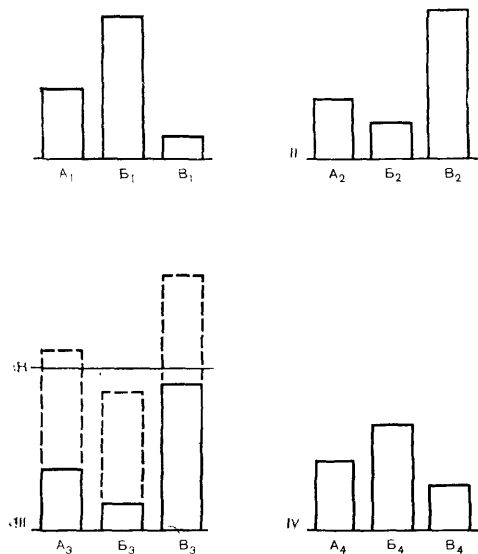


Рис. 80. Схема, иллюстрирующая изменение уровней функциональной возбудимости различных отделов центральной нервной системы под влиянием блокады.

I — норма; II — исходное (до блокады) состояние возбудимости при синдроме парацентральных долек; III — уровни возбудимости в фазе действия раздражающего компонента блокады (K — критический предел, по достижении которого мобилизуется запредельное, охранительное торможение); IV — уровни функциональной возбудимости после блокады; A₁B₁V₁ — различные уровни возбудимости (средний — A, высокий — B, низкий — V) системы обеспечения энкуляции в норме; A₂, A₃, A₄ — то же в соответствующих состояниях (обозначенных цифрами I, II, III, IV).

При этой форме они оказывают положительное действие в 77% случаев, из них у 36% больных наступает стойкое выздоровление [62, с. 150—153]. Для понимания процессов, происходящих при блокаде, на рис. 80, I условно обозначены три центра, в норме характеризующиеся средней (A₁), высокой (B₁) и низкой (V₁) возбудимостью (т. е. средним, низким и высоким порогами). На рис. 80, II обозначены те же соотношения, патологически измененные при синдроме ПЦД: возбудимость отдела A₂ незначительно понижена, отдела B₂ — резко снижена, а отдела B₂ — еще более резко повышена. Блокада воздействует, с одной стороны, как анестезия, временно «разъединяющая» различные отделы и высвобождающая их из-под контроля расположенных выше отделов, а с другой — как раздражитель. Это экстренное раздражение, влияя на функциональный тонус каждого из отделов, в первой фазе вызовет его повышение (см. рис. 80, III).

Сила и время действия раздражителя на различные отделы в данном случае будут равны, но результат окажется различным во всех отделах — проявится закон *исходной величины*. Его интимные механизмы определяются тем, что функциональная лабильность нервных образований имеет определенный критический предел (условно обозначенный линией K на рис. 80, III). По достижении этого предела в действие вступает физиологический механизм *запредельного торможения*. Взаимодействуя с отделом B₂, исходная возбудимость которого была очень низкой, добавочное раздражение в конечном счете повысит ее (см. рис. 80, III—IV). Напротив, в отделе B₂ с повышенной возбудимостью то же добавочное раздражение вызовет резкое запредельное торможение, что скажется значительным снижением возбудимости (см. рис. 80, III—IV). В отделе A₂ кри-

тический уровень достигается лишь к концу раздражения; пройдя критический предел, он вернется к состоянию, лишь слегка превышающему исходное. В результате отделы Б и В, находившиеся в состоянии извращенного тонуса по А. В. Вишневскому (см. рис. 80, II и I), после блокады выходят из него, приближаясь к норме (см. рис. 80, IV и I).

Наши клинические наблюдения показали при синдроме ПЦД намного большую эффективность хлорэтиловых блокад, чем новокаиновых. Объясняется это, по-видимому, разным соотношением анестетического и раздражительного компонентов со значительным преобладанием последнего при хлорэтиловых блокадах [62, с. 66—84].

Прогноз. В чистом виде (без осложнений) синдром ПЦД относится к числу самых благоприятных сексологических расстройств. По частотным характеристикам непосредственных лечебных результатов уступая лишь синдрому вторичной патогенетической дезинтеграции [с. 270 и 276], синдром ПЦД превосходит его по стойкости выздоровления.

Свойственная синдрому ПЦД тенденция к спонтанной нормализации длительности фрикционной стадии по мере достижения зрелого и преклонного возраста, особенно при сочетании с синдромами ретардации пубертатного развития, диктует необходимость вдумчивого обоснования показаний к проведению блокад. Как показала И. Л. Ботнева, при выраженных задержках пубертатного развития синдром ПЦД в патогенезе всего расстройства нередко играет положительную роль, благоприятно воздействуя на формирование сексуальных функций [41]; в подобных случаях, особенно при явлениях эякуляторной атаксии [78], следует крайне осмотрительно применять «сегментарную» рефлексотерапию (хлорэтиловые блокады, чжень-цзю-терапию и т. п.). Устранение синдрома ПЦД, приводя к повышению порога эякуляции, может вызвать срыв частичной адаптации, перевода внешней симптоматики из ускорения эякуляции в крайнюю степень эякуляторной ретардации — анеякуляторный феномен, или «функциональный асперматизм» [256]. В подобных случаях можно, сорвав равновесие, развалить функцию всей системы, исключив оргазм, выполняющий роль безусловнорефлекторного подкрепления.

Больной Т., 22 лет.

СФМ: 322/331,5/2,511/0—7/7,5/4,5/0—19.

Жалуется на ослабление эрекций и ускоренные семяизвержения, наступающие либо в момент введения полового члена, либо еще при подготовительных ласках. Даже при повторных сношениях никогда не удавалось произвести более 3—4, а при употреблении алкоголя — более 10 фрикций. Пациент переносит алкоголь очень плохо, также как пребывание в душных помещениях и поездки в транспорте (появляются вялость, неуправляемая сонливость, головная боль). До окончания средней школы энурез не реже 1 раза в неделю, а в холодное время года — каждую ночь; в последнее время 2—3 раза в год. Позывы к мочеиспусканию учащены (каждые 2—3 ч) и крайне настоятельны.

Интерес к половой сфере пробудился в 5 лет под влиянием девочки того же возраста, которая вовлекала его в сексуальные игры с взаимным рассматриванием гениталий (единичные эпизоды). Первый оргазм в 15 лет, при ночной поллюции. Эякуляции наступали очень легко; проводил систематиче-

ческий, до 2 раз в неделю, поверхностный петтинг на протяжении 3 лет, а затем мастурбировал (от 2 до 5—6 раз в неделю). Половая жизнь с 18 лет. На протяжении нескольких месяцев систематически встречался в благоприятных условиях с девушкой, но так и не смог произвести дефлорацию, потому что семяизвержение всегда, даже при повторных актах, наступало до введения полового члена.

В 20 лет женился на сексуально опытной женщине. Через несколько месяцев жена его оставила, так как не испытывала удовлетворения в браке. Пациент стал встречаться с первой партнершей и при повторном коитусе сумел произвести дефлорацию. В последнее время у нее изредка появляются оргастические разрядки, она явно «входит во вкус», и больной опасается, что, несмотря на привязанность, она тоже оставит его.

Телосложение несколько диспластично, худощав. ТИ 1,87. Оволосение на лице и груди развитое, гипертрихоз на спине. Намечается макушечное облысение. Оволосение на лобке с выраженной тенденцией к горизонтальности.

Зрачки узкие, меняющиеся анизокория ($S > D$ или $D > S$). Сухожильно-надкостничные рефлексы с рук и коленные равномерно живые, ахилловы резко понижены с изменяющимися двусторонними расширениями рефлексогенных зон и двусторонними асимметричными ИРЗ. Клоуус обеих стоп, исчезающий после 3—4 толчков, но вновь вызывающийся после кратковременного (около 1 мин) перерыва. Двусторонний ладонно-подбородочный и хоботковый рефлексы. Ладони холодные, влажные. Пульс лежа 56, стоя 82 уд/мин (ортоstaticкая разница +26).

Половой член длиной 10 см, окружностью 9,5 см, головка закрыта. Мошонка с хорошо развитой складчатостью, пигментированная. Яички по максимальной оси 5—5,5 см. Предстательная железа нормальных размеров, мягкоэластической консистенции, безболезненная, с хорошо определяющейся бороздкой.

Диагноз: синдром парацентральных долек на фоне задержки пубертатного развития с явлениями вегетативной лабильности.

Проведена психотерапевтическая беседа. Рекомендованы ежевечерние хвойные ванны. Начат курс хлорэтиловых блокад (3 раза в неделю), к концу которого улучшились эрекции и закрепился выявившийся после второй блокады сдвиг: при 2—3 встречах в неделю проводит троскратный коитус; первая эякуляция наступает после 6—8 фрикций, третья — после 20—30, чего прежде никогда не было («я впервые почувствовал себя полноценным мужчиной»).

После полуторамесячного перерыва проведен повторный курс из 8 блокад. Так же, как при первом курсе, максимальный эффект выявился после 2-й и 3-й блокад. В результате всегда доводит интимную близость до полного удовлетворения партнерши (сексуальность у нее пробудилась), для чего теперь бывает достаточно однократного сношения, и лишь изредка требуется повторный коитус.

Через полтора года при контрольном катамнестическом обследовании: несколько месяцев назад пациент вступил в брак. При 3—6 сношениях в неделю (чаще однократных) продолжительность фрикций от $1\frac{1}{2}$ до 3—4 мин (в среднем 1—2 мин). Все сношения заканчиваются ободным удовлетворением. За прошедшие с начала лечения почти 2 года не было ни одного случая эякурезы и полностью сгладились явления поллакиурии.

5.2.3. ПОРАЖЕНИЕ ЭЯКУЛЯТОРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ СПИННОГО МОЗГА

Этиология — см. в разделе «Поражение эрекционной составляющей при патологии спинного мозга» (4.2.1.).

Патогенез. Развитие эякуляторных нарушений при спинальной патологии связано с поражением спинномозгового центра эякуляции и (или) проводящих путей, связывающих его с вышележащими образованиями головного мозга. Центр эякуляции не имеет, оче-

видно, такой четкой локализации в спинном мозге, как центр эрекции. Разные авторы указывают на его локализацию в различных поясничных, а также нижнегрудных сегментах, а некоторые отрицают его существование. Однако наиболее распространено мнение, что он расположен в $L_1 - L_{III}$ [162]. Выявлена полная функциональная зависимость спинального центра эякуляции от соответствующих церебральных образований [331]. В обзоре И. Я. Юпемана [331] приведено предположение, что волокна, проводящие чувствительные импульсы из аногепитальной зоны, рассеяны по поперечнику спинного мозга. Определенную роль в развитии эякуляторных нарушений при спинальной патологии играют и нейроэндокринные и воспалительные явления в предстательной железе, легкие гормональные нарушения, общее состояние больных, невротические нарушения и поведение сексуальной партнерши [163, 331].

Клиника. По данным Хиггинса [406, с. 387], способность к эякуляции у спинальных больных колеблется от 0 до 7% при полном поперечном поражении и от 27 до 32% при частичном нарушении проводимости спинного мозга. По данным Карагандипского спинального реабилитационного центра [163, 331], эякуляция при поражениях спинного мозга утрачивается в среднем в 65% случаев. Различные эякуляторные нарушения обычно сочетаются с гипо- и анэрекционными расстройствами, реже становятся основным сексопатологическим симптомом (36,5%). При достаточной эрекции половая жизнь у таких больных возможна.

Выделены следующие варианты нарушений эякуляции у больных с поражением спинного мозга [163, 331] (в порядке частоты): 1) анэякуляторный, при котором эякуляции не возникают ни при половом акте (несмотря на хорошую эрекцию и достаточную продолжительность коитуса), ни при механических стимуляциях эрогенных зон полового члена, ни при эротических сновидениях; возможна только периодическая сперматорея при натуживании (мочепускание, дефекация); в качестве основного сексопатологического расстройства этот вариант наблюдался в 27% случаев; 2) тардэякуляторный — эякуляция возникает только после значительно продленной копулятивной стадии и то не всегда; еще труднее эякуляция достигается при механической стимуляции полового члена; 3) прекоксэякуляторный — эякуляция возникает до нитроитуса или после 5—10 фрикций.

При проводниковом синдроме эякуляция отсутствует у 72% больных, причем при полном нарушении проводимости спинного мозга наблюдается в основном анэякуляторный вариант, а при частичном возрастают тардэякуляторные расстройства. Тардэякуляторный вариант чаще наблюдается при поражении передних отделов спинного мозга [331]. Оргазм у больных с отсутствием эякуляции не возникает; при задержанной эякуляции он чаще ослаблен, иногда отсутствует. У небольшого количества больных с проводниковым синдромом (2,2%) ослабление оргазма было единственной сексологической жалобой. Половое влечение при проводниковом синдроме снижено несколько чаще, чем при сегментарном [331].

При сегментарном синдроме эякуляция сохраняется более чем в половине случаев, чаще сохранен и оргазм. Значительно чаще, чем при проводниковом синдроме, наблюдается ускоренная эякуляция (при частичном поражении спинного мозга по поперечнику) [163, 331]. При более грубых (и полных) поражениях спинного мозга на уровне эякуляторного центра закономерны тард- и анэякуляторные расстройства.

При поражении спинного мозга выявляются изменения эякулята в виде олиго- или гипоспермии, что, вероятно, обусловлено нейродистрофическими и воспалительными изменениями в половых органах. Генеративная функция сохраняется только в 1—20% случаев [162, 163].

Течение. По миновании острого периода поражения спинного мозга, во время которого, как правило, отсутствуют все сексуальные проявления, начинают определяться различные нарушения эякуляции. Возникшие в раннем восстановительном периоде эякуляторные расстройства довольно стойко сохраняются во всех последующих периодах заболевания, обнаруживая значительную резистентность к терапии. В процессе лечения отмечается даже некоторое увеличение процента больных с нарушениями эякуляции (особенно анэякуляторного варианта), что связано с улучшением у ряда больных эрекционной функции и появлением способности к половым актам [163, 331].

Лечение больных с ан-, тардэякуляторными и гипооргастическими нарушениями при поражениях спинного мозга полностью совпадает с лечебными мероприятиями, описанными в разделе о лечении эрекционных нарушений у спинальных больных. Несколько отличается лишь терапия больных, у которых основной жалобой является ускоренное семяизвержение. Этим больным при сохранности всех остальных половых функций не показаны общетонизирующие (женьшень, пантокрин и др.), гормональные и повышающие возбудимость спинного мозга (стрихнин, секуринин, прозерин) препараты. При применении иглотерапии необходимо использовать тормозной метод с постепенно нарастающей интенсивностью раздражения и оставлять иглу в тканях на 25—45—50 мин [163, 331]. Показаны транквилизаторы, нейролептики типа меллерила.

6.1. СЕМИОТИКА РАССТРОЙСТВ ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ

Если нейрогуморальная и психическая составляющие у женщин по синдромам почти повторяют аналогичные составляющие у мужчин, то генитосегментарная не является аналогом объединения двух мужских составляющих (эрекционной и эякуляторной). Причина невыделения эрекционной составляющей не только в том, что женщинам для участия в половом акте не обязательны ни эрекция клитора, ни увеличение кровенаполнения бульбарных и вагинальных венозных сплетений, хотя для полноценного полового акта женщине тоже необходимо определенное кровенаполнение гениталий. Не является кровенаполнение и традиционным символом сексуальности (как эрекция у мужчин). Влияние на сексуальность женщины патологических изменений в гениталиях также не аналогично роли урологических расстройств у мужчин. Для определения сохранности (или, напротив, поражения) генитосегментарной составляющей у женщин применяются следующие критерии.

1. ОБЩИЕ

1. Невозможность или затруднение интроитуса из-за анатомических изменений наружных половых органов.

2. Исчезновение оргазма, притупление ощущений во время коитуса, наступившее сразу после травм, родов, чаще патологических: роды крупным плодом, быстрые роды, оперативное родовспоможение (щипцы, вакуум-экстрактор, перинеотомия, эпизиотомия), разрывы родовых путей.

3. Болезненность при коитусе и гинекологическом исследовании.

4. Признаки патологического поражения порогов возбудимости, облегченное достижение оргазма:

а) оргазм в неадекватной обстановке, при повышении общего возбуждения, в стрессовой ситуации, при вибрациях;

б) оргазм независимо от ситуации без предварительного повышения возбуждения (например, с любым, даже неприятным партнером, без предварительного «настроя», на любом эмоциональном фоне); способность к повторным, многократным оргазмам;

в) учащение ночных оргазмов даже без сновидений или при любых «стрессовых» сновидениях.

2. СПЕЦИФИЧЕСКИЕ

1. Объективно регистрируемые гинекологическим исследованием:

а) врожденные аномалии развития половых органов, делающие невозможным или затрудненным интроитус (патология девственной плевы, отсутствие или недоразвитие влагалища, перегородки, узость и нерастяжимость влагалища);

б) рубцовые, деформирующие изменения и опухоли, затрудняющие интроитус;

в) деформация, рубцовые изменения генитальных эрогенных зон, снижающие чувствительность;

г) несостоятельность мышц тазового дна и промежности, опущение и выпадение влагалища и матки; нарушение кровенаполнения кавернозных тел и венозных сплетений;

д) болезненность при гинекологическом исследовании, вызванная воспалительными процессами в гениталиях (кольпит, вульвит, метрит, параметрит, периметрит, аднексит), эндометриозом (чаще задним) и в результате деформаций любой этиологии.

2. Объективно регистрируемые неврологические симптомы:

а) изменения чувствительности наружных половых органов;

б) заинтересованность парацентральных долек.

Для подтверждения нарушений генитосегментарной составляющей и дифференциальной диагностики с поражением других составляющих необходимо установить нарушения, объективно регистрируемые при неврологическом или гинекологическом исследовании.

Например, невозможность или затруднение интроитуса может быть вызвано как анатомическими изменениями (генитосегментарная составляющая), так и судорожным сокращением мышц промежности и тазового дна (явления вагинизма при поражении психической составляющей). Подтверждение (или отсутствие) анатомических изменений при объективном исследовании необходимо, так как жалобы могут не иметь различий не только по содержанию, но и по выраженности (и в том и в другом случае интроитус невозможен, и страх после неудачной попытки при дефектах развития и рубцовых изменениях может вызвать «классическую» картину вагинизма).

В случаях поражения самой генитосегментарной составляющей при объективном исследовании выявляются или пороки развития, или рубцовые деформирующие изменения и опухоли, делающие интроитус невозможным или затрудняющие его тем, что вызывают боль. Например, некоторые формы девственной плевы затрудняют интроитус (сплошная, с перегородкой, с несколькими мелкими отверстиями).

Между эпителиальными слоями девственной плевы расположена соединительнотканная основа с эластическими, коллагеновыми и мышечными волокнами, определяющими толщину и тургор девственной плевы. От соотношения структурных элементов и их толщины зависит растяжимость плевы. Препятствием для интроитуса (дефлорации) может быть мясистая (толстая с преобладанием соединительнотканых элементов) или волокнистая (с хорошо развитыми коллаген-

новыми волокнами) девственная плева. Ее свободный край, переходящий к периоду полового созревания, в пожилом возрасте вновь утолщается и уплотняется.

Гинатрезии (заращения) влагалища могут быть врожденными, возникшими в результате внутриутробной инфекции или пороков развития, и приобретенными в результате воспаления (в том числе после местного воспалительного процесса при детских инфекциях — корь, скарлатина, дифтерия), в результате травм (родовой, оперативной и др.), применения прижигающих веществ и радиоактивных препаратов.

Клинические признаки гинатрезии при нормально функционирующей матке возникают, как правило, в период полового созревания. Вначале появляются ежемесячные умеренные тянущие боли внизу живота без выделения менструальной крови; постепенно боли усиливаются и ухудшается общее состояние больных (тошнота, головные боли, кишечные нарушения).

При одновременном отсутствии (или недоразвитии) влагалища и матки аменорея не сопровождается циклическими болями, и недоразвитие влагалища (от полного до частичного) выявляется либо при обследовании по поводу аменореи, либо при попытках начать половую жизнь. Аплазия (отсутствие) влагалища также диагностируется обычно в период полового созревания. Другими пороками развития влагалища являются перегородки, удвоение, нередко сочетающиеся с удвоением матки, и отсутствие влагалища при врожденном аденогенитальном синдроме.

При атрезии девственной плевы вследствие скопления во влагалище менструальной крови определяется опухолевидное образование синюшного цвета, раздвигающее большие и малые половые губы. Это образование (растянутое кровью влагалище — гематокольпос) нередко заполняет всю полость малого таза. При ректальном исследовании определяется мягко- или тугоэластичная консистенция этого образования. При заращении влагалища (даже нижней его части) выпячивания и синюшной окраски девственной плевы нет. Влагалище расширяется и растягивается настолько, что матка определяется на уровне пупка.

При аномалиях развития влагалища его размеры и положение можно определить рентгенологически. Затруднения или болезненность при половом акте возникают при больших кистах влагалища, фибромиомах, выпячивающих стенку влагалища или располагающихся в его просвете на ножке, а также злокачественных опухолях наружных половых органов и влагалища.

Одним из критериев поражения генитосегментарной составляющей являются боли при коитусе (во всех или определенных позициях), подтвержденные гинекологическим исследованием: воспалительные изменения, эндометриоз, деформации влагалища. Гинекологическое исследование при этом обычно также вызывает боль. Однако сексопатологу не следует забывать, что генитоалгии без объективных изменений в гениталиях могут быть вызваны не только неврологическими изменениями (подтверждающимися при неврологиче-

ском обследовании), но и сенестопатиями при сенестопатически-ипохондрическом синдроме (поражение психической составляющей). Воспалительных (или другой природы) заболеваний гениталий недостаточно для диагностики поражения генитосегментарной составляющей. По Я. Рабоху [489], сексуальные нарушения встречаются у женщин в 32,4% без воспалительных заболеваний гениталий, а у женщин, ими страдающих, — в 61,4% случаев. Однако это объясняется не только воспалительными процессами. При задержке созревания, явлениях инфантилизма (длинные извитые маточные трубы, нарушения физиологии влагалища и т. п.) и сниженной адаптации ко всем патогенным факторам создается большая подверженность инфекции и, следовательно, воспалительным процессам в гениталиях. Как у девочек с задержкой полового созревания чаще, чем в норме, бывают хронические тонзиллиты и другие респираторные заболевания, так и у женщин со слабой половой конституцией любая инфекция легче вызывает воспалительные процессы в гениталиях. Кроме того, во многих случаях в воспалительный процесс вовлекаются яичники (оофорит) и нарушается их функция (нарушение нейрогуморальной, а не генитосегментарной составляющей), на фоне гормональных нарушений легче возникают нарушения сексуальности. Не следует забывать и личностную реакцию женщины на воспаление половых органов. Если оставить в стороне венерические заболевания (гонорея, трихомонадный кольпит), обычно резко ухудшающие отношения с партнером (недоверие, упреки, отчуждение и т. п.), то и при неспецифических воспалительных заболеваниях нередко возникает мысль о заражении и сексуальных нарушениях. Сексуальность дезактуализируется и при выявлении онкологической патологии. Во всех случаях воспалительные заболевания гениталий нарушают не генитосегментарную, а психическую составляющую.

Исчезновение оргазма, притупление ощущений во время коитуса после травм гениталий и родов (чаще патологических) могут быть вызваны поражением не только генитосегментарной, но и нейрогуморальной (например, поражение гипофиза при синдроме Шихена после массивной кровопотери в родах), и психической составляющей (например, могут снизиться ощущения и исчезнуть оргазм после травмы и родов на фоне депрессий: реактивной депрессии, если в результате травмы или патологических родов наступает инвалидизация молодой женщины или если в родах умирает ребенок, или выраженного астено-депрессивного синдрома при послеродовых психозах).

Если утрата оргазма и снижение ощущений вызваны поражением генитосегментарной составляющей, то объективно обязательно выявляются рубцовые изменения в области генитальных эрогенных зон или несостоятельность мышц тазового дна и промежности, опущение или выпадение влагалища и матки, сопровождающиеся снижением чувствительности генитальных эрогенных зон.

К сожалению, акушеры-гинекологи упускают разрывы половых органов после родовой травмы без учета последствий, возможных после перевязывания венозных сплетений гениталий. Ветви чувст-

вительных первов, если не паруются в результате разрыва, то в шов попадают почти всегда. При разрыве пещеристых тел клитора, венозных сплетений, луковиц преддверия бывает сильное кровотечение. Для его остановки и предупреждения гематомы ушивается и перевязывается практически все сплетение, сосуды в дальнейшем облитерируются и кровенаполнение пещеристых тел при коитусе или не осуществляется, или осуществляется частично. Полноценное кровенаполнение не наступает и после разрывов мышц, затрудняющих в норме отток из пещеристых тел и венозных сплетений. Разрывы других мышц тазового дна (как циркулярных, так и продольных) не только способствуют опущению влагалища и матки и затрудняют оплодотворение из-за вытекания семенной жидкости, но и создают из-за расширения влагалища и входа в него функциональное несоответствие половых органов при коитусе, снижают специфические ощущения (как у женщины, так и у мужчины) и затрудняют (или делают невозможным) создание «оргастической мажетки» (W. Masters, V. Johnson, 1966) при нарастании возбуждения. Оргазм или не наступает, или становится бледным в результате слабого кровенаполнения и выпадения ритмического сокращения мышц тазового дна.

При обследовании женщины проверяют чувствительность наружных гениталий методами, применяемыми в неврологии; кроме того, возможна проверка чувствительности аппаратом «вибромассаж». Это проверка тактильной, а не специфической чувствительности, которая в неадекватной обстановке гинекологического обследования не возникает. Зоны высокой тактильной и специфической чувствительности совпадают, и при утрате тактильной чувствительности утрачивается и специфическая.

Недостаточность мышц промежности, которая бывает и без видимого разрыва, можно определить, надавливая пальцами на промежность и оттягивая ее к заднему проходу. При перерастяжении мышц промежности, их разрыве (так называемом подкожном) или плохом ушивании, если захватить промежность между указательным пальцем, введенным во влагалище, и большим, помещенным на кожу промежности, удастся установить, что толщу промежности составляют слизистая оболочка влагалища, клетчатка и кожа, а мышц почти нет. Определить сохранность и функциональное состояние циркулярных мышц можно, попросив женщину сжать мышцы влагалища и заднего прохода. При этом два пальца врача введены во влагалище.

Для пальпации леваторов вводят согнутый палец (или два пальца) за медиальный край леватора и, выводя палец назад по боковой стенке влагалища, прощупывают брюшко леватора поочередно с каждой стороны, определяя высоту его прикрепления к лобковой кости. Можно получить еще более полное представление о леваторах, ощущая их при помощи указательного и большого пальцев и определяя мощность и податливость мышцы (отрыв, атрофия леватора, рубцовые изменения, гипотрофия). Введя затем указательный и средний пальцы, повернув их тыльной поверхностью к лонной

дуге и раздвинув пальцы в стороны, определяют расстояние между внутренними краями обоих леваторов. Если у нерожавшей женщины в норме оно равно поперечнику одного пальца, то у рожавшей, особенно при опущении стенок влагалища, оно равно поперечнику 2—3 пальцев и более.

Снижение порогов эякуляторного центра у мужчин при синдроме ПЦД укорачивает половой акт и довольно часто приводит пациента к сексопатологу. Только при очень слабой половой конституции синдром ПЦД бывает у мужчин «со знаком плюс», т. е. не только не вызывает нарушений, но маскирует задержку пубертатного развития, облегчает эякуляцию. В результате этого «положительно» влияния сексуальные проявления оказываются на более высоком уровне, чем предопределялось слабой конституцией. Женщины — посетительницы этой патологии, как правило, находятся в таком же выигрышном положении, так как оргазм у них наступает быстрее и легче из-за сниженных порогов. Обычно это не вызывает отрицательной реакции ни у женщин, ни у мужчин, и до последнего времени считалось, что женщины с этим видом патологии не нуждаются в помощи сексопатолога. Однако в некоторых случаях синдром ПЦД создает неудобства у женщин: раннее наступление оргазма и пробуждение сексуальности при интеллектуальной незрелости могут провоцировать асоциальное поведение. В некоторых случаях вызывают тревогу оргазмы в неадекватной обстановке (особенно если они часто повторяются) и частые (ежедневно и чаще) эротические сновидения с оргазмом и т. п. Снижение порогов возбудимости при синдроме ПЦД (поражение гепитосегментарной составляющей) необходимо дифференцировать с поражением глубоких структур мозга (нейрогуморальная составляющая) и эпилепсией, когда оргазмы возникают приступообразно, без видимых причин, и с нимфоманией при эндогенных процессах (психическая составляющая), когда преобладают возбуждение, влечение, а оргазм наступает с трудом. Для диагностики поражения гепитосегментарной составляющей необходимо подтвердить синдром ПЦД: энурез в прошлом, поллакиурия, нерегулярности дефекации, не связанные с погрешностями в диете, при объективном обследовании симптомы избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россоломо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, симптомы орального автоматизма (методика обследования подробно описана на с. 355—359 [239]).

6.2. РАССТРОЙСТВА ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Расстройства генитосегментарной составляющей чаще возникают при урогенитальном венозном застое, воспалительных заболеваниях внутренних гениталий и опухолях и травмах гениталий. Все эти состоя-

ния могут осложниться вторичной патогенетической титуляризацией (изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации генитальной сферы).

До сих пор взаимоотношения между синдромами нейрогуморальной, психической и генитосегментарной составляющих изучены недостаточно. Данные различных авторов противоречивы. Так, по Я. Рабоху [489], сексологические расстройства встречаются чаще у женщин, страдающих гинекологическими заболеваниями, чем у здоровых. Л. Д. Боровенская (1974) также приводит данные, указывающие на значительную роль воспаления гениталий в развитии сексуальной патологии у женщин. По данным З. В. Рожановской [272], процент аноргазмии у женщин с гинекологическими воспалительными заболеваниями по сравнению со здоровыми статистически достоверных различий не имеет. Однако эти противоречия имеют относительное значение, так как сексологические расстройства развиваются по собственным механизмам и зависят от воспаления внутренних гениталий лишь у определенной группы женщин. Патогенное действие воспалительного процесса на сексуальные функции проявляется в первую очередь у женщин с измененным обеспечением нейрогуморальной и психической составляющих или при нарушенных межличностных отношениях в браке.

6.2.1. РАССТРОЙСТВА ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ГЕНИТАЛИЙ

Воспалительные заболевания внутренних гениталий характеризуются преобладанием дистрофического компонента над «чисто воспалительным».

Этиология воспалительных заболеваний внутренних гениталий в подавляющем большинстве случаев обусловлена инфекционными факторами (вирусы, бактерии, бактериальные токсины и т. д.), предрасполагают аборт, переохлаждения, профессиональные вредности, а также некоторые нарушения психогиигиены половой жизни (А. Э. Мандельштам, 1957).

В патогенезе сексологических расстройств при этих заболеваниях важное место принадлежит (Н. А. Хафизова, 1969) сосудистым нарушениям (дефицит кровообращения и дистония сосудов органов малого таза).

В процесс вовлекается и периферическая нервная система, в частности солнечное сплетение, аортальные и подчревные узлы [192]. Имеются указания (В. М. Лотис, 1962) и на нарушение функций ЦНС. Патологический очаг в гениталиях при некоторых условиях может дезорганизовать интегративные аппараты мозга, влияющие на функциональное состояние ряда звеньев репродуктивной системы, вовлекая в процесс соматотропные и половые функции (М. А. Петров-Маслаков и др., 1976).

Взаимосвязь нервных и гуморальных процессов у больных с воспалительными заболеваниями отражается в расстройствах взаимоотношений гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников, яичников и матки (С. Ш. Джабраилова, 1968).

Клиника. Характер сексологических расстройств у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних гениталий наглядно демонстрирует СФЖ, выведенная как средняя арифметическая при анализе типовых профилей: 3,32,3/1,82,2/1,41,8/2,32,2/2,3/1—5,6/4/3,2/4,5/2,3/1—20,6. Здесь наиболее снижены показатели третьей диады.

Проявления сексологических расстройств при воспалительных заболеваниях внутренних гениталий многообразны и зависят от того, какие составляющие и в какой степени вовлечены в болезненный процесс. При хроническом воспалительном процессе с сексологическими расстройствами поражение нейрогуморальной составляющей наблюдается у 68,9%, психической — у 82,8% больных. Однако тяжесть поражения отдельных составляющих в каждом случае различна: в качестве стержневых расстройства психической составляющей отмечаются у 54%, нейрогуморальной — у 36%, генитосегментарной — у 10% больных. При значительном вовлечении всех составляющих появляются нарушения оргазма, притупление специфических ощущений (Wollust) фрикционного периода и снижение либидо. Из жалоб, как правило, выясняется, что вначале «сглаживается» оргазм, затем появляется «трудность» его достижения и, наконец, снижается оргастичность. Далее присоединяются гипестезия в периоде фрикций и «выпадение» оргазма. На первых стадиях сексологического расстройства женщины обычно жалуются только на снижение сексуального либидо, на следующих стадиях и в ряде тяжелых случаев оно отсутствует. Тем не менее у женщин с сильной и средней половой конституцией сексуальное либидо может сохраняться и при стойкой аноргазмии, и даже при генитоалгиях. Такие состояния особенно тягостны. Этим чисто сексологическим симптомам обычно сопутствуют постоянные или периодические боли внизу живота, нередко иррадиирующие во влагалище, прямую кишку, нижние конечности и пояснично-крестцовую область. На поздних стадиях больные жалуются на неустойчивое настроение или его снижение, утомляемость, сонливость, трудность засыпания, поверхностный сон, снижение памяти, головные боли, головокружения, раздражительность, вспыльчивость, сердцебиения и др.

При гинекологическом исследовании определяются деструктивные изменения внутренних половых органов в зависимости от локализации, стадии и длительности воспалительного процесса, а также болезненность (локальная, разлитая, иррадиирующая).

Локализация воспалительного процесса в придатках матки приводит к более выраженной сексологической симптоматике: стойкой аноргазмии и снижению сексуального либидо вплоть до его отсутствия. При локализации процесса в матке и клетчатке таза на первый план выступают нарушения оргазма, а нарушения сексуального либидо менее выражены.

В крови наблюдаются увеличенная СОЭ и положительная реакция на С-реактивный белок. Данные кольпоцитологических исследований и тестов функциональной диагностики нередко свидетельствуют о гипофункции яичников в виде недостаточности обеих фаз менструального цикла или преимущественного угнетения лютеиновой фазы. Реографические исследования показывают нарушения кровообращения в органах малого таза. У большинства больных с длительным воспалительным процессом имеются нарушения межличностных отношений с акцентом на психической и сексуальной составляющих брачного потенциала.

Большая Л., 32 лет, инженер. Образовательный индекс 15. Замужем 10 лет. Направлена на консультацию терапевтом.

СФЖ: 32/11,5/01/34/3/1—5/2,5/1/7/3/1—19,5.

Жалобы на появившееся безразличие к половой жизни, боли внизу живота и поясничной области, усиливающиеся во время и после коитуса, учащенное мочеиспускание, запоры. Отмечает беспокойный сон, подавленное настроение на протяжении всего дня, общую слабость, сниженную работоспособность, высказывает мысли о «нераспознанности тяжелого заболевания».

Заболела 7 лет назад после родов, осложненных эндометритом с последующим двусторонним сальпинго-оофоритом. Лечилась в стационаре 3 нед, затем амбулаторно около 2 нед, после чего состояние нормализовалось. Через полгода забеременела. Медицинский аборт при беременности 10 нед с осложнением (повторное выскабливание через 6 дней после выписки). После аборта было обострение воспалительного процесса, лечилась амбулаторно. В последующем было еще 3 аборта, которые всегда обостряли воспалительный процесс в придатках матки. Лечилась у гинеколога, терапевта, невропатолога, уролога, но без заметного эффекта.

Родилась в рабочей семье первым ребенком. В детстве перенесла корь, паротит, в 10 лет — инфекционный гепатит. Менструации с 13½ лет по 5 дней через 28 дней, установились сразу, умеренные, безболезненные. В течение последних 2 лет стала замечать нарушения месячных: увеличилось число менструальных дней, усилилась кровопотеря, появились болезненность, задержки менструаций до 5—7 дней. Последние менструации 10 дней назад. Платоническое либидо с 16 лет, эротическое — с 18. Мастурбации с 18 лет с эротическим фантазированием и оргазмом до 2 раз в неделю. С будущим мужем до брака встречалась около года, свидания почти всегда сопровождалась выраженными фрустрациями. Половая жизнь в браке, с 22 лет (мужу было 24 года). Дефлорация с незначительными болями и кровянистыми выделениями. Оргазм стала испытывать через неделю после начала половой жизни, затем он стабилизировался в 80—100%. Первые 2 года предохранялись прерванным сношением. Роды одни, абортов 4. Последние 3 года не беременеет, но по-прежнему предохраняются прерванными сношениями.

Рост 161 см, масса тела 66 кг, окружность грудной клетки 82 см, ширина плеч 39 см, высота ноги 84 см (ТИ 1,92). На коже живота и наружной поверхности бедер — стрии белого цвета, прерывистые. Оволосение лобка по женскому типу, прореженное. Артериальное давление 115/70 мм рт. ст. на обеих руках.

Наружные половые органы развиты правильно, промежность низкая, головка клитора закрыта, от нее до наружного отверстия уретры 2,5 см, слизистая оболочка вульвы бледно-розовая. При осмотре в зеркалах влагалищная часть шейки матки цилиндрической формы, нормальной величины, наружный зев имеет боковые надрывы, приоткрыт, обращен кзади, выделения слизистые, желтоватые. Складчатость влагалища умеренная, глубина до шейки матки 6 см, глубина заднего свода 2 см. Матка в нормальном положении, слегка увеличена, умеренно болезненная при пальпации и смещении. Придатки матки с обеих сторон тяжистые, болезненные. Своды укорочены, уплотнены и болезненны. Мышцы тазового дна дряблые.

Сухожильные рефлексы равномерно снижены. Брюшные рефлексы вялые. Ладони холодные, влажные. Пульс лежа 72, стоя 86 уд/мин. Белый дермографизм не вызывается, красный — через 17 с, держится 2 мин.

Многочисленные жалобы на утомляемость, апатию, нарушения сна, боли в пояснице, животе, онемение рук; высказывает их обстоятельно, склонна к слезливости. Опасается «пераспознанной тяжелой болезни».

Анализ крови: гемоглобин — 68 ед. (11,3 г%); СОЭ — 12 мм/ч; л. — 6 800; э. — 1%; нейтрофилы: п. — 3%, сегм. — 61%, лимф. — 12%. Анализ мочи без изменений. Влагалищное отделяемое: лейкоциты — 15—20 в поле зрения; флора мелkobациллярная; слизь — значительное количество. Симптом «зрачка» и «феномен папоротника» к 14-му дню цикла ++. Кольпоцитология: КИ—42%, ЭИ—34%, что свидетельствует о недостаточности как фолликулиновой, так и лютеиновой фаз менструального цикла. Реограмма свидетельствует о значительном дефиците кровообращения в органах малого таза с явлениями сосудистой дистонии и затрудненным венозным оттоком.

При исследовании межличностных отношений выявлена дезадаптация по психическому и сексуальному факторам брачного потенциала.

Диагноз: хронический эндометрит и сальпинго-оофорит после родов у женщины с дисгармонией пубертатного развития, обусловившие снижение гормональной секреции яичников. Депрессивно-ипохондрическая реакция. Сексуальная дезадаптация в браке.

Лечение: курс корригирующей психотерапии, направленной на перестройку субъективного отношения больной к заболеванию. Санация гинекологического воспалительного очага: пирогенал с антибиотиками и последующим курсом гинекологического массажа. Рекомендован температурный метод контрацепции по В. Фиялковскому. Через 3 нед после начала лечения, на 9-м сеансе психотерапии и гинекологического массажа отметила значительное уменьшение болей и улучшение общего состояния, появилась заинтересованность в лечении. Однако настроение оставалось неустойчивым, а отношения с мужем — формальными. Дополнительно назначен сиднокарб.

После курса массажа (15 процедур) исчезли боли. Контрольная реография показала улучшение кровообращения в малом тазу. На один из сеансов психотерапии приглашен супруг, после вводной беседы проведена ситуационно-ролевая игра с картами эrogenных зон по В. И. Здравомыслову. В следующее посещение (через 3 дня) отметила улучшение настроения, появилось влечение к половой жизни, стала испытывать приятные ощущения. Проведены сеансы внушения паяву и ситуационно-ролевая игра по принятию решений в поведении во время интимной близости. Еще через 3 дня сообщила, что пережила яркий оргазм (приблизительно через 40 фрикций), чувствует себя хорошо. Через месяц СФЖ=34, жалоб нет, самочувствие хорошее. Рекомендовано санаторно-курортное лечение. Катамнез через год: жалоб нет, самочувствие хорошее, испытывает оргазм (80%).

6.2.2. ВТОРИЧНАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТИТУЛЯРИЗАЦИЯ (ИЗМЕНЕНИЕ МЕЖЦЕНТРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ОТНОШЕНИЙ, ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ ПОСЛЕ САНАЦИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА)

При нарушении пейровегетативного контроля над трофической, иммунобиологической и пластической функциями соединительной ткани отмечены значительные последствия этого на периферии при воспалении (И. П. Пшеничный, 1978). Большинство клиницистов связывают эти последствия с перенесенным искусственным абортom (М. А. Петров-Маслаков и др., 1976), некоторыми формами воспалительных заболеваний матки и придатков, несоблюдением психогиги-

гиены половой жизни (Л. Д. Боровенская, 1974) и т. д. Полагают, что наряду с общепатологическим действием искусственный аборт приводит к повреждению глубоких слоев эндометрия и миометрия, где заложена сеть периферической иннервации матки, вовлекающаяся в рубцовый процесс в период заживления. Далее образуются культевые невритомы, создающие очаг длительного раздражения, импульсы которого идут в вышележащие отделы нервной системы. Вовлечение в воспалительный процесс вегетативной иннервации женских половых органов (околоматочных, подчревных и солнечного сплетений) отягощает своеобразным нейрогинекологическим симптомокомплексом хронические воспалительные процессы в гениталиях (М. А. Петров-Маслаков и др., 1976).

Сексологические проявления при рассмотренных выше воспалительных заболеваниях внутренних гениталий связаны этиологически и патогенетически с возникающим в ряде случаев особым синдромом, обозначенным в отечественной сексопатологии как вторичная патогенетическая титуляризация, т. е. изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации местного урологического или гинекологического очага. Это подтверждается морфологическими изменениями в нервных сплетениях, узлах симпатической нервной системы и других отделах нервной системы, обнаруженными при различных заболеваниях органов брюшной полости. Г. С. Васильченко [62] подчеркивал, что при титуляризации ликвидация патологического процесса в органах малого таза может не привести к излечению, так как нарушения, возникшие в отдаленных иннерваторных сегментах в разгаре патологического процесса, могут персистировать. Таким образом, восстановление нормальных функциональных взаимосвязей требует иных терапевтических воздействий.

Больная В., 25 лет, инженер, замужем 3 года, направлена на консультацию урологом. Образовательный индекс 15.

СФЖ: 42/2,52,5/0,2,5/33/3/1—6/5/2,5/6/3/1—23,5.

Жалуется на периодические боли внизу живота, усиливающиеся после коитуса, отсутствие оргазма, подавленное настроение в связи с опасением «злокачественного заболевания». Больна 1½ года. Впервые обратилась к гинекологу с жалобой на бесплодие. Через 8—10 дней после диагностического выскабливания полости матки появились боли внизу живота и кровянистые выделения. Через 3 нед кровянистые выделения прекратились, но стала отмечать болезненность при фрикциях, что мешало достижению оргазма. Гинекологических нарушений не обнаружено; по поводу болей в животе направлена к терапевту. После обследования у терапевта и невропатолога принимала витамины группы В, алоэ, транквилизаторы (диагноз: неврастения); отмечалось временное улучшение состояния. Через 1½ мес состояние ухудшилось: боли стали постоянными, появилось учащенное мочеиспускание; больная опасалась, что у нее злокачественная опухоль. После консультации невропатолога и уролога направлена к сексопатологу.

До заболевания оргазм наступал после 30—50 фрикций, с начала заболевания он стал «сглаженным», а затем достигался трудно и нерегулярно. В последнее время оргазм утрачен, при фрикциях ощущает незначительные боли, которые после коитуса усиливаются.

Менструации с 14 лет, установились сразу, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 3 нед назад. Платоническое либидо с 15 лет, эротическое — с 18 лет. Мастурбации отрицает. Эротические сновидения с оргазмами с 20 лет 1—2 раза в 2—3 мес. С этого же возраста фрустрации

и петтинг с будущим мужем на протяжении 5 лет (вместе учились в институте). Половую жизнь начала за год до брака; дефлорация безболезненная; оргазм появился при первых же сношениях. В дальнейшем оргазм испытывала регулярно. Мужа любит, межличностные отношения гармоничные. Никогда не беременела. Мужа считает сексуально здоровым, отмечает, что в последнее время муж специально пролонгирует коитус, пытаясь добиться ее удовлетворения.

Наружные гениталии развиты правильно; клитор 1,8 см, в 1,5 см от пахового отверстия уретры. При осмотре в зеркалах шейка матки цилиндрической формы, зев точечный, слизистая оболочка шейки не изменена, выделения молочного цвета, умеренные. Влагалище складчатое, глубина до шейки матки 6 см, глубина заднего свода 2,5 см. Матка нормальной величины, подвижная, безболезненная при смещении и пальпации. Придатки матки пальпируются с обеих сторон, обычных размеров, безболезненные. Параметрии свободные, своды глубокие.

Анализы крови и мочи в норме. Данные кольпоцитологического исследования и функциональных тестов свидетельствуют о нормальном менструальном цикле. Реографические исследования во второй фазе цикла показали умеренный дефицит кровообращения в органах малого таза с сосудистой дистонией и застойными явлениями. Половая конституция средняя.

Диагноз: хронический неспецифический эндомиометрит у женщины с тревожно-мнительными чертами характера; вторичная патогенетическая титуляризация.

Лечение на первом этапе направлено на ликвидацию эндомиометрита; проведена вступительная корригирующая психотерапевтическая беседа. Назначена пиротерапия с последующим курсом гинекологического массажа. Контрольная реография свидетельствовала о полной нормализации кровообращения в малом тазу. Однако жалобы прежние: вне коитуса боли стали менее интенсивными, но беспокоят в заключительной фазе и после окончания полового акта, оргазм не возникает. Сделана первая хлорэтиловая блокада пояснично-крестцовой области, после чего боли стали меньше беспокоить, при сношении испытала выраженное половое возбуждение, оргазма не было. После 2-й блокады рекомендовано проводить половой акт без пролонгации. Через 5 дней пережила яркий оргазм (40—50 фрикций), болей после полового акта не было, периодические боли в животе вне полового акта беспокоили меньше. После 3-й блокады боли прекратились; стала переживать оргазм при каждой близости.

В данном случае диагностика вторичной патогенетической титуляризации основывалась на отсутствии эффекта при лечении воспалительного процесса в матке и подтверждена положительным воздействием хлорэтиловых блокад (ликвидация болей, восстановление оргазма).

7 СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ (ДИСГАМИИ)

Наиболее характерный признак дисгамии — такое рассогласование взаимоотношений между супругами по одному из ведущих брачных факторов (см. 3.1.1.) или по их сочетанию, когда силы, разрушающие союз, преобладают над силами сплачивающими. Полное отсутствие сексуальной патологии у одного или обоих супругов, так же как отягощенность нескольких составляющих у каждого из них для диагностики дисгамии не имеют принципиального значения. Известны случаи, когда муж с синдромом парацентральных долек с *ejaculatio ante portas* и дневными поллюциями и жена с первичной аноргазмией никогда не предъявляли друг другу сексологических претензий. Несмотря на наличие и у мужа, и у жены сексопатологических синдромов, дисгармонии у этих супругов не было. Столь же прочными и далекими от дисгармонии могут быть союзы между двумя носителями перверзий (банальный пример — садизм у мужа и мазохизм у жены). В противоположность этому выраженные дисгамии могут разворачиваться при отсутствии у супругов сексопатологических синдромов (см. 3.1.1.).

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

Динамика дисгамий (по опыту Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии) характеризуется двумя закономерностями.

1. При любом варианте дисгамий без эффективной помощи с течением времени нарушаются как межличностные отношения, так и сексуальное взаимодействие (феномен «чернильного пятна» [239, с. 403—404]).

2. Если дисгамия начинается с нарушения межличностных отношений, то вовлечение сексуального полюса и распад брачного союза происходят, как правило, намного быстрее, чем при чисто сексуальном рассогласовании.

В качестве самых общих этиологических факторов при первом клиническом варианте чаще всего выступают диаметральные расхождения психологических установок (по Д. Н. Узнадзе), а при втором варианте — не соответствующие ожиданиям (сексуальным

экспектациям) партнера и потому неадекватные модели сексуального поведения, обусловленные чаще низкой общей и сексуальной культурой [277], реже — сексопатологическими синдромами. Когда супруги обращаются за сексологической помощью, обычно сочетаются оба типа этиологических воздействий, что ведет к грубым нарушениям сексуально-личностного взаимодействия (А. Шарпан, 1969).

Наиболее важную роль в развитии таких сочетанных дисгармоний играют диаметрально расхождения между партнерами в их сексуальных экспектациях, определяемых половой конституцией и сложившимися поведенческими стереотипами. Расхождения спектра основных типов сексуального отреагирования женщины (см. с. 201) и конституционального «потолка» мужчины чаще всего порождают коллизии. Особую этиопатогенетическую разновидность дисгамий составляют расстройства, формирующиеся после запоздалого пробуждения сексуальности у женщин. Эти дисгамии принимают наиболее драматические формы у эмоционально неуравновешенных психопатических личностей, если пробуждение сексуальности накладывается на климактерический период, а муж со слабой половой конституцией утрачивает интерес к половой жизни как раз тогда, когда жена переживает сексуальный подъем [239, рис. 51 на с. 193].

При анализе этиологических факторов дисгамий полезно учитывать показатели дополнительного раздела квантификационной шкалы СФЖ, характеризующего внешний облик женщины [239, с. 380]. Как на первый взгляд ни парадоксально, нельзя сказать, что чем красивее женщина, тем она счастливее в семейной жизни. По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, наиболее удачные браки складываются не у женщин с самыми высокими показателями (на уровне «4» — редкая, «классическая» красота), а у женщин со средними и низкими показателями — от простой, неброской привлекательности (уровень «3») и общей заурядности и невыразительности (уровень «2») вплоть до парциальных внешних дефектов (уровень «1»). Чем красивее женщина, тем обычно выше уровень ее экспектаций, в том числе больше требования к брачному партнеру, а следовательно, и предпосылки для разочарований при интимных контактах. В противоположность этому женщины, считающие себя «дурнушками», чаще вырабатывают психологическую установку на то, что «принцы» — не для них. Они ожидают мужа того же заниженного ранга. Когда за ними начинает ухаживать «средний» по всем данным мужчина, они принимают это как подарок судьбы, дорожат его расположением, стараются сохранить его привязанность, тем самым формируя надежный фундамент семейной стабильности (тем более, что большинство мужчин в семейной жизни искреннее душевное расположение, внимательность и заботу ценят выше, чем классическую красоту в соединении с холодностью, безразличием, а то и пренебрежением как к мужу, так и к мелочам повседневного быта).

Патогенез и клиника. Способность устанавливать глубокие и стабильные межличностные отношения — прерогатива зре-

лой личности. Именно для зрелой личности характерны эмпатия и альтруистическое поведение, способность обеспечить продуктивный диалог и резонансное общение. Некоторые люди готовы к глубоким формам интерперсонального контакта очень рано, а другие (в силу различных причин) устанавливают такие отношения со значительным запозданием либо вообще не устанавливают.

При незрелом, формальном общении нет места для диалога, оно строится стереотипно и ориентировано не на личностные, а на поверхностные — ролевые, статусные характеристики. Переживания собеседника по существу не принимаются в расчет. При диалогическом, неформальном, личностно ориентированном общении существует живой интерес к внутреннему миру, переживаниям партнера. Настоящая удовлетворенность в браке бывает лишь тогда, когда между супругами существует неформальное взаимодействие [335]. Формальный стиль взаимодействия и коммуникации является пагубным для супружеского союза, и совершенно не меняет дела то, что браки, основанные на такой форме коммуникации, существуют многие годы. При такой форме контакта супруги вступают во взаимодействие скорее как два актера, скрывающие за масками свои переживания, нередко мечтающие устроиться таким образом, чтобы с наименьшими затратами получить как можно больше.

Уровень, глубина и стабильность отношений непосредственно связаны с взаимной оценкой другого (как личности). Пристрастное отношение, в частности на первых фазах совместной жизни, часто выражается в недооценке или переоценке личности другого. Оценка другого человека всегда сопряжена (чаще полярно) с самооценкой. Пока в собственной душевной жизни человек не достиг определенной гармонии и стабильности, ему трудно вырабатывать адекватные формы отношения к другому. Этим и определяется стиль складывающихся интерперсональных отношений: при высокой оценке другого они строятся скорее по логике «лица», при низкой — по логике «золота». Истинную цену себе и другому человек нередко начинает осознавать только в критических ситуациях, при угрозе витальных утрат — здоровья, жизни, близости и расположения любимого человека. Это правило может облегчить психотерапию при супружеских дисгармониях.

Для анализа супружеских дисгармоний мы используем несколько модифицированную схему [494] Я. Рейковского (рис. 81 и 82). При модификации, в частности, использовались данные, установленные при анализе социально-психологической перцепции в здоровых парах и в парах пациентов, больных неврозом [218]. Мы убедились, что в парах с высоким развитием взаимоотношений возникает «согласованный образ пары», который и становится действенным регулятором межличностных связей, стабилизируя отношения на этом высоком уровне. Субъективно это ощущается как чувство «мы» у обоих партнеров. К образованию согласованного образа пары в основном приводит момент «включения в Я», символизирующий переход глубины контакта на новый уровень, когда переживания друго-

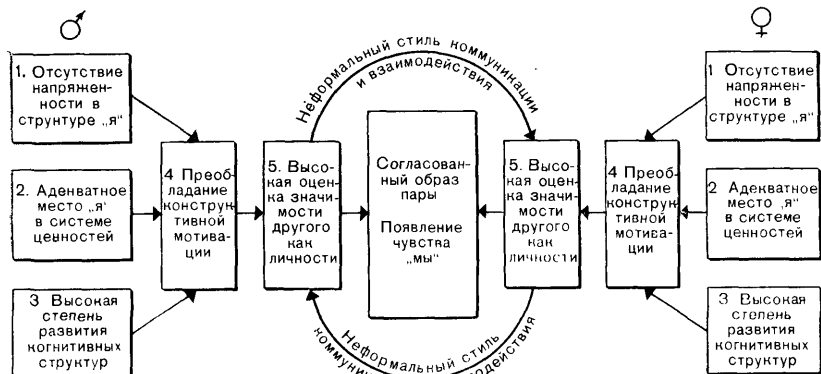


Рис. 81. Схема формирования гармоничных отношений (модификация по Рейковскому, 1981).

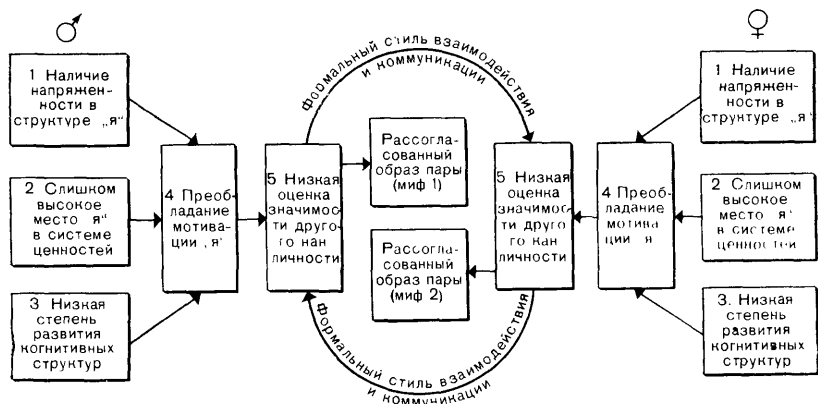


Рис. 82. Схема формирования дисгармоничных отношений (модификация по Рейковскому, 1981).

го приобретают в душевной жизни человека не меньшее значение, чем собственные переживания.

Если «включение в Я» не происходит, то реализуются совершенно иные механизмы, и контакт остается более или менее формальным. В частности, каждый партнер иногда заводит своеобразный «конduit», куда он заносит большие и мелкие промахи и ошибки другого. Время от времени выдержки из этой книги читаются окружающим или «виновнику». Однако записи кататимно искажают действительность, направляясь защитными механизмами и механизмами каузальной атрибуции (В. П. Трусков, 1980). В зависимости от типа личности и отношения к партнеру у каждого супруга выявляется своя форма «искажения» или приписывания и создается соб-

ственный «миф» о причинах своего поведения и поведения партнера. Рассказчик является главной «жертвой», страдающей от «при-теснений» партнера. Для того, чтобы представить действительные события, приходится выяснять обстоятельства, оставаемые за кадром. Следующее наблюдение наглядно иллюстрирует значение «мифа» в супружеской жизни и его защитную роль.

Супруги П. Жене 29 лет, эконоmist; мужу 33 года, инженер. Муж с первых дней совместной жизни проявлял очень высокую половую активность. Не обращая внимания на нежелание и отказы жены, овладевает ею насильно. Половые акты проводит не только вечером и утром, но и в обеденный перерыв, специально для этого приходя с работы. Она всеми способами старается уклониться от сношений, ссылаясь на нездоровье, усталость; пыталась ложиться попозже, когда муж заснет. Однако он просыпается и совершает коитус. Никаких предвзятых ласк не проводит («зачем — это извращение какое-то»). Считает себя «настоящим мужчиной, человеком, каких еще поискать». Говорит, что всегда все женщины были им довольны; «жена живет как в раю», «не умеет ценить свое счастье» и должна быть благодарна судьбе за то, что муж — такое «воплощение мужского начала».

Это типично для супружеских дисгармоний с нарушениями межличностных отношений (формальное выполнение супружеской роли мужем). Наблюдение показывает, на каких психологических подпорках могут удерживаться примитивные стереотипы сексуального «взаимодействия». Аналогичная психологическая установка встречается даже у лиц с формально высоким интеллектуальным уровнем.

Диагностика семейно-сексуальных дисгармоний основывается на сопоставлении синдромологических сочетаний, отраженных в структурных решетках каждого из супругов, выявлении совпадающих, дополняющих (комплементарных) и диссонантных компонентов структур личности обоих партнеров, сравнительном анализе их доминирующих мотиваций и шкал ценностных ориентаций. При выполнении этой работы особое значение приобретает прослеживание в динамике всей истории взаимоотношений супружеской пары с момента знакомства до момента обследования.

Выявлению основных компонентов нарушенного межличностного взаимодействия может способствовать схема (см. рис. 81 и 82). Последовательно устанавливают: происходит ли «включение в Я»; каковы причины эгоцентрической мотивации; с чем связана напряженность в структуре «Я»; почему «Я» стало занимать в системе ценностей слишком высокое место; почему развитие когнитивной структуры, в которой должна зародиться конструктивная мотивация, невысокое. В результате анализа и психотерапевтической коррекции пациент должен прежде всего осознать непродуктивность установившегося стиля взаимодействия с неизбежностью конфликтов.

К подобному анализу и терапии осознанием можно приступать только тогда, когда оба партнера по-настоящему заинтересованы в сохранении и улучшении отношений. В противном случае этот путь бесперспективен.

Пояснения к основным компонентам схемы (см. рис. 81 и 82).

Компонент 5 — оценка значимости другого как личности. Ориен-

тировка на следующий довольно простой перечень высказываний помогает понять, какую значимость имеет один из супругов для другого.

При высокой оценке другого мы: а) интересуемся чувствами и переживаниями другого; б) внимательно слушаем другого; в) действительно принимаем в расчет просьбы и желания другого; г) охотно оставляем собственные дела, чтобы ему помочь; д) стремимся выразить одобрение его действиям и поступкам.

При низкой оценке мы: а) не интересуемся чувствами и переживаниями другого; б) игнорируем просьбы и желания другого; в) не стремимся учитывать его мнение; г) предпочитаем свои собственные дела; д) не склонны прощать другому его ошибки и провинности.

При низкой оценке в партнере выделяются только ролевые характеристики («любовница», «хозяйка» и т. д.), а личностные игнорируются. Это может быть обусловлено формальными мотивами выбора (корысть, повышение статуса, выход из сложной житейской ситуации, упорядочение своей половой жизни и т. д.), а также при невротическом выборе супруга (Т. М. Мишина, 1978). При таких мотивациях партнер почти всегда вызывает раздражение. Разочарование в партнере возможно в результате измены или если он занял в браке одну из непродуктивных внутренних позиций — иждивенческую, авторитарную или сохранил добрачные стереотипы поведения, неприемлемые для супружества. В последних случаях фрустрируется значимая потребность в личностном принятии. Сначала рождается двойственное, амбивалентное отношение к партнеру, а затем создается отрицательная персонификация. В этих случаях включаются механизмы психологической защиты, еще более формализующие общение, и формируется *circulus vitiosus*. Снижается и сексуально-эротическая привлекательность партнера, особенно для женщин, меняется отношение к сексуальному общению, которое начинает восприниматься как досадная обязанность.

Компонент 4 — преобладание мотивации «Я», особенно характерное для лиц молодого возраста. Для перехода в следующую фазу необходим самокритично интерпретированный опыт собственных взаимоотношений с другими (точнее, с близкими и в то же время значимыми другими). Некоторым людям в этом нужна помощь сексопатолога или психолога. Истинная зрелость и готовность строить взаимоотношения на новом уровне рождаются только после точной оценки «Я» прежнего и «Я» настоящего с точки зрения «Я» будущего. Нужно подвести пациента к мысли, что эгоцентрическая мотивация, давая ощущение субъективного выигрыша, в конечном счете ведет к проигрышу во взаимоотношениях с людьми. Эгоцентрические мотивации «Я» неконструктивны. К их числу относятся сексуальная мотивация, не интегрированная в систему мотивов более высокого порядка; мотивация, связанная с различными формами самоутверждения за счет другого; защитная мотивация (В. С. Мерлин, 1970). Конструктивная мотивация ориентирована на сохранение

и развитие взаимных эмоциональных связей между партнерами. Конечно, конструктивность мотиваций относительна, а не абсолютна и зависит от экспектаций супруга. Так, гиперсублимация с уходом в работу может устроить партнера с одними ценностными установками и не устроить — с другими. Неконструктивны отношения при преобладании потребности в сексуальных сношениях над потребностью в психологической близости.

Во многих случаях общение супругов почти сплошь состоит из «выяснения отношений» — монологов, обвинений, поисков виноватых. «Работают» различные психологические барьеры, маски, камуфлирующие истинное отношение партнеров друг к другу или цели каждого при вступлении в брак (А. Б. Добрович, 1980). В сексуальной сфере часто проявляется «феномен симуляции несогласия» (Е. А. Цуканова, 1981). Все виды неконструктивной мотивации связаны с одним из следующих трех первичных компонентов схемы.

Компонент 1 — напряженность в структуре «Я», связанная с чувством собственной неадекватности. Она может возникать при завышенных (не соответствующих собственным возможностям) ожиданиях и притязаниях, связанных со значимыми для личности сферами деятельности, например, при предъявлении к себе завышенных требований в различных вариантах псевдоимпотенции [61]. Напряженность (в том числе в супружеской паре) всегда связана с фрустрацией одним из партнеров значимых потребностей другого. Напряженность, однако, может быть следствием и внутреннего конфликта тогда, когда один из партнеров, утратив влечение к другому, продолжает отношения из посторонних соображений.

Компонент 2 — слишком высокое место «Я» в системе ценностей. При этом коммуникация и поведение строятся неоптимально. В психологической литературе для такого варианта личностей употребляются термины «завышенный уровень притязаний», «завышенная самооценка», а в обиходе — «эгоизм», «самовлюбленность». Чаще всего повышенная забота о «Я» провоцируется неблагоприятно складывающимся жизненным маршрутом. У одних это определяется неправильностями воспитания и развития, у других — тем, что человек начинает идентифицировать свое «Я» со своим высоким профессиональным или социальным статусом. Этому могут способствовать и нарушения коммуникативных функций личности, причем не только тогда, когда круг контактов резко сужен, но и тогда, когда контакты очень обширны, но поверхностны.

Компонент 3 — развитие когнитивных (мыслительных, интеллектуальных) структур. Взаимоотношения с другим партнером должны в результате психотерапевтической работы приобрести для пациента высокую значимость и личностный смысл. Пациенту нужно показать, что невозможно улучшить отношения, если они будут питаться только действиями в сексуальной сфере. Необходимо скорректировать систему «смысла жизни» пациента, доказав ему, что близкий ему человек существует не для того, чтобы покорно выполнять все его прихоти и желания, что он имеет право на собственные эмоции. Деятельность по поддержанию межличностных отношений (на оп-

ределенный отрезок времени) должна переместиться с периферии сознания в его центр. Только в этом случае можно надеяться, что отношения удастся сделать удовлетворительными для обоих партнеров.

Как уже упоминалось, ленинградские психогигиенисты разработали модель динамического семейного диагноза [220], рассматривая его на трех уровнях отношений: описательном, или феноменологическом (внешние проявления дисгармоний), генетическом (причины разлада и эволюция отношений) и функциональном (сами конфликты и способы их разрешения). Основными аспектами анализа являются вычленение невротически искаженной потребности (в результате неправильного воспитания или под влиянием психотравмирующих обстоятельств и связанной с личностными чертами пациента) и определяемой этой потребностью так называемой невротически значимой зоны, а также выяснение того, какие реакции партнера затрагивают эту зону и фрустрируют означенную потребность. Неадекватные эмоциональные реакции проявляются тогда, когда интерперсональный конфликт затрагивает значимую зону. В центр исследования ставятся не сами по себе личностные характеристики партнеров или их сочетания, а процесс межличностного взаимодействия.

Наиболее разработан психологический анализ взаимоотношений в тех парах, где один или оба супруга страдают неврозом. Показано, что наиболее содержательной и существенной характеристикой совместной жизни супругов является *стиль супружеских взаимоотношений*, т. е. длительно присущая данному союзу совокупность свойств, которая определяется по главным тенденциям и характеристикам пары как целого. Типы взаимодействия партнеров определяются по соотношениям: 1) мотивационных структур, составляющих содержательную основу противоречий; 2) способов компенсации, позволяющих паре устойчиво существовать, несмотря на эти противоречия; 3) обстоятельств, вызывающих декомпенсацию (кризис) и обостряющих конфликтную ситуацию; 4) способов выхода из конфликта и их отношения к мотивационной структуре данной пары. Т. М. Мишина выделила (1978) три основных типа непродуктивного супружеского взаимодействия, условно обозначенных как «соперничество», «псевдосотрудничество» и «изоляция».

Первый тип («соперничество») преобладает в парах в первые 6 лет супружества; это частые ссоры и изнурительные объяснения. Тематика конфликтов обычно связана с проблемой взаимоотношений, распределением обязанностей, отношениями с родственниками и друзьями. Поводом к конфликтам становятся кризисные моменты: беременность, рождение ребенка, разезд с родителями и т. д. Выделяют несколько вариантов конфликтов. 1. Конфликты по мотивам *главенствования*, когда одному из партнеров необходимо безоговорочное признание другим его превосходства. Властность проявляется не столько в стремлении к постоянному внешнему главенствованию, сколько в создании ситуаций, унижающих партнера.

2. Конфликты по поводу *заботы и опеки* определяются недостаточной способностью каждого партнера удовлетворять эту потребность другого. Существуют два варианта: а) один из супругов ожидает, что необходимая ему атмосфера будет полностью создана другим, а второй ожидает опеки окружающих и не пытается помочь своему партнеру в силу индивидуалистической направленности собственной личности; б) потребность в самоутверждении одного из партнеров проявляется стремлением к самостоятельности, желанием самому решать свои проблемы. Эта потребность сочетается со стремлением партнера к генерализованной опеке, достижению своих целей исключительно за счет окружающих. Каждый стремится навязать другому свой способ достижения целей.

3. Конфликты в сфере *эмоционального принятия*: а) невротически искаженная потребность в постоянном восхищении и поклонении близких. Поскольку притязания оказываются завышенными, их не может удовлетворить партнер, который оказывает лишь «пормальные» умеренные знаки внимания. Однако и его потребность в любви и уважении оказывается не удовлетворенной; б) форма эмоциональной поддержки не соответствует ожидаемой модели, и поведение партнера воспринимается как незаинтересованное, рапющее, подавляющее.

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

Основа защитного поведения — скрываемая неуверенность в себе. Мотивационные структуры при этом таковы, что реализация потребностей одного из партнеров блокирует возможность реализовать потребности другого. Вместо осознания и решения своих проблем партнеры прибегают к советам других людей (родителей, друзей и т. д.), что обычно лишь усиливает ригидность установок. У партнеров обычно нарушена способность к совместной деятельности, и даже минимальная попытка к ней диссонирует с их индивидуальными целями. Качество выполнения супружеских ролей, как правило, остается за пределами осознания. Психотерапевтическая тактика при этой форме взаимоотношений должна быть направлена на улучшение социальной перцепции, чтобы научить видеть положительные качества друг друга, культивировать необходимые формы взаимопомощи и поддержки.

Для второго типа («псевдосотрудничество») характерны внешнее согласие, отсутствие хронических конфликтов и преувеличенная забота. Однако иногда возникают вспышки раздражения у одного партнера, которые гасятся поведением другого. Поводом для напряженности могут быть неудачи и трудности на работе, необходимость профессионального выбора, появление новых увлечений, измены, алкогольные эксцессы, сексуальные расстройства (вагинизм, фригидность, «импотенция»). Выделяют 5 видов кон-

фликтов: 1) один из супругов не разделяет стремления другого к профессиональному, социальному и другому росту, так как это противоречит его собственной потребности главенствовать в семейной сфере. Примером может быть ориентация мужчины на принятие его в престижных кругах и ориентация женщины на бытовое благоустройство. Для мужа важно, чтобы работа была интересной, хотя бы и малооплачиваемой, а для жены такой вариант непримлем; 2) потребность одного из партнеров в поддержании идеализированного собственного образа сталкивается со стремлением другого главенствовать и одновременно быть опекаемым. Эта гиперкомпенсаторная потребность нуждается в эмоциональной поддержке партнера; 3) один партнер ожидает от другого достижений, а тот боится действовать из-за невротического страха перед неудачей (чаще всего такое бывает при сексуальном расстройстве); 4) треугольник или адюльтер. Например, женщина имеет двух партнеров — в браке и вне брака и не может принять решение в чью-либо пользу. Один из партнеров (обычно муж) обеспечивает материальную поддержку, а другой удовлетворяет эмоциональные потребности; 5) конфликт из-за жестких правил взаимодействия в паре. В этом случае партнеры не касаются сферы чувств и переживаний друг друга. Власть обычно у одного (нередко у больного неврозом), а второй партнер способствует стабилизации положения из-за повышенного чувства долга и стремления соответствовать абстрактным эталонам (мужа, жены). Этот вариант часто наблюдается при вагинизме. Соотношение мотивационных структур здесь таково, что достижение ценностей, на которые ориентируется больной неврозом, здоровым супругом поддерживается лишь отчасти. Временная компенсация в подобных парах происходит путем прямого или косвенного подчинения одного партнера целям другого, однако напряженность сохраняется. Психотерапия должна быть направлена на усиление возможностей взаимодействия и партнерства.

Для отношений типа «изоляция» характерно в первую очередь эмоциональное отчуждение — непосвященность партнеров во внутреннюю жизнь друг друга. Этот стиль семьи обычно имеет с момента образования, но в некоторых случаях к нему приходят пары со вторым типом отношений. Вынужденная изоляция может возникать под давлением внешних обстоятельств, затрудняющих совместную деятельность (например, проживание с деспотическими родственниками, берущими на себя обслуживание и управление парой), или в парах с отношениями авторитарности. В этих случаях эмоциональная изоляция возникает в результате жесткого управления, основанного на насилии.

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

Сопернический стиль отношений, преобладая первые 6 лет семейной жизни, может возникать и на другом этапе жизни семьи после кризиса (измена супруга, смерть близкого человека и т. д.). Возможен переход к нему от стилей псевдосотрудничества и изоляции.

В клинике сексуальных расстройств нарушенные межличностные отношения либо приводят к нарушениям в сексуальной сфере, либо идут параллельно, нарастая и усиливая друг друга. Истоки конфликтов и недовольства друг другом не осознаются, а за истинную причину скорее принимаются следствия наступившего разлада, в том числе неудачи в сексуальной сфере. Так, при отношениях типа «соперничество» сексуальные отклонения от привычного стереотипа могут восприниматься болезненно именно потому, что фрустрируют стереотип мужчины, его потребность в главенствовании. В другом варианте фрустрируется потребность женщины в заботе и опеке или потребности в эмоциональном приятии. Непонимание ожиданий партнера, фрустрация его значимых потребностей приводят к отчуждению и вторичному снижению сексуальной удовлетворенности. При этом типе отношений отсутствие соглашения о нормах и формах сексуальной жизни катализирует конфликты.

Проблемы, связанные с сексуальными дисгармониями, чаще всего производные. Необходимо начинать лечебную коррекцию пары после тщательного выяснения взаимоотношений супругов. Обучение партнеров новым алгоритмам сексуального поведения должно следовать за осознанием ошибок, совершенных каждым из них по отношению к другому, в том числе в сексуальной сфере. Если этого не произойдет, то эффективность лечебной коррекции будет невысокой. При построении тактики психотерапии пары целесообразно использовать рекомендации В. К. Мягер и Т. М. Мишиной [220]: терапия будет продвигаться от обсуждения внешних проявлений конфликта к пониманию истинных его причин (неадекватность взаимных ожиданий и выполнения супружеских ролей в значимых сферах взаимодействия) и формированию новых установок и моделей реагирования в этих сферах.

Супружеские отношения во многом определяются тем, как супруги воспринимают качества друг друга и насколько развита у каждого из них способность вознаграждать другого. Основным регулятором складывающихся отношений является «социально-перцептивный образ пары» [218], который обычно существует в неявном (а значит, не всегда полностью осознаваемом) виде при восприятии человеком собственного образа и образа своего партнера. Неадекватность представлений супругов друг о друге и о паре в целом связаны с открытым конфликтом в паре (в момент конфликта видны только отрицательные стороны другого), с совместными защитными реакциями пары (действие механизмов сублимации и вытеснения) или качествами большого невроза (т. е. невротически гиперактуализированной потребностью).

Невротически искаженная потребность, деформируя взаимодействие в паре и смещая акценты, может придавать тем или иным

сферам семейной жизни сверхценный характер, что крайне затрудняет психотерапию. Так, она может возвести сексуальную потребность в ранг фетиша, а роль человеческих качеств партнера в реализации этой потребности свести к нулю. Неудивительно, что искаженная потребность в главенствовании, будучи фрустрирована сексуальной неудачей, может привести к полной перестройке жизненного стереотипа и жизненных ценностей. В этом случае главной жизненной целью становится доказать, что «сила» вернулась, причем путь к этому доказательству пролегает сначала через самопроверки с различными партнерами, а затем через кабинеты врачей.

Основная трудность при психотерапии семейных дисгармоний — научить пациента более объективно относиться к себе и к другому. Для этого необходимо вскрыть работу защитных психологических механизмов. Так, человек из всех мнений о себе выбирает одно — положительное и более лестное (в другой ситуации, наоборот, менее лестное, но объясняющее ту или иную неудачу), игнорируя любые попытки дифференцированной оценки своего поведения. Сексопатологу действительно очень часто приходится сталкиваться со случаями несоответствия самооценки опыту и мнению партнера (А. Б. Добрович, 1980). Эти защитные нарушения социальной аутоперцепции должны учитываться при разработке программ семейной реабилитации.

7.1. ВАГИНИЗМ

Вагинизм можно отнести и к нарушениям психической составляющей у женщин, и к сексуальным дезадаптациям, так как он наряду с дебютантными формами импотенции нередко служит причиной *virgогамии* (девственного брака), длящейся иногда до 10—15 лет. Кроме того, для возникновения у женщины вагинизма необходимы определенные особенности и у партнера.

Вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна (главным образом мышцы, сжимающей влагалище, и мышцы, поднимающей задний проход), приведение и сжатие бедер, препятствующие проведению полового акта. При истинном вагинизме никаких нарушений гениталий не наблюдается.

Этиология и патогенез. В литературе обычно подчеркивается, что вагинизм возникает как результат насилия, болезненной дефлорации, грубого поведения партнера при попытке дефлорации. Однако чаще вагинизм возникает при перепищительном поведении мужа и определенных чертах характера у жены (мнительность, обидчивость, тревожность, эмоциональная неустойчивость). Кроме того, в анамнезе у большинства пациенток отмечаются с детского возраста не только страх боли, но и боязнь темноты, воды, высоты, мышей, лягушек и т. п. Страх боли часто становится навязчивым и сочетается с эмоциональной напряженностью. У отдельных больных наряду с обычными для вагинизма жалобами отмечаются нарушения сна, дисморфобии, периодические депрессии.

Однако, чтобы у женщины возникли и закрепились явления вагинизма, обычно недостаточно только ее личностных особенностей. Заклучению брака при этой патологии обычно предшествует длительная дружба «со школьной скамьи», «красивые ухаживания», «рыцарское поклонение» и т. п. Жены характеризуют своих мужей как «идеальных»: любящих, заботливых, тактичных, мягких, уступчивых, подчиняемых. Иногда с самого начала муж предопределяет жене роль избалованного ребенка, желания и капризы которого исполняются беспрекословно. Длительное отсутствие дефлорации в браке при этом не только не ухудшает межличностных отношений, но даже ставит жену в привилегированное положение человека, требующего к себе повышенной чуткости, что способствует «бегству в болезнь». Нередко за вагинизмом кроется осознаваемое или неосознаваемое нежелание жить половой жизнью с мужем [283]. В отдельных случаях этому способствуют затянувшиеся товарищеские отношения с будущим мужем, когда знакомые и родственники считают этот брак неизбежным. В таких случаях попыток дефлорации до брака не бывает. Иногда заключению брака предшествует длительный этап петтинга, когда допускается все, кроме дефлорации. Укоренившийся сверхценный запрет нарушения девственности нередко переносится и в брачный период. Одна из пациенток сказала при обследовании по поводу вагинизма: «Может, и не нужно лечить меня сейчас, — у нас все нормально и без полового акта, а при сохраненной девственности я могу себе найти более талантливого режиссера и снова выйти замуж». Изредка в основе вагинизма лежит страх разоблачения отсутствия девственности.

К л и н и к а. Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни. Судорожному сокращению мышц предшествует страх боли при дефлорации, однако в отдельных случаях он возникает внезапно, неожиданно для пациентки в момент дефлорации. Мягкие, тактичные мужья не настаивают на коитусе и переносят дефлорацию «на утро», «на следующий день» и т. д. При последующих попытках все повторяется. В дальнейшем вагинизм проявляется и при исследовании на гинекологическом кресле. Можно выделить три степени выраженности вагинизма [143, 283]: I степень — реакция наступает при введении полового члена или инструмента при гинекологическом исследовании; II степень — реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним; III степень — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Отсутствие дефлорации в браке во многих случаях не ухудшает межличностных отношений, а сексуальная адаптация пары происходит на уровне петтинга или вестибулярного коитуса. Женщины с вагинизмом при этом могут испытывать оргазм и обращаться к врачу их заставляет чувство неполноценности или желание иметь ребенка.

Д и а г н о з ставится на основании характерных жалоб и анамнеза при обязательном полном сексологическом обследовании.

Вагинизм следует дифференцировать с *псевдовагинизмом*, когда боль при попытке к интроитусу, судорожный спазм и оборонитель-

ная реакция женщины вторичны, обусловлены поражением генитосегментарной составляющей (дефекты развития, кольпиты, спаечный процесс и другие гинекологические заболевания, делающие интритус резко болезненным). Кроме того, вагинизм необходимо дифференцировать с коитофобией, сенестопатически-ипохондрическим синдромом и бредом эротического содержания. Сходные с вагинизмом явления могут быть вызваны и неправильными действиями, обусловленными незнанием партнерами анатомии гениталий. В этом случае достаточно однократной коррекции для восстановления сексуальной функции. Следует дифференцировать вагинизм с симуляцией женщиной «девственности».

Лечение вагинизма ранее считалось сложным и малоперспективным. Предлагались оперативная дефлорация, дефлорация мужем под наркозом и даже рассечение циркулярных мышц. В настоящее время основным методом лечения является рациональная психотерапия и гипносуггестия [143, 283]. При наличии психопатологической симптоматики применяют психотропные средства: нейролептики (терален, френолон), транквилизаторы (элениум, седуксен, тазепам), антидепрессанты (азафен, амитриптилин). Прием психотропных средств следует продолжать 2—3 нед, дозы постепенно снижают до полной отмены. Назначение обезболивающих средств (анестезиновые мази, совкаин, микроклизмы с новокаином) малоэффективно, так же как и оперативная дефлорация под наркозом. Мужу бывает достаточно одной психотерапевтической беседы, если за период виргогамии у него не развились сексуальные нарушения.

Прогноз благоприятный [42]; он утяжеляется, если вагинизм служит проявлением психопатологического состояния.

7.2. СИТУАЦИОННО-РОЛЕВЫЕ ИГРЫ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕБЮТАНТНЫХ ФОРМ ДИСГАРМОНИЙ

Ситуационно-ролевые игры относятся к активным методам социально-психологической подготовки семьи и способствуют выявлению и устранению дисгамий. Под социально-психологической подготовкой подразумевается целенаправленный процесс осознания социально-психологических закономерностей взаимодействия людей в производственных и некоторых других областях деятельности. Ситуационно-ролевые игры проводят в учебно-практических целях и как разновидность лабораторного метода социально-психологической диагностики — исследования социальных установок, межличностных отношений и процессов групповой динамики [32].

В развитии человеческого общества игры использовались как метод формального и неформального обучения [399]. И. Е. Вольперт (1972) подчеркивает, что игра моделирует деятельность, воспроизводя по аналогии с реальной действительностью придуманную, воображаемую, желаемую действительность. В условных обстоятель-

ствах, создаваемых определенными правилами, игра позволяет человеку пережить удачу, успех в борьбе, раскрыть свои физические и умственные возможности. Существенный признак игры — одновременное переживание условности и реальности создаваемой ситуации.

Американские специалисты в области операционных игр [399] подчеркивают, что игра, как любое другое средство обучения, может выполнять одну из следующих функций или все сразу. Она может преподнести ту или иную модель действительности, служить средством драматизации или стимулом практической деятельности и методом перехода к «внешнему миру». Игры могут либо упрощать, либо усложнять действительность, приниматься легко или вызывать сопротивление. Следовательно, они всегда имеют дело и с конкретным когнитивным материалом, и с подсознательными психологическими установками. Доказано (Ф. В. Бассин, 1968), что психические явления осознаются не просто в силу того, что они существуют, и не в силу каких-то имманентных качеств, а лишь при определенных физиологических и психологических условиях, а это значит, что мы должны считаться с неосознаваемостью психических проявлений как с важнейшей особенностью определенной фазы развития психики.

Игровой метод еще очень молод, но большинство авторов [32, 399, 82] считают его перспективным. Н. Н. Богомолова [32] считает, что для успешного применения ситуационно-ролевых игр необходимо решить ряд теоретических и методологических проблем, в том числе определения и измерения их эффективности.

Один из крупнейших специалистов в области игр Абт в предисловии к своей книге «Серьезные игры» (С. Abt, 1970) писал:

«В конце 50-х годов инженеры и планировщики, занятые проблемами больших систем, таких, как противовоздушная оборона и общественный транспорт, обратились к средствам компьютерной имитации, чтобы обрести интуитивное видение этих процессов. ...Проектирование проблемных ситуаций и драматических сценариев, наилучшим образом вскрывающих решения, требует творческого усилия, сходного с усилиями пишущего драматурга.

Мои коллеги и я сконструировали компьютерные имитации воздушного боя, космических экспедиций, взаимных ракетных бомбардировок, систем инспектирования разоружения, а также процессов международного политико-экономического соревнования...».

Этот общий спектр использования игр показывает, сколь ограниченными и неточными были бы взятые вне контекста названия: «ситуационно-ролевые игры», «деловые игры», «управленческие игры», «игровая психотерапия». Четкая дифференцировка, разумеется, не всегда возможна [399, с. 5—8]; принято выделять исследовательский, учебный и оперативный классы игр с дальнейшим их подразделением.

Психологические и психотерапевтические игры, предшественники ситуационно-ролевых игр, стали применяться с начала 20-х годов нашего столетия. Конкретные ориентиры для педагогической, психологической и медицинской практики ситуационно-ролевой игры как метода наметились только после рождения новых научных дисциплин — социальной психологии, психологии личности и др., раскры-

зающих социальную природу человека. Эти дисциплины определили теоретическое обоснование групповым взаимодействиям, межличностным отношениям и пр., на которых успешно реализуются сценарии-программы коллективно-групповой психотерапии. На этой основе разрабатываются и внедряются в сексопатологию варианты ситуационно-ролевых игр, в частности, для лечебной коррекции дисгамий.

В 1922 г. Морено впервые организовал в Вене лечебный «Театр экспромта» (Дж. Морено, 1958). Психодрама Морено получила широкое признание в США и в Европе. В наше время после критики социометрии Морено различают социометрию как систему взглядов, «как науку об обществе», и социометрию как совокупность технических психотерапевтических приемов. Достигает ли психодрама своей цели как лечебный метод? И. Е. Вольперт отмечает (1972), что психодрама Морено в лучшем случае дает выход подавленным чувствам, но она не может все же перестроить отношения личности, нарушение которых как раз и составляет сущность невроза. Однако Морено в психодраме применил для лечения неврозов театрализацию, драматизированную игру, динамически воспроизводящую отношения в группе.

В СССР приемы психодрамы используются с целью «адаптивной тренировки к психотравме» (И. Е. Вольперт, 1972) и в детской практике. Так, ленинградский психотерапевт А. И. Захаров разработал «метод игровой коррекции» (В. И. Гарбузов, А. И. Захаров, Д. Н. Исаев, 1977). По его методике за вводной дискуссией следует игра со свободным припятием ролей, моделирование руководителем групповых ситуаций психического стресса, проигрывание детьми значимых для них ситуаций в своей роли, поочередное исполнение этой роли другими участниками группы. В заключение курса «игровой коррекции» применяется игровое воспроизведение прошлого опыта и моделирование нового опыта в возможных стрессовых ситуациях. И. Е. Вольперт предложил метод групповой психотерапии, получивший название «имаготерапия» (*imago* — лат. «образ»). Идея метода — реабилитация больного через развитие его как личности. На первом этапе имаготерапии создают различные коммуникативные ситуации, при которых общение участников группы протекает на более высоком, чем в обычной жизни, психологическом уровне. Больные вовлекаются в игровой контакт, способствующий укреплению логического мышления, расширению кругозора, воспитанию памяти, развитию воображения. В процессе игры развивается в некоторой мере и способность входить в роль, укрепляются чувство уверенности в себе, способность к саморегулированию и самообладанию [98].

Исходя из определения семейной психотерапии как процесса группового взаимодействия, направленного на изменение межличностных отношений и имеющего целью устранение эмоциональных нарушений в семье, В. К. Мягер и Т. М. Мишина [220] предлагают методику «динамического семейного диагноза» (см. с. 300). В своих методических рекомендациях авторы подчеркивают, что одной из

важнейших методик в групповой психотерапии семей является проигрывание ситуаций, выбранных из жизни пациентов. Например, проигрываются и обсуждаются темы «трудный выбор», «решительный разговор», «обида» и т. д. Партнеры меняются ролями или одну и ту же роль с данным пациентом играют другие лица.

В основанной на принципе парности методике лечения сексологически дезадаптированных партнеров (W. Masters, V. Johnson, 1970) используются разнообразные ситуационно-ролевые приемы психосексуального тренинга. В реабилитационном процессе участвуют два врача разного пола, которые на протяжении лечебного курса постепенно переводят партнеров на новый уровень психосексуальной адаптации.

Отечественные сексологи в поисках путей предупреждения и коррекции дезадаптаций брачных пар обратились к математической теории клиринговых систем [83, 85, 271]. Для разработки ситуационно-ролевых игр ценен опыт работы с модифицированным тестом межличностных отношений, который показывает, что в случае брачного клиринга как частного случая информационно-поисковых систем первоначально следует производить редактирование поискового предписания и возвращать его пользователю для подтверждения. При операции подтверждения может быть осуществлена корректировка ошибок или выдано новое предписание [86]. Учитывая опыт применения ситуационно-ролевых игр в сфере подготовки управленческих кадров [32, 399] и разработки факторов брачного потенциала [83, 85, 271], этот метод можно использовать в сексопатологии в нескольких направлениях: профилактическом — для социально-психологической подготовки молодежи к семейной жизни; лечебном — для лечебной коррекции различных форм брачной дезадаптации; коллективно-групповой психотерапии сексологических расстройств — как один из фрагментов в тех случаях, когда нет необходимости привлекать второго партнера; для научно-исследовательских целей.

Ряд авторов [32, 399] определяют значение ситуационно-ролевого метода следующими аргументами: специфическая форма игровой деятельности создает предпосылки для того, чтобы целенаправленно активизировать творческие возможности участников, вызвать у них определенные эмоциональные состояния; использование участниками различных социальных и межличностных ролей помогает лучше осознать и усвоить соответствующие этим ролям планы поведения, а также научиться более адекватно воспринимать и оценивать свое и чужое поведение и позитивно использовать социально-психологические закономерности. В связи с этим в ходе тренинга возникает, как отмечает М. Форверг, «эффект корректировки своего и чужого образа» (Г. Гибш, М. Форверг, 1972).

Социально-психологический тренинг может проводиться в различных аудиториях (их можно условно разделить на 4 группы): молодежные аудитории; аудитории с большим удельным весом лиц, «сексуально озабоченных»; аудитории родителей, имеющих детей, уже интересующихся проблемами пола; аудитории специалистов (врачей, педагогов и др.), стремящихся освоить методы социально-

психологической подготовки. В игре участвуют, как правило, от 1 до 6 пар. Каждая игра в зависимости от поставленных задач длится от нескольких минут до нескольких часов. Программы игр разрабатываются руководителями на основе данных системного подхода к психогигиене половой жизни [82, 166] по 5 брачным факторам (ПФ, КФ, СФ, ФФ, МФ). Например, некоторые игры материальной составляющей брачного потенциала призваны обучить принятию решений в задачах по распределению семейного бюджета.

Суть ситуационно-ролевых игр состоит в имитации ее участниками программы с той или иной проблемной ситуацией межличностных отношений в браке. В ходе игры они импровизируют роли супругов в различных ситуациях брачного общения. Задача игр в том, чтобы участники максимально активно включились в поиск оптимальных решений типичных и атипичных брачно-семейных проблем. Игры создают среду, которая способствует осознанию участниками тех или иных социально-психологических конфликтных ситуаций семейной жизни, а также выработке и закреплению умения конструктивно решать их. Для этого моделируются несколько проблемных программ-ситуаций в межличностных отношениях брака и семьи. Модели могут быть в форме смешанных карт вопросов и ответов, карт с незаконченными диалогами, заполненных интимных анкет с несколькими ключевыми решениями, карт с описанием нескольких проблемных ситуаций со множеством решений и т. д. Подробные правила каждой игры предлагаются участникам, затем руководитель дает время на знакомство с программами, сосредоточивая внимание не только на конкуренции внутри пары и между парами, но и на качестве и количестве оптимально принятых решений. Затем участники и руководитель игр обсуждают выработанные (получившиеся) решения, руководитель подсчитывает общее количество баллов и затраченное время и количество баллов всех участвующих в игре. Анализ конкретных ситуаций после игры должен учитывать правдоподобность и целесообразность поведения супругов в предлагаемых решениях. Выигравшая пара учится меньше других, так как знает все ответы.

Другой способ — разобрать при обсуждении игры, как и почему достигаются ключевые решения. Это помогает и победителям, и проигравшим укрепить свою интуицию («Мы чуть-чуть не приняли это решение»). Руководитель игры должен помнить, что чрезмерная критика часто порождает фрустрацию и враждебность. Одну и ту же игру можно разыграть несколько раз для полного осознания механизмов принятия решений. Руководителю игры следует помнить, что обязательным условием является проигрывание нескольких игр, составленных по нарастающей сложности и соответствующей конкретной задаче (управление семейным бюджетом, ведение домашнего хозяйства, поддержание хороших взаимоотношений в семье, культивирование чувств в браке, использование адаптационных методик интимного общения и др.), так как участия лишь в одной игре недостаточно. Г. С. Васильченко, Г. Г. Воробьев, Ю. А. Решетняк [85] пишут: «Чем меньше истинно медицинской патологии удается

обнаружить у партнеров, составивших (или предполагающих составить) супружескую пару, тем более тонкие инструменты, в частности психологические, нужны для коррекции брачных отношений. Как это ни парадоксально, но проблем дезадаптаций в пределах «нормы» оказывается значительно больше, чем при наличии патологии». Для лечебной коррекции дебютантских форм дисгамий можно использовать разнообразные программы ситуационно-ролевых игр, разрабатываемые по 5 факторам брачного потенциала. Руководителю игр по брачным потенциалам при выборе конкретных «сценариев» следует: 1) определить психологические характеристики участников курса; 2) отобрать материалы, в том числе игру (игры) в соответствии с диагнозом, проведенным лечением, временем и техническими средствами (создаются специальные игровые устройства, предназначенные для игр брачного потенциала — БП); 3) рассмотреть несколько путей и альтернатив выбора, если это возможно; не выбирать игр, в которых сам либо не участвовал, либо не был хотя бы наблюдателем; 4) расписать игры по их драматическому воздействию (в начале или в конце курса, как правило, проводятся сложные игры общего назначения, а в середине — специализированные). Игра — лишь часть лечебно-профилактической и исследовательской программы. Пользуясь терминологией специалистов игрового метода экономических процессов (С. Р. Гидрович, И. П. Сыроежкина, 1976), можно сказать, что игры являются своеобразными «устройствами» для выявления и согласования брачно-семейных интересов.

Список литературы¹

1. *Александровский Ю. А.* Невротические расстройства как клинические проявления нарушения барьера психической адаптации. — В кн.: Сборник трудов НИИ психиатрии Грузии им. Асатиани. Тбилиси, 1976, т. 21—22, с. 29—33.
2. *Алексеев А. В.* Об адекватности формул самовнушения. — В кн.: Теоретические и прикладные исследования психической саморегуляции. — Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1976, с. 114—115.
3. *Ананянц П. П., Тарханова К. Р., Григорян Н. Х., Виравов Л. Р.* Селективная катетеризация внутренних подвздошных артерий с аортографией при нарушениях половых функций. — Кардиология, 1980, т. 20, № 2, с. 108—109.
4. *Андреева Г. М.* Социальная психология. — М.: Изд-во МГУ, 1980. — 415 с.
5. *Анохин П. К.* Опыт физиологического анализа генеза невротических состояний. — В кн.: Неврозы: Труды конференции, посвященной проблеме неврозов. — Петрозаводск, 1956, с. 32—38.
6. *Антонов В. В.* О стадиях развития сексуальности у ребенка мужского пола и некоторых млекопитающих. — В кн.: Психоневрология. Психотерапия. — Алма-Ата, 1972, с. 127—130.
7. *Антонов В. В.* О роли контакта с матерью в психическом развитии ребенка. — Журн. невропатол. и психиатр., 1975, т. 75, вып. 10, с. 1568—1572.
8. *Антонов В. В.* Развитие репродуктивной системы потомства самок кроликов после нарушения маточно-плацентарного кровообращения на 18-й день беременности. — Акуш. и гин., 1977, № 11, с. 59—61.
9. *Антонов В. В.* Влияние острой асфиксии в первые 10 дней после рождения на развитие репродуктивной системы крыс. — Пат. физиол., 1979, № 1, с. 62—63.
10. *Ануфриев А. К.* Скрытые эндокринные депрессии. Сообщение III. Журн. невропатол. и психиатр., 1978, вып. 9, с. 1342—1347.
11. *Аршавская Э. И.* Брачные отношения в мире животных. — Наука и жизнь, 1974, № 11, с. 154—159.
12. *Аршавский В. В., Крайцеров Б. В.* К характеристике изменения ЭЭГ больных, находящихся на длительном лечении голоданием. — В кн.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969, с. 331—340.
13. *Аршавский И. А.* Биологические и медицинские аспекты проблемы адаптации и стресса в свете данных физиологии онтогенеза. — В кн.: Актуальные вопросы современной физиологии. — М.: Наука, 1976, с. 144—191.
14. *Аршавский И. А., Немец М. Г., Библейшвили З. А., Былинкина В. В.* Гестационная доминанта и механизмы возникновения так называемых токсикозов и эклампсии во время беременности. — В кн.: Структура и функции гисто-гематических барьеров/Под ред. Я. А. Росина. — М., 1971, с. 20—22.
15. *Баландин Д. А.* Схизандрин — новое стимулирующее вещество из плодов лимонника. — В кн.: Материалы к изучению стимулирующих средств кормя женьшеня и лимонника. — Владивосток, 1951, вып. I, с. 45—50.
16. *Бардышев В. В.* Влияние элеутерококка и физической тренировки на организм моряков в тропиках. — В кн.: Лекарственные средства Дальнего Востока. — Хабаровск, 1970, вып. 10, с. 60—66.
17. *Басов А. М.* Сенестопатическая шизофрения (клиника, терапия, реабилитация). Автореф. дис. канд. — М., 1981. — 18 с.
18. *Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А.* К современному пониманию психической травмы и общих принципов ее психотерапии. — В кн.: Руко-

¹ Библиографический список ограничен работами, имеющими значение для подготовки специалиста-сексопатолога. Публикации преимущественно прикладного характера и широко известные монографические работы, относящиеся к пограничным с сексопатологией дисциплинам, в список не включались.

- водство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. — М.: Медицина, 1974, с. 39—53.
19. *Бездетко Г. Н., Зильбер М. Л., Дардымов И. В.* и др. Регулирующее влияние гликозидов элеутерококка на обмен РНК. — В кн.: Современные проблемы фармакологии. Материалы III Съезда фармакологов СССР. — Киев, 1971, с. 21—22.
 20. *Бейраш И. С., Рябов И. Х.* Опыт применения гетерогенной тестикулоцитотоксической сыворотки при некоторых функциональных расстройствах мужского полового аппарата. — Пробл. эндокринолог., 1939, т. 4, № 1, с. 90—93.
 21. *Белкин А. И.* Клиника и лечение дизэнцефальной формы импотенции. — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. — М., 1967, с. 211—230.
 22. *Белкин А. И.* Некоторые вопросы общей сексопатологии. — В кн.: Вопросы сексопатологии. — М., 1969, с. 24—26.
 23. *Белкин Р. И.* Раневые гормоны, их образование и значение для регенерации. — Успехи совр. биол., 1947, т. 24, № 1, с. 61—68.
 24. *Беренштейн Ф. Я.* К вопросу о влиянии микроэлементов на активность гормонов. — Физиол. журн. СССР, 1947, т. 33, № 2, с. 209—220.
 25. *Бехтерева В. М.* Психопатия (психо-нервная раздражительная слабость) и ее отношение к вопросу о вменении. — Казань, 1886. — 31 с.
 26. *Бец Л. В.* К соматической характеристике мальчиков с преждевременным половым развитием. — Вопр. антропол., 1970, вып. 36, с. 89—108.
 27. *Бибилейшвили З. А.* О механизмах генеза состояний физиологической незрелости и мертворожденности. — В кн.: Материалы IX научной конф. по возрастной морфол., физиол. и биохимии. — М., т. 2, ч. I, 1969, с. 91—92.
 28. *Блейхер В. М.* Клиническая патопсихология. — Ташкент, 1976. — 325 с.
 29. *Бобровский И. А.* Хронический бессимптомный простатит. — В кн.: Материалы 3-й науч. конф. клиник Моск. мед. стомат. ин-та и гор. клин б-цы № 50. — М., 1970, с. 250—253.
 30. *Богат Е.* Шекспир в меняющемся мире. — Лит. газета, 1974, 18 дек., с. 12.
 31. *Богданова Е. А.* Клиника, диагностика и лечение «стертой» вирилизации в пубертатном возрасте. — В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков /Под ред. Л. С. Персианинова. — М., 1973, с. 135—149.
 32. *Богомолова Н. Н.* Ситуационно-ролевая игра как активный метод социально-психологической подготовки. — В кн.: Теоретические и методологические проблемы социальной психологии. — М.: Изд. МГУ, 1977, с. 183—204.
 33. *Богомольный Н. Г.* Рентгеновская диагностика хронического простатита. — Здравоохранение (Кишинев), 1972, № 5, с. 48—50.
 34. *Бодяжина В. И., Тумилович Л. Г., Саркисян Р. Г.* Нарушения полового созревания девочек. — В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. — М., 1973, с. 108—134.
 35. *Бодяжина В. И., Тумилович Л. Г., Ткаченко Н. М.* Некоторые вопросы нейроэндокринной регуляции полового созревания девочек. — Акуш. и гин., 1971, № 7, с. 3—7.
 36. *Борисенко Ю. А.* Содержание цинка в крови у мужчин с расстройством сперматогенеза. — Вопросы урологии. Киев, 1964, вып. I, с. 240—241.
 37. *Борисенко Ю. А., Волковский А. М.* Лечение апилаком половых расстройств. — Врач. дело., 1967, № 1, с. 142.
 38. *Борисенко Ю. А., Нищименко О. В.* Влияние стимулирующих доз анти-тестикулярной цитотоксической сыворотки на экскрецию половых гормонов при импотенции. — Врач. дело., 1974, № 6, с. 143—146.
 39. *Бостанджиев Т., Мерджанов Ч.* Реофаллография. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 205—215.
 40. *Ботнева И. Л.* Предпосылки структурного анализа половых расстройств у женщин. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств (Сборник трудов Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР). — М., 1978, с. 25—28.
 41. *Ботнева И. Л.* О необходимости внесения поправок к индексам половой конституции при синдроме парацентральных долек. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 41—46.

42. *Богнева И. Л.* Терапевтическая тактика и прогнозирование терапевтического эффекта при адаптации сексуальной пары. — В кн.: Лечение половых расстройств. — Киев, 1982, с. 246—248.
43. *Богнева И. Л., Васильченко Г. С.* Синдромы расстройств эякуляторной составляющей в структуре половых нарушений у мужчин. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 22—25.
44. *Богнева И. Л., Васильченко Г. С., Здравомыслов В. И.* О некоторых издержках на пути профессионализации сексологической службы. — В кн.: Динамика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 85—94.
45. *Брезман И. И.* Жень-шень. — Л.: Медгиз, 1957. — 182 с.
46. *Брезман И. И.* Сравнительные данные по фармакологическому действию корней женьшеня, элеутерококка, заманихи и аралии маньчжурской. — В кн.: Материалы к изучению женьшеня и других лекарственных растений Дальнего Востока. — Владивосток, 1963, вып. 5, с. 219—227.
47. *Брезман И. И., Дордымов И. В., Добряков Ю. И.* К фармакологии индивидуальных гликозидов из корней женьшеня (*Panax ginseng* C. A. Mey). — Фармакол. и токсикол., 1966, № 2, с. 167—171.
48. *Брузанский Н. П.* К вопросу о скотоложстве. — Журн. невропатол. и психиатр., 1926, № 2, с. 59—71.
49. *Бунеев А. Н.* О судебно-психиатрической экспертизе. — В кн.: Судебно-психиатрическая экспертиза, ее практика и задачи. — М., 1935, с. 5—22.
50. *Буньков А. И., Лившиц О. З.* О недифференцированном назначении тестостерона в клинике сексуальных расстройств. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии /Под ред. Д. Д. Федотова. — М., 1967, с. 375—389.
51. *Буянов М. И.* Вопросы депривации в детской психиатрии (обзор зарубежной литературы). — Журн. невропатол. и психиатр., 1970, т. 70, вып. 3, с. 453—462.
52. *Варганян М. Е., Лидерман Р. Р.* Опиатные рецепторы и эндогенные морфины: новый подход к исследованию мозга. — Журн. невропатол. и психиатр., 1978, т. 78, вып. 4, с. 519—529.
53. *Василенко В. Х., Алексеев Г. И., Жмуркин В. П. и др.* Диагностика. — БМЭ, 3-е изд., т. 7. — М., 1977, с. 245—252.
54. *Васильев В. В., Губанова И. И.* Об использовании прополиса в урологической практике. — В кн.: Актуальные вопросы урологии. — Кемерово, 1973, с. 232—234.
55. *Васильева Т. П.* Влияние экстракта левзеи сафлоровидной на половой аппарат и размножение у белых крыс. — В кн.: Материалы 2-го совещ. по исследованию лекарственных растений Сибири и Дальнего Востока. — Томск, 1961, с. 23—24.
56. *Васильченко Г. С.* Патогенетические механизмы импотенции. — М.: Медгиз, 1956. — 172 с.
57. *Васильченко Г. С.* Коагуляция а. thalamo-tuberina для изолированного выключения кровоснабжения переднего отдела зрительного бугра собаки. — Вopr. нейрохир., 1956, № 4, с. 15—18.
58. *Васильченко Г. С.* Поведение и условнорефлекторная деятельность у собак после двустороннего выключения кровоснабжения в бассейнах аа. thalamo-tuberinae. — В кн.: Острые нарушения мозгового кровообращения. Научные труды института неврологии АМН СССР, вып. I. — М., 1960, с. 373—381.
59. *Васильченко Г. С.* К методике первичного обследования мужчин, страдающих половыми расстройствами. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии. — М., 1967, с. 103—128.
60. *Васильченко Г. С.* Опыт применения перфокарт как современного метода систематизации для депонирования и обработки сексологических данных. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии. — М., 1967, с. 163—180.
61. *Васильченко Г. С.* Элементы структурного анализа в применении к мнимой импотенции. — В кн.: Актуальные вопросы сексopatологии. — М., 1967, с. 183—210.
62. *Васильченко Г. С.* О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. — М.: Медицина, 1969. — 184 с.
63. *Васильченко Г. С.* Квантифицированные характеристики некоторых сексологических проявлений у мужчин. Дис. докт. — М., 1970. — 637 с.

64. Васильченко Г. С. Основные черты клинической концепции В. Мастерса и В. Джонсон. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 126—144.
65. Васильченко Г. С. Определение половой конституции мужчин. Методич. рекомендации. — М., 1974. — 46 с.
66. Васильченко Г. С. Опанизм. — БСЭ, 3-е изд., т. 18, — М., 1974, с. 399.
67. Васильченко Г. С. О некоторых геронтологических аспектах уровней половой активности. — В кн.: Материалы I республиканской конференции, посвященной вопросам андрологии. — Тбилиси, 1977, с. 40—46.
68. Васильченко Г. С. Импотенция. — БМЭ, 3-е изд., т. 9. — М., 1978, с. 180—183 (520—531).
69. Васильченко Г. С. Сравнительный анализ двух подходов к решению теоретических и практических проблем сексопатологии. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 9—16.
70. (Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S. Diagnosi e trattamento dei disturbi dell'eiaculazione. — Sessuologia, 1978, vol. 2, N 2, p. 55—59.
71. (Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S. Diagnostic et traitement des troubles de l'ejaculation. — Méd. et Hyg., 1978, vol. 36, N 1287, p. 1810—1816.
72. (Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S. Age aspects of the male sexual activity. — Jour. of Sex Education and Therapy, 1980, vol. 6, N 1, p. 10—13.
73. (Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S. The main ways of medical sexology development. — In: Medical sexology/Ed. R. Forleo, W. Passini. — Amsterdam, New York, Oxford, 1980, p. 272—279.
74. (Васильченко Г. С.) Vassilchenko G. S. Le principali vie di sviluppo della sessuologia medica. — In: Sessualita e medicina. — Milano: Giangiacomo Feltrinelli Ed. 1980, p. 107—115.
75. (Васильченко Г. С.) Vasilchenko G. S. Problémy současné sexuologie. — Československá psychiatrie, 1980, vol. 76, N 2, p. 108—110.
76. Васильченко Г. С. О некоторых методологических трудностях количественной оценки и разграничения понятий нормы и патологии в психиатрии и смежных дисциплинах. — В кн.: Методологические вопросы психиатрии. — М., 1981, с. 33—40.
77. Васильченко Г. С., Кацееман В. И. О половом режиме спортсменов. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 65—73.
78. Васильченко Г. С., Маслов В. М. Феномен эякуляторной атаксии. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 46—49.
79. Васильченко Г. С., Овсянников С. А. Синдромы расстройств психической составляющей в структуре половых расстройств. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 17—21.
80. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Опыт исследования межличностных отношений у сексологических больных. — В кн.: Проблемы совр. сексопатологии. — М., 1972, с. 161—174.
81. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Осень супружеской жизни. — Здоровье, 1976, № 4, с. 14—15.
82. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Системный подход к психогигиене половой жизни (информационно-социологические аспекты). — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 28—33.
83. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Брачный клиринг. — Вопросы кибернетики, 1978, вып. 28, с. 59—69.
84. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Исследование структуры психологических связей в период деятельности. — В кн.: Научная организация труда и управления в научно-исслед. и проектных учреждениях. — М., 1980, с. 125—129.
85. Васильченко Г. С., Воробьев Г. Г., Решетняк Ю. А. О путях прогнозирования межличностных адаптаций. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 77—85.
86. Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф., Решетняк Ю. А. Диагностика непродуктивных форм общения и тренинг коммуникации в парной деятельности

- (в сексуальной паре). — В кн.: Семья и личность. — М., 1981, с. 17—22.
87. *Васильченко Г. С., Жаворонкова Л. А., Несис А. И.* Влияние изолированно облученной крови на состояние половой системы. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 98—106.
 88. *Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.* Роль хронического простатита в патогенезе половых расстройств. — Урол. и неврол., 1974, № 3, с. 43—46.
 89. *Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.* Метод структурного анализа расстройств потенции в выяснении патогенной роли хронических простатитов. — В кн.: Труды 5-й конф. урологов УССР. — Киев, 1971, с. 120—122.
 90. *Васильченко Г. С., Горячев Б. А., Маслов В. М., Пицак А. А.* Некоторые вопросы организации сексологической службы. — В кн.: Вопросы организации психиатрической помощи. — М., 1982.
 91. *Веденко В. I., Бельц Е. А., Макареу К. С.* Пелоидин в комплексном лечении простатита. — Врач. дело, 1970, № 6, с. 115—117.
 92. *Вейн А. М.* Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. — М., 1974. — 120 с.
 93. *Вейн А. М., Соловьева А. Д.* Лимбико-ретикулярный комплекс и вегетативная регуляция. — М.: Наука, 1978. — 268 с.
 94. *Виш И. М.* Расстройство сексуальных функций при хроническом эпидемическом энцефалите. — Невропатол. и психиатр., 1937, т. 6, № 11, с. 152—156.
 95. *Владимиров-Клячко С. В.* Опыт лечения нарушений половой функции у мужчин. — Воен.-мед. журн., 1971, № 9, с. 41—45.
 96. *Возова Т. М.* К вопросу о структурной организации полового рефлекса. — Журн. высшей нервн. деят., 1969, т. 19, № 3, с. 545—547.
 97. *Войгашевский Я. Б., Тухшинд Д. И.* Клиника и терапия induratio penis plastica. — Урология, 1933, т. 10, № 2, с. 14—20.
 98. *Вольперт И. Е.* Имаготерапия как метод реабилитации при неврозах и психических заболеваниях. — Журн. невропатол. и психиатр., 1981, т. 81, № 3, с. 402—406.
 99. *Вольфовский О. I.* Сексуальні порушення при психічних захворюваннях. — В кн.: Статеві розлади. — Київ, 1972, с. 156—161.
 100. *Воробьев Г. Г.* Теория и методология профессионального клиринга. — Вопросы кибернетики, 1978, вып. 48, с. 22—44.
 101. *Воробьев Г. Г., Решетняк Ю. А., Златковская Н. П.* Психологический портрет научно-творческого работника и проблема межличностной адаптации. — В кн.: Научная организация труда и управления в научно-исследованиях и проектных учреждениях. — М., 1978, с. 72—77.
 102. *Восстановление сексуальной активности больных, перенесших инфаркт миокарда.* Методич. рекомендації (сост. В. П. Зайцев, В. С. Кошелев). — М., 1979. — 10 с.
 103. *Вундер П. А.* Эндокринология пола. 2-е изд. — М.: Наука, 1980. — 254 с.
 104. *Гаврилюк И. А.* О патогенезе и лечении импотенции. — Врач. дело, 1965, № 11, с. 83—86.
 105. *Гаркави Л. Х., Кекина Е. Б., Уколова М. А.* Адаптационные реакции и резистентность организма. — Ростов-на-Дону, 1977. — 120 с.
 106. *Гиндикин В. Я.* Клиника начальной стадии формирования психопатий. — В кн.: Пограничные состояния. Труды Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. — М., 1965, т. 5, с. 122—124.
 107. *Глухарев А. Г., Окуловский В. А., Федоров И. В.* Пластическая индурация полового члена как причина половых расстройств и лечение при этом. — В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. — Киев: Здоров'я, 1973, с. 87—90.
 108. *Глущенко В. И.* Натурные и экспериментальные исследования общего токсического и специфического (на сексуальную сферу) действия винилхлорида и антимоныта. Дис. канд. — М., 1980. — 246 с.
 109. *Голанд Я. Г.* Доминирующие настроения и их использование в процессе коллективной психотерапии. — В кн.: Психотерапия в курортологии. — Харьков, 1968, с. 61—63.

110. Голанд Я. Г. К вопросу о психотерапии гомосексуализма. — В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. — Харьков, 1968, с. 434—436.
111. Голанд Я. Г. Особенности индивидуальной психотерапии у больных при психогенных сексуальных расстройствах. — В кн.: Актуальные вопросы клинической психотерапии. — Горький, 1972, с. 155—163.
112. Голанд Я. Г. О ступенчатом построении психотерапии при мужском гомосексуализме. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 473—486.
113. Голанд Я. Г. Опыт применения аутогенной тренировки и самовнушения в комплексной психотерапии сексуальных расстройств. — В кн.: Психическая саморегуляция. — Алма-Ата, 1973, с. 117—122.
114. Голанд Я. Г. Основные этапы процесса психотерапии сексуальных перверсий. — В кн.: Тезисы докладов конференции по психотерапии. — М., 1973, с. 181—184.
115. Голанд Я. Г. Предпосылки психотерапии сексуальных перверсий. — В кн.: Третий Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. — М., 1974, т. 2, с. 220—222.
116. Голанд Я. Г. Применение самовнушения в психотерапии сексуальных перверсий. — В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психиатрии. — Тамбов, 1974, с. 363—375.
117. Голубева И. В. Адаптация интерсексов к перемене пола. — Журн. невропатол. и психиатр., 1970, т. 70, вып. 6, с. 911—914.
118. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом. Автореф. дис. канд. — Киев, 1977. — 19 с.
119. Грошев С. И., Кукчев В. Т., Медынцев В. Д. Разгрузочно-диетическая терапия при некоторых видах сексуальных расстройств. — В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия при некоторых видах сексуальных расстройств. — В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психических заболеваний. — М., 1976, с. 58—60.
120. Гульман В. В., Иванников В. А. Особенности формирования и использования прошлого опыта у психопатических личностей. — Журн. невропатол. и психиатр., 1974, № 12, с. 1830—1836.
121. Дардымов И. В. Женьшень, элеутерококк. — М.: Наука, 1976. — 184 с.
122. Дейнега Г. Ф. Методы психологического обследования, применяемые в изучении вариантов личностного взаимодействия сексуальной пары. — В кн.: Актуальные проблемы психиатрии /Под ред. В. В. Ковалева. — М., 1981, с. 77—80.
123. Дейнега Г. Ф., Решетняк Ю. А. Консультирует доктор Дереш. — Студенческий меридиан, 1982, № 3, с. 41—45.
124. Дембо А. М. Психотерапия при импотенции. — Врач. дело, 1967, № 12, с. 92—95.
125. Демченко А. Н., Черкасов И. А. Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата. Методические рекомендации. — Харьков, 1978. — 22 с.
126. Десятников В. Ф. Маскированная депрессия (Обзор литературы). — Журн. невропатол. и психиатр., 1975, № 5, с. 760—774.
127. Десятников В. Ф., Зайцев В. П., Кошелев В. С. Сексуальное поведение и его связь с психическим состоянием у больных, перенесших инфаркт миокарда. — Сов. мед., 1975, № 12, с. 86—91.
128. Десятников В. Ф., Зайцев В. П., Кошелев В. С. Сексологические вопросы после инфаркта миокарда. — Клин. мед., 1978, т. 56, вып. I, с. 87—93.
129. Десятников В. Ф., Куколева И. И., Носачев Г. Н., Павлова И. П. Маскированная депрессия (Клиника, дифференциальные критерии и лечение). Методические рекомендации. — Куйбышев, 1976. — 16 с.
130. Дильман В. М., Берштейн Л. М. Гипоталамус и эндокринная система. — В кн.: Клиническая нейрофизиология. Руководство по физиологии /Под ред. Н. П. Бехтеревой. — Л.: Наука, с. 326—342.
131. Дильман В. М., Острожова М. Н. Действие янтарной кислоты на систему гипоталамус — гипофиз — надпочечники. — В кн.: Терапевтическое действие янтарной кислоты. — Пушкино: Изд. АН СССР, 1976, с. 208—215.

132. *Длигач Д. Л., Иоффе Л. А.* Локальная декомпрессия и работоспособность. — Л.: Наука, 1982. — 87 с.
133. *Днепровская С. В.* Семейная психотерапия при затяжных неблагоприятно протекающих депрессиях. — В кн.: Вопросы реабилитации больных нервно-психич. заболеваниями. — Томск, 1975, с. 119—121.
134. *Добровольская Л. И.* Лекарственная чувствительность штаммов микроорганизмов, выделенных от больных с воспалительными заболеваниями гениталиев, осложненными половыми расстройствами. — В кн.: Лечение половых расстройств. — Киев, 1982, с. 364—366.
135. *Додонов Б. И.* Типы общей эмоциональной направленности людей и генденции структурирования их эмоциональной сферы. — Вопр. психол., 1972, № 1, с. 45—55.
136. *Дубинин Н. П.* Наследование биологическое и социальное. — Коммунист, 1980, № 11, с. 62—74.
137. *Ефсеждиев М.* Простата. Патология, клиника и терапия на простатите заболевания. — София: Наука и искусство, 1955—238 с.
138. *Ефремов В. С., Мельников В. Л., Тимофеев Н. Н.* Агрессивно-сексуальное поведение и действия больных пизофрениями. — В кн.: Психопатологические синдромы. — Л., 1971, с. 86—93.
139. *Жаворонкова Л. А.* Некоторые показатели функции половой системы после облучения (общего и с предварительным изолированным облучением крови). — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 106—123.
140. *Жарно Я. Ф.* К вопросу о диагностике простатитов и феномена мнимого исчезновения лецитиновых зерен из толстых мазков простатического сока. — Лаб. практика, 1930, № 1, с. 2—7.
141. *Жданов Ю. П.* О неблагоприятно текущей пизофрении с сексуальными извращениями. — В кн.: Проблемы принудительного лечения психически больных. — М., 1978, с. 151—158.
142. *Заяц Л. Д.* Клиническая антропометрия и ее применение в детской гинекологии. — В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков. — М., 1973, с. 39—51.
143. *Здравомыслов В. И.* Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и психотерапия. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 409—425.
144. *Зимкин Н. В.* Стресс при мышечных упражнениях и состояние неспецифически повышенный сопротивляемости организма. — Физиол. журн. СССР, 1961, № 6, с. 741—751.
145. *Зимкин Н. В., Коробков А. В.* О значении мышечных упражнений в неспецифическом повышении устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов. — В кн.: Труды Краснознамен. воен. ин-та физич. культ. и спорта им. В. И. Ленина. — Л., 1959, вып. 22, с. 3—33.
146. *Израилов Г.* О лечении пластической индурации полового члена электрофорезом с лидазой. — В кн.: Сб. научн. работ 2-го Моск. мед. ин-та. — М., 1973, с. 28—30.
147. *Ильин И. И.* Новое в проблеме патогенеза хронического простатита. — В кн.: Тезисы докл. научн.-практ. конф. Челябинск. мед. ин-та. — Челябинск, 1970, с. 28—30.
148. *Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Половое воспитание и психогигиена пола у детей. — Л.: Медицина, 1979. — 183 с.
149. *Кабанов М. М.* Реабилитация психически больных. — Л.: Медицина, 1978. — 232 с.
150. *Кабанов М. М.* Изменение теоретической перспективы психиатрии. — В кн.: Теоретико-методологические аспекты пограничной психиатрии (к проблеме нормы и патологии). — Л., 1979, с. 5—14.
151. *Кабанов М. М.* Психотерапия и реабилитация в современной клинической медицине. — В кн.: Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. — Ташкент, 1979, с. 76—85.
152. *Кабанов М. М.* Личностный подход в терапии и реабилитации больных. — В кн.: Седьмой Всесоюзный съезд невропатол. и психиатр. — М., 1981, т. 3, с. 588—590.

153. *Канделаки О. В.* Состояние сперматогенеза у простатэктомизированных кроликов. — *Сообщ. Груз. АН*, 1972, т. 65, № 3, с. 729—731.
154. *Карпенко В. С., Юнда И. Ф., Карпенко Е. П., Романенко А. М.* Склероз предстательной железы и копулятивная функция. — *Урол. и нефрол.*, 1981, № 5, с. 44—49.
155. *Кассиль Г. Н.* Нейро-эндокринно-гуморальные взаимоотношения при поражениях дизэнцефальной области. — В кн.: Физиология и патология дизэнцефальной области гол. мозга. — М., 1963, с. 289—340.
156. *Кербинов О. В.* К учению о динамике психопатий. — В кн.: Избранные труды. — М.: Медицина, 1971, с. 163—231.
157. *Кибрик Н. Д., Лившиц О. З.* Ипохондрические реакции и развития у больных с сексуальными нарушениями в сочетании с хроническим простатитом. — В кн.: Актуальные вопросы психиатрии в трудах молодых ученых. — М., 1972, с. 51—53.
158. *Кит С. М.* О влиянии женьшеня, иохимбина, пантокрина, резерпина и сапонин-эсцина на простату и семенные пузырьки кастрированных белых крыс. — *Фармакол. и токсикол.*, 1962, № 5, с. 629—631.
159. *Клинические и организационные основы реабилитации психически больных* / Под ред. М. М. Кабанова и К. Вайзе. — М.: Медицина, 1980, 396 с.
160. *Кобелев А. А.* Об осложнениях хронического простатита. — Тезисы докладов научно-практической конф. Челябинского мед. ин-та. — Челябинск, 1970, с. 29—30.
161. *Ковалев В. В.* О психогенных патологических формированиях (развития личности у детей и подростков). — *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1969, № 10, с. 1543—1549.
162. *Коган О. Г.* Реабилитация больных при травмах позвоночника и спинного мозга. — М.: Медицина, 1975. — 240 с.
163. *Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнeman И. Я.* Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методическое пособие для врачей-курсантов. — Новокузнецк, 1975, 27 с.
164. *Козлов Г. И.* Особенности клиники и лечение дисфункции коры надпочечников у взрослых больных. Дис. канд. — М., 1974. — 200 с.
165. *Колесов Д. В., Сильверова Н. В.* Физиолого-педагогические аспекты полового созревания. — М.: Педагогика, 1978. — 224 с.
166. *Колесова О. А., Дюнова Г. М.* Роль личности в невротическом симптомообразовании. — В кн.: Проблемы медицинской психологии. — Л., 1976, с. 97—99.
167. *Кон И. С. (Kon I. Sz.)* Kultúra-szexologia (Введение в междисциплинарную сексологию). — Budapest: Kossuth Könyvkiadó, 1981, 374.
168. *Кондрашова М. Н.* Регуляция янтарной кислотой энергетического обеспечения и функционального состояния ткани. Автореф. дис. докт. — Пущино, 1971. — 59 с.
169. *Кондрашова М. Н.* Основные понятия биоэнергетики, используемые в функциональных исследованиях. Подвижность метаболических реакций митохондрий. — В кн.: Регуляция энергетического обмена и устойчивость организма. — Пущино, 1975, с. 67—82.
170. *Кондрашова М. Н.* Выясненные и наметившиеся вопросы на пути исследования регуляции физиологического состояния янтарной кислотой. — В кн.: Терапевтическое действие янтарной кислоты. — Пущино: Изд. АН СССР, 1976, с. 8—30.
171. *Кононский А. Д.* О лечении фибропластической индукции полового члена. — *Вестн. дерматол. и венерол.*, 1982, № 5, с. 87—89.
172. *Консторум С. И.* Психотерапия психозов. — В кн.: Проблемы пограничной психиатрии. — М.—Л., 1935, с. 287—309.
173. *Коробков А. В.* Проблема локального отрицательного давления (ЛОД). — В кн.: Материалы научной конф. «Физиологич. и клинич. эффекты локального отрицательного давления» / Под ред. А. В. Коробкова. — М., 1976, с. 5—12.
174. *Королев В. В., Лакосина Н. Д., Саркисов С. А., Чахкиева Л. О.* Клинические аспекты аномалий развития личности. — В кн.: Закономерные тенденции формирования личности: Тр. II ММИ. — М., 1972, с. 166—179.

175. *Короленко Ц. П., Галин А. Л.* К вопросу о выделении больных с повышенным суицидальным риском по психологическим критериям. — Журн. невропатол. и психиатр., 1978, № 3, с. 426—430.
176. *Косарев В. К.* К вопросу о судебно-психиатрическом значении гомосексуализма. — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. — М., 1967, с. 292—300.
177. *Кочарян Г. С., Абрамович-Поляков Д. К., Васильченко Г. С.* Сексологические исследования у лиц, подвергающихся воздействию локальной вибрации. — В кн.: Актуальные вопросы профилактики неблагоприятного воздействия шума и вибрации. — М., 1981, с. 80—81.
178. *Кочарян Г. С., Абрамович-Поляков Д. К., Васильченко Г. С.* Состояние половых функций у мужчин, подвергающихся воздействию локальной вибрации. — В кн.: 5-я республиканская научная конференция по борьбе с вредным воздействием шума и вибрации. — Кривой Рог — Киев, 1981, с. 121—122.
179. *Кочетков В. Д.* Неврологические аспекты импотенции. — М.: Медицина, 1968. — 280 с.
180. *Кошелев В. С., Зайцев В. П.* Возобновление сексуальной активности после инфаркта миокарда. — Тер. арх., 1978, № 11, с. 91—94.
181. (*Кравков Н. П.*) *Krawkow N. P.* Über die Grenzen der Empfindlichkeit des lebenden Protoplasmas. — Z. ges. exp. Med., 1923, Bd. 34, H. 3/6, S. 279—306.
182. *Краснушкин Е. К.* Структура неврозов. — В кн.: Труды I Моск. мед. ин-та, психиатр. клиники памяти П. Б. Ганнушкина. — М.—Л., 1934, вып. 4, с. 365—375.
183. *Красулин В. В., Тараканов В. П.* Подкожное шинирование полового члена двумя боковыми полиэтиленовыми протезами как метод лечения импотенции. — Урол. и нефрол., 1974, № 4, с. 43.
184. *Краткие тезисы докладов к третьему пленуму правления Всероссийского общества урологов.* — Л., 1972. — 88 с.
185. *Кривошей Н. Ф., Суходольская А. Е., Добровольская Л. И.* и др. Клиника и бактериология воспалительных заболеваний половых органов у мужчин (простатиты, эпидидимиты). — В кн.: Труды 5-й конференции урологов УССР. — Киев, 1971, с. 97—99.
186. *Кузин А. М., Копылов В. А.* Радиотоксины. — М.: Наука, 1983. — 174 с.
187. *Кузин А. М.* Стимулирующее действие ионизирующего излучения на биологические процессы. — М.: Атомиздат, 1977. — 133 с.
188. *Кузнецов М. Н.* Физиология периода полового созревания. — В кн.: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков/Под ред. Л. С. Персианова. — М., 1973, с. 24—38.
189. *Кунин М. А.* Бесплодие в браке. — М.: Медицина, 1973. — 232 с.
190. *Лазаренко А. И., Лившиц О. З.* Получение семенной жидкости методом вивриэкюляции. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 216—222.
191. *Лакомкин А. И., Мягков И. Ф.* Биологические потребности и мотивации. — Воронеж, 1980. — 127 с.
192. *Лебедев А. А., Куприянова Е. М.* Особенности хронического воспалительного процесса женских гениталий в форме плексита вегетативных нервных сплетений малого таза (невралгия малого таза). — В кн.: Вопросы патогенеза и терапии воспалительных заболеваний женских гениталий. — М., 1970, с. 44—47.
193. *Лебедева Н. Е., Вайнсон А. А., Кузин А. М.* Взаимодействие хинонов с клеточными ядрами. — В кн.: Радиотоксины, их природа и роль в биологическом действии радиации высокой энергии. — М.: Атомиздат, 1966, 51—62.
194. *Лебединская К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпа полового созревания. — М.: Медицина, 1968. — 156 с.
195. *Лейтес Л. Р., Давидзон И. Л., Хаймовский Д. И.* Семенной бугорок и половые расстройства. — Урология, 1940, т. 17, № 1, с. 81—82.
196. *Лейтес С. М., Тихонова Е. П.* Нейро-эндокринное (гипоталамическое) ожирение. — В кн.: Руководство по эндокринологии/Под ред. Б. В. Алешина и др. — М.: Медицина, 1973, с. 65—82.
197. *Ленц А. К.* Криминальные психопаты (социопаты). — Л., 1927. — 59 с.

198. *Леонтьев А. Н.* Деятельность, сознание, личность. — М.: Изд. помп. лит., 1975. — 304 с.
199. *Лесин А. И.* Значение хронических воспалительных заболеваний мужских половых желез в этиопатогенезе бесплодия и импотенции. — Урология, Киев, 1972, вып. 6, с. 73—75.
200. *Лилгарт Н. К.* Современные методы лечения больших неврозам. Методич. рекомендации. — Харьков, 1974, 12 с.
201. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
202. *Ляпустина Т. А.* Влияние жидкого экстракта корней элеутерококка на производительных функций крупного рогатого скота. — В кн.: Элеутерококк в животноводстве (Материалы к изучению женшеня и других лекарственных средств Дальнего Востока, вып. 8). — Владивосток, 1967, с. 88—95.
203. *Ляховицкий Н. С., Введенский М. В., Концевая А. Г.* Непосредственные и отдаленные результаты лечения ультразвуком больных фибропластическим затвердением полового члена. — Урол. и нефрол., 1968, № 2, с. 39—43.
204. *Мазо Е. В., Даренков А. Ф., Ярмолинский И. С., Мазо В. Е.* Оперативное лечение острого приапизма. — Урол. и нефрол., 1980, № 6, с. 24—31.
205. *Максимов Ю. Л.* Элеутерококк колючий — растительный стимулятор воспроизводительных функций крупного рогатого скота. — В кн.: Элеутерококк в животноводстве (Материалы к изучению женшеня и других лекарственных средств Дальнего Востока, вып. 8). Владивосток, 1967, с. 96—102.
206. *Максимов Ю. Л.* Лимонник — стимулятор половых функций быков-производителей. — В кн.: Элеутерококк в животноводстве (Материалы к изучению женшеня и других лекарственных средств Дальнего Востока, вып. 8). Владивосток, 1967, с. 113—115.
207. *Мартынов Н. И., Воробьева С. У.* Эстетический и эротический образ женщины. — В кн.: За здоровый быт. — Горький, 1981, с. 31—56.
208. *Маслов В. М.* Клиническая феноменология анеякуляторных расстройств. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 50—54.
209. *Маслов В. М.* Лечебная тактика при задержках психосексуального развития. — В кн.: Лечение половых расстройств. — Киев, 1982, с. 63—66.
210. *Маслов В. М.* Комплексная терапия анеякуляторных расстройств. — В кн.: Лечение половых расстройств. — Киев, 1982, с. 339—342.
211. *Масс А.* Гимнастика для «гадких утят». — Лит. газета, 1981, 15 июля, с. 13.
212. *Малоблизицели Г. И., Жуков Ю. Т.* О функциональном состоянии некоторых эндокринных желез у больных с так называемой спинальной формой импотенции. — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. — М., 1967, с. 231—239.
213. *Меерсон Ф. З.* Пластическое обеспечение функций организма. — М.: Наука, 1967. — 318 с.
214. *Меерсон Ф. З.* Адаптация, стресс и профилактика. — М.: Наука, 1981. — 278 с.
215. *Миленушкин И. Ф.* К вопросу об этиологии и лечении приапизма. — Русский врач, 1912, № 52, с. 2105—2108.
216. *Мишина Т. М.* К исследованию психологического конфликта при неврозах. — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. — Л., 1972, с. 35—38.
217. *Мишина Т. М.* Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах. — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 13—20.
218. *Мишина Т. М.* Сравнительный анализ супружеских отношений в «невротических» и здоровых парах. — В кн.: Социально-психологические исследования в психоневрологии. Труды НИИ психоневр. ин-та им. В. М. Бехтерева, т. LXXXXIII). — Л., 1980, с. 102—105.
219. *Мяер В. К.* Дизвещефальные нарушения и неврозы. — Л.: Медицина, 1976. — 166 с.
220. *Мяер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия при неврозах. Методические рекомендации. — Л., 1976. — 14 с.

221. *Мягер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия. — В кн. Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. — Ташкент, 1979, с. 297—310.
222. *Мясищев В. Н.* Личность и неврозы. — Л., 1960. — 426 с.
223. *Население СССР, 1973 г.* — М.: Статистика, 1975. — 208 с.
224. *Наумов Л. Б.* Принципы клинического мышления. — Мед. газета, 1976 г. 2 апреля, с. 3.
225. *Наумов Л. Б., Гаевский Ю. Г., Бессонов А. М., Меркушев В. В.* Принципы диагностического мышления. — В кн.: Распознавание болезней сердечно-сосудистой системы. — Ташкент, 1979, с. 13—34.
226. *Невзорова Т. А., Тихоненко В. А.* О отношении соматического и психического при циклотимии и маниакально-депрессивном психозе. — Журн. невропатол. и психиатр., 1971, № 11, с. 1688—1692.
227. *Невский М. П., Китлян В. А., Цуканова Е. А.* Опыт лечения психических заболеваний дозированным голоданием. — В кн.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969, с. 89—98.
228. *Несис Ю. А.* Исследования по экстракорпоральному облучению крови в семидесятые годы. — В кн.: Облучение крови вне организма. — М., 1980, с. 141—161.
229. *Николаев Ю. С., Скорик-Скворцова В. А.* Состояние иммунобиологической реактивности организма человека при полном длительном голодании. — В кн.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969, с. 540—548.
230. *Николаев Ю. С., Заиров Г. К., Бабенков Г. И., Гурович В. Б.* Теоретические предпосылки осмысления механизма лечебного действия разгрузочно-диетической терапии и их клинико-патофизиологическое обоснование. — В кн.: Разгрузочно-диетическая терапия нервно-психич. заболеваний. Тезисы научно-практической конференции. — М., 1976, с. 9—14.
231. *Никулин А. А., Лупачев В. Ф.* Апилак. — Саранск: Мордовское книжное издательство, 1976. — 141 с.
232. *Нищименко О. В., Ильевич Н. В., Борисенко Ю. А.* Лечебная эффективность протестикулина у больных с эндокринной формой импотенции. — Врач. дело, 1975, № 6, с. 33—35.
233. *Новиков И. Ф.* Оперативные методы лечения приапизма. — Урол и нефрол., 1980, № 5, с. 39—41.
234. *Новиков М. А.* Психофизиологическое изучение группового взаимодействия. — Физиология человека, 1975, т. I, № 3, с. 440—450.
235. *Нозуров А., Ким Т.* Последствия недифференцированных назначений тестостерона и его аналогов у мужчин с сексуальными расстройствами. — Здравоохр. Туркменистана, 1977, № 3 (207), с. 14—17.
236. *Нуралиев Ю., Денисенко П.* Мумие и его лечебные свойства. — Душанбе: Ирфон, 1977. — 112 с.
237. *Обозов Н. Н., Васильев Н. А.* Аппаратурный метод исследования срабатываемости и совместимости людей. Техника гомеостатического метода. — В кн.: Методы социальной психологии / Под ред. Е. С. Кузьмина, В. Е. Семенова. — Л., 1977, с. 161—168.
238. *Обучение практических работников здравоохранения в области сексологии.* — Хроника ВОЗ, 1975, т. 29, № 6, с. 282—289.
239. *Общая сексопатология* / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
240. *Овсянников С. А.* Психический статус и его особенности у сексологических больных. Методич. рекомендации. — М., 1976. — 21 с.
241. *Овсянников С. А.* К дифференциальной диагностике малопрогредиентной шизофрении и пограничных состояний с половыми нарушениями при системном подходе. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 33—37.
242. *Овсянников С. А.* Изменение некоторых сексологических показателей шкалы СФМ и их клинические особенности при шизофрении. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 37—41.
243. *Овсянников С. А., Смирнов В. К.* Системный подход в оценке шизофрении

- с половыми нарушениями. — В кн.: Шизофрения и алкоголизм. — Ташкент, 1978, с. 204—207.
244. Орлов И. В. Некоторые афферентные функции лимбической системы. — В кн.: Глубинные структуры мозга (анатомия, физиология и патология) /Под ред. В. В. Михеева. — М., 1969, т. 1, с. 52—61.
 245. Орлова З. В. Эффективность комплексного курортного лечения больших хроническим простатитом в Железноводске. — В кн.: Материалы научно-практич. конф. врачей Железноводского курорта. — Железноводск, 1970, с. 160—163.
 246. Павловские клинические среды. — Л.: Изд. АН СССР, 1954, т. 1. — 644 с.
 247. Пантокрин. — В кн.: Сборник научных работ научно-исслед. лабораторий пантового оленеводства /Под ред. С. М. Павленко. — Горно-Алтайск, 1969. — 140 с.
 248. Пеллиас В. Е. Некоторые клинические аспекты суицидальных тенденций у психопатических личностей. — Журн. невропатол. и психиатр., 1970, № 6, с. 914—919.
 249. Петров Э. Ф. Эгоизм (философско-этический очерк). — М.: Наука, 1969. — 207 с.
 250. Пицак А. А. Оценка сомато-психических особенностей больных со слабой половой конституцией как предпосылка комплексного лечения сексуальных расстройств. — В кн.: Актуальные проблемы психиатрии /Под ред. В. В. Ковалева. — М., 1981, с. 209—242.
 251. Покрышкин В. И., Бабичев В. Н. Физиологические аспекты действия гипоталамических гонадотропин-рилизинг-гормонов. — Пробл. эндокринол., 1975, т. 21, с. 101—108.
 252. Полищук Ю. И., Заиров Г. К. Разгрузочно-диетическая терапия малопрогрессивной шизофрении. — Ташкент: Медицина, 1975. — 184 с.
 253. Попов Г., Гусев А. Спортивный наряд каратэ. — Спортивная жизнь России, 1979, № 3, с. 24—25.
 254. Попов Е. А. О некоторых неясных и спорных сторонах в проблеме неврозов. — Журн. невропатол. и психиатр., 1954, т. 54, вып. 5, с. 380—388.
 255. Попов И. А. К характеристике сексуальных расстройств у больных шизофренией. — В кн.: Шизофрения (клиника, патогенез, терапия). — Караганда, 1971, с. 61—63.
 256. Портнов А. А., Васильченко Г. С., Овсянников С. А. и др. Системный подход к синдрому таксиса в оценке явлений функционального асперматизма. — В кн.: Материалы I республиканской конференции, посвященной вопросам андрологии. — Тбилиси, 1977, с. 119—123.
 257. Порудоминский И. М. Половые расстройства у мужчин. — М.: Медгиз, 1957. — 196 с. 3-е изд. — М.: Медицина, 1968, 455 с.
 258. Порудоминский И. М. О механических вспомогательных средствах лечения импотенции. — Урология, 1962, № 6, с. 50—55.
 259. Порудоминский И. М., Кочетков В. Д. Работа кабинета по сексуальной патологии при урологическом отделе Центрального кожно-венерологического института. — Вестн. дерматол., 1964, № 10, с. 63—69.
 260. Посвянский П. Б. Введение в современное учение о сексуальных перверзиях. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 79.
 261. Посвянский П. Б. Сексуальные нарушения в клинике, дифференциальной диагностике и сексопатологии шизофрении. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 296—322.
 262. Посвянский П. Б., Самтер Н. Ф. К вопросу о побочном действии нейролептиков (преимущественно фенотиазинового ряда) на половую функцию в психиатрической практике. — В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. — М., 1967, с. 369—374.
 263. Прахов В. Е., Гиндин Г. И., Утятников Е. Л. О предпочтительности импровизационно-дискуссионных методов психотерапии в системе лечения психических больных. — В кн.: 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. — Л., 1979, с. 159—161.
 264. Проскура О. В. Неспецифический простатит и везикулит. — В кн.: Руководство по клинической урологии /Под ред. А. Я. Пытеля. — М.: Медицина, 1970, с. 193—207.

265. *Психосоматические* расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях / Под ред. А. К. Ануфриева. — М., 1979.
266. *Пытель А. Я., Мазо Е. Б.* Фибропластическая индурация полового члена — болезнь Пейрони (*Induratio penis plastica*). — Урология, 1963, № 1, с. 64—73.
267. *Разгрузочно-диетическая* терапия малопрогредиентной психозфрении и тяжелых неврозов. Методические рекомендации. — М., 1979. — 39 с.
268. *Раскин А. М.* Врожденная вирилизующая гиперплазия коры надпочечников. — Пробл. эндокринолог., 1962, т. 8, № 6, с. 86—87.
269. *Решетняк Ю. А.* Клиника, патогенез и терапия некоторых форм мужской импотенции (с патологией верхних дыхательных путей и обонятельного анализатора). Дис. канд. — М., 1971. — 162 с.
270. *Решетняк Ю. А.* К вопросу о психотерапии мужчин, длительно страдающих половыми расстройствами. — В кн.: Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. — Тамбов, 1974, с. 343—344.
271. *Решетняк Ю. А.* Применение тестов межличностных отношений к задачам брачного клиринга. — Вопросы кибернетики, 1978, вып. 48, с. 70—85.
272. *Рожановская З. В., Свядоц А. М.* К вопросу об оргазме у женщин. — В кн.: Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической конференции). — М., 1969, с. 128—130.
273. *Ротенберг В. С., Андрианов В. В.* О перемежающемся ночном приапизме. — Урол. и нефрол., 1976, № 6, с. 31—35.
274. *Руководство по клинической эндокринологии* / Под ред. В. Г. Баранова. — Л.: Медицина, 1977. — 664 с.
275. *Руководство по международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти. 9-й пересмотр (1975 г.), т. 1.* — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 1980, 758 с.
276. *Русецкий И. И., Терезулов А. Х.* О состоянии тазовых органов при органических поражениях большого мозга. — В кн.: Труды Казанского ГИДУВ. 1933, т. 3, с. 63—70.
277. *Рюриков Ю. Б.* Трудность счастья. — М.: Знание, 1977. — 63 с.
278. *Савенко Ю. С.* Скрытые депрессии их диагностика. Методические рекомендации. — М., 1978. — 15 с.
279. *Савченко О. Н.* Гонадотропные гормоны. — БМЭ, 3-е изд. — М., 1977, т. 6, с. 316 (928—930).
280. *Савченко О. Н., Скородок Л. М., Степанов Г. С., Коган М. Е.* Соотношение продукции гонадотропных и половых гормонов у мальчиков и девочек в период полового созревания. — Вopr. охр. мат. и дет., 1976, № 8, с. 21—27.
281. *Саратиков А. С.* Золотой корень (родиола розовая). — Томск, 1973. — 125 с.
282. *Свядоц А. М.* Неврозы. 3-е изд. — М.: Медицина, 1982. — 367 с.
283. *Свядоц А. М.* Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974. — 183 с.
284. *Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях* / Под ред. В. К. Мягер, Р. А. Заченицкого. — Л., 1978. — 154 с.
285. *Семенов С. Ф., Назаров К. Н., Чуприков А. П.* Аутоиммунные процессы при врожденных энцефалопатиях, эпилепсии и психозфрении. — М.: Медицина, 1973. — 336 с.
286. *Семичов С. Б.* Теория кризисов и психопрофилактика (обзор литературы). — В кн.: Неврозы и пограничные состояния. — Л., 1972, с. 96—99.
287. *Семичов С. Б.* К критике концепции «больной семьи». — В кн.: Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978, с. 9—13.
288. *Серняк Л. С., Богомоллов А. М., Грачев Р. А.* Лечение больных импотенцией, обусловленной хроническим простатитом. — В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. — Киев, 1973, с. 24—28.
289. *Симонов П. В.* Высшая нервная деятельность. Мотивационно-эмоциональные аспекты. — М.: Наука, 1975. — 175 с.
290. *Симонов П. В.* Эмоции и воспитание. — Вопросы философии, 1981, № 5, с. 39—48.
291. *Системный подход и психиатрия* / Под ред. П. П. Волкова. — Минск, 1976. — 398 с.
292. *Скуратович А. А., Патапнев Ф. В., Левочкин А. М.* Опыт применения прогипоизана в терапии больных простатитом. — Антибиотики, 1973, № 10, с. 938—940.

293. *Скуратовская М. А., Шатырко А. С.* Ректальная озокеритотерапия больных хроническим простатитом. — В кн.: Природные лечебные факторы курорта Трускавец. — Львов, 1968, с. 66—68.
294. *Соколов В. И.* О продолжительности и особенностях стимулирующего действия женьшеня по сравнению с фенамином. — В кн.: Материалы к изучению женьшеня и лимонника. — М.—Л., 1955, вып. 2, с. 174—177.
295. *Спесивцев Б. А.* Использование некоторых бальнеофакторов курорта Кисловодск в лечении больных хроническими простатитами. — В кн.: Тезисы 3-й гор. научно-практич. конф. врачей. — Кисловодск, 1969, с. 59—61.
296. *Старкова Н. Т.* Основы клинической андрологии. — М.: Медицина, 1973. — 391 с.
297. *Старкова Н. Т., Бухман А. И., Голубева И. В., Лебединская К. С.* Гипогонадизм. — БМЭ, 3-е изд. — М., 1977, т. 5, с. 485—486 (1453—1458).
298. *Старкова Н. Т., Кууз А. Л., Голубева И. В., Зарубина Н. А.* О новом клиническом синдроме гипермускулярной липодистрофии. — Пробл. эндокринол., 1972, № 1, с. 3—7.
299. *Статеві разлади* / Під ред. И. М. Аптера. — Київ: Здоров'я, 1974. — 376 с.
300. *Судаков К. В.* Восходящие активизирующие влияния на кору головного мозга у голодных животных. — В кн.: Проблемы лечебного голодания. — М., 1969, с. 301—330.
301. *Судаков К. В.* Теория функциональной системы как новый этап изучения целенаправленного поведения животных и человека. — В кн.: Системный анализ механизмов поведения. — М.: Наука, 1979, с. 3—23.
302. *Суходольская А. Е., Добровольская Л. И., Руденко А. В.* Инфекционная этиология простатитов. — В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. — Киев, 1973, с. 37—41.
303. *Тарханова К. Р., Ананикян П. П., Виравов Л. Р.* Ангиография у больных с расстройствами половых функций. — Кровообращение, 1979, т. 12, № 6, с. 49—60.
304. *Татлаев Н. Ш.* О некоторых изменениях сексуальной функции при маскированной депрессии. — В кн.: Депрессивные состояния. — Куйбышев, 1976, с. 33—37.
305. *Тымакова Е. С.* Преждевременное половое развитие дреберального генеза (вопросы этиопатогенеза, клиники и лечения). Дис. канд. — М., 1976. — 221 с.
306. *Товстолес К. Ф., Сорока В. Г., Ломыскин А. И., Самойлов Н. А.* Парапростатическая новокаиин-антибиотиковая блокада с гидрокортизоном в комплексной терапии простатитов. — Вестн. дерматол., 1970, № 5, с. 72—75.
307. *Токарский А.* О глупости. — Вopr. философии и психологии, 1896, т. 35, № 5, с. 683—698.
308. *Торба В. А.* Клиника и лечение сексуальных расстройств, выявленных в структуре некоторых психопатологических синдромов. — В кн.: Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. — М., 1978, с. 95—97.
309. *Тучин Д. Ф., Кириленко В. И., Поевская Н. М.* О применении диадинамических токов для лечения больных болезнью Пейрони. — В кн.: Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. — М.: Медицина, 1974, с. 453—455.
310. *Угломский А. А.* Парабиоз и доминанта. — В кн.: Физиология нервной системы. Избранные труды. М.: Медицина, 1952, вып. 3, кн. I, с. 291—348.
311. *Ушаков Г. К.* Детская психиатрия. — М.: Медицина, 1973. — 392 с.
312. *Фарутина М. В.* Клиническое исследование тонизирующего действия пантокрина, настоек женьшеня и лимонника. — В кн.: Матер. к изучению стимулирующих и тонизирующих средств — корня женьшеня и лимонника. — Владивосток, вып. I, 1951, с. 131—136.
313. *Федоров Б. Т., Поливанская К. Д.* Влияние корней элеутерококка колючего на плодотворность норок. — В кн.: Симпозиумы по элеутерококку и женьшеню. — Владивосток, 1962, с. 62—64.
314. *Федорченко П. М.* Устаревшие и сомнительные рекомендации. — Мед. газета, 1975, 8 августа.
315. *Физиология эндокринной системы* / Под ред. В. Г. Баранова и др. — Л.: Наука, 1979. — 679 с.

316. Хаит Н. З. Половые расстройства при поражении гипоталамуса. Автореф. дис. канд. — М., 1971. — 19 с.
317. Харчев А. Г. Брак и семья в СССР. — М.: Мысль, 1979. — 367 с.
318. Цицшвили Дж. Р., Васильченко Г. С., Глонти И. Г. и др. Реестр сексологических признаков для моделирования на ЭВМ. — В кн.: Проблемы современной сексопатологии. — М., 1972, с. 223—247.
319. Черномордж А. Б. О возможности введения антибактериальных препаратов ректальным путем. — Клин. мед., 1971, № 2, с. 120—124.
320. Чернышов В. П. Зависимость содержания и активности аутоантигенов предстательной железы от ее возрастных и функциональных особенностей. — В кн.: Проблемы сексопатологии и бесплодия. — Киев, 1973, с. 206—208.
321. Шаповал В. И. Неспецифические воспалительные заболевания нижних мочевых путей и половых органов. — В кн.: Труды 5-й конф. урологов УССР. — Киев, 1971, с. 89—96.
322. Шефер Д. Г., Голодец Р. Г. Гипоталамический синдром. — БМЭ, 3-е изд., т. 5. — М., 1977, с. 519—522 (1555—1564).
323. Шкляр Б. Синдром. — БМЭ, 2-е изд., т. 30. — М., 1963, с. 206—208.
324. Штегелис М. Е. О роли малосимптомных простатитов в этиологии половых расстройств. — В кн.: Вопросы сексопатологии. — М., 1969, с. 109—110.
325. Эллис И. Р. Сенестопатия. — Рига: Зинатие, 1977. — 18 с.
326. Эдельштейн А. О. К психопатологии влечений при психозах. — Журн. невропатол., психиатр. психогиг., 1936, т. 5, в. 5, с. 859—861.
327. Юдин А. М. Влияние препаратов элеутерококка колючего на стандартную норку в период гона и щенения. — В кн.: Симпозиумы по элеутерококку и женьшеню. — Владивосток, 1962, с. 64—66.
328. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. — Киев: Здоров'я, 1981. — 247 с.
329. Юнда И. Ф., Карпенко Е. И. Перемежающийся ночной приапизм. — Урол. и нефрол., 1980, № 5, с. 41—43.
330. Юнда И. Ф., Карпенко Е. И., Горпинченко И. И. и др. Сравнительная оценка ультразвука, ректальной электростимуляции и диатермии при лечении больных хроническим простатитом. — В кн.: Курортное лечение больных с заболеваниями почек. — Трускавец, 1974, вып. 10, с. 103.
331. Юнеман И. Я. Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражениях спинного мозга. Дис. канд. — М., 1977. — 194 с.
332. Якобзон Л. Я. Вопросы пола. — Л., 1927, 167 с.
333. Яковлев Н. Н. Влияние фенамина и бромидов на обмен γ -аминомасляной кислоты в больших полушариях головного мозга при мышечной деятельности. — Укр. биохим. журн., 1965, т. 37, № 3, с. 410—419.
334. Яковлев Н. Н. О целенаправленной регуляции обмена веществ при мышечной деятельности. — В кн.: Фармакология двигательной деятельности. — М., 1969, с. 27—36.
335. Якова З. А. Культурно-психологические проблемы укрепления семьи. — Социологические исследования, 1979, № 2, с. 36—45.
336. Якова З. А., Родзинская И. Ю., Аванесов В. С. Проблемы оценки стабильности брака. — В кн.: Стабильность семьи как социальная проблема. — М.: Изд. ИСИ АН СССР, 1978, с. 50—67.
337. Abelson D. Diagnostic value of the penile pulse and blood pressure. A Doppler study of impotence in diabetics. — J. Urol., 1975, vol. 113, N 5, p. 636—639.
338. Agents stimulating gonadal function in the human. Report of a WHO scientific group. W. H. O. Techn. Rep. Ser., Geneva, 1973, N 514, 30 p.
339. Albert A. The Mammalian testis. — In: Sex and internal secretions. 3rd ed/Ed. by W. C. Young. — Baltimore, 1961, p. 305—365.
340. Anand B. K. Functional importance of the limbic system of brain. — Ind. J. Med. Res., 1963, vol. 51, N 2, p. 175—222.
341. Bancroft J., Wu F. Changes in erectile responsiveness during androgen replacement therapy. — Arch. of Sex. Behav., 1983, vol. 12, N 1, p. 59—66.
342. Bartak W., Hynie J. Pravá a nepravá normospermie. — Cesk. dermatol., 1967, 42, N 3, s. 161—166.

343. *Belchetz P. E., Plant T. M., Nakai Y. et al.* Hypophysial responses to continuous and intermittent delivery of hypothalamic gonadotropin-releasing hormone. — *Science*, 1978, v. 202, N 4368, p. 631—633.
344. *Bianco F. J.* Sexologia clinica. — Caracas, 1978. — 120 p.
345. *Birnbaum K.* Psychose und Sexualität. — In: M. Marcuse (Herausgeber) *Verhandlungen I. Intern. Kongres für Sexuallforschung*. — Berlin—Köln, 1928.
346. *Bishop M. P., Elder S. T., Heath R. C.* Intracranial selfstimulation in man. — *Science*, 1963, vol. 140, p. 394—396.
347. *Blaivas J. C., O'Donnell T. F., Gottlieb P., Labib K. B.* Comprehensive laboratory evaluation of impotent men. — *J. Urol.*, 1980, vol. 124, p. 201—204.
348. *Bobrow N. A., Money J., Lewis V. G.* Delayed puberty eroticism, and sense of smell: psychological study of hypogonadotropinism, osmatic and anosmatic (Kallman's syndrome). — *Arch. Sex. Beh.* 1971, vol. 1, N 4, p. 329—344.
349. *Bossi E., Zurbrügg R. P., Joss E. E.* Improvement of adult height prognosis in precocious puberty by cyproterone acetate. — *Acta paediat. scand.*, 1973, vol. 62, N 4, p. 405—412.
350. *Boström K.* Chronic inflammation of human male accessory sex glands and its effect on the morphology of the spermatozoa. — *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1971, vol. 5, N 1, p. 133—140.
351. *Braestrup C., Albrechtsen R., Squires R. F.* High densities of benzodiazepine receptors in human cortical areas. — *Nature*, 1977, vol. 269, N 5629, p. 702—704.
352. *Britt D. B., Kemmerer W. T., Robinson J. R.* Penile blood flow determination by mercury strain gauge plethysmography. — *Invest. Urology*, 1971, vol. 8, N 6, p. 673—678.
353. *Bulpit C. J., Dollery C. T.* Side effects of hypotensive agents elicited by a self-administered questionnaire. — *Brit. med. J.*, 1973, vol. 3, p. 485—490.
354. *Burns E.* The sex life of wild animals. — New York, 1958. — 240 p.
355. *Butcher R. L., Fugo N. W.* Overripeness and the mammalian ova. 11. Delayed ovulation and chromosome anomalies. — *Fertil., Steril.*, 1967, vol. 18, N 3, p. 297—302.
356. *Bystrom J., Rubio C.* Induratio Penis Plastica (Peyronie's Disease). — *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1976, vol. 10, N 1, p. 12—25.
357. *Camus J. L., Koupernik C.* Rôle des glandes endocrines dans la maturation. Premier congrès européen de pédo-psychiatrie. Rapports. — Paris, 1960, p. 5—13.
358. *Cautela J. R., Wisocki P. A.* The thought stopping procedure: description, application, and learning theory interpretations. — *The Psychol. Rec.*, 1977, vol. 27, N 2, p. 255—264.
359. *Chhina G. S., Chakrabarty A. S., Kaur K., Anand B. K.* Electroencephalographic responses produced by genital stimulation and hormone administration in sexually immature rhesus monkeys. — *Physiol. Behavior.*, 1968, vol. 3, N 4, p. 579—584.
360. (*Clegg P., Clegg A.*) Кле́гг П., Кле́гг А. Гормоны, клетки, организм: /Пер. с англ. — М.: Мир, 1971. — 280 с.
361. (*Collip J. B.*) Колли́п Дж. Б. Исследования по физиологии передней доли гипофиза, гормонально-антигормонального механизма эстрогенных веществ, плацентарных гормонов и эндокринных взаимоотношений. — *Успехи совр. биол.*, 1935, т. 4, № 4—5, с. 173—183.
362. *Comfort A.* Joy of sex. — London, 1972. — 218 p.
363. (*Cousins N.*) Казинс Н. Резервы человеческого духа: Пер. с англ. — Иностр. лит., 1981, № 3, с. 213—220.
364. *D'Angelli J. F., D'Angelli A. R.* Moral reasoning and premarital sexual behavior: toward reasoning about relationships. — *J. Soc. Issues*, 1977, vol. 33, N 2, p. 46—85.
365. *Delgado J. M. R.* Emotional behavior in animals and humans. — *Psychiat. Res. Rep.*, 1960, vol. 12, p. 259—271.
366. (*Delgado J.*) До́льгадо Дж. Мозг и сознание. — М.: Мир, 1971. — 264 с.
367. *Delgado J. M. R., Hamlin H.* Spontaneous and evoked electrical seizures in animals and in humans. — In: Ramey E. R., O'Doherty D. S. (eds.) *Electrical studies on the unanesthetized brain*. New York, 1960, 432 p.

368. *Dengrove E.* Sexual responses to disease processes. — *J. Sex. Res.*, 1968, vol. 4, N 4, p. 257—264.
369. *Diczfalusy E.* Steps in the reproductive process susceptible to regulation. — *Bull. WHO*, 1969, vol. 40, N 4, p. 479—491.
370. *Doering Ch. H., Kraemer H. C., Brodie K. H., Hamburg D. A.* A cycle of plasma testosterone in the human male. — *J. clin. Endocr.*, 1975, vol. 40, N 3, p. 492—500.
371. *Doerr P., Kockott G., Vogt H.* et al. Plasma testosterone, estradiol and semen analysis in male homosexuals. — *Arch. gen. Psychiat.*, 1973, vol. 29, N 6, p. 829—833.
372. (*Donovan B. T., van der Werfften Bosch J. J.*) *Донован Б. Т., Дж. Дж. ван дер Верфтен Босх.* Физиология полового развития: Пер. с англ. — М.: Педагогика, 1974. — 192 с.
373. *Dorff G. B., Hudson I. M.* Linear growth responses of boys to prolonged treatment with chorionic gonadotropin. — *J. clin. Endocr.*, 1951, vol. 11, N 4, p. 343—358.
374. *Dörner G.* Hormone dependent differentiation, maturation and function of the brain and sexual behavior. — *Endokrinologie*, 1977, Bd. 59, N 3, S. 306—320.
375. *Dörner G.* Hormonabhängige sexuelle Fehlsteuerung. — In: *Szewczyk H., Burdhardt H.* (Hrsg.), *Sexualität*. — Berlin, 1978, S. 185—191.
376. *Dörner G., Holweg W.* Über den Oberproduktion—Effekt des Hodens nach Abbruch einer längeren Choriogonadotrophin Behandlung. — *Endokrinologie*, 1958, Bd. 36, N 1—2, S. 40—47.
377. *Dörner G., Rohde W., Krell L.* Ablösung eines positiven Oestrogen feedback Effect bei homosexuellen Männern. — *Endokrinologie*, 1972, Bd. 69, S. 347—350.
378. *Dörner G., Rohde W., Seidel K.* et al. On the evocability of a positive oestrogen feedback action on LH secretion in transsexual men and women. — *Endocrinologie*, 1976, Bd. 67, S. 20—25.
379. *Downey L.* Intergenerational change in sex behavior. — *Arch. Sex. Behav.*, 1980, vol. 9, N 4, p. 267—317.
380. *Egeren, van L. F.* Psychophysiology of systematic desensitization: the habituation model. — *J. Behav. Ther. a. Exp. Psychiat.*, 1970, vol. 1, N 4, p. 249—255.
381. *Ellis R. W. B.* Age of puberty in the tropics. — *Brit. med. J.*, 1950, N 4645, p. 85—89.
382. *Endocrinology of sex*/Ed. by G. Dörner. — Leipzig, 1974. — 399 S.
383. *Endrőczy E., Lissak K.* Role of reflexogenic factors in testicular hormone secretion. — *Acta physiol. Acad. sci. Hung.*, 1962, v. 21, p. 203—206.
384. *Espir M. L. E., Hall T. W., Shirreffs J. G., Stevens D. L.* Impotence in farm workers using toxic chemicals. — *Brit. med. J.*, 1970, vol. 1, p. 423—425.
385. *Fox C. A., Ismail A. A., Love D. N.* et al. Studies on the relationship between plasma testosterone levels and human sexual activity. — *J. Endocr.*, 1972, vol. 52, N 1, p. 51—58.
386. *Franks S., Jacobs H. S., Martin N., Nabarro Y. D. N.* Hyperprolactinemia and impotence. — *J. clin. Endocr.*, 1978, vol. 8, N 4, p. 277—287.
387. *Freeman J. T.* Sexual capacities in the aging male. — *Geriatrics*, 1961, vol. 16, N 1, p. 37—43.
388. *Fugo N. W., Butcher R. L.* Overripeness and the mammalian ova. I. Overripeness and early embryonic development. — *Fertil., Steril.*, 1966, vol. 17, N 6, p. 804—814.
389. *Garibaldi B.* Le collagenosi in urologia. — *Urologia (Treviso)*, 1959, vol. 26, fasc. 3, p. 225—243.
390. *Gastaut H.* So-called "psychomotor" and "temporal"-epilepsy. A critical study. — *Epilepsia*, 1953, vol. 3 (Ser. 2), p. 59—76.
391. *Gastaut H., Collomb H.* Etude de comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs. — *Ann. méd. psychol.*, 1954, vol. 112, p. 657—696.
392. *Gessa G. L., Paglietti E., Quarantotti B. P.* Induction of copulatory behavior in sexually inactive rats by nalokine. — *Science*, 1979, vol. 204, N 4389, p. 203—205.

393. *Geyer H.* Über die Dummheit. — Göttingen, 1955. — 412 S.
394. *Gillman A. E., Gordon A. R.* Sexual behavior in the blind. — *Med. Aspects of Hum. Sexuality*, 1973, vol. 7, N 6, p. 48—50.
395. *Ginestie J. F., Romien A.* L'exploration radiologique de l'impuissance. — Paris, 1976. — 131 p.
396. *Goldfried M. R., Merbaum M.* Behavior change through selfcontrol. — New York, 1973. — 438 p.
397. *Goode E.* Drug use and sexual activity on a college campus. — *Am. J. Psychiat.*, 1972, vol. 128, p. 1272—1276.
398. *Götz F., Dörner G.* Sex hormone—dependent brain maturation and sexual behavior in rats. — *Endocrinologie*, 1976, Bd 68, H. 3, S. 275—282.
399. (*Graham R. G., Gray C. F.*) *Грэм Р. Г., Грей К. Ф.* Руководство по операционным играм./Пер. с англ. — М.: Сов. радио, 1977. — 375 с.
400. *Green A. W.* Sexual activity and the postmyocardial infarction patient. — *Am. Heart. J.*, 1975, vol. 89, N 2, p. 246—252.
401. *Green R., Money J.* (Ed.) Transsexualism and sex reassignment. — Baltimore, 1969. — 512 p.
402. *Griffith E. R., Trieschmann R. B., Hohmann G. W.* et al. Sexual dysfunctions associated with physical disabilities. — *Arch. Phys. Med. Rehab.*, 1975, vol. 56, N 1, p. 8—13.
403. *Habersetzer R.* Karaté-do. — Paris, 1969. — 496 p.
404. *Handbook of human sexuality*/Ed. B. Wolman, J. Money. — Prentice—Hall, 1980. — 365 p.
405. *Handbook of sexology*/Ed. J. Money, H. Musaph. — Amsterdam—London—New York, 1977. — 1402 p.
406. *Handbook of sex therapy*/Ed. J. LoPiccolo, L. LoPiccolo. — New York, 1978. — 531 p.
407. *Hargreave T. B., Stephenson T. P.* Potency and prostatectomy. — *Brit. J. Urol.*, 1977, vol. 49, N 7, p. 638—688.
408. *Hauser G. A., Obiri J. A., Valaer M.* et al. Der Einfluss des Menarchealters auf das Menopausealter. — *Gynaecologia*, 1961, vol. 152, N 4, S. 279—286.
409. *Heath R. C.* Electrical self-stimulation of the brain in man. — *Am. J. Psychiat.*, 1963, vol. 120, p. 571—577.
410. *Heckel N. J., Rosso W. A., Kestel L.* Spermatogenic rebound phenomenon after administration of testosterone propionate. — *J. clin. Endocr.*, 1951, vol. 11, N 3, p. 235—245.
411. *Heise G. W., Schiekel W., Mewis F.* Die Induratio penis plastica und ihre Behandlungsmöglichkeiten. — *Z. Urol.*, 1973, Bd 66, H. 11, S. 831—836.
412. *Heller C. G., Nelson W. O., Hill I. G. et al.* The effects of testosteroneadministration upon the human testis. — *J. clin. Endocr.*, 1950, vol. 10, N 7, p. 816.
413. *Hertoft P.* Klinisk Sexologi. — København, 1976. — 287 S.
414. *Hesse P. G., Tembrock G.* (Hrg.) Sexuologie. — Leipzig, 1974, Bd 1, S. 434; 446; 447.
415. *Higgins J. W., Mahl G. F., Delgado J. M. R., Hamlin H.* Behavioral changes during intracerebral electrical stimulation. — *Arch. Neurol. Psychiat.* (Chicago), 1956, vol. 76, p. 399—419.
416. *Hild F.* Idiopathischer Priapismus. Operative Therapie durch cavernosoglandularen Punktions-shunt. — *Urologe*, Ausg. B., 1980, H. 1, S. 9—11.
417. *Hirtl H.* Induratio penis plastica (Peyronie). — *Urol. Int.* (Basel), 1962, Bd 13, H 1, S. 1—13.
418. *Holden C.* Sex therapy: making it as a science and an industry. — *Science*, 1974, vol. 186, N 4161, p. 330—334.
419. *Horvath T.* Physical attractiveness: the influence of selected torso parameters. — *Arch. Sex. Behav.*, 1981, vol. 10, N 1, p. 21—24.
420. *Hynie J.* Lekárska sexuológia. Martin, 1970. — 524 S.
421. (*Ibor J. L.*) *Ибор Х. Л.* К определению понятия «неврозы». — *Журн. невропатол. и психиатр.*, 1981, т. 81, вып. 3, с. 450—454.
422. *Imeliński K.* Zbrocenia płciowe. — Warszawa: Panstw., Zakł. Wyd. Lekarskich, 1965. — 126 S. (Drugie wyd. — 1970, 200 s.).

423. (Imieliński K.) Имельинский К. Психогигиена половой жизни в предстарческом и старческом возрасте. — В кп./ Психогигиена половой жизни: Пер. с польского. — М.: Медицина, 1972, с. 206—209.
424. *Insu Sun.* Über die echte Ginsengwurzel. — Arch. exp. Path. u. Pharm., 1933, Bd 170, S. 441—457.
425. *Ishii N.* Hemodynamic mechanism of erection in human penis. — Nippon hinyokika gakkai zasshi, 1978, vol. 69, N 7, p. 870—877.
426. *Ismail A. A., Harkness R. A.* Factors associated with alterations in urinary testosterone levels. — J. Endocr., 1966, vol. 35, N 4, p. XX—XXI.
427. (Jakubik A.) Якубик А. Истерия: Пер. с польского. — М.: Медицина, 1982. — 342 с.
428. *Jamanouchi K., Arai J.* Lordosis behavior in male rats: effect of deafferentation in the preoptic area and hypothalamus. — J. Endocr., 1978, vol. 76, N 2, p. 381—382.
429. *Jonas U., Hofmann S., Neidhardt M., Straub E.* Leydig cell tumor and adrenocortical adenoma with symptoms of the adrenogenital syndrome. — Z. Kinderchir., 1972, Bd 11, H. 2, S. 240—249.
430. *Kastin A. J., Gual C., Schally A. V.* Clinical experience with hypothalamic releasing hormones. Section II: luteinising hormone—releasing hormone and other hypophysiotrophic releasing hormones. — Recent Progr. Hormone Res., 1972, vol. 28, p. 201—227.
431. *Kelts K. A., Hoehn M. M.* Hypothalamic atrophy. — J. clin. Psychiat., 1978, vol. 39, N 4, p. 357—365.
432. *Kempczinski R. F.* Role of the vesicular diagnostic laboratory in the evaluation of male impotence. — Am. J. Surg., 1979, vol. 138, N 2, p. 278—282.
433. *Kielholz P.* (Ed.) Masked depressions. — Bern, Stuttgart, 1973. — 283 p.
434. *Kihl B., Bratt C. G., Knutsson U., Seeman T.* Priapism. Evaluation of treatment with special reference to saphenocavernous shunting in 26 patients. — Scand. J. Urol. Nephrol., 1980, vol. 14, N 1, p. 1—5.
435. *Kim J. H.* A history of investigation on ginseng in Korea. — In: Korean Ginseng Science Symposium. — Seoul, 1974.
436. *Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E.* Sexual behavior in the human male. — Philadelphia, 1948. — 804 p.
437. *Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H.* Sexual behavior in the human female. — Philadelphia, 1953. — 842 p.
438. *Knobloch F., Lát J., Srnc J.* Основные проблемы создания теории неврозов. — In: Neuroses. I Congressus psychiatricus Bohemoslovenicus cum participatione internacionali 1959. — Praha, 1961, c. 23—39.
439. *Knox W. E., Auerbach V. H., Lin E. C.* Enzymatic and metabolic adaptations in animals. — Physiol. Rev., 1956, vol. 36, N 2, p. 164—254.
440. *Kostić A.* Osnovi medicinske seksologije. — Beograd—Zagreb, 1966. — 579 S.
441. *Kotal L., Kučera M., Poláčková J.* et al. Sexuální problematika rehabilitovaných nemocných v poinfarktovém období. — Cs. psychiat., 1978, vol. 74, N 4, p. 193—199.
442. *Kraft-Ebing R.* Об эпилептоидных состояниях, подобных грезам и сновидениям. — Мед. обозрение, 1876, т. 6, № 8, с. 107—111.
443. *Kreus L. E., Rose R. M., Jennings J. R.* Suppression of plasma testosterone levels and psychological stress. A longitudinal study of young men in officer candidate school. — Arch. gen. Psychiat., 1972, vol. 26, N 5, p. 479—482.
444. *Lange-Cosack H.* Psychologische Befunde bei der Pubertas praecox und beim adrenogenitalen Syndrom bei kongenitaler Nebennierenrindenhyperplasie. — In: Hormone und Psyche. Die Endokrinologie des alternden Menschen. — Berlin, 1958, S. 24—37.
445. *Leach R. B., Maddock W. O., Tokuyama I.* et al. Clinical studies of testicular hormone production. — Recent Progr. Hormone Res., 1956, vol. 12, p. 377—403.
446. *Leader A. J.* Chronic vesiculoprostatis — a reorientation. — J. A. M. A., 1958, vol. 168, N 8, p. 995—999.
447. *Leikind E. R., Harlin H. C.* Treatment of silent prostatic-vesiculism in general practice. — New York, 1961. — 294 p.
448. *Lenz J.* Vorzeitige Menstruation, Geschlechtsreife und Entwicklung. — Arch. Gynäk., 1973, Bd 99, H. 1, S. 67—144.

449. (Leonhard K.) *Леонгард К.* Акцентуированные личности: Пер. с нем. — Киев: Вища школа, 1981. — 390 с.
450. *Leriche R., Morel A.* The syndrome of thrombotic obliteration of the aortic bifurcation. — *Ann. Surg.*, 1948, vol. 127, N 2, p. 193—206.
451. *Lesse S.* Masked depression — a diagnostic and therapeutic problem. — *Dis. nerv. Syst.*, 1968, vol. 29, N 3, p. 169—173.
452. *Levine V. E.* The age of onset of menstruation of the Alaskan Eskimo. — *Am. J. Phys. Anthropol.*, 1953, vol. 11, N 2, p. 252.
453. *London D. R.* Medical aspects of hypogonadism. — *Clin. Endocr. Met.*, 1975, vol. 4, N 3, p. 597—610.
454. *London D. R., Butt W. R., Lynch S. S.* et al. Hormonal responses to intranasal luteinizing hormone releasing hormone. — *J. clin. Endocr.*, 1973, N 5, p. 829—831.
455. *MacLean P. D.* The limbic system with respect to self-preservation and the preservation of the species. — *J. nerv. ment. Dis.*, 1958, vol. 127, p. 1—11.
456. *MacLean P. D.* New findings relevant to the evolution of psychosexual functions of the brain. — In: *Sex research new developments*/Ed. by J. Money. — New York, 1956, p. 197—218.
457. (Mainwaring W. I. P.) *Мейнуоринг У.* Механизмы действия андрогенов:/Пер. с англ. — М.: Мир, 1979. — 224 с.
458. *Mancini R.* Effect of urinary FSH and LH on the testicular function in hypogonadal patients. — In: *Human testis*/Ed. by C. Paulsen, E. Rosenberg. — New York—London, 1970, p. 563—570.
459. *Mangat H. K., Chhina G. S., Sing B., Anand B. K.* Influence of gonadal hormones and genital afferents on EEG. *Phys. Behav.*, 1978, vol. 20, N 4, p. 377—384.
460. *Massie E., Rose E., Rupp J., Whelton R.* Sudden death during coitus—fact or fiction? — *Med. Aspects of Human Sexuality*, 1969, vol. 3, June, p. 22—26.
461. *McAdoo B. C., Doering C. H., Kraemer H. C.* et al. A study of the effects of gonadotropin-releasing hormone on human mood and behavior. — *Psychosom. Med.*, 1978, vol. 40, N 3, p. 199—209.
462. *McCann S. M., Porter J. C.* Hypothalamic pituitary stimulating and inhibiting hormones. — *Phys. Rev.*, 1969, vol. 49, N 2, p. 240—284.
463. *McCullagh E. P., Beck J. C., Schaffenburg C. A., Landau R.* A syndrome of eunuchoidism with spermatogenesis, normal urinary FSH and low or normal ICSH ("fertile eunuchs"). — *J. clin. Endocr. a. met.*, 1953, vol. 13, N 5, p. 480—518.
464. *Michal V.* et al. Príma tepenná anastomóza na corpora cavernosa penis v léčbě erectivní impotence. — *Rozhledy v chirurgii*, 1973, vol. 52, N 9, p. 587—590.
465. *Michal V., Pospichal J.* Phalloarteriography in the diagnosis of erectile impotence. — *World J. Surg.*, 1978, vol. 2, p. 239—248.
466. *Michal V., Kramář R., Pospichal J.* External iliac "steal syndrome". — *J. Cardiovasc. Surg.*, 1978, vol. 19, N 4, p. 355—357.
467. *Mikamo K.* Intrafollicular overripeness and teratologic development. — *Cytogenetics*, 1968, vol. 7, N 3, p. 212—233.
468. *Milcu Șt.-M., Măicănescu-Georgescu M.* Andrologie clinică. — București, 1970. — 373 p.
469. (Milner P. M.) *Милнер П.* Физиологическая психология:/Пер. с англ. — М.: Мир, 1973. — 648 с.
470. *Misgeld G.* Zur Entwicklung des Sexuellen im Kindesalter. — In: *Szewczyk H., Burghardt H.* (Hrsg.) *Sexualität*. — Berlin, 1978, S. 131—140.
471. *Money J., Hampson J. G.* An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. — *Bull. Hopkins Hosp.*, 1955, vol. 97, N 4, p. 284—319.
472. *Moore R. A., Selzer M. L.* Male homosexuality, paranoia and the schizophrenia. — *Am. J. Psychiat.*, 1963, vol. 119, N 8, p. 743—765.
473. *Moruzzi G., Magoun H. W.* Brain stem reticular formation and activation of the EEG. — *Clin. Neurophysiol.*, 1949, vol. 1, p. 455—473.

474. *Nemec E., Mansfield L., Kennedy J. W.* Heart rate and blood pressure response during sexual activity in normal males. — *Am. Heart J.*, 1976, vol. 92, N 3, p. 274—277.
475. *Neri A., Aygen M., Zukerman Z., Bahary C.* Subjective assessment of sexual dysfunction of patients on longterm administration of digoxin. — *Arch. Sexual Behavior*, 1980, vol. 9, N 4, p. 343—347.
476. *Newcombe H. B.* "Benefit" and "harm" from exposure of vertebrate sperm to low dose of ionizing radiation. — *Health Phys.*, 1973, vol. 25, N 2, p. 105—107.
477. *Newcombe H. B., Mc Gregor J. F.* Increased embryo production following low doses of radiation to trout spermatozoa. — *Radiat. Res.*, 1972, vol. 51, N 2, p. 402—409.
478. *Nye F. I.* Role structure and analysis of the family. — London, 1976. — 214 p.
479. *Obler M.* Systematic desensitization in sexual disorders. — *J. Behavior Ther. Exp. Psychiat.*, 1973, vol. 4, N 2, p. 93—101.
480. *Olds J.* Hypothalamic substrates of reward. — *Physiol. Rev.*, 1962, vol. 42, p. 554—604.
481. (*O'Malley B., Schrader W.*) *О'Мэлли Б., Шрадер У.* Рецепторы стероидных гормонов/Пер. с англ. — В кн.: Молекулы и клетки. — М.: Мир, 1977, вып. 6, с. 266—286.
482. *Overzier C.* Considerations sur le syndrome de Klinefelter. — *Rev. med. Dijon*, 1968, vol. 3, N 2, p. 93—99.
483. *Papez J. W.* A proposed mechanism of emotion. — *Arch. Neurol. Psychiat.*, 1937, vol. 38, p. 725—743.
484. (*Parhon C. I., Pitiș M., Stănescu V.* et al.) *Пархон К. И., Питуш М., Стэнеску В.* и др. По поводу 65 случаев адипозо-генитального синдрома. — *Журн. мед. наук*, 1956, т. 1, № 1, с. 5—44.
485. *Phoenix C. H., Dixon A. E., Resko J. A.* Effect of ejaculation on levels of testosterone in peripheral plasma of rhesus monkeys. — *J. Compr. Physiol. Psychol.*, 1977, vol. 91, N 1, p. 120—127.
486. *Pinderhughes C. A., Grace E. B., Reina L. J., Anderson R. T.* Interrelationships between sexual functioning and medical conditions. — *Med. Aspects of Human Sexuality*, 1972, vol. 6, N 10, p. 52—75.
487. *Pirke K. M., Kockott G., Dittmar F.* Psychosexual stimulation and plasma testosterone in man. — *Arch. Sex. Behavior*, 1974, v. 3, p. 577—584.
488. *Polivy J.* Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. — *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1977, vol. 164, N 2, p. 77—87.
489. *Raboch J.* Studies in the sexuality of women. — In: *The sexuality of woman.* — London, 1970, p. 45—94.
490. *Raboch J.* Testosteron a sexualita muže. — *Csk. Psychiat.*, 1978, vol. 74, N 2, p. 73—76.
491. *Raboch J., Zahoř Z.* Indikace biopsie varlat u neplodných mužů. — *Cs. Dermat.*, 1961, vol. 36, p. 180—187.
492. *Rager R., Huenges R., Gupta D., Bierich J. D.* The treatment of precocious puberty with cyproterone acetate. — *Acta endocr. (Kbh.)*, 1973, vol. 74, N 2, p. 399—408.
493. *Reinstein L., Ashley J., Miller K. H.* Sexual adjustment after lower extremity amputation. — *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 1978, vol. 59, N 11, p. 501—504.
494. *Рейковский Я.* Просоциальная деятельность и понятие собственного «Я». — *Вестник МГУ, серия 14 (психология)*. 1981, № 1, с. 14—22.
495. *Rizzoni G., Martini E.* La eliminazione di gonadotropine in 7 case di pubertà precoce idiopatica. — *Minerva pediatric.*, 1970, vol. 22, N 8, p. 403—406.
496. *Rose R. M., Bernstein I. S., Gordon T. P.* Consequences of social conflict on plasma testosterone levels in rhesus monkeys. — *Psychosom. Med.*, 1975, vol. 37, p. 50—61.
497. *Rosen R. C., Keeffe F. J.* The measurement of human penile tumescence. — *Psychophysiology*, 1978, vol. 15, N 4, p. 366—376.
498. *Rosenzweig S.* An outline of frustration theory. — In: *Personality and behavior disorders*/Ed. by J. McV. Hunt. New York, 1944, p. 379—388.

499. *Rosenzweig S.* The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration. — J. Pers., 1945, vol. 14, N 1, p. 3—23.
500. *Royer P., Rappoport R.* Les hyperplasies congenitales virilisantes des surrenales. Raport 35^e Congres francais med. — Paris, 1965, p. 17—39.
501. *Rubin R. T., Goin P. R., Lubin A.* et al. Nocturnal increase of plasma testosterone in male: relation to gonadotropin and prolactin. — J. Clin. Endocr. Metab., 1975, vol. 40, N 6, p. 1027—1033.
502. *Rutter M.* Maternal deprivation reassessed. — Baltimore, 1972. — 157 p.
503. *Ružbarský V., Michal V.* Morphological changes in the arterial bed of the penis with aging. — Invest. Urology, 1977, vol. 15, N 3, p. 194—199.
504. *Salter A.* Conditional reflex therapy. — New York, 1949. — 359 p.
505. *Scaramella T. J., Brown W. A.* Serum testosterone and aggressiveness in hockey players. — Psychosom. Med., 1978, vol. 40, N 3, p. 262—265.
506. *Schorsch E.* Die Sexualität in den endogen-phasischen Psychosen. — In: Beiträge zur Sexualforschung/B. H. Bürger-Prinz, H. Giese (Hrg.) Stuttgart, 1967. — 125 S.
507. *Schröder F. H., Gerecht W.* Granulömatöse Prostatitis und Prostata-Carcinom — ein differentialdiagnostische Problem. — Der Urologie, 1974, Bd 10, H. 5, S. 236—237.
508. *Schwartz M. F., Kolodny R. C., Masters W. H.* Plasma testosterone levels of sexually functional and dysfunctional men. — Arch. Sexual Behavior, 1980, vol. 9, N 5, p. 355—366.
509. *Segraves T. R.* Pharmacological agents causing sexual dysfunction. — J. Sex. Marital Ther., 1977, vol. 3, N 3, p. 157—176.
510. *Sexual attitude restructuring guide for a better sex Life.* A self-help program for personal sexual enrichment/education. Designed by The National Sex Forum. 2-nd Printing, Revised. — San Francisco, 1977. — 128 p.
511. *Sexual behavior: Pharmacology and biochemistry*/Ed. M. Sandler, G. Gessa. — New York, 1975. — 346 p.
512. *Sexualmedizin in der Praxis*/Hrsg. W. Eicher. — Stuttgart, 1980. — 590 S.
513. *Sexuologia kliniczna*/Red. T. Bilikiewicz, K. Imienińskiego. — Warszawa, 1974. — 654 S.
514. *Sexuologie.* In 3 Bänden. Bd I. von Hesse P. G. und andere. — Leipzig, 1974. — 584 S.
515. *Shaywitz B. A.* Fetal alcohol syndrome: an ancient problem rediscovered. — Drug Therapy, 1978, vol. 3, N 1, p. 53—60.
516. *Shinichi Asayama.* Gendai gakusei-no seikodo. — Tokyo, 1949. — 346 p.
517. *Shirai M., Nakamura M., Ishii N.* et al. Determination of intrapenial blood volume using ^{99m}Tc-labeled autologous red blood cells. — Tohoku J. Exp. Med., 1976, v. 120, N 4, p. 377—383.
518. *Stamey T. A., Meares E. M., Winningham D. G.* Chronic bacterial prostatitis and the diffusion of drugs into prostatic fluid. — J. Urol., 1970, vol. 103, N 2, p. 187—194.
519. *Stearns E. L., Winter J. S. D., Faiman C.* Effects of coitus on gonadotropin, prolactin and sex steroid levels in man. — J. clin. Endocr., 1973, vol. 37, N 5, p. 687—691.
520. *Stutte H.* Психиатрия детского и юношеского возраста. В кн.: Клиническая психиатрия/Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, Мюлера: Пер. с нем. — М.: Медицина, 1967, с. 678—779.
521. *Sugihara N., Kin K.* Pharmacology of the active principles of Ginseng. — Keijo J. of Med., 1930, vol. 1, p. 711—712.
522. *Szewczyk H.* Die Entwicklung des Sexualverhaltens des Menschen. — In: Szewczyk H., Burdhardt H. (Hrsg.). Sexualität, Berlin, 1978, S. 13—25.
523. *Takahashi M., Isoi K., Ioshikura M., Osugi T.* Studies on the components of Panax Ginseng C. A. Meyer. — J. Pharm. Soc. Japan, 1964, vol. 84, N 5, p. 771—773.
524. *(Teter J.) Teter E.* Гормональные нарушения у мужчин и женщин:/Пер. с польского. — Варшава, 1968. — 700 с.
525. *Third International Congress of Medical Sexology.* Rome, October 25—28, 1978. Abstracts. Castello, 1978. — 411 p.

526. *Thorner M. O., McNeilly A. S., Hagan C., Besser G. M.* Longterm treatment of galactorrhea and hypogonadism by bromocriptine. — *Brit. Med. J.*, 1974, v. 40, N 2, p. 419—422.
527. *Thybo E., Zdravković D., Zdravković M.* Granulomatous prostatitis. — *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 1973, vol. 7, N 2/3, p. 111—114.
528. *Tordjman G., Thierree R., Michel J.* Advances in the vascular pathology of male erectile dysfunction. — *Arch. of Sexual Behav.*, 1980, vol. 9, N 5, p. 391—398.
529. *Ueno M.* The so-called coition death. — *Нихон хонгаку дзасси*, 1963, vol. 17, N 5—6, p. 333—340.
530. *Valensick W., Brühl P.* Die Prostatitis. — *Der Urologe*, 1972, Bd 11, S. 26—30.
531. *Velcek D., Sniderman K. W., Vaughan E. D. Jr.* et al. Penile flow index utilizing a doppler pulse wave analysis to identify penile vascular insufficiency. — *J. Urol.*, 1980, vol. 123, N 5, p. 669—673.
532. *Vest S. A., Howard J. E.* Clinical experiments with male sex hormone. — *J. Urol.*, 1938, vol. 40, p. 154—183.
533. *Wagner G., Green R.* Impotence. — *New York*, 1981, — 182 p.
534. *Ward I. L.* Prenatal stress feminizes and demasculinizes the behavior of males. — *Science*, 1972, vol. 175, p. 82—84.
535. *Waynberg J.* Handicap et sexualité. — *Paris*, 1981, 168 p.
536. *Werder E. A., Murset G., Zachmann M.* et al. Treatment of precocious puberty with cyproteron acetate. — *Pediat. Res.*, 1974, vol. 8, N 4, p. 248—256.
537. *Whalen W. H.* A new concept in the treatment of Peyronies disease. — *J. Urol.*, 1960, v. 83, N 6, p. 851—852.
538. (W. H. O.) ВОЗ. Серия технических докладов. № 520: Репродуктивная функция у мужчин. Женева. 1975.
539. *Wilder J.* Das "Ausgangswert-Gesetz"; seine Bedeutung für Forschung und Praxis. — *Klin. Wschr.*, 1931, Bd 10, H. 41, S. 1889—1893.
540. (Wilkins L.). Уилкинс Л. Диагностика и лечение эндокринных нарушений в детском и юношеском возрасте/Пер. с англ. — М.: Медгиз, 1963. — 415 с.
541. *Witschi E.* Natural control of fertility. — *Fertil., Steril.*, 1968, vol. 19, N 1, p. 1—14.
542. *Witschi E., Laguens R.* Chromosomal aberrations in embryos from overripe eggs. — *Develop. Biol.*, 1963, vol. 7, p. 605—616.
543. *Wolpe J.* The practice of behavior therapy. 2nd ed. — *Elmsford*, 1973. — 318 p.
544. *Zorgniotti A. W., Rossi G., Padula G., Macovsky R. D.* Diagnosis and therapy of vasculogenic impotence. — *J. Urol.*, 1980, vol. 123, N 5, p. 674—677.

- Аборт искусственный II: 290—291
 Агенезия гонад I: 137, 138
 Адаптогены I: 105, 255; II: 124
 Аддисона болезнь I: 207
 Адипозогенитальный синдром I: 229, 234
 Адреногенитальный синдром I: 77, 219
 — — врожденный см. *Врожденный адреногенитальный синдром*
 Акромегалия I: 196
 Акцентуации характера II: 116—117, 118, 130, 131, 182, 187, 193, 195, 202
 Алголагния II: 73, 75
 Аномальные состояния I: 12; II: 118
 Андрогены I: 6, 30—31, 32, 33, 34, 37—53, 53, 55, 70, 87—96, 99, 104, 136, 159, 160, 166, 203, 207, 210, 212, 215, 258, 259—263, 276, 277, 279; II: 28, 53, 219—220, 243, 260
 Андрогены II: 5
 Андростерома I: 279
 Андрофилия II: 97
 Анилингус (анилингция) II: 99
 Аноризм I: 6, 9; II: 293
 Анорексия нервно-психическая I: 271
 Анорхизм внутриутробный I: 143
 Анэкуляторный феномен I: 12, 16, 52, 182, 188, 191, 194—195, 200, 239, 250, 252, 256; II: 41—43, 81, 83, 86—87, 103—104, 161—162, 191, 263, 272, 277
 Апплак I: 117, 188
 Аралия маньчжурская I: 111
 Арренобластома I: 277, 280
 Аумады-дель Кастильо синдром I: 271
 Аутогенная тренировка II: 110—113, 190, 250
 Аутоносоксуализм см. *Аутоэротизм*
 Аутофилия см. *Аутоэротизм*
 Аутоэрастия см. *Аутоэротизм*
 Аутоэротизм II: 80
 Бертранизм II: 90
 Бесплодие I: 6, 9, 16, 53, 61, 97, 115, 198, 260—263; II: 211, 261, 280
 Бестиализм (бестиофилия) см. *Скотоложество*
 Библиотерапия II: 199
 Брачные факторы II: 6, 20
 Бромкриптин см. *Парлодел*
 Вагилизм II: 200, 282, 301, 302, 304
 Вампиризм II: 90
 Вегетативная нервная система I: 267; II: 26, 161, 161—162, 162—163, 197, 219, 220, 261
 Визионизм см. *Скопофилия*
 Виргогамия II: 304
 Внешний облик («красота») женщины II: 294
 Возрастное снижение сексуальности см. *Инволюция сексуальная*
 Врожденный адрено-генитальный синдром I: 138, 158, 207, 283
 Вторичная патогенетическая титуляризация у женщин II: 290
 Вуайеризм см. *Скопофилия*
 Генитоалгии II: 282, 282—283
 Геронтофилия II: 94, 97
 Гинатрезии II: 283
 Гинекомастия I: 211, 213, 214
 Гиперандрогенная дисфункция яичников I: 77, 276, 280
 Гипермускулярной липодистрофии синдром I: 268
 Гиперсублимация II: 299
 Гипнотерапия II: 110, 111, 114—112, 113, 257
 Гипогонадизм I: 89, 90, 91, 98, 99, 100, 103, 185, 197, 198, 210, 212, 214—215, 237; II: 220
 Гипопитуитаризм I: 190
 Гипотиреоз I: 212, 280
 Гирсутизм I: 77, 276, 277, 279—280
 — идиопатический I: 281
 Голодание лечебное см. *Разгрузочно-диетическая терапия*
 Гомеостаты II: 12
 Гомосексуализм I: 5—6, 11, 32, 47, 53, 74, 87, 166, 264, 265; II: 40, 56, 57, 60—61, 65, 68, 79, 86, 91, 95, 108—115, 148, 149, 149—150, 166, 176
 Двуполоых гонад синдром I: 145
 Девственная плева II: 282—283
 Дезактуализационный синдром II: 117, 209
 Дель Кастильо синдром I: 206
 Депрессивные состояния II: 146, 147, 249—250

Дисгармония семейно-сексуальные
II: 5, 6—8, 9, 13, 14, 20, 25, 61—62,
66—71, 77, 117, 204, 293

Дистенезия гонад I: 138, 145

Дисфункция яичников гиперандрогенная I: 77, 276, 280

Женьшень I: 105, 119, 121; II: 280

Заманиха I: 112

Заращения влагалища см. *Гинатри-
зии*

Золотой корень см. *Родиола розовая*

Зоофилия см. *Скотоложество*

Зооэрастия см. *Скотоложество*

Зооэротия см. *Скотоложество*

Игры ситуационно-ролевые II: 306

Идиопатическая врожденная вирили-

зация наружных гениталий I: 173

Инверсия сексуальная II: 95

Инволюция сексуальная I: 246, 262,
263, 275; II: 202, 237—238, 257

Интроекция II: 207—208, 223, 232,
281, 282—283, 304, 305—306

Интроитус см. *Интроекция*

Инфантилизм психический II: 122,
124, 128—129, 131

Иррумация II: 99

Истерия II: 11, 14, 38, 72, 80, 127,
129—130, 131—133, 186, 204

Иценко—Кушинга болезнь I: 178, 184,
207, 208

Каллмена синдром I: 189

Кататимность II: 124, 189, 296

Клари—Фроммеля синдром см. *Пер-
систирующей лактореи—аменореи
синдром*

Клайнфелтера синдром I: 204; II: 174

Клиринг брачный II: 5

Клювера—Бьюси синдром II: 154

Конституция половая I: 75, 180, 239—
240, 241, 245, 251—252, 281—282,
288—289; II: 52, 63—65, 116, 144,
145, 163, 190, 197, 202, 212—213, 217,
260, 270—272, 273, 284, 286, 294

Конфликты II: 8, 9, 10, 13, 18, 209,
293—304

Копролагния II: 76

Копрофемия II: 74

Кортикостерома см. *Кушинга син-
дром*

Кортикоэстрома I: 211

Кретинизм II: 175

Крипторхизм I: 98, 203

Критические периоды развития I:
232; II: 14, 27—28, 134

Куннилингус II: 99

Кушинга синдром I: 66, 210, 277

Лакторей I: 280—281; II: 58

Ламбитус II: 99

Левзея сафлоровидная I: 116

Лесбианство II: 95

Либи́до I: 72—75, 180, 200, 235, 238,
250, 250—252, 253, 256, 264, 266, 274,
275, 284; II: 27—28, 31—37, 41, 42,
44, 45—46, 50, 52, 81, 109, 122, 123,
141, 143—144, 146, 147, 163

Либротерапия II: 199

Лимонник китайский I: 110

Локальное отрицательное давление
II: 236

Лоренса — Муна — Бидля синдром II:
175

Мазохизм II: 72—77, 82—83, 89, 94—
95, 121, 293

Маниакально-депрессивный психоз
I: 266; II: 118, 160, 249—250

Мастурбация I: 235—236, 266; II: 22,
47, 49, 50, 51, 80, 123—124, 137, 138,
141—142, 145, 148—149, 175—176

Маточное (пчелиное) молочко I: 117

Микоскопия см. *Скопофилия*

Минет II: 99

Мнимые сексуальные расстройства
II: 117, 177—178, 211

Монументофилия II: 87

Морфограмма I: 6, 54, 71—72, 222,
223, 233, 282, 283, 287, 288

Мотивации поведенческие II: 14, 293,
297, 300

Мужеложство II: 99

Мумие I: 124

Нарциссизм II: 80, 84

Невроз(ы) II: 26, 117, 180, 215—216,
217, 300—302, 303, 303—304, 308

— ожидания I: 11, 12, 15, 244, 253,
259, 262; II: 88, 166, 167—168, 191,
194—195, 196, 204, 205, 234, 237, 257,
267, 270, 275

Невротические и неврозоподобные
проявления I: 252, 253, 285; II: 14,
18, 26, 139, 162, 165, 180, 212, 219,
220, 252, 267, 273, 279

Некросадизм II: 90

Некрофилия II: 88, 159

Неполной маскулинизации синдром
I: 151

Нимфоманическая фригидность см.
Фригидность нимфоманическая

Нимфомания I: 11, 266; II: 286

Оволосение I: 54, 237, 276
 Ожирение I: 184—185, 188; II: 26
 О'Коннели синдром I: 195
 Олигофрения (и) II: 74, 79, 88, 89, 108, 109, 116, 117, 124, 131, 172, 187
 — гипотиреоидная II: 175
 Онанобоя II: 120, 146—147, 165, 168—169, 205, 212, 213—214, 215
 Оргазм I: 181, 250, 256, 264, 266, 267, 275; II: 35, 38, 47, 49, 50, 51, 75, 200, 232, 263, 277, 281, 284—286

Пажизм II: 76

Пантокрин I: 116; II: 280

Парабиоз II: 195—196

Парафилии см. *Перверсии сексуальные*

Парацентральных долек синдром I: 15—16, 237; II: 41, 47, 255, 273, 282, 286

Парлодел I: 195, 196, 197, 272, 273

Парности принцип II: 23, 25

Паскуалини синдром I: 202

Педерастия II: 99

Педофилия II: 80, 90, 97, 149

Пейрони болезнь см. *Фибропластическая индурация полового члена*

Пенилинксия II: 99

Перверзии сексуальные II: 77—115, 121, 122, 123, 145, 148, 151, 153, 178, 179, 260, 293

Персистирующей лакторей — аменореи синдром I: 271

Пигмалионизм II: 87

Плюрализм II: 85

Поллюции II: 42, 273

— дневные I: 12; II: 293

Половая активность, уровни I: 256; II: 197, 203, 212—213

Порнография II: 83, 84, 85, 115

Послеродовой гипопитуитаризм I: 269; II: 284

Приапизм II: 245, 251

Пролактинома I: 194

Простатопатии I: 15—16, 116; II: 21, 26, 139, 163, 163—165, 167, 168, 171, 172, 198, 220, 238, 239, 242, 255, 258, 268—269, 270—272, 275, 279

Протестикулин I: 102—103

Псевдоимпотенция см. *Расстройства сексуальные мнимые*

Психологические тесты II: 11, 108, 131

— — MMPI II: 11, 103—104

— — Розенцвейга II: 12

Психопатии II: 38, 39, 42, 47, 72, 74, 76, 79, 80, 86, 89, 101—102, 109, 116—117, 118, 119, 124, 126, 179, 182, 186—187, 188, 193, 294

Психотерапия I: 16; II: 13—14, 15—25, 27, 135—136

Пубертат I: 42, 43, 54, 69—72, 85, 109, 136, 247, 276, 281; II: 55, 79, 86—87, 116, 127, 148—149, 152—153, 175, 210

— задержанный I: 9, 12, 15—16, 74, 85, 100, 108, 119, 229, 247—248, 249, 251—252, 287; II: 43, 49, 74, 79, 194, 194—195, 257, 270—272, 275, 277—278, 284

— ускоренный I: 85, 216, 282; II: 47, 79

Разгрузочно-диетическая терапия I: 188; II: 26

Расстройства сексуальные мнимые II: 117, 177—178, 211

Растление см. *Совращение половое*

Реабилитация II: 13—16

Рейфенштейна синдром I: 206

Ренифлерс II: 76

Ретифизм II: 87

Рефлексотерапия II: 256

Ритмы биологические II: 191, 196—197

Родиола розовая I: 112

Рокитанского—Кюстера синдром I: 157

Роли половые и семейные II: 6, 10, 18

Садизм II: 70, 72—74, 75, 76, 77, 80, 81, 82—83, 88, 89, 89—90, 92—93, 94, 95, 101—102, 121, 159, 293

Сапарал I: 112

Сапфизм II: 95

Сафизм II: 95

Семья II: 17, 18

— функция терапевтическая II: 10, 14, 15, 133

Сервизизм II: 76

Сильвестрини—Корды синдром I: 214

Симмондса болезнь I: 270

Синдром адипозогенитальный I: 229, 234

— адреногенитальный I: 79, 219

— — врожденный I: 138, 158, 207, 283

— Аумады—дель Кастильо I: 271

— двуполых гонад I: 145

— дезактуализационный II: 117, 209

— дель Кастильо I: 206

— Каллмена I: 189

— Клайнфелтера I: 204; II: 174

— Кювера—Бьюси II: 154

— Кушинга I: 66, 210, 277

— липодистрофии гипермускулярной I: 268

— Лоренса—Муна—Бидля II: 175

— маскулинизации неполной I: 151

— О'Коннели I: 195
 — парацентральных долек I: 15, 16, 237; II: 44, 47, 255, 273, 282, 286
 — Паскуалини I: 202
 — персистирующей лактореи-аме-
 норей I: 271
 — Рейфенштейна I: 206
 — Сильвестрини—Корды I: 214
 — Шерешевского—Тернера I: 140;
 II: 174
 — Шихена I: 269; II: 284
 Скопофилия II: 80, 83, 103, 109, 113—
 114
 Скотоложество II: 80, 87, 148
 Сиовидения эротические II: 108, 286
 Совращение половое II: 48, 50—51,
 52, 79, 90—91, 93—94, 102, 105, 107,
 108, 115, 123
 Содомия см. *Скотоложество*
 Сосудистая недостаточность эрекции
 одной составляющей II: 253
 Социопатия II: 187—188
 Сперматорея I: 12; II: 279
 Стеркулия I: 116
 Стиль супружеских отношений II:
 10, 13, 300
 Страхи см. *Фобии*
 Стресс I: 121, 122—123, 128—129, 131
 Структура личности I: 249; II: 11, 12,
 13, 16, 116, 190, 193, 211, 293, 297
 Суицидальные тенденции I: 261, 281;
 II: 65, 66, 128, 139, 161, 162, 171,
 177—178
 СФЖ II: 288
 СФМ I: 253, 254; II: 204, 205, 210—
 211, 217
 Тарханова феномен I: 251
 Темперамент (тип высшей нервной
 деятельности) II: 123, 129, 182
 Тестикулярная феминизация I: 137,
 153
 Тиреотоксикоз I: 212
 Трансвестизм II: 63—65, 68, 86, 87,
 101, 109
 Транссексуализм I: 32; II: 53, 68, 73,
 95, 109
 Трибадия II: 95
 Триолизм II: 85
 Трохантерный индекс I: 221, 223, 233,
 237, 289
 Унисекс II: 128
 Уранизм II: 95
 Уровни половой активности I: 256;
 II: 197, 203, 212—213
 Уролагния II: 76
 Установка психологическая II: 34,
 35, 36, 77, 293, 294

Фаллоплетизмография I: 89; II: 108—
 109
 Фелляция II: 99
 Фетишизм II: 80, 85, 109, 113—114
 Фибропластическая индурация поло-
 вого члена II: 250
 Флагеллантизм II: 74, 76
 Фобии II: 191, 196, 197, 198—202, 233,
 238, 268, 304, 305
 Форбса—Олбрайта синдром см. *Пер-
 систирующей лактореи-аме-
 норей синдром*
 Фрелиха синдром см. *Адипозогени-
 тальный синдром*
 Фригидность I: 6; II: 301
 — нимфоманическая II: 157—159
 Фроттаж II: 99
 Фроттеризм II: 99
 Хлорэтиловая блокада I: 9, 16; II:
 198, 256, 269—270, 270—272, 275—
 278, 292
 Ценностные ориентации I: 245, 247,
 251, 261, 262; II: 7, 9, 11, 127, 132,
 163, 202, 297, 299
 Цинк I: 118
 Шерешевского—Тернера синдром I:
 140; II: 174
 Шизофрения I: 253, 266; II: 26, 38,
 42, 47, 49, 63—65, 72, 79, 89, 116—
 118, 123—124, 131, 136, 186, 213—214,
 217, 249, 250, 266, 270, 275, 283—284,
 286, 306
 Шихена синдром см. *Послеродовой
 гипопитуитаризм*
 Штейна—Левенталя синдром см. *Ги-
 перандрогенная дисфункция яич-
 ник*
 Эксгибиционизм II: 63—65, 80, 80—81,
 82, 109, 113—114, 149
 Элеутерококк I: 109, 119, 120, 121
 Эмоциональная направленность лич-
 ности II: 10—11
 Эндорфины I: 50—52
 Энурез I: 9; II: 49, 120, 273, 273—
 274, 275, 277—278
 Эонизм II: 87
 Эпилепсия I: 258, 259, 262, 265, 267;
 II: 116—118, 151, 273, 286
 Эректоротерапия II: 207, 224
 Эрекции I: 181, 250, 256, 259; II: 201,
 207, 263
 Эрогенные зоны II: 7

Эстрогены I: 6, 37—51, 71, 81, 136, 207, 211—212, 215, 273—276, 279—283, 284, 287, 288; II: 53, 250
 Эфебофилия II: 93, 97, 104—105
 ЭЭГ I: 85, 186, 191, 222, 224, 265, 266, 268, 282, 282—283; II: 12, 50, 51, 52, 100, 154, 158, 273
 Эякуляция задержанная I: 9, 12, 238, 239, 244, 250, 252, 256, 257, 259; II: 161—162
 — затрудненная см. *Эякуляция задержанная*

— преждевременная I: 9, 12, 16, 244, 250, 252, 253, 255, 257, 259; II: 20, 145—146, 161, 209, 256, 263, 293
 — — вторичная патогенетическая дезинтеграция II: 168—169, 255, 267, 275
 — ускоренная см. *Эякуляция преждевременная*

Янтарная кислота I: 124

Абашев-Константиновский А. Л. I: 177

Абрамович-Поляков Д. К. II: 219

Агаджанов Н. С. I: 56

Ажиба Я. И. I: 30

Алёшин Б. В. I: 31, 179

Амбрумова А. Г. I: 261

Алдурсева-Галашина Е. Ц. II: 218

Анохин П. К. I: 24, 88; II: 229—230

Арестов Ю. М. I: 238

Арсеньева М. Г. I: 45, 82, 85

Асатпани М. М. II: 257

Афанасьев В. Г. II: 229

Бабищев В. Н. I: 28

Баевский Р. М. II: 221

Балаболкин М. II. I: 196

Бассин Ф. В. II: 307

Бахур В. Т. II: 205

Бачерников Н. Е. II: 128

Березин Ф. Б. II: 11

Бец Л. В. I: 217, 222, 223

Бирюкович П. В. I: 178

Богомолец А. А. I: 101

Борисенко Ю. А. II: 229

Боровенская Л. Д. II: 287, 290—291

Бочарипшвили Е. В. I: 80

Бурая Т. И. I: 158

Буртянский Д. Л. I: 14—15

Бутрова С. А. I: 98, 203

Бухман А. И. I: 195

Быков С. Г. I: 59

Вайденишнур З. Е. I: 177

Вартапетов Б. А. I: 32

Введенский Н. Е. II: 181, 195

Венчиков А. И. I: 124, 128, 133

Вишневский А. В. II: 277

Войнар А. А. I: 118

Вольперт И. Е. II: 202, 306, 308

Воробьев Г. Г. II: 12

Вундер П. А. I: 34, 217

Выготский Л. С. I: 265; II: 15, 173

Ганнушкин П. Б. II: 126, 129

Гарбузов В. II. II: 203, 308

Гельгорн Э. I: 34, 45

Геодакян В. А. I: 262

Герасимова Н. Д. I: 114

Герке П. Я. I: 59

Герцен А. И. II: 16

Гибш Г. II: 309

Гидрович С. Р. II: 311

Гиндикин В. Я. II: 127

Гинзбург Я. З. I: 108, 109

Голубева О. А. I: 81

Горизонтов П. Д. I: 129; II: 219

Гращенков Н. И. I: 27, 217

Гришин М. А. II: 234

Грошев С. И. II: 169

Гудкович Л. Н. II: 229

Давыдов Ю. Н. II: 128

Дамбуева Э. А. I: 110

Давыдовский И. В. I: 249

Дардымов И. В. I: 121, 123

Демченко А. Н. I: 32

Деревянко В. Н. I: 189

Джабраилова С. Ш. II: 238

Дильман В. М. I: 128

Димитров Д. I: 97

Динейка К. I: 255

Добровиц А. Б. II: 299, 304

Добротина А. Ф. I: 79

Долецкий С. Я. I: 164

Драновский А. И. II: 260—261

Дрогичина Э. А. II: 219

Еникеев Д. Г. II: 147

Жаворонкова Л. А. I: 125

Жижина С. А. I: 213

Жмакин К. Н. I: 44, 270

Жуковский М. А. I: 217

Заблудовский И. В. II: 225

Загер О. I: 27, 33

Замбрицкий И. А. I: 19

Зарубина Н. А. I: 140, 142, 193, 194

Захаров А. И. II: 308

Здравомыслов В. И. II: 290

Зеленская Т. М. I: 102

Зеневич Г. В. II: 147

Зурабашвили А. Д. I: 239

¹ В данный указатель включены ссылки на работы (главным образом монографические), цитируемые в руководстве без библиографического описания. Работы иностранных авторов, переведенные на русский язык, приводятся в указателе отечественных авторов.

Иваницкий А. М. II: 173

Иванов Н. В. II: 109

Исаев Д. Н. II: 173, 308

Иценко Н. М. I: 177, 208

Каган С. А. I: 56

Казначеев В. П. I: 122

Кайшибаев С. К. II: 219

Калашникова Р. Ф. I: 81

Калломон Ф. II: 252

Кальман Ф. II: 136

Карвасарский Б. Д. II: 219

Каро В. И. I: 110

Кахана М. С. I: 217

Каюмова К. Х. I: 216, 217

Квакина Е. Б. I: 129

Кербинов О. В. II: 126

Керцман В. И. I: 209, 224

Кириллов О. И. I: 105

Киричинский А. Р. II: 269

Кисолония Р. А. II: 265

Клаф Л. Л. I: 117

Клейман Г. Н. II: 251

Клемпнер П. Л. II: 253

Ковалёв В. В. II: 36, 127, 128, 129

Ковалёв Ю. Н. II: 259

Ковалевский П. И. II: 152

Кокин М. К. II: 204

Колпинов Н. В. I: 101

Консторум С. И. II: 15

Коркина М. В. II: 142

Корсаков С. С. II: 175

Кочетков Н. К. I: 111

Краснушкин Е. К. II: 149

Крафт-Эбинг Р. II: 89, 177

Креймер А. Я. I: 187

Крепелин Э. II: 173

Крехова М. А. I: 65, 66

Кречмер Э. II: 148

Кришталъ В. В. I: 14—15

Кузнецов Ю. А. II: 202

Кузнецова Э. С. I: 158, 170

Кулев И. Л. II: 128

Кунцман И. Я. I: 119

Купчинская Ю. К. I: 87

Куренной Н. В. II: 172

Кучерская Л. М. II: 22

Лазарев Н. В. I: 123

Лакосина Н. Д. II: 186

Лапышев Д. А. II: 250—251

Латаш П. П. I: 186

Лири Т. II: 10

Лотис В. М. II: 287

Лупянин А. В. I: 111

Маждраков Г. I: 87

Макаренко А. С. II: 15

Мандельштам А. Э. I: 274, 287

Маркелов Г. М. II: 261, 267

Мартинов Ю. С. I: 180

Маслов М. С. I: 229, 239

Машковский М. Д. I: 98

Меграбян А. А. II: 146, 151

Мелехов Д. Е. II: 147

Мелькумова А. С. II: 220

Мельниченко Г. Ф. I: 194, 271, 272

Меньшиков В. В. I: 34, 65, 66

Мерлин В. С. II: 298

Метальников Б. П. II: 253

Мечников И. И. I: 101

Мещерская К. А. I: 111, 120

Милку Шт.-М. I: 93—94, 99, 202, 270

Милославский М. Я. I: 216

Мильман Л. Я. I: 13

Мицкевич М. С. I: 42

Мишина Т. М. II: 298, 300

Младенов С. I: 118

Молнар Е. I: 64

Морено Дж. II: 308

Мохов В. В. II: 79, 80

Наджаров Р. А. II: 141

Наку А. Г. II: 126

Наталевич Э. С. II: 136

Науменко Б. С. II: 221

Нейман И. М. I: 33

Неменов М. И. I: 125

Несмеянова Е. Б. I: 118

Нешков Н. С. II: 220

Никольский В. Н. II: 220—221

Обуховский К. II: 150

Огнев В. К. II: 127

Озерецкий Н. И. II: 149—150, 173

Орлов И. В. I: 25

Павлов И. П. I: 18, 183

Панантеску Г. I: 87

Певзнер М. С. II: 121, 173

Пейде Н. I: 231

Перельман А. А. II: 148

Периц Г. I: 231

Петков В. I: 133

Петрова М. К. II: 181

Петров—Маслаков М. А. II: 287, 290, 291

Пиневич М. В. II: 220

Пичурина Р. А. I: 116

Подлужный Г. А. II: 265

Попов И. А. II: 220

Попова М. А. II: 135

Порудоминский И. М. I: 57, 59

Прихожан В. М. I: 213, 214

Провизион Л. Н. II: 210

Протопопов В. П. II: 161

Пшеничный И. П. II: 290

Резников А. Г. I: 47; II: 71

Ригмант Э. Г. I: 209

Ровинская С. А. I: 188

Розен В. Б. I: 42

Российский Д. М. I: 110
Рубенков А. А. I: 59
Рудаков Я. Я. II: 26
Русаков В. И. II: 234
Русин В. Я. I: 123
Рыжкова М. Н. II: 220
Рябов М. X. I: 101

Савченко О. Н. I: 45, 97
Сальник Б. Ю. I: 110
Сальникова Г. П. I: 238
Самосудова Н. В. I: 65
Саратиков А. С. I: 116
Свет-Молдавская Е. Д. II: 152
Семье Г. I: 124, 128—129, 134; II: 26
Сентаготай I: 27, 28
Сепц Е. К. II: 267
Сербский В. П. II: 148
Серейский М. Я. I: 234
Серов В. Н. I: 85, 270
Симонов П. В. I: 129
Ситдыков Э. Н. II: 260—261
Собчик Л. Н. II: 11
Соколов Д. Д. I: 226
Сократ II: 13
Сорохтин Г. Н. I: 110
Спасокукоцкий Ю. А. I: 102
Сперанский А. Д. I: 128
Старкова Н. Т. I: 158
Струков А. И. I: 240
Ступко А. И. I: 81
Суворов Г. А. II: 218
Сум-Шик Е. Р. II: 260
Султанов Г. А. II: 138
Сухарева Г. Е. I: 178; II: 28, 127, 151, 173

Табеева Д. М. II: 257
Тарновский В. М. II: 148
Ташлыков В. А. II: 135
Темков И. II: 170—171
Тихонова Е. П. I: 185
Ткачёв Р. А. I: 117
Ткаченко Н. М. I: 71, 85
Толстой Л. Н. II: 8, 183
Трусов В. П. II: 296
Тумилович Л. Г. I: 217
Тэви А. С. I: 117
Тюков А. И. II: 254

Узнадзе Д. Н. II: 293
Уильямс Р. I: 213—214; II: 173

Abt C. II: 307
Ackerman N. II: 17
Allen C. I: 166, 225
Allison J. II: 166
Allport G. II: 135
Baker H. I: 214
Barfield R. I: 46

Уколова М. А. I: 130, 133
Устинкина Т. И. I: 61, 63
Утешева З. Ф. I: 99

Фанкони Г. I: 229
Федотов В. П. I: 30
Федотов Д. Д. II: 171
Фиялковский В. I: 78
Форверг М. II: 309
Франк Г. М. I: 124
Фрейеров О. Е. II: 128, 173
Фридберг Д. И. I: 185
Фукс С. А. I: 228

Хавин И. Б. I: 196
Хананашвили М. М. II: 182—183
Хафизова Н. А. II: 287
Хорошко В. К. II: 185
Хромов Б. I: 87
Худадов Д. С. II: 251

Цветкова Н. В. I: 233
Цирульников И. И. II: 220
Цуканова Е. А. II: 299
Цулукидзе А. П. II: 262

Чакхиева Л. О. II: 128
Чацкий Г. Я. II: 219—220
Чемоданов В. И. I: 197
Черкашин Г. В. I: 115
Чёрненький И. К. I: 107
Чиков В. В. I: 44
Чукичев И. П. I: 133

Шакиров А. Ш. I: 124
Шварцман Е. М. I: 117
Шмарьян А. С. I: 177, 220
Штефко В. Г. I: 232
Штутте Г. II: 79
Шукишин В. М. I: 238; II: 5, 7
Шурыгин Д. Я. I: 272

Щербак А. Е. II: 269

Эйдемиллер Э. Г. II: 134

Юдаев Н. А. I: 66
Юлес М. I: 186

Яковлев Н. Н. I: 123
Ярошевский М. II: 128

Yarr R. I: 215
Beauvillian I. I: 273
Becker H. I: 43
Benoit J. I: 103
Bittorf A. I: 211
Blumer D. II: 154—155
Brown J. I: 66

Brown-Séguard C. E. I: 87
Buddeberg C. II: 145—146
Bush J. I: 196

Chance B. I: 124
Chapman A. II: 294
Charny Ch. I: 63
Clark Le Gros W. E. I: 19
Cloutier M. I: 218
Corboz R. I: 242
Cork J. I: 127
Coser L. II: 18
Crepy O. I: 213

Darvish M. II: 245, 247
Dewhurst Chr. I: 133
Diekman G. I: 47
Dlin II: 210
Dollner II: 225
Dörner G. I: 166
Drechter I. I: 65
Dreyfus G. I: 213
Dyk II: 210

Economo C. II: 274

Faiman Ch. I: 202
Feld A. I: 197
Filipescu I. I: 271
Flatau E. II: 224
Freund K. II: 108, 114
Fürbringer P. II: 224

Gassen II: 225
Gerson K. II: 225
Grassel H. II: 178
Griesinger W. II: 176
Gyurkovechky V. II: 224

Hadžiselimović F. I: 94
Harlow H. II: 17
Hawkins D. I: 45
Helge H. I: 226
Heller C. I: 198
Hertoft P. I: 248
Hirschfeld M. II: 97—98
Hotchkiss R. I: 56
Howells J. II: 17
Hubble D. I: 218
Hudson B. I: 40
Hynie J. II: 108
Hyyppä M. I: 30, 33

Ingle D. I: 114
Ittrich I: 66

Jacobsen A. I: 218
Jenner M. I: 217
Johnsen S. I: 202
Johnston P. I: 46

Jordan H. II: 179
Jovanovic U. II: 254

Kaplan H. II: 23
Kent J. I: 40
Kevern E. I: 89
Klinefelter H. I: 204
Koenig M. I: 194
Kraepelin E. II: 137, 153
Krafft-Ebing R. II: 137, 224
Kulin H. I: 217
Kupperman H. I: 226

Landsteiner K. I: 101
Leaderer J. I: 206
Lee P. I: 222—223
Lemke R. II: 172
Levy R. II: 197—198
Lewin K. II: 172
Lister R. I: 196
Loh H. I: 52
Lorenz E. I: 127
Loriga II: 218

Magnan V. II: 172
Marichau-Beauchant II: 153
Martin F. I: 202
Martin G. I: 50
Martin J. I: 32
Masters W. I: 7; II: 208, 285, 309
Matussek P. II: 157
Mayanagi J. I: 29
Millar M. I: 118
Mitchell L. II: 178
Money J. I: 133
Morse J. I: 228
Morse W. I: 99
Müller D. I: 47

Nitardy II: 226
Novak E. I: 218
Nyklicék O. I: 82

Orlowski P. II: 260
Overzier C. I: 133, 143
Packard V. II: 194
Palmer Ch. II: 135

Papanicolau G. I: 81
Pasqualini R. I: 202
Penfield W. I: 23; II: 275
Perron Y. II: 245
Peters U. II: 162
Pincus G. I: 65, 249
Policard A. I: 35
Porosz M. II: 260
Pozzi S. I: 228
Prader A. I: 159

Reiter E. I: 217

Rodgers I. I: 71
Rohleder H. II: 225

Schally A. I: 100
Scheingold L. II: 240
Schirren C. I: 61, 64
Schmidt H. I: 118
Schneider K. II: 183
Schoen E. I: 170
Schofield M. I: 73
Schramm J. II: 153
Schüttler R. I: 187
Seckel H. I: 216—217
Seki K. I: 273
Sekuia E. II: 172
Sem-Jacobsen C. I: 24
Shibata S. I: 106
Slimp G. I: 28
Smith I. I: 272
Sollier P. II: 172
Stein M. I: 244
Sullivan H. II: 17

Tamm I. I: 279
Tanner J. I: 69
Terenius I: 52
Tokuu E. II: 253

Van de Velde H. I: 78
Varnek J. I: 56
Vasterling H. I: 59, 64
Vietze L. II: 171
Villard A. II: 152
Voegt H. I: 215
Vreeburg J. I: 43

Weisman A. I: 59
Werner S. I: 203
Wilkins L. I: 162
Williams R. I: 39
Winkler R. II: 244

Young D. I: 201

- 1—II: 203
 2—II: 135
 3—II: 254
 4—II: 5, 11, 14
 5—II: 182, 183
 6—II: 34
 7—II: 29—30
 8—II: 28
 9—II: 28
 10—II: 249—250
 11—I: 77
 12—II: 27
 13—I: 129
 14—I: 232
 15—I: 110
 16—I: 105
 17—II: 249—250
 18—II: 203
 19—I: 121
 20—I: 102
 21—I: 178, 179
 22—I: 13
 23—I: 114
 24—I: 118
 25—II: 118
 26—I: 218
 27—I: 232
 28—II: 12
 29—II: 264
 30—II: 190
 31—I: 77
 32—II: 306, 307, 309
 33—II: 265
 34—I: 283, 284, 285, 287, 288
 35—I: 217
 36—I: 118
 37—I: 118
 38—I: 103
 39—II: 254
 40—I: 11
 41—I: 237; II: 273, 277
 42—II: 306
 43—I: 11; II: 260
 44—I: 14
 45—I: 105, 106, 107, 108, 109
 46—I: 111, 112, 119
 47—I: 108—109, 119
 48—II: 138, 48
 49—II: 147
 50—I: 88; II: 6
 51—II: 30
 52—I: 52
 53—I: 9, 10, 11
 54—II: 266
 55—I: 116
 56—I: 183
 57—I: 22
 58—I: 22
 59—I: 10; II: 6
 60—II: 199
 61—II: 25, 299
 62—I: 36, 177, 241, 248, 250; II: 21, 25, 168, 182, 194, 198, 223, 256, 260, 262—263, 267, 272, 273, 276, 277, 291
 63—I: 12, 48, 67, 133, 179, 180, 229, 237, 238
 64—II: 21
 65—I: 240; II: 43
 66—II: 199
 67—I: 228, 258
 68—I: 11
 69—I: 7, 13
 70—I: 11
 71—I: 11
 72—I: 7
 73—I: 7
 74—I: 7
 75—I: 7
 76—II: 118
 77—I: 242—243
 78—II: 277
 79—I: 11; II: 9
 80—II: 12, 114
 81—I: 255
 82—II: 307, 310
 83—II: 6, 309
 84—II: 134
 85—II: 309, 310—311
 86—II: 309
 87—I: 125
 88—II: 260
 89—II: 260
 90—I: 7; II: 25
 91—II: 266
 92—I: 178, 179, 180, 184, 185
 93—I: 179, 184, 185
 94—I: 177
 95—II: 261
 96—I: 19
 97—II: 253
 98—II: 134, 308
 99—II: 137
 100—II: 5, 6
 101—II: 127, 129
 102—II: 210, 211
 103—II: 28, 48, 95
 104—I: 13; II: 170, 223
 105—I: 129—133
 106—II: 126
 107—II: 250, 251, 253
 108—I: 258, 259; II: 218
 109—II: 113
 110—II: 110, 111, 114
 111—II: 110
 112—II: 113
 113—II: 111
 114—II: 110, 111
 115—II: 110
 116—II: 110, 113
 117—I: 168; II: 65, 66
 118—II: 260, 262, 265
 119—I: 188; II: 26
 120—II: 127
 121—I: 105, 109, 119, 120, 121, 122
 122—II: 12
 123—II: 13
 124—II: 24
 125—I: 229, 246
 126—II: 118, 162, 249—250
 127—II: 210, 211
 128—II: 210, 211
 129—II: 162—163, 171
 130—I: 32
 131—I: 124
 132—II: 236
 133—II: 19
 134—II: 265, 266
 135—II: 10
 136—II: 4
 137—II: 260
 138—II: 150
 139—I: 125
 140—II: 265

¹ Первая цифра означает номер библиографического источника, римские цифры — номер тома, все последующие арабские цифры — номера страниц руководства, на которых цитируется данный источник.

479—II: 24, 202
480—I: 23
481—I: 40, 114
482—I: 204
483—I: 19, 20
484—I: 234
485—I: 46
486—II: 210
487—I: 89
488—II: 210
489—II: 284, 287
490—I: 89; II: 96
491—I: 55
492—I: 227
493—II: 210
494—II: 295, 296
495—I: 217
496—I: 33
497—II: 254
498—II: 185
499—II: 12, 185
500—I: 170
501—I: 194

502—II: 30
503—II: 254
504—II: 23—24, 202
505—I: 88
506—II: 146, 147
507—II: 265
508—I: 88
509—I: 258, 259
510—II: 22—23
511—I: 48—50
512—I: 7
513—I: 7
514—I: 7
515—I: 246
516—II: 200
517—II: 254
518—II: 266
519—I: 46, 99, 272
520—II: 79, 82, 85, 89
521—I: 107—108
522—II: 29
523—I: 105

524—I: 41, 53, 60, 64, 65,
66, 68, 93, 198, 203, 204,
206, 284, 287
525—I: 6
526—I: 196, 272
527—II: 265
528—II: 254
529—II: 210
530—II: 259
531—II: 254
532—I: 91
533—II: 254
534—I: 232
535—II: 210
536—I: 227
537—II: 253
538—I: 198
539—I: 36
540—I: 158, 170, 216, 225,
228, 229, 287
541—I: 232
542—I: 232
543—II: 23—24, 202
544—II: 254

- 141—II: 137, 148
 142—I: 77, 282, 288
 143—II: 305, 306
 144—I: 105
 145—I: 105
 146—II: 250, 253
 147—II: 259
 148—I: 74; II: 27, 30, 31,
 82, 83, 87, 89, 90, 94
 149—II: 15
 150—II: 9
 151—II: 15, 16
 152—II: 15—16
 153—II: 261
 154—II: 263—264
 155—I: 180, 186
 156—II: 126
 157—II: 261
 158—II: 266
 159—II: 15, 16, 17, 18, 19
 160—II: 261
 161—II: 119, 120
 162—II: 238, 239, 241,
 242, 243, 279, 280
 163—II: 238—243, 279, 280
 164—I: 170
 165—II: 27, 28, 199
 166—II: 310
 167—II: 6, 27
 168—I: 124
 169—I: 125
 170—I: 124
 171—II: 253
 172—II: 137
 173—II: 236
 174—II: 129
 175—II: 128
 176—II: 99
 177—II: 221
 178—II: 221
 179—I: 14; II: 170, 223
 180—II: 210, 211
 181—I: 128, 133
 182—II: 126
 183—II: 224
 184—II: 259, 264, 265, 266
 185—II: 265, 265—266
 186—I: 126, 127
 187—I: 126
 188—I: 69, 72
 189—I: 57—63
 190—I: 56
 191—I: 238
 192—II: 287
 193—I: 126—127
 194—I: 166, 216, 226, 228,
 234
 195—II: 260
 196—I: 184
 197—II: 119, 187
 198—II: 127
 199—II: 261
 200—II: 190, 203
 201—II: 76, 118—125, 129,
 130
 202—I: 110
 203—II: 250—253
 204—II: 245—247
 205—I: 110
 206—I: 110
 207—II: 113
 208—I: 11, 52; II: 263
 209—II: 44
 210—II: 263
 211—II: 126
 212—I: 13; II: 6
 213—I: 114, 120
 214—I: 256
 215—II: 245—246
 216—II: 203
 217—II: 10, 15
 218—II: 295, 303
 219—I: 178
 220—II: 10, 15, 17—18, 19,
 300, 303, 308
 221—II: 10, 15, 17—18, 19
 222—II: 185, 203
 223—II: 5
 224—I: 8, 11
 225—I: 7, 11
 226—II: 162
 227—II: 26
 228—I: 125, 127
 229—II: 27
 230—I: 188
 231—I: 118
 232—I: 103
 233—II: 245—247
 234—II: 12
 235—I: 88
 236—I: 124
 237—II: 12
 238—II: 4
 239—I: 6, 11, 12, 13, 14,
 15, 34, 42, 43, 52, 53, 69,
 72, 74, 75, 77, 94, 95, 97,
 134, 160, 230, 235, 236,
 237, 239, 240, 242, 243,
 246, 247, 249, 252, 253,
 254, 262; II: 3, 9, 10,
 15, 21, 28, 34, 43, 75, 96,
 123, 145, 168, 185, 197,
 199, 200, 214, 217, 223,
 230, 259, 260, 270, 272,
 273, 274, 286, 293, 294
 240—II: 9
 241—I: 253; II: 138
 242—I: 253; II: 9, 138
 243—II: 26
 244—I: 24
 245—II: 266
 246—I: 133
 247—I: 105
 248—II: 128
 249—II: 128
 250—I: 243
 251—I: 27
 252—II: 26
 253—I: 243
 254—I: 180
 255—II: 138, 140
 256—II: 277
 257—I: 13; II: 251, 252,
 253
 258—II: 229
 259—I: 13; II: 223, 260
 260—II: 80
 261—II: 138
 262—II: 138, 170—171
 263—II: 134
 264—II: 261, 265
 265—II: 249—250
 266—II: 251, 252, 253
 267—II: 27
 268—I: 158, 166
 269—I: 190
 270—II: 14
 271—II: 8, 12, 134, 309
 272—I: 74; II: 287
 273—II: 247—248, 250
 274—I: 30, 178, 185
 275—II: 129
 276—I: 177, 184
 277—II: 13, 294
 278—II: 135
 279—I: 98
 280—I: 32
 281—I: 112, 113—115
 282—II: 187, 204
 283—I: 75, 251; II: 80, 82,
 88, 89, 94, 95, 201, 305,
 306
 284—II: 134
 285—II: 26
 286—II: 17, 18
 287—II: 17
 288—II: 266
 289—II: 182
 290—II: 184
 291—I: 180
 292—II: 266
 293—II: 266
 294—I: 105, 106, 120
 295—II: 266
 296—I: 40, 60, 61, 65, 142,
 143, 155, 205, 206, 209,
 213
 297—I: 199
 298—I: 268
 299—I: 14
 300—II: 26
 301—II: 231
 302—II: 259, 265

- 303—II: 254
 304—II: 118, 162, 163
 305—I: 216—225, 227
 306—II: 266
 307—II: 173
 308—II: 136
 309—II: 253
 310—II: 181
 311—II: 28, 29, 30, 31, 39,
 119, 126
 312—I: 110, 141, 147
 313—I: 110
 314—I: 14
 315—I: 27, 28, 29, 30, 31,
 32, 40, 41, 42, 44
 316—I: 178, 179, 180, 182,
 184, 186
 317—II: 17
 318—I: 10, 240; II: 16
 319—II: 266
 320—II: 259
 321—II: 259, 265
 322—I: 178, 179, 267
 323—I: 10
 324—II: 263
 325—II: 249—250
 326—II: 137, 148
 327—I: 110
 328—I: 14, 55, 223, 266
 329—II: 247, 250
 330—II: 265, 266
 331—I: 11, 12; II: 239—
 244, 279—280
 332—II: 4
 333—I: 120
 334—I: 105, 121, 122
 335—II: 10, 295
 336—II: 10
 337—II: 254
 338—I: 98, 100
 339—I: 64
 340—I: 24
 341—I: 34, 89; II: 254
 342—I: 59
 343—I: 31
 344—I: 7
 345—II: 137
 346—I: 23
 347—II: 254
 348—I: 90
 349—I: 217, 227
 350—II: 261
 351—I: 52
 352—II: 254
 353—I: 258
 354—I: 77
 355—I: 232
 356—II: 251
 357—I: 234
 358—II: 24, 202
 359—I: 48
 360—I: 36
 361—I: 36
 362—II: 24
 363—II: 136
 364—II: 4
 365—I: 24
 366—I: 23
 367—I: 24
 368—II: 210
 369—I: 232
 370—I: 40
 371—II: 96
 372—II: 28, 47
 373—I: 98
 374—I: 32, 46, 47, 48, 232
 375—II: 28, 95
 376—I: 98
 377—I: 96
 378—I: 96
 379—II: 4, 88, 96
 380—II: 24, 202
 381—I: 69
 382—I: 100
 383—I: 89
 384—I: 258
 385—I: 46
 386—I: 31
 387—I: 252
 388—I: 232
 389—II: 251
 390—II: 154
 391—II: 154
 392—I: 51
 393—II: 173
 394—II: 210
 395—II: 254
 396—II: 23—24, 202
 397—I: 258
 398—I: 92
 399—II: 306, 307, 309
 400—II: 210
 401—II: 27, 52, 54, 55,
 56—57, 66
 402—II: 210
 403—I: 243
 404—I: 7
 405—I: 7, 86; II: 27
 406—II: 21—24, 134, 239,
 279
 407—II: 224
 408—I: 228
 409—I: 23
 410—I: 95—96
 411—II: 253
 412—I: 95
 413—I: 7
 414—II: 178
 415—I: 24
 416—II: 246, 247
 417—II: 251
 418—II: 23
 419—II: 7
 420—I: 7, 55
 421—II: 180
 422—II: 138
 423—I: 255
 424—I: 108
 425—II: 254
 426—I: 99
 427—II: 130
 428—I: 47
 429—I: 170
 430—I: 100
 431—I: 29, 49
 432—II: 254
 433—II: 162
 434—II: 246—247
 435—I: 108, 109
 436—II: 29, 87, 95, 96
 437—II: 88, 95, 96
 438—I: 180, 183
 439—I: 121
 440—I: 7
 441—II: 210
 442—II: 153
 443—I: 33
 444—I: 246
 445—I: 42
 446—II: 259
 447—II: 259, 261, 262
 448—I: 216
 449—II: 118, 118—119
 450—II: 254
 451—II: 162
 452—I: 69
 453—I: 142, 143, 205
 454—I: 100
 455—I: 19
 456—I: 17, 20, 22
 457—I: 38, 93
 458—I: 197
 459—I: 48
 460—II: 210
 461—I: 88
 462—I: 100
 463—I: 202
 464—II: 254
 465—II: 254
 466—II: 254
 467—I: 232
 468—I: 196, 209, 212
 469—I: 46—47; II: 28, 31,
 34
 470—II: 29
 471—I: 166
 472—II: 138
 473—I: 18
 474—II: 210
 475—I: 258
 476—I: 127
 477—I: 127
 478—II: 10

3. Психическая составляющая копулятивного цикла и ее патология (Г. С. Васильченко)	3
3.1. Брачный клиринг и его разновидности	5
3.1.1. Концепция пяти брачных факторов	6
3.2. Принципы диагностики расстройств психической составляющей (Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега, Ю. А. Решетняк)	9
3.2.1. Использование психологических данных для реабилитации при сексуальных расстройствах (Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега)	13
3.3. Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей (Г. С. Васильченко)	15
3.3.1. Семейная психотерапия и ее место в системе реабилитации сексологических больных	17
3.3.2. О секс-терапии	20
3.3.3. Взаимоотношение различных видов психотерапии в ходе лечения сексологических больных	24
3.3.4. Разгрузочно-диетическая терапия (дозированное голодание) в лечении сексологических расстройств (Ю. И. Полищук)	26
3.4. Синдромы расстройств психической составляющей	27
3.4.1. Нарушения психосексуального развития (В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко)	27
3.4.1.1. Основные этапы формирования сексуальности	27
3.4.1.2. Нарушения темпов и сроков психосексуального развития	37
3.4.1.2.1. Задержки (ретардации) психосексуального развития	37
3.4.1.2.2. Преждевременное психосексуальное развитие	47
3.4.1.3. Девиации психосексуального развития	53
3.4.1.3.1. Нарушения полового самосознания (аутоидентификации). Транссексуализм	53
3.4.1.3.2. Нарушения стереотипа полоролевого поведения	66
3.4.1.3.2.1. Трансформация полоролевого поведения	66
3.4.1.3.2.2. Гиперролевое поведение	71
3.4.1.3.3. Нарушения психосексуальных ориентаций	77
3.4.1.3.3.1. Нарушения психосексуальных ориентаций по объекту	80
3.4.1.3.3.2. Нарушения психосексуальных ориентаций по возрасту объекта	90
3.4.1.3.3.3. Нарушения психосексуальных ориентаций по полу объекта. Гомосексуализм	95
3.4.1.3.3.4. Диагностика нарушений психосексуальных ориентаций	108
3.4.1.3.3.5. Лечение нарушений психосексуальных ориентаций (Я. Г. Голанд)	109
3.4.1.3.3.6. Прогноз при нарушениях психосексуальных ориентаций (В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко)	114
3.4.1.4. Профилактика нарушений психосексуального развития	115
3.4.2. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов (Г. С. Васильченко)	116
3.4.2.1. Акцентуации характера	118
3.4.2.2. Психопатии (Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняк)	126
3.4.2.3. Эндогенные психозы	136
3.4.2.3.1. Сексуальные нарушения при шизофрении (А. Похуров)	136
3.4.2.3.2. Половые расстройства при эпилепсии	151
3.4.2.3.3. Сексуальные нарушения у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом (Н. Ш. Таглаев)	160

3.4.2.3.3.1. Депрессивная фаза	161
3.4.2.3.3.2. Маниакальная фаза	166
3.4.2.3.3.3. Сексуальные нарушения в интермиссии маниакально-депрессивного психоза	167
3.4.2.3.3.4. Лечение и профилактика сексуальных нарушений при МДП	170
3.4.2.4. Половые расстройства при олигофрениях (А. Нозуров)	172
3.4.3. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов (Г. С. Васильченко)	180
3.4.3.1. Неврозы и сексуальные нарушения невротической природы	180
3.4.3.1.1. Некоторые статистические данные о сексуальных нарушениях невротической природы	190
3.4.3.1.1.1. Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы	194
3.4.3.1.1.2. Вторичное вовлечение сексуальной сферы в картину невроза, вызванного несексуальными причинами (С. Т. Азарков, Н. К. Лигарт)	202
3.4.3.1.1.3. Общая тактика реабилитации у мужчин при сексуальных расстройствах, связанных с неврозами	205
3.4.3.2. Синдром дезактуализации и реадaptации сексуального поведения (Г. С. Васильченко)	209
3.4.3.3. Мнимые сексуальные расстройства у мужчин	211
3.4.3.4. Полисиндромные сексуальные расстройства, предположительно связываемые с некоторыми профессиональными факторами и условиями труда	218
3.4.3.4.1. Половые расстройства при вибрационной болезни (Г. С. Кочарян)	218
4. Эрекция составляющая копулятивного цикла и ее патология (Г. С. Васильченко)	223
4.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эрекции составляющей	224
4.1.1. Эректоротерапия (Ю. А. Борисенко)	224
4.1.1.1. Физиологические механизмы восстановления сексуальных функций при эректоротерапии	229
4.1.1.2. Применение эректора при различных формах сексуальных расстройств	233
4.1.1.2.1. Применение эректора у больных с расстройствами психической составляющей	233
4.1.1.2.2. Применение эректора у больных при урологических заболеваниях	234
4.1.1.3. Показания и противопоказания к применению стандартных эректоров	235
4.1.2. Лечение сексуальных расстройств локальным отрицательным давлением (Г. С. Васильченко, Р. В. Беледа, Б. А. Горячев)	236
4.2. Расстройства эрекции составляющей	238
4.2.1. Поражение эрекции составляющей при патологии спинного мозга (А. П. Журавель)	238
4.2.2. Поражение эрекции составляющей при патологии периферической нервной системы	244
4.2.3. Приапизм	245
4.2.4. Перемежающийся ночной псевдоприапизм	247
4.2.5. Фибропластическая индурация полового члена (Ю. А. Борисенко)	250
4.2.6. Синдром сосудистой недостаточности эрекции составляющей (Г. С. Васильченко)	253
5. Эякуляторная составляющая копулятивного цикла и ее патология	255
5.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эякуляторной составляющей	255

5.1.1. Рефлексотерапия сексуальных расстройств (Н. К. Головова)	256
5.2. Расстройства эякуляторной составляющей (Г. С. Васильченко)	258
5.2.1. Расстройства эякуляторной составляющей при урологической патологии	258
5.2.1.1. Урогенитальные сексологические расстройства, осложняющиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции)	267
5.2.2. Синдром парацентральных долек (первичная патогенетическая дезинтеграция эякуляторной составляющей)	272
5.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга (А. П. Журавель)	278
6. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства (И. Л. Ботнева)	281
6.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей	281
6.2. Расстройства генитосегментарной составляющей при гинекологических заболеваниях (Г. П. Хожанова)	286
6.2.1. Расстройства генитосегментарной составляющей при воспалительных заболеваниях внутренних гениталий	287
6.2.2. Вторичная патогенетическая титуляризация (изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации гинекологического очага)	290
7. Семейно-сексуальные дисгармонии (дисгамии) (Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега)	293
7.1. Вагинизм (И. Л. Ботнева)	304
7.2. Ситуационно-ролевые игры как метод профилактики и лечебной коррекции дебютантных форм дисгармоний (А. И. Хожанов)	306
Список литературы	312
Предметный указатель	335
Авторский указатель	340
Цифровой указатель библиографии	345

ЧАСТНАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Том 2

Зав. редакцией *А. Р. Ананьева*
Редактор *А. В. Бруенок*
Редактор издательства *О. П. Зубарева*
Переплет художника *Ф. К. Мороз*
Художественный редактор *Н. А. Гурова*
Технический редактор *Н. К. Петрова*
Корректор *Т. Н. Кудрявцева*

ИБ № 2218

Сдано в набор 29.04.83. Подписано к печати 17.08.83.
Т-08638. Формат бумаги 60×90^{1/16}. Бумага тип. № 2.
Гарнитура обычн. Печать высокая. Усл. печ. л. 22,0.
Усл. кр.-отт. 22,0. Уч.-изд. л. 26,98. Тираж 50 000 экз.
(1-й завод 1—25 000). Заказ 1224. Цена 1 р. 70 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина», Москва, Петроверигский пер., 6/8

Московская типография № 11 Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. Москва, 113105, Нагатинская, 1.

ЧАСТНАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

(Руководство для врачей)

В двух томах

Том 2

Под редакцией профессора

Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО



Москва • «Медицина» • 1983