

Федеральное агентство  
по здравоохранению и социальному развитию  
Северный государственный медицинский университет  
Факультет клинической психологии

К.В. Шельгин, Е.П. Тахтарова

## СЕКСОЛОГИЯ

*Учебное пособие*

Под редакцией профессора П.И. Сидорова

Архангельск  
Издательский центр СГМУ  
2006

**УДК 616.89-008.442(075)**

**ББК 57.0 Я 73**

**Ш 44**

**Рецензент:** кандидат медицинских наук, доцент, декан факультета  
клинической психологии СГМУ *А.В. Парняков*

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Северного государственного медицинского университета

**Шельгин К.В., Тахтарова Е.П.**

Ш 44 Сексология: учебное пособие / под ред. П.И. Сидорова. — Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2006. — 122 с.

ISBN 5-86279-061-6

В пособии освещены современные вопросы сексологии и сексопатологии: основы сексуальности, границы нормы и патологии, основные проявления сексуальных расстройств, их диагностика и лечение. Представлены психологические методы, используемые для диагностики сексуальных расстройств.

Предназначено для студентов-психологов.

УДК 616.89-008.442(075)

ББК 57.0 Я 73

**ISBN 5-86279-061-6**

© Шельгин К.В., Тахтарова Е.П., 2006  
© Северный государственный  
медицинский университет, 2006

## Оглавление

|  |    |
|--|----|
| <b>Введение</b> .....  | 5  |
| <b>Тема 1. Определение, предмет, задачи, основные понятия и история развития сексологии</b> .....  | 7  |
| Сексуальное здоровье.....  | 8  |
| Норма в сексологии.....  | 11 |
| История развития сексологии.....   | 14 |
| <b>Тема 2. Физиологические основы сексуальности. Сексуальные реакции мужчины и женщины. Развитие сексуальности. Сексуальная гармония и ее компоненты</b> ..... | 16 |
| Копулятивный цикл мужчины и женщины.....   | 16 |
| Сексуальные реакции женщины.....   | 17 |
| Сексуальные реакции мужчины.....   | 18 |
| Стадии копулятивного цикла мужчины.....  | 18 |
| Составляющие копулятивного цикла мужчины.....  | 20 |
| Копулятивный цикл женщины.....   | 20 |
| Составляющие копулятивного цикла женщины.....  | 22 |
| Половая конституция.....   | 23 |
| Развитие сексуальности.....  | 24 |
| Сексуальная гармония и ее компоненты.....  | 27 |
| Физиологический компонент сексуальной гармонии.....  | 28 |
| <b>Тема 3. Планирование семьи, контрацепция и аборты. Предупреждение заболеваний, передающиеся половым путем</b> .....   | 28 |
| Способы регуляции деторождения.....  | 29 |
| Предупреждение болезней, передаваемых половым путем (БППП).....  | 33 |
| <b>Тема 4. Общие причины и факторы сексуальных расстройств. Классификация сексуальных расстройств</b> .....  | 34 |
| Классификации сексуальных расстройств.....   | 35 |
| <b>Тема 5. Сексуальные расстройства у мужчин</b> .....   | 38 |
| Нарушения полового влечения.....   | 39 |
| Недостаточность генитальных реакций.....   | 40 |
| Нарушение оргазмических функций.....   | 44 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>Тема 6. Сексуальные расстройства у женщин</b> .....   | 47  |
| Нарушения полового влечения .....  | 47  |
| Недостаточность генитальных реакций .....  | 54  |
| Нарушение оргазмических функций<br>(оргазмическая дисфункция F52.3) .....  | 56  |
| <b>Тема 7. Дисгамии</b> .....  | 58  |
| <b>Тема 8. Перверсии и девиации</b> .....  | 66  |
| Расстройства половой идентификации (F64) .....   | 71  |
| Психологические и поведенческие расстройства,<br>связанные с половым (психосексуальным) развитием<br>и ориентацией по полу (F66) ..... | 75  |
| Сексуальная зависимость .....  | 81  |
| <b>Тема 9. Принуждение и насилие в сексуальных<br/>отношениях. Сексуальные преступления</b> .....                                      | 82  |
| <b>Тема 10. Судебно-сексологическая экспертиза.<br/>Методы психологического обследования</b> .....                                     | 85  |
| Психологические методы в судебно-сексологической экспертизе .....  | 87  |
| <b>Тема 11. Лечение и профилактика сексуальных расстройств</b> .....   | 92  |
| Профилактика сексуальных расстройств .....   | 94  |
| <b>Тема 12. Расстройства сексуальных функций<br/>при зависимостях от психоактивных веществ</b> .....                                   | 95  |
| Сексуальные расстройства при алкогольной зависимости .....   | 95  |
| Расстройства сексуальных функций при других формах<br>зависимости от психоактивных веществ .....                                       | 96  |
| <b>Контрольные вопросы к зачету</b> .....  | 99  |
| <b>Список литературы</b> .....   | 101 |
| <b>Приложение 1. Психодиагностические методики</b> .....   | 107 |
| <b>Приложение 2. Некоторые сексологические термины</b> .....   | 116 |

## Введение

Сексология является областью клинической медицины, изучающей сексуальную функцию человека, а также различные половые расстройства, разрабатывающей методы их диагностики, лечения и профилактики. Поскольку сексуальная сфера человека формируется различными составляющими (физиологическими, психологическими, эндокринологическими и др.), в настоящее время превалирует междисциплинарный подход к ее изучению (включая диагностику расстройств, лечение и профилактику) в котором значительное место занимает исследование психологических особенностей нормальной и патологической сексуальности.

Учебная программа по курсу сексологии включает следующие виды работ:

- лекционный курс и курс лабораторно-практических занятий;
- самостоятельную работу студента над учебниками, учебными пособиями и другой рекомендованной литературы;
- самостоятельное решение задач и примеров.

В результате изучения курса по предмету «Сексология» студенты должны:

- ознакомиться в минимально необходимом объеме с теоретическими основами предмета;
- знать теоретические основания и уметь пользоваться основными клиническими методами исследования;
- знать теоретические основания и уметь пользоваться основными методами психологической коррекции (психотерапии) выявляемых у человека нарушений.

В период лабораторно-экзаменационной сессии студенты прослушивают обзорные лекции по основным вопросам курса и выполняют положенные практические работы.

Изучать материал следует в последовательности, указанной в пособии.

Рекомендуется следующий порядок проработки заданий:

- прочитать по программе содержание темы, уточнить ее объем и последовательность изложения в ней отдельных вопросов;
- подобрать необходимую литературу, прочитать методические указания по теме и начать проработку темы;
- проверить усвоение темы, отвечая на вопросы для самопроверки.

Изучение курса заканчивается сдачей экзамена (зачета).

### Примерный тематический план

| Задание, тема   | Всего часов | Очное отделение        |        |                      | Заочное отделение      |        |                      |
|---|-------------|------------------------|--------|----------------------|------------------------|--------|----------------------|
|   |             | Самостоятельная работа | Лекции | Практические занятия | Самостоятельная работа | Лекции | Практические занятия |
| Количество часов  | 70          | 6                      | 24     | 40                   | 56                     | 14     | —                    |
| Тема 1. Определение, предмет, задачи и история развития сексологии  |             |                        | 2      | 4                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 2. Анатомо-физиологические особенности сексуальности и ее развитие. Сексуальная гармония и ее компоненты         |             | 2                      | 2      | 4                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 3. Планирование семьи и контрацепция. Беременность и аборт. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем |             | —                      | 2      | 2                    | 5                      | —      | —                    |
| Тема 4. Общие причины и факторы сексуальных расстройств. Классификация сексуальных расстройств                        |             | —                      | 2      | 4                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 5. Сексуальные расстройства у мужчин   |             | —                      | 2      | 4                    | 5                      | 1      | —                    |
| Тема 6. Сексуальные расстройства у женщин   |             | —                      | 2      | 4                    | 5                      | 1      | —                    |
| Тема 7. Дисгамии  |             | —                      | 2      | 4                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 8. Перверсии и девиации  |             | —                      | 2      | 4                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 9. Принуждение и насилие в сексуальной сфере   |             | 2                      | 2      | 2                    | 5                      | —      | —                    |
| Тема 10. Судебно-сексологическая экспертиза. Методы психологического обследования                                     |             | 2                      | 2      | 2                    | 5                      | 2      | —                    |
| Тема 11. Лечение и профилактика сексуальных расстройств   |             | —                      | 2      | 4                    | 4                      | —      | —                    |
| Тема 12. Расстройства сексуальных функций при зависимостях от психоактивных веществ                                   |             | —                      | 2      | 2                    | 2                      | —      | —                    |

# Тема 1

## Определение, предмет, задачи, основные понятия и история развития сексологии

**Сексология** — междисциплинарная область знаний, изучающая причины, условия развития и клинического проявления нарушений сексуального здоровья человека с целью их диагностики, рационального лечения, психологической коррекции, действенной профилактики, а также разработки вопросов психогигиены половой жизни (Буртянский Д.Л., Кришталь В.В., Смирнов Г.В. 1990).

Сексология охватывает круг проблем, связанных с нормальными проявлениями сексуальности человека, а также общие и частные вопросы сексопатологии.

Современная сексология является самостоятельной клинической дисциплиной и имеет свою методологию, собственные методы диагностики и терапии. Сексология базируется на медицинских, психологических, социологических знаниях и соответственно связана как с медицинскими дисциплинами (психиатрией, неврологией, урологией, гинекологией, эндокринологией и др.), так и с медицинской, социальной психологией и социологией (Кришталь В.В., Григорян С.Р., 2002).

В состав сексологии входят:

- нормальная сексология;
- клиническая сексология (сексопатология);
- судебная сексология.

**Нормальная сексология** изучает вопросы биологического, анатомо-физиологического, социального, психологического и социально-психологического обеспечения сексуального здоровья. При этом сексуальное здоровье определяется не только как отсутствие каких-либо болезненных изменений в организме человека, способствующих нарушению сексуальной функции, но и как комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности, обеспечивающих оптимальную сексуальную адаптацию к противоположному полу, сексуальную гармонию в соответствии с нормами социальной и личной морали.

**Клиническая сексология** изучает особенности различных нарушений сексуального здоровья, их диагностику, лечение и профилактику. Клиническая сексология включает в себя два раздела — общую сексопатологию и частную сексопатологию.

**Общая сексопатология** изучает эпидемиологию, нарушения и девиации сексуального здоровья, факторы риска, причины и условия их возникновения,

клинические проявления и особенности течения этих нарушений, закономерности формирования сексопатологических симптомов и синдромов. Также к сфере общей сексопатологии принадлежит разработка вопросов патогенеза и классификации сексуальных расстройств, общих принципов их лечения и профилактики.

**Частная сексопатология** изучает определенные нозологические формы нарушения сексуального здоровья и сексуальные девиации.

*Первичные* нарушения сексуального здоровья — это сексуальные расстройства и девиации, являющиеся самостоятельными формами патологии, для которых характерна первичная специфическая сексологическая симптоматика. К ним относится нарушение дифференцировки пола (интерсексуальные состояния), нарушение половой дифференцировки мозга (транссексуализм) и первичные формы сексуальных дисфункций (оргазмическая, эректильная).

Варианты *вторичных* нарушений сексуального здоровья представляют собой сексуальные расстройства и девиации, являющиеся следствием, симптомами (синдромами) соматических или психических заболеваний, которые ведут к расстройству нервной, эндокринной, психической регуляции сексуальной функции или нарушению состояния половых органов.

**Судебная сексология** изучает сексуальное поведение человека с точки зрения норм гражданского и уголовного права, в частности, девиантное сексуальное поведение, приводящее к совершению противоправных деяний. Судебная сексология рассматривает вопросы мотивообразования девиантного сексуального поведения, причин и механизмов совершения сексуальных преступлений, судебно-сексологическая экспертиза с целью определения вменяемости человека, т.е. его способности нести ответственность за совершенные деяния, а также обследование жертв сексуальных преступлений.

## Сексуальное здоровье

Определить понятие сексуального здоровья человека достаточно сложно. Оно должно включать не только психологические, физиологические и соматические факторы, но и ряд других средовых факторов: социальных, культурных, религиозных, имеющих характерные особенности в различных странах.

В настоящее время сексуальное здоровье рассматривается как комплекс соматических, эмоциональных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви, в основе которого лежит право на информацию в области сексуальности и полового просвещения. Сексуальное здоровье также включает в себя свободу от страха,



чувства стыда и вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения.

Сексуальное здоровье — интегральный комплекс, взаимодействующих компонентов сексуальности — биологического (анатомо-физиологического), социального, психологического, социально-психологического, обеспечивающих сексуальное поведение, сложную систему сексуальных взаимоотношений, приводящих к оптимальной сексуальной адаптации к противоположному полу, сексуальной гармонии в соответствии с нормами социальной и личной морали (Кришталь В.В., Григорян С.Р., 2002).

Социальное обеспечение сексуального здоровья определяется отношением общества к сексуальности, сексуальной культурой, религией, этническими основами, микро- и макросоциальной средой, экономическим уровнем общества и семьи, особенностями быта, труда, отдыха, питанием индивида (имеет значение половое воспитание, выработка установок к сексу, стремление к эротической привлекательности, выработка личного отношения к сексуальности и формирование идеала красоты).

Психологическое обеспечение сексуального здоровья определяется ролью личности в развитии и проявлении сексуальности, индивидуально-психологическими особенностями, познавательными процессами, эмоционально-волевой сферой, деятельностью, коммуникативными способностями. Оно связано с физиологическим обеспечением сексуальности, но имеет свои особенности и механизмы.

Социально-психологическое обеспечение сексуального здоровья обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием социально малой группы, т.е. семьи или партнерской пары, а также сложившейся дифференциацией мужских и женских социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности (имеет значение тип родительской семьи, воспитание, тип супружества, образ жизни, формирование лидерства, сплоченности и др.).

Биологическое обеспечение сексуального здоровья обусловлено генетическими и анатомо-физиологическими факторами. Это генетические факторы, особенности развития человека в онтогенезе, особенности функционирования центральной и периферической нервной системы, эндокринной, ферментативной системы, обеспечивающих обмен веществ и правильное функционирование половых органов (имеет значение состояние мочеполовой, эндокринной, сердечно-сосудистой системы, состояние всего организма в целом).

Сексуальность человека многогранна в своих проявлениях, она также включает в себя множество социальных, этических и эстетических мотивов.

За счет сексуальной реализации человек может удовлетворять различные потребности, в том числе и внесексуальные (Кон И.С., 1988.):

1. Релаксация, разрядка полового возбуждения.

Это элементарная форма удовлетворения физиологических потребностей, при этом характеристики партнера могут иметь наибольшее значение, а также эта цель может быть достигнута с помощью мастурбации.

2. Прокреация (деторождение): осуществление репродуктивной функции.

В чистом виде этот вид мотивации соблюдается у монархов (нужен наследник) в династийных баках или в поведении одинокой женщины, которая сознательно использует мужчину, чтобы зачать ребенка. При этом уделяется основное внимание социальным и природным качествам «производителя» (уровню соматического и психического здоровья).

3. Рекреация: чувственное наслаждение, выступающее как самоцель.

При этом особое значение придается новизне, разнообразию эротической техники. Психологическая интимность, личностные качества партнера не имеют первостепенной важности или вовсе не значимы, и его сексуальное удовлетворение является только средством увеличения собственного удовольствия.

4. Познание, удовлетворение сексуального любопытства.

Эта мотивация особенно выражена в подростковом возрасте, хотя присуща и зрелому человеку. При этом подростки задаются вопросом: «А как это вообще бывает?» Взрослые же конкретизируют: «Что представляет собой этот человек в сексуальном плане?» При этом партнер выступает в качестве объекта познания.

5. Самоутверждение: когда на первый план выступает потребность человека проверить или доказать самому себе или другим, что он может привлекать, нравиться, сексуально удовлетворять.

Это особенно важно для подростков. У взрослых людей гипертрофия этого мотива обычно связана с чувством тревоги, неуверенности в себе, низкой самооценкой.

6. Коммуникация: когда сексуальная близость выступает как момент психологической, личностной интимности, выхода из одиночества, слияния двоих в единое целое. Коммуникативный компонент сексуальности предполагает высокую степень индивидуальной избирательности партнера. Именно она подразумевается, когда говорят о половой любви.

7. Достижение каких-то внесексуальных целей, материальных выгод или повышения социального, социально-психологического статуса и престижа в глазах окружающих. В этом случае преобладает ориентация на безличные социальные ценности и мнение окружающих.

8. Поддержание определенного ритуала или привычки. Например, супружеские поцелуи часто не имеют эротического смысла, но подчеркивают факт устойчивости, стабильности существующих отношений. Ритуальность сексуальных отношений также отражает фраза «супружеский долг».

9. Компенсация, замена каких-то других, недостающих форм деятельности или способов эмоционального удовлетворения. Навязчивая мастурбация у подростков или «донжуанизм» у взрослых часто служат именно компенсацией бедности эмоциональной жизни. Типичная черта компенсаторной сексуальности — ее вынужденный, принудительный характер и постоянная неудовлетворенность результатом.

### **Норма в сексологии**

Понятие сексуальной нормы не тождественно понятию сексуального здоровья, но является его неотъемлемой частью. Сексуальное здоровье включает, кроме сексуальной нормы, и уровень сексуальной адаптации, обусловленной всеми уровнями взаимодействия партнеров: анатомо-физиологическим, социальным, социально-психологическим. Сексуальная норма определяется по окончании развития организма (20 — 25 лет). Исходя из интегративного характера сексуальной нормы как составной части сексуального здоровья, можно сформулировать систему критериев оценки оптимальной нормы. В.В. Кришталь с соавт. (2002) выделяет следующие критерии оценки нормы сексуальности:

- Правильная дифференциация пола.
- Правильная половая дифференцировка мозга.
- Отсутствие нарушений соматополового развития и его завершения.
- Отсутствие нарушения психосексуального развития и его завершения.
- Отсутствие заболеваний (соматических или психических), негативно влияющих на сексуальную функцию.
- Правильные сексуальные действия и поведение, не приводящие к развитию заболеваний.
- Наличие при генитогенитальном половом акте обоюдного оргазма.

Критерии оценки социальной нормы сексуальности:

- Соответствие общего уровня культуры и типов сексуальной культуры партнеров.
- Соответствие этнических особенностей сексуальности партнеров.
- Соответствие индивидуального сексуального поведения признанным общественным нормам и формам сексуального поведения.
- Соответствие сексуального поведения личной и общественной морали.

- Правильная и достаточная осведомленность в области психогигиены половой жизни.
- Отсутствие признаков социальной дезадаптации супругов и социальной дезинтеграции семьи (родительской и собственной).

Критерии оценки психологической нормы сексуальности:

- Сексуальное поведение зрелых личностей, которое способствует правильному и полному проявлению личности и индивидуальности.
- Отсутствие сексуальных комплексов.
- Адекватность и соответствие сексуальной установки, сексуальной мотивации и мотивов полового акта.
- Отсутствие у одного из супругов черт характера, вызывающих у другого негативное отношение.

Критерии оценки социально-психологической нормы сексуальности:

- Наличие взаимного желания сексуальных контактов.
- Наличие взаимной любви, глубоких эмоциональных связей.
- Обеспечение в интимных отношениях оптимального межличностного контакта, взаимно обогащающего личность.
- Соответствие ролевых позиций супругов, ценностных ориентаций, доминирующих мотиваций.
- Соответствие уровня притязаний и самооценки супругов.

В настоящее время вопрос о сексуальной норме решается с помощью принципа индивидуальных различий, который базируется на признании относительности «нормативных» границ сексуального поведения. Установлено, что существует широкий диапазон индивидуальных проявлений сексуальности человека. «Нормальное развитие человека характеризуется, в частности, многообразием индивидуальных способов достижения сексуального наслаждения, причем пути его разнообразны не только относительно проявлений, но и относительно влияний многочисленных факторов, которые не всегда осознаются человеком» (Имелинский К., 1986, с.265). Современная сексология и сексопатология строится на принципе «освобожденной сексуальности», который включается наряду с другими критериями в понятие сексуального здоровья, как свободы от страха, чувства стыда, вины, ложных представлений и других психологических факторов, подавляющих сексуальную реакцию и нарушающих сексуальные взаимоотношения. Введение этого принципа, а также ценностно-мировоззренческие сдвиги в культуре отразились на изменении классификаций сексуальных расстройств. Так, если в Международной классификации болезней 9 пересмотра (1975) присутствовала дефиниция «половые извращения», к которым относились гомосексуализм, фетишизм, трансвестизм и др., то в МКБ-10 (1999) определение

«половые извращения» заменено на «парафилия», «сексуальная ориентация», «половое предпочтение» и др. Кроме того, само понятие «болезнь» в МКБ-10 заменено на менее строгое — «расстройство», под которым подразумевается «клинически определенная группа симптомов или поведенческих признаков, которые в большинстве случаев причиняют страдание и препятствуют личному функционированию». При этом применительно к психическим расстройствам отмечено, что «изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не должны включаться в группу психических расстройств».

Можно обозначить три различных подхода в определении сексуальной нормы (Васильченко Г.С., 1977):

I. Норма как некая мера ценностей, эталон, установленный раз и навсегда, независимо от изменяющейся жизни, существует в культурно-религиозном контексте.

II. Норма как среднестатистическая величина. То, что встречается наиболее часто, — более нормально, что встречается реже — менее нормально.

Отношение к сексуальным меньшинствам базируется именно на этом подходе.

III. Норма в медико-психологическом аспекте отражает наиболее адекватную и научно обоснованную оценку. Нормальное — это значит естественное, здоровое проявление сексуальности, необходимое для хорошего физического и психического самочувствия, для хорошей социальной адаптации человека, независимо от того, как часто или редко это встречается. В этом подходе нет количественных оценок и четких предписаний.

Поскольку сексуальная функция парная, различают индивидуальную сексуальную норму и партнерскую сексуальную норму. К. Имелинский (1986) отмечает следующие их критерии:

*Критерии партнерской нормы*

1. Различие по полу (в настоящее время критерий не абсолютный).
2. Зрелость.
3. Взаимное согласие.
4. Стремление к обоюдному наслаждению.
5. Отсутствие ущерба другим людям или обществу.
6. Отсутствие ущерба здоровью.

Сексуальное поведение каждого человека определяется его индивидуальными психологическими, психофизиологическими, физиологическими особенностями, поэтому говорят еще и об индивидуальной норме.

*Индивидуальная сексуальная норма* — потенциальная способность выполнять 3 основные функции сексуальной сферы:

- биологическую,
- психологическую,
- социальную.

Индивидуальные различия, критерии выбора партнера, нюансы близости, мотивы сексуальных контактов, сексуальная активность отличаются у разных людей и обусловлены двумя группами факторов:

- особенностями психосексуального развития;
- конституционными параметрами — типом половой конституции.

Индивидуальные особенности определяют и диапазон приемлемости. В диапазон приемлемости входит все то, что человек воспринимает как нормальное проявление сексуальности, расценивает как ласки.

Все то, что вызывает дискомфорт и по каким-либо причинам не воспринимается партнерами, выходит за рамки диапазона приемлемости. Диапазон приемлемости — величина динамическая, способна изменяться с приобретением сексуального опыта. Чем шире диапазон приемлемости, тем в большей степени личность проявляет свою природную сексуальность, позволяет ей раскрыться.

### **История развития сексологии**

Сексология начала XX в. знала, в сущности, только понимание нормы как норматива, причем биологические показатели сплошь и рядом подгонялись под требования морали. Каковы среднестатистические нормы сексуального поведения и как на самом деле ведут себя люди вне клиники, ученые понятия не имели. Для получения этой информации нужны были массовые опросы населения. Первые из них проводились по инициативе Хиршфельда уже в начале XX в. В России первое такое исследование (2150 студентов-мужчин Московского университета) было проведено в 1903—1904 гг. М.А. Членовым (результаты опубликованы в 1907-м). В 1920-х гг. подобные опросы проводились уже во многих странах.

Однако подлинная революция в этом деле связана с работой американского ученого Альфреда Кинзи (1894—1956). Известный зоолог и автор популярного учебника биологии, Кинзи был озабочен тем, как мало известно науке о сексуальном поведении человека и как различны его нормы в разных обществах. Желая восполнить этот пробел, Кинзи вел доверительные беседы на эти темы со своими студентами, обобщая их мнения и опыт (Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., 1998). Постепенно круг опрашиваемых расширялся, а методика опроса совершенствовалась, приобретая форму стандартизированного интервью. Кинзи мечтал собрать 100 тысяч сексуальных историй. Он успел провести около 19 тысяч интервью, каждое из которых содержало от

350 до 520 пунктов информации. Это была поистине титаническая работа. Ее итоги, изложенные в двухтомном труде — Сексуальное поведение мужчины (1948) и Сексуальное поведение женщины (1953), явились подлинной революцией в сексологии, обнажив широчайший диапазон индивидуальных и социальных вариаций сексуального поведения. Подлинной революцией в сексологии явилась книга американских ученых гинеколога Уильяма Мастерса и психолога Вирджинии Джонсон «Человеческая сексуальная реакция» (1966). До Мастерса и Джонсон сексологическая клиника, как правило, имела дело с одиночками. В общей сложности Мастерс и Джонсон наблюдали 7500 законченных женских и 2500 мужских сексуальных циклов. Хотя лабораторные условия сказывались на сексуальных реакциях испытуемых (у мужчин нарушений было больше, чем у женщин), полученные результаты были исключительно важны. Впервые были объективно описаны основные фазы копулятивного цикла. Существенно обогатилось знание физиологии женского оргазма (в частности, какие мышцы в нем участвуют).

Самой влиятельной сексологической теорией первой половины XX в. был психоанализ (Кон И.С., 1999). В отличие от большинства своих предшественников, Фрейд рассматривал сексуальность не как частный аспект человеческой жизни, а как ее основу, стержень. Половое влечение, или либидо, по Фрейду, составляет источник всей психической энергии индивида. Это влечение лежит и в основе таких «несексуальных» чувств, как любовь к самому себе, родительская и сыновья любовь, дружба, любовь к человечеству и даже привязанность к конкретным предметам и абстрактным идеям (Фрейд З., 1989). Такая расширительная трактовка либидо навлекла на Фрейда обвинения в пансексуализме, преувеличении роли сексуальности. Влияние фрейдизма на развитие сексологии было исключительно сильно. Фрейд, как никто другой, подчеркнул роль и значение сексуальности в человеческой жизни.

До 1917 г. состояние сексологических исследований в России было примерно таким же, как и в Западной Европе (Кон И.С., 1988). Хотя специальных центров и кафедр сексологии в стране не было, российские физиологи (И.Р. Тарханов), психиатры (В.М. Бехтерев), дерматовенерологи (В.М. Тарновский) и гигиенисты (Д.Н. Жбанков) живо интересовались вопросами пола и сексуальности. Наиболее важные зарубежные исследования переводились на русский язык и широко обсуждались. Уделяли внимание сексуальности и этнографы, начиная с Н.Н. Миклухо-Маклая.

Дезорганизация брачно-семейных отношений после Октябрьской революции резко усилила интерес к проблемам сексуального поведения. В 1920-е гг. в СССР проводилось множество сексологических опросов среди молодежи и студентов, широко изучались социальные аспекты проституции

и т.п. Широкое распространение получил психоанализ. Много говорили и писали о проблемах полового воспитания и просвещения. Советский Союз входил в состав Всемирной лиги сексуальных реформ, один из ее конгрессов в 1931 г. даже собирались провести в Москве, но это не осуществилось. В начале 1930-х гг. сексологические исследования в СССР были запрещены. В 1960-х их пришлось начинать с нуля. Как и на Западе, пионерами в этом деле были медики — В.В. Кришталь, В.И. Здравомыслов, Н.В. Иванов, И.М. Порудоминский, П.Б. Посвянский, З.В. Рожановская, А.М. Свядош и другие. Важную роль в становлении отечественной сексологии сыграл Г.С. Васильченко, под руководством которого отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии в 1973г. получил статус Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии. Г.С. Васильченко последовательно отстаивал идею, что сексопатология является самостоятельной клинической дисциплиной. С этой позиции написаны первые отечественные руководства для врачей: «Общая сексопатология» (1977) и «Частная сексопатология» (1983). В Ленинграде в 1973 г. по инициативе А.М. Свядоша была создана первая консультация «Брак и семья». Ленинградские психиатры Д.Н. Исаев и В.Е. Каган начали систематическое изучение детской и подростковой сексуальности. Психоэндокринолог А.И. Белкин заложил основы исследования транссексуальности и перемены пола.

В стране работают несколько научно-медицинских сексологических центров — Федеральный научно-методический центр сексологии, лаборатория судебной сексологии Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского и др.

## **Тема 2**

### **Физиологические основы сексуальности. Сексуальные реакции мужчины и женщины. Развитие сексуальности. Сексуальная гармония и ее компоненты**

#### **Копулятивный цикл мужчины и женщины**

Половой акт человека носит характер цикла, состоящего из следующих в определенном порядке физиологических стадий (Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., 1998.).

У. Мастерс с соавт. (1998) выделяет четыре фазы полового цикла:

- нарастающего возбуждения;
- плато;



- оргазма;
- спада нервного возбуждения, или разрешения.

Половой цикл сопровождается общими реакциями организма — гиперемией кожи лица, миотонией, учащением сердцебиения до 110—180 ударов в минуту, повышением артериального давления, учащением дыхания до 60 вдохов в минуту, увеличением минутного объема.

### **Сексуальные реакции женщины**

Первая фаза полового акта — фаза нарастающего возбуждения обусловлена психологическими и физическими стимулирующими воздействиями, приводящими к повышению сексуального напряжения и готовности к половому акту. Прежде всего происходит набухание малых половых губ и конгестия сосудов влагалища (у рожавших женщин в большей степени). Это приводит к утончению больших половых губ и отдалению их от входа во влагалище. В ответ на половые стимулы бартолиниевые железы выделяют слизистое вещество. Клитор увеличивается в размерах за счет сосудистой конгестии. Во влагалище происходит выделение мукоидного трансудата, связанное с расширением венозных сплетений. Происходит удлинение и растяжение внутренних двух третей влагалищного канала. Тело матки увеличивается в объеме, оттягивается вверх и назад. Грудные железы увеличиваются в размерах, напрягаются соски. Эти признаки полового возбуждения появляются через 10—30 с после начала сексуальной стимуляции.

В фазе плато усиливается гиперемия кожи лица, она распространяется на другие участки тела, происходит набухание малых половых губ, которые становятся красно-фиолетового цвета. Усиливается конгестия сосудов влагалища. Тело клитора оттягивается под передний край симфиза, а затем уменьшается до нормальных размеров. В наружной трети влагалища формируется оргастическая манжетка. Отмечается усиление эрекции сосков груди, усиливается ее венозный рисунок.

В оргастической фазе В. Мастерс и В. Джонсон (1998) выделили три стадии, учитывая субъективные ощущения женщины: 1-я стадия начинается с чувства замирания, обусловленного концентрацией приятных ощущений, исходящих из клитора и генитальной зоны. Во 2-й стадии происходит иррадиация приятных ощущений по всему телу. 3-я стадия характеризуется ощущением сокращений, спазмами мышц входа влагалища и ощущениями пульсации в области таза. Увеличивается мышечное напряжение во всем теле. Отмечается 5—8 сильных сокращений оргастической манжетки внутренних половых органов с интервалом 0,8 с. Гиперемия кожных покровов достигает максимальной интенсивности.

В фазе разрешения происходит обратное развитие описанных физиологических изменений до исходного состояния. Наступает чувство удовлетворенности и расслабления.

### **Сексуальные реакции мужчины**

В фазе нарастающего возбуждения происходит кровенаполнение кавернозных тел, дилатация головки полового члена и кавернозных тел. Возникает эрекция полового члена. Выделяется небольшое количество секрета парауретральных и бульбоуретральных желез. Мошонка сокращается, сморщивается, яички подтягиваются, повышается тонус мышц промежности. Отмечаются гиперемия кожи лица, эрекция сосков молочных желез.

В фазе плато эрекция возрастает. Яички отекают и подтягиваются, нарастает общий мышечный тонус.

При оргазме происходит спазмирование сфинктера мочевого пузыря. Наступает ритмичное сокращение *m. bulbocavernosus*, *m. ischiocavernosus* и глубоких мышц поясницы с интервалом 0,8 с. Число сокращений зависит от степени полового возбуждения. Оргазм сопровождается семяизвержением в результате сокращения семявыносящих путей, придатка и самого яичка, семенного протока, семенных пузырьков и предстательной железы. Объем луковицы мочевого канала увеличивается в 2—3 раза. В начале семяизвержения внутренний сфинктер мочевого пузыря закрывается, препятствуя попаданию спермы в пузырь. Расслабление наружного сфинктера мочевого пузыря способствует поступлению спермы в растянутую луковицу и в отрезок мочевого канала полового члена. В результате сокращения мышц промежности и сфинктера мочевого канала эякулят вытесняется из предстательного отрезка мочевого канала в мочевого канал полового члена, 2—3 сокращения которого выбрасывают семенную жидкость наружу.

В фазе разрешения исчезает гиперемия кожи, нормализуются частота пульса, дыхания, артериальное давление, исчезает эрекция полового члена.

Г. С. Васильченко (1977) предложил разграничение стадий копулятивного цикла следующим образом.

### **Стадии копулятивного цикла мужчины**

Здоровому мужчине свойствен некоторый исходный уровень сексуальной напряженности, который впервые возникает в период полового созревания и сохраняется на протяжении всей жизни, вплоть до угасания половой активности. Этот исходный уровень, как правило, даже не осознается, так как в условиях повседневной жизни не имеет специфического сексуального оттенка

и субъективно воспринимается как состояние физиологического комфорта. Этот период обозначен как состояние предварительной нейрогуморальной готовности, но это еще не стадия копулятивного цикла. Непосредственно за этим следует первая, психическая, стадия, началом которой является момент возникновения половой доминанты. Определяющий признак возникновения этой стадии — осознание полового желания, направленного на конкретный сексуальный объект, половая же доминанта, ориентирующая поведенческие реакции на овладение этим объектом, является ее физиологической основой. В этой стадии половое поведение разворачивается таким образом, чтобы склонить сексуальный объект к интимной близости. Для достижения этой цели мобилизуется прежде всего направленное речевое воздействие, которое затем подкрепляется тактильными раздражениями различных эрогенных зон. Если разворачивание копулятивного цикла происходит без помех, нервное возбуждение постепенно нарастает, пока в какой-то момент не возникает эрекция, знаменуя наступление следующей, эрекционной, стадии. Когда эрекция используется для интроитуса (интроекции, интромаиссии, или иммиссии), начинаются копулятивные фрикции, определяющие начало следующей, копулятивной, или фрикционной, стадии. Интенсивность нервного возбуждения продолжает нарастать, сначала круто, а затем несколько уплощаясь (физиологически — следствие феномена сенсорного насыщения). Однако после продолжающейся суммации фрикций наступает резкое возрастание остроты сексуального возбуждения, совпадающее во времени с эякуляцией, — стадия эякуляции. Вслед за этим происходит спад нервного возбуждения, в большинстве случаев до субнормальных величин, наступает заключительная, рефрактерная, стадия копулятивного цикла.

Рефрактерная стадия делится на две подстадии — абсолютной и относительной невозбудимости. Это вызвано тем, что состояние постэякуляторной рефрактерности отличается широкой вариантностью, определяемой индивидуально-конституциональными, возрастными и ситуационными моментами. У некоторых мужчин рефрактерная стадия настолько замаскирована, что они способны производить повторные половые акты, не извлекая половой член после первых эякуляций; у большинства же мужчин зрелого возраста после эякуляции наступает период абсолютной половой невозбудимости, в течение которого никакие воздействия не способны вызвать эрекцию. После оргазма в течение определенного времени мужчина остается безразличным к действию сексуальных возбудителей и чаще всего просто засыпает, если его оставить в покое. Вслед за этим, однако, наступает период относительной половой невозбудимости, когда становится возможным вызвать эрекцию, а следовательно, и повторение полового акта. В этот период мужчина способен

к сексуальному возбуждению только под влиянием интенсивных, форсированных воздействий.

При нормальном копулятивном цикле смена стадий строго последовательна: эякуляция происходит при эрегированном половом члене, ее наступлению предшествует период копулятивных фрикций.

### **Составляющие копулятивного цикла мужчины**

Деление копулятивного цикла на стадии (т.е. отрезки времени, в рамках которых реализуется определенный сексологический феномен) само по себе еще не имеет диагностической ценности. Она появляется лишь с введением дополнительного понятия о составляющих копулятивного цикла.

Неуклонное возрастание уровня полового возбуждения с момента возникновения половой доминанты до высшей точки оргазма обусловлено увеличением массы вовлекаемого в деятельное состояние нервного субстрата, т.е. иррадиацией процесса возбуждения на новые анатомические структуры, с вовлечением на каждой последующей стадии все новых и новых нервных клеток.

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

2. Психическая составляющая, связанная с деятельностью коры, определяет направленность полового влечения, облегчает возникновение эрекции до момента интроитуса и обеспечивает специфические для человека формы проявления половой активности, в том числе соответствие поведенческих реакций условиям конкретной ситуации и морально-этическим требованиям.

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

4. Эякуляторная составляющая, основанная на интеграции структурных элементов, от предстательной железы с ее собственным нервным аппаратом до парацентральных долек коры головного мозга, обеспечивает главную биологическую задачу всей половой активности — выделение семени.

### **Копулятивный цикл женщины**

Копулятивный цикл начинается с ассимиляции ряда факторов психического порядка (стимуляция со стороны партнера, адекватность внешней

обстановки, уместность близости, оживление в памяти опыта сексуальных отношений), поэтому первая его стадия и обозначается как психическая. Психическая стадия копулятивного цикла охватывает промежуток времени от осознания женщиной желания близости до принятия решения о ее осуществлении. Возникновение и осознание желания близости с конкретным мужчиной происходят под влиянием эротической стимуляции с его стороны (комплименты, ласки, прикосновения, интимные интонации, другие формы символизации стремления к близости). При их адекватности настроению женщины и внешним условиям афферентный синтез завершается формированием половой доминанты, отсекающей конкурирующие возбуждения и запускающей всю последующую физиологическую программу копулятивного цикла. Продолжительность психической стадии у женщин существенно различается в зависимости от степени сексуальной зрелости, предшествующего опыта половой жизни и взаимопонимания с партнером в сфере интимных отношений. Так, в начале половой жизни продолжительность психической стадии обычно значительна и требуется интенсивная эротическая стимуляция для преодоления страха перед неизвестностью, запретов, опасений возможной боли при дефлорации и т.д. В сложившихся браках продолжительность психической стадии постепенно убывает.

Вторая стадия копулятивного цикла, следующая за «принятием решения», характеризуется исполнительной направленностью в виде качественной перестройки процессов восприятия с повышением чувствительности эрогенных зон и возникновением потребности в их специфической стимуляции, что позволяет обозначить ее как сенсорную. Внешние проявления этой стадии при гармоничном стереотипе интимных отношений характеризуются резкой интенсификацией интимных ласк, приобретающих характер целенаправленной стимуляции эрогенных зон и вовлекающих женщину в активное взаимодействие с партнером. Таким образом, сенсорная стадия копулятивного цикла ограничивается, с одной стороны, окончательным решением о неизбежности интимной близости, а с другой — появлением местных генитальных реакций, свидетельствующих об известной степени возбуждения о готовности партнера к интроитусу. Так же, как и психическая стадия копулятивного цикла, его сенсорная стадия выявляет тенденцию к сокращению по мере упрочения сексуального стереотипа супружеской пары.

Третья стадия копулятивного цикла характеризуется появлением несомненных признаков активации генитосегментарной составляющей, имевших во второй стадии латентный характер на уровне перцепторных процессов. Наиболее ярким из этих признаков является lubricация, позволяющая обозначить эту стадию как секреторную. Другие признаки локальных гениталь-

ных изменений (гиперемия и набухание слизистой оболочки, колбообразное расширение влагалища) также свидетельствуют о наступлении готовности половых путей женщины к интроитусу. Секреторная стадия завершается формированием оргастической манжетки и «обжимом» полового члена. В зависимости от индивидуальных особенностей реактивности женщины продолжительность этой стадии варьирует в пределах нескольких минут.

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

Пятая, последняя, стадия женского копулятивного цикла характеризуется постепенным спадом возбуждения и обратным развитием генитальных изменений. В отличие от соответствующей рефракторной стадии копулятивного цикла у мужчин эта стадия характеризуется большей продолжительностью и некоторым уровнем остаточного возбуждения, как правило, обеспечивающими повторное достижение оргазма при возобновлении эротической стимуляции, что позволяет обозначить ее как резидуальную. Физиологической основой резидуальной стадии женского копулятивного цикла является обратная афферентация, сигнализирующая о достижении конечного результата деятельности системы.

### **Составляющие копулятивного цикла женщины**

Так же, как и у мужчин, полнота и качество реализации сексуальных реакций у женщины обеспечиваются последовательной активацией трех морфофункциональных комплексов, или составляющих, женского копулятивного цикла. Некоторые из этих морфофункциональных комплексов у мужчин и женщин имеют одинаковую природу. К ним относится нейрогуморальная составляющая, связанная с деятельностью всей эндокринной системы и регуляторных центров в глубинных структурах мозга; она обеспечивает энергетическую сторону сексуальности. Столь же идентична мужской и женская психическая составляющая, связанная с деятельностью коры головного мозга; она обеспечивает адекватную направленность полового влечения, избирательность в удовлетворении индивидуальных сексуальных потребностей и соответствие сексуального поведения сложившимся социальным традициям и нормам. Другие составляющие имеют существенные анатомо-физиологические различия у мужчин и женщин. Так, если у мужчин выделяют эрекционную и эякуляторную составляющие, то у женщин имеет место так называемая генитосегментарная составляющая, связанная с рецепторным, секреторным

и нервно-мышечным аппаратом гениталий и цереброспинальными нервными центрами с их проводящими путями и непосредственно обеспечивающая описанный спектр сексуальных реакций у женщин.

### **Половая конституция**

В современной медицине под конституцией понимают совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющих его реактивность (Кришталь В.В., Григорян С.Р., 2002).

В сексологической практике наиболее оправдало себя понимание *конституции* как типа функционально-энергетического реагирования. Соответственно этому под половой конституцией понимается совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на определенном уровне половой активности и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере.

Интегральная оценка половой конституции, опирающаяся как на функциональные, сексологические, так и на объективные антропологические показатели, была впервые разработана и апробирована отечественными исследователями: для мужчин — Г.С. Васильченко (1970, 1974) и для женщин — И.Л. Ботневой (1983). При этом диапазон учитываемых функциональных проявлений половой активности основывается как на первых (пубертатных) проявлениях, так и на функциональных параметрах последующих возрастных периодов (переходного и периода зрелой сексуальности), а получаемые на выходе индексы позволяют экстраполировать характеристики пройденных индивидуумом фаз развития и на оценку периода, в котором производится обследование, и на прогнозирование условий ближайшего будущего.

#### *Шкала векторного определения половой конституции мужчины*

Шкала векторного определения половой конституции мужчины предусматривает учет семи показателей, параметрируемых независимо друг от друга: пробуждение либидо (годы), первая эякуляция (годы), трохантерный индекс — отношение роста к длине ноги, оволосение лобка, максимальный эксцесс, число эякуляций, время вхождения в полосу УФР после женитьбы (годы), время вхождения в полосу УФР (абсолютный возраст). Полученная средняя арифметическая представляет общий индекс, характеризующий половую конституцию обследуемого следующим образом: чрезвычайно сла-

бая, очень слабая; слабая; несколько ослабленный вариант средней; средняя; сильный вариант средней; сильная; очень сильная, чрезвычайно сильная.

#### *Шкала векторного определения половой конституции женщины*

Для исключения субъективизма при определении сохранности нейрогуморальной составляющей используют векторную шкалу половой конституции женщин, аналогичную разработанной для мужчин. Шкалы: менструальная функция, детородная функция, трохантерный индекс, характер оволосения, пробуждение эротического либидо (годы), оргазм — позволяют судить не только о половой конституции, но и о характере ее нарушений.

*Сексуальная формула женская (СФЖ), Сексуальная формула мужская (СФМ)*

Это специальные вопросники, применяемые в практической работе сексологов для предварительной оценки сексуальных проявлений женщины и мужчины, которые состоят из нескольких разделов (обозначены римскими цифрами). Ответы обозначаются цифрами от 0 до 4. Пациенту до начала сексологического обследования предлагается в каждом разделе подчеркнуть то утверждение, которое в наибольшей степени соответствует его состоянию на момент обращения к врачу. Полученная информация позволяет сексологу точнее проводить опрос и осмотр пациента.

### **Развитие сексуальности**

В отличие от половой жизни животных поведение человека в интимной области характеризуется понятием *сексуальность*, то есть желанием и умением жить половой жизнью в соответствии с требованиями общества. «Желание» — понятие в основном биологическое и зависит главным образом от наличия и уровня половых гормонов. «Умение» формируется под влиянием воспитания и других социальных воздействий. На протяжении жизни человек проходит ряд стадий *психосексуального развития*, нарушение которых может резко деформировать сексуальность и даже всю психику человека (Кришталь В.В., Григорян С.Р., 2002).

*Первый этап* — формирование полового самосознания — протекает до 7 лет. В это время на фоне развития речи, общего самосознания (деление на «Я» и «мир»), способности к анализу и синтезу, овладения соответствующим языком ребенок, кроме всего прочего, интересуется и вопросами пола, научается различать людей по внешности и половым признакам. У него формируется уверенность в принадлежности к определенному полу и неизменяемости этого пола. После 5 — 6 лет изменить половое самосознание человека на последующих этапах его развития практически невозможно. Случайное или целенаправленное воспитание, не соответствующее полу ребенка (рождение



ребенка не того пола, который ожидали родители, и др.), создает значительные, порой непреодолимые трудности для последующего приспособления к половой роли, предписываемой физическим и паспортным полом. Наибольшее влияние на общее и психосексуальное развитие ребенка на первом этапе оказывает мать. Отмечено, что отсутствие адекватного контакта с матерью в возрасте от 6 месяцев до 3 лет не позволяет нормально формироваться навыкам общения. Такие дети в дальнейшем агрессивны, жестоки, раздражительны, у них снижена способность к фантазированию, они неразборчивы в выборе друзей и поверхностны в отношениях. Для гармонизации развития таких детей в дальнейшем требуется много внимания и ласки. Примерно от 7 до 12 — 13 лет длится *второй этап* — установление стереотипа полоролевого поведения. На основе врожденных психобиологических особенностей и под влиянием семьи и социального окружения ребенок произвольно выбирает для себя манеру поведения, которая наиболее полно соответствует его запросам и в то же время не противоречит общественным нормам. В этом возрасте дети еще пристальнее, чем раньше, вглядываются в собственных родителей, принимая за образец или отвергая их тип взаимоотношений. При холодных отношениях между родителями дети нередко вырастают такими же холодными, безэмоциональными. При властной холодной матери и ласковом или безвольном отце мальчики зачастую приобретают женские черты поведения, а девочки — мальчиковую грубость, нетерпимость. В начале этого этапа (обычно в 1—2-м классах школы) дети, как правило, четко разделяются по половому признаку, что заставляет их подчеркивать свою половую принадлежность и ускоряет развитие сексуальности. *Третий этап* — формирование психосексуальной ориентации (12 — 26 лет). На фоне начинающейся и быстро возрастающей выработки половых гормонов складывается эмоционально окрашенное специфическое отношение к будущим участникам полового общения — партнеру противоположного или собственного пола. Третий этап подразделяют на три стадии. *Первая* — формирование платонического влечения — «детская» влюбленность, желание духовного общения, затем совместной деятельности, например, приготовление уроков, нахождение в одной компании и пр. При правильном развитии в платоническую влюбленность постепенно вплетаются элементы эротического фантазирования (желание остаться наедине, прикосновений, ласк), которые затем разрастаются и начинают занимать значительное место в поведении подростка. Это *стадия становления эротического влечения*. Пробуждается интерес к интимной стороне жизни, эротической литературе. В итоге эти фантазии реализуются с партнером — свидания, ухаживания, поцелуи, ласки. В эротическую стадию вплетаются сексуальные фантазии, так что невозможно провести четкую

грань между эротической и 3-й *сексуальной стадией*. Реализация влечений на эротической стадии обычно происходит с возбуждением, но без оргазма, на уровне *фрустраций (неудовлетворенности)*, что ускоряет переход к сексуальной стадии. Сексуальные фантазии развиваются, усложняются и, наконец, реализуются. Начало половой жизни зачастую характеризуется сочетанием периодов активного сексуального поведения и периодов полного воздержания. Затем половая жизнь становится регулярной, входит в определенные, довольно четкие рамки. Каждый этап характеризуется определенным состоянием психики как в рамках общих психологических особенностей, так и в отношении к половой жизни. Особые психологические проблемы возможны в период полового созревания, когда последовательно формируется платоническое, эротическое, сексуальное влечение и психика подростка отличается двойственностью: с одной стороны, он уже не удовлетворяется ролью опекаемого, а с другой — взрослые пока не признают его права на социальную независимость, упирая в основном на зависимость материальную и отсутствие жизненного опыта. Половая сфера подростка претерпевает особо сложный переход. Возраст начала половой жизни и обстоятельства этого шага изменяются со сменой поколений. Был период, когда связь до брака считалась недопустимой или допустимой, но только при наличии или видов на будущее супружество. Со временем эти условности все более сглаживались, в результате чего в большинстве европейских стран раннее начало половой жизни (в подавляющем большинстве случаев — незадолго до брака) стало закономерностью. При этом наблюдается сдвиг возрастных сексуальных показателей женщин. Если по своему сексуальному опыту девушки 30-х годов «отставали» от юношей на 3 — 4 года, то в 60-х годах почти догнали их. Так, возраст начала половой жизни у девушек в нашей стране составляет в настоящее время около 16,5 лет, а у юношей — 18,5. Раннее начало половой жизни у девушек и юношей объясняется феноменом акселерации, изменением психологии, переоценкой морально-этических норм поведения в молодежной среде. Начало половой жизни не означает окончания процесса развития сексуальности. В течение некоторого времени продолжают отрабатываться и уточняться такие моменты, как стереотип сексуального партнера (пол, внешний вид, особенности поведения и т.д.), взгляды на доступность и оправданность форм полового общения и др. Период зрелой сексуальности (примерно от 26 до 55 лет) характеризуется налаженным, взаимоприемлемым для обоих партнеров сексуальным поведением, умением контролировать половое возбуждение, правильно сформированной сексуальностью — не склонной к излишней романтичности, но и не сводящейся только к биологической функции полового общения. *Инволюционный период* (нормальное возрастное

снижение полового влечения и других сексуальных показателей) не имеет четкого начала. Одним из первых признаков инволюции является снижение уровня полового влечения: мужчина может сдерживать свое возбуждение достаточно долго (чего не мог делать в молодости), а то и вынужден подстегивать себя ласками, фантазиями и другими способами, чтобы совершить коитус. Затрудняется переключение с бытовых или служебных забот на сексуальный настрой. Вынужденные периоды воздержания теряют тягостный характер, который был им присущ раньше. Происходит постепенный возврат либидо от сексуального к эротическому и платоническому.

### **Сексуальная гармония и ее компоненты**

Учитывая, что сексуальная удовлетворенность тесно связана с психологической оценкой интимных отношений, а степень этой удовлетворенности зависит от уровня психосексуальной зрелости, возраста, сексуального опыта, установок личности и многого другого, можно предполагать, что сексуальная гармония возможна практически у любой пары.

*Сексуальная гармония пары* — это социально-психологическая, психологическая, сексуально-поведенческая и сексуально-физиологическая взаимная адаптация партнеров, характеризующаяся таким уровнем полового влечения и половой активности, который соответствует половой конституции и темпераменту обоих партнеров, что приводит к оптимальной суммации эротических ощущений, оргазму и половому психосексуальному удовлетворению (Буртянский Д.Г., Криштал В.В., Смирнов Г.В., 1990).

Социальные, психологические и социально-психологические компоненты сексуальной гармонии отражают характер межличностных отношений, индивидуальные психологические особенности партнеров, наличие чувства любви, уважения, способность к конструктивному решению различных вопросов, соответствие взглядов, интересов, морально-этических ценностей, культурного и образовательного уровня партнеров, ролевого поведения в семье, соответствие материально-бытового состояния семьи запросам каждого из партнеров.

*Сексуально-поведенческий компонент сексуальной гармонии.* Сексуально-поведенческая адекватность партнеров является важным условием сексуальной гармонии. В частности, имеют значение соответствие диапазона приемлемости, техника полового сношения, особенности заключительного периода и типы сексуальной мотивации у партнеров.

*Информационно-оценочный компонент сексуальной гармонии* оказывает влияние на психологическое и соматическое благополучие партнеров. В его основе лежит правильная осведомленность в вопросах психогигиены поло-

вой жизни, адекватная оценка своих сексуальных проявлений и сексуальных проявлений партнера, подготовленность к сексуальным отношениям, к браку и созданию семьи.

*Психофизиологический компонент сексуальной гармонии.* Психофизиологические факторы, обеспечивающие сексуальную гармонию, — это темперамент и половая конституция. Темперамент — это характеристика индивида со стороны динамических особенностей его психической деятельности, т.е. темпа, ритма, интенсивности отдельных психических процессов и состояний (Сидоров П.И., Парняков А.В., 2001). Несоответствие темпераментов партнеров может отрицательно влиять на их психологическую и сексуальную адаптацию.

Половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на определенном уровне половой активности и обуславливает индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, воздействующих на половую сферу.

### **Физиологический компонент сексуальной гармонии**

Влияние социальных и психологических факторов на сексуальность человека нельзя отделять от биологических факторов, так как они тесно связаны между собой, играют большую роль в детерминировании сексуальных отношений и определяют большую вариабельность человеческой сексуальности. Физиологический компонент обеспечивается уровнем соматического здоровья в целом и, в частности, состоянием нервной, эндокринной, половой, выделительной систем.

## **Тема 3**

### **Планирование семьи, контрацепция и аборты. Предупреждение заболеваний, передающихся половым путем**

*Планирование семьи* — те виды деятельности, которые имеют своей целью помочь отдельным людям или супружеским парам избежать нежелательной беременности, произвести на свет желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и числа детей в семье (Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., 1998).

Одно из главных свойств здорового секса — возможность планирования деторождения и отделения рекреативной функции сексуальности от прокреативной. Человечество мечтало об этом с древних времен.

Свидетельством тому являются наскальные изображения древними людьми полового акта, где половой член мужчины закутан чем-то наподобие презерватива. В Древнем Египте обнаружены папирусы, где рекомендуется закрывать шейку матки медом или крокодиловым пометом.

Три столетия спустя другой папирус советует вводить во влагалище тряпичный тампон с тонкими окончаниями веток акации (акация содержит компонент, который во влагалище превращается в молочную кислоту, обладающую спермицидными свойствами; это заново было открыто в XX веке).

Подходы к регуляции рождения детей различны и зависят от возраста людей, планов на будущее, от того, состоят ли они в браке или просто встречаются, от финансового положения, религиозных убеждений, отношения к сексу, состояния здоровья и предшествующего опыта и др.

Решение об использовании того или иного метода контрацепции зависит главным образом от 2 факторов:

- эффективности (того, насколько хорошо метод действует);
- безопасности (не наносит ли его применение вред здоровью).

Оценить это достаточно сложно. Ни одно противозачаточное средство не может быть во всех отношениях самым хорошим и самым безопасным.

### **Способы регуляции деторождения**

1. Искусственное прерывание нежелательной беременности (аборт).
2. Предупреждение нежелательной беременности (контрацепция).

#### **Контрацепция**

##### *Классификация*

По половому признаку:

- для женщин;
- для мужчин.

##### *Современные методы контрацепции:*

- гормональная контрацепция;
- внутриматочная контрацепция;
- добровольная хирургическая стерилизация.

##### *Традиционные методы контрацепции:*

- механические (барьерные);
- химические (спермициды);
- прерванный половой акт;
- физиологический (календарный) метод.

*Комбинированная контрацепция:*

- Голландский (Амстердамский) дубль.

*Гормональная контрацепция*

Противозачаточные таблетки, появившиеся в 1966 году, произвели переворот в практике предупреждения беременности во всем мире. С тех пор качество и состав гормональных контрацептивов достаточно изменились. Противозачаточные таблетки — наиболее эффективный нехирургический метод предупреждения беременности. При регулярном приеме оральных контрацептивов частота беременностей составляет приблизительно 1 случай на 200 женщин в год.

*Внутриматочная контрацепция.* Внутриматочная спираль (ВМС) — это небольшое пластмассовое приспособление, которое через влагалище вводят в полость матки. Первая ВМС для женщин представляло собой кольцо, сделанное из нитки шелковичного червя. Она появилась в 1909 году. С тех пор ВМС значительно изменилась. Принцип действия ВМС недостаточно изучен. Раньше считалось, что она препятствует имплантации оплодотворенной яйцеклетки, вызывая локальную воспалительную реакцию. Теперь полагают, что ВМС, кроме того, блокирует сперматозоид, не давая ему возможности оплодотворить яйцеклетку. Считается, что спермицидное действие оказывают лейкоциты, в месте локального воспаления поглощающие или повреждающие сперматозоид. Кроме того, ВМС, содержащая прогестерон, нарушает развитие эндометрия, и имплантация затрудняется. ВМС вводится в матку только после исключения беременности и инфекций мочеполовой системы. После введения врач или медсестра должны объяснить пациентке, как с помощью синтетической нити, торчащей из зева, контролировать правильность положения ВМС.

### **Барьерные методы контрацепции**

*Диафрагма* — неглубокий округлый купол из тонкой резины, натянутый на эластичное кольцо. Ее вводят во влагалище так, чтобы полностью была накрыта шейка матки. Предварительно внутреннюю поверхность и внутренний край покрывают спермицидной пастой или кремом.

Принцип действия: механическая преграда, прикрывающая зев шейки матки и препятствующая проникновению спермы.

Ввиду недостаточной надежности этой преграды внутренняя поверхность прикрывается спермицидом. Диафрагма подбирается индивидуально врачом в соответствии с формой и размерами шейки и влагалища. Производить подбор диафрагмы рекомендуется после каждой беременности или ежегодно. При изменении массы тела на 7 — 8 кг и более это делать обязательно.

Диафрагму вводят не более чем за 2 часа до полового акта и оставляют на шейке матки в течение, по крайней мере, 6 часов после него.

*Шеечный колпачок* — сходное с диафрагмой средство. Плотное прилегающее к шейке матки, это приспособление удерживается благодаря «присасыванию». Действие аналогично диафрагме, но более эффективно, так как плотнее прилегает к шейке матки. Размер подбирается индивидуально. Ношение до 48 часов (можно дольше).

*Презервативы (кондомы)* Презервативы — тонкие чехлы из латекса, плотно прилегающие к половому члену. В настоящее время это наиболее распространенное противозачаточное средство, применяемое мужчинами. Презервативы отличаются разнообразием: покрытые смазкой, разноцветные, ребристые, с запахом различных фруктов, покрытые спермицидом в сочетании со смазкой (даже подразделяются: для орального, вагинального или анального секса). Популярность возросла в связи с риском заражения ВИЧ-инфекцией и др. болезнями, передающимися половым путем (БППП).

Принцип действия: предотвращение проникновения спермы во влагалище. При правильном использовании — очень надежное противозачаточное средство.

*Спермициды* — химические влагалищные противозачаточные средства. Представляют собой различные пены, желе, кремы, пасты, таблетки, суппозитории.

Принцип действия: активный химический элемент убивает сперматозоиды, а наполнитель создаст механическую преграду, блокирующую доступ в шейку матки.

*Добровольная хирургическая стерилизация.* Производится на основании приказа № 303 от 28 сентября 1993 г., является необратимым методом контрацепции.

Хирургическая стерилизация у мужчин — вазорезекция (иссечение семявыводящего протока), в течение 12 недель после операции сперматозоиды еще могут находиться в семенной жидкости.

Хирургическая стерилизация у женщин — нарушение проходимости маточных труб (перевязка, коагуляция).

Показания:

1. Желание партнеров не иметь больше детей (только при наличии не менее 2 детей и в возрасте не моложе 35 лет).

2. Медицинские показания (наступление беременности угрожает жизни женщины).

### **Медицинский (искусственный) аборт**

*Аборт* или выкидыш — прерывание беременности от момента зачатия до 28 недель.

### *Классификация*

По причине наступления:

- самопроизвольный (нарушения в функционировании организма матери);
- индуцированный (применяются целенаправленные воздействия). Индуцированные аборты бывают медицинскими и криминальными.

По сроку от начала беременности:

- ранние аборты (до 12 недель);
- поздние аборты (после 12 недели).

Медицинский аборт производится на основании законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» ст. 36 «Искусственное прерывание беременности».

Существует 3 группы показаний к медицинскому аборту.

1. Аборт по желанию женщины (до 12 недель беременности). На основании Приказа №242 МЗ РФ от 11 июня 1996 года.

2. Аборт по социальным показаниям (до 22 недель). На основании Постановления Правительства РФ №485 от 11 августа 2003 г. Для аборта по социальным показаниям существует 5 показаний:

- наличие решения суда об ограничении или лишении родительских прав — беременность после изнасилования;
- беременность в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности 1-й или 2-й группы у супруга или смерть супруга во время беременности.

3. Аборт по медицинским показаниям (допустим на любом сроке беременности). На основании Приказа №302 МЗ РФ от 28 декабря 1993 г.

#### *Методики выполнения медицинского аборта*

1. Вакуумаспирация плодного яйца (миниаборт). Осуществляется на основании приказа №757 от 5 июня 1987г. Может проводиться в срок до 20 дней задержки менструаций.

2. Кюретаж (выскабливание). Может проводиться в срок до 6 — 7 недель (не позднее 16 недель).

3. Делетация и кюретаж в срок от 12 до 16 недель.

4. Медикаментозный аборт с применением антипрогестерона. В 96% случаев — полный выкидыш, только в 4% требуется последующее выскабливание, но данный метод имеет множество противопоказаний.

5. Медикаментозный управляемый аборт с применением простагландинов. Относительно малотравматичный. Применяется в поздние сроки беременности.

6. Амниоцентез (внутриоболочное введение препаратов). Операция травматична, используется для прерывания беременности в поздние сроки.



## 7. Малое кесарево сечение.

*Медицинские показания:*

- экстрагенитальная патология;
- тяжелые осложнения беременности;
- состояния, которые могут затруднить уход за новорожденным;
- физиологическое состояние (несовершеннолетие, возраст старше 40 лет);
- тяжелые пороки развития плода.

*Осложнения аборт*ов:

500 тыс. женщин ежегодно погибают из-за осложнений абортов.

*Ранние осложнения* (во время аборта или в первые часы после него) — механическая травма матки (разрывы, перфорация, ранения органов брюшной полости, остатки плодного яйца, гематометра, эндометрит, эмболия околоплодными водами, анестезиологические осложнения).

*Поздние осложнения* (дни, месяцы, годы) — воспалительные заболевания женских половых органов, бесплодие, внематочная беременность, невынашивание беременности, пацентарный полип, нарушение менструального цикла и т.д.

## **Предупреждение болезней, передаваемых половым путем (БППП)**

У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (1998) выделяют следующие ключевые моменты профилактики:

1. Моногамность в сексуальных отношениях. Чем больше у вас партнеров и чем хуже вы их знаете, тем больше вы рискуете заразиться болезнью, передаваемой половым путем (БППП). Это факт, подтвержденный многочисленными данными. Случайный секс — это рискованный секс.

2. Позаботьтесь о своем здоровье и своей безопасности. Существует несколько мер, к которым вы можете прибегнуть, чтобы обезопасить себя и уменьшить риск заражения БППП. Возможно, что на них не всегда будет легко пойти и что они потребуют от вас определенной решительности, но они являются частью той ответственности, которую человек несет за свои сексуальные действия. Во-первых, важно обсудить с партнером сексуальные вопросы и даже поговорить о возможных инфекциях. Во-вторых, не мешает осмотреть гениталии вашего партнера, чтобы проверить, нет ли на них каких-либо язвочек, выделений, вшей или сыпи. Неплохо также обмыть свои половые органы водой с мылом перед сексуальным контактом и сразу же после него. Хотя подобные советы, возможно, не способствуют созданию интимной атмосферы, стоит принять их во внимание, поскольку они являются мерами, способствующими предупреждению БППП. Также важно избегать

употребления алкоголя и иных наркотических веществ, которые могут повлиять на вашу рассудительность. Злоупотребление ими связано с повышенной распространенностью БППП.

3. Пользуйтесь презервативами. Всякий раз, когда существует риск инфекции БППП, презервативы могут уменьшить вероятность передачи болезни. Они не обеспечивают стопроцентной защиты, но значительно уменьшают опасность заражения.

4. Периодически проходите медицинское обследование, а при появлении симптомов незамедлительно обращайтесь к врачу. Если вы ведете активную сексуальную жизнь, не забывайте проходить время от времени медицинское обследование, которое может определить, нет ли у вас одной из тех БППП, которые на своей начальной стадии почти не дают симптомов. Всякий раз, когда у вас появляются какие-то подозрения или неприятные симптомы в области гениталий или мочевых путей, незамедлительно обращайтесь к врачу за консультацией и лечением.

5. Ставьте в известность своих сексуальных партнеров и убеждайте их показаться врачу. Всякий раз, когда выявлена БППП, крайне важно, чтобы сексуальные партнеры инфицированного человека были об этом уведомлены и прошли медицинское обследование. Помните, что многие БППП не дают явных симптомов на ранних стадиях, но все равно требуют незамедлительного лечения, чтобы предотвратить осложнения.

## **Тема 4**

### **Общие причины и факторы сексуальных расстройств. Классификация сексуальных расстройств**

В середине XX века свое место среди медицинских дисциплин заняла сексопатология. Это было обусловлено двумя основными факторами: с одной стороны, развитием медицинских знаний в области физиологии половой системы человека, эндокринологии, медицинской генетики и др. и изменениями в моральных воззрениях европейской культуры — с другой. «Длительное неприятие сексуальности человека и понимание ее как «чего-то непристойного» тормозили изучение этой сферы человеческой жизни, а также приводили к появлению многочисленных ошибочных взглядов, предрассудков и фиктивных суждений» (цит. по: Имелинский К., 1986, с. 11).

К сексуальным расстройствам относят болезненные изменения половых проявлений — направленности и выраженности полового влечения, степени половой возбудимости, а также ряда феноменов (любрикация влагалища у

женщин, эрекция и эякуляция у мужчин). Особое место отводится сексуальным отклонениям и взаимной сексуальной дезадаптации партнеров.

Сексологические расстройства наблюдаются как при различных психоневрологических и общесоматических (урологических, гинекологических, эндокринологических) заболеваниях (в этом случае говорят об их органическом фоне возникновения), так и при их отсутствии (функциональный фон) (Кратохвил С., 1991). Функциональные сексуальные нарушения чаще всего имеют психогенную причину. К психогенным факторам относятся: недостаточно эффективная стимуляция, отрицательные эмоциональные воздействия, воспоминания и влияние семьи, психические травмы в сексуальной области, проблемы партнерских связей, особенности характера, невротические расстройства и др.

Одной из наиболее ярких особенностей сексуальных расстройств является их склонность к множественности проявлений, что обуславливает трудности в их лечении.

Данные о распространенности сексуальных расстройств противоречивы. Многие люди не стремятся обращаться за помощью в силу известной табуированности сексуальной тематики. Согласно исследованиям, распространенность различных по форме и степени тяжести сексуальных расстройств составляет в зависимости от пола от 5 до 25—43% (Laumann E, et al., 1994; Кон И.С., 2004).

### **Классификации сексуальных расстройств**

В настоящее время единой общепринятой классификации сексуальных расстройств нет. Это объясняется, с одной стороны, разностью подходов к пониманию нормы и патологии в сексологии и неконкретностью и малоспецифичностью сексологических терминов — с другой.

Наиболее распространенными классификациями в настоящее время являются классификация, представленная в DSM-IV, в которой впервые осуществлено объединение всех сексуальных расстройств в один раздел (Kaplan H., Sadock B., 1999), классификация К. Имелинского (1982), МКБ-10, в которой существует иное подразделение, подразумевающее соседство парафилий (F65 — расстройства сексуального предпочтения) и расстройств половой идентичности (F64) в группе «Расстройства зрелой личности и поведения», а сексуальные дисфункции описываются в рубрике «Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием» (F52) группы «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (МКБ-10, 1999). Кроме того, известна классификация З. Старовича (1991), в которой сексуальные расстройства

делятся по трем категориям — симптома, нервной реакции и синдрома. В отечественной сексологии распространена классификация Г.С. Васильченко (1990). Необходимо отметить, что в большинстве классификаций сексуальных расстройств не отображается фон, на котором произошло развитие данного расстройства (функциональный или органический).

### **Классификация сексуальных расстройств (Старович З., 1991)**

А) по объекту сексуального влечения (фетишизм, пигмалионизм, нарциссизм, аутомоносексуализм, апотемнофилия, гетерохромофилия, ретифизм, экскрементофилия, некрофилия, трансвестизм, цистовестизм, гомесвестизм, педофилия, геронтофилия, зоофилия);

Б) по способу реализации сексуальных потребностей (садизм, вампиризм, флагелляция, салиромания, мазохизм, танатофилия, эксгибиционизм, кандаулезизм, фроттаж, вуайеризм, апотемнофилия, клизмофилия);

В) сложные сексуальные девиации.

К «нетипичным сексуальным отклонениям» относятся: патологический аутоэротизм, орализм, анализм, гомосексуализм, бисексуализм, инцест, сексуальное насилие, проституцию. К «нарушениям половой аутоидентификации» — транссексуализм и синдром неразличения сексуального объекта.

### **Классификация по отдельным компонентам половой реактивности (Кратохвил С., 1991)**

I. Нарушение полового влечения

1) аномальное повышение (гиперэротизм):

- у мужчин — сатириаз;
- у женщин — нимфомания;

2) аномальное снижение или отсутствие: гипо-, алибидемия или фригидность.

II. Нарушения осуществления полового акта:

- у мужчин — эрекция импотенция (нарушение первой фазы полового акта);
- у женщин — сексуальная гипестезия, анестезия, вагинизм.

III. Нарушение достижения оргазма:

- у мужчин — преждевременная эякуляция, ретардированная (задержанная) эякуляция, impotentia satisfactionis (эякуляция без полового удовлетворения);
- у женщин — олигооргазмия, анооргазмия.

### **Классификация К. Имелинского (1986)**

**I. Сексуальные дисфункции:**

А. Индивидуальные:

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

Б. Обоюдные:

- 1) сексуальная дисгармония;
- 2) диспареуния;
- 3) сексуальная аверсия.

## **II. Сексуальные девиации:**

1) сексуальные отклонения:

- в отношении объекта (педофилия, геронтофилия, зоофилия, фетишизм, трансвестизм, прочие);
- по способу реализации (садизм, мазохизм, эксбиционизм, вуайеризм и др);
- нетипичные (гомосексуализм, транссексуализм, кровосмешение).

2) сексуальные извращения:

- прогрессирующие формы;
- импульсивные формы.

## **III. Симптоматические дисфункции и девиации:**

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

### **Классификация Г.С. Васильченко (1990)**

А. Экстрагенитальные формы половой жизни — платоническая любовь, танцы, гейшизм.

Б. Генитальные формы половой жизни:

1. Суррогатные и викарные (заместительные) формы половой активности — поллюция, мастурбация, петтинг;

2. Суррогатные формы коитуса (полового акта) — вестибулярный, между бедер, между молочных желез, подмышечный и др., ректальный (гетеросексуальный, гомосексуальный);

3. Нормативный гетеросексуальный коитус (во влагалище);

4. Орогенитальные контакты;

5. Сексуальные действия с животными.

Сами сексуальные расстройства, согласно Г.С. Васильченко (1990), классифицируются следующим образом.

### **I. Расстройства нейрогуморальной составляющей:**

- врожденная патология полового развития;
- патология мозгового звена;
- нарушение функций гипофиза;
- нарушение функций половых желез;

- нарушение функций надпочечников;
- заболевания щитовидной железы;
- первично-сексологические перигландулярные синдромы.

## **II. Расстройства психической составляющей:**

- нарушение психосексуального развития;
- психопатологические расстройства с преобладанием конституционально-эндогенных факторов;
- психопатологические расстройства с преобладанием экзогенных факторов.

## **III. Расстройства эрекции составляющей:**

- патология спинного мозга;
- патология периферической нервной системы;
- приапизм;
- перемежающийся ночной псевдоприапизм;
- сосудистая недостаточность;
- фибропластическая индукция полового члена.

## **IV. Расстройства эякуляторной составляющей:**

- урологическая патология;
- синдром парацентральных долек;
- патология спинного мозга.

## **Классификация DSM-IV (Kaplan H., Sadock B., 1999)**

- Расстройства сексуального влечения.
- Расстройства сексуального возбуждения.
- Расстройства оргазма.
- Сексуальные болевые расстройства.
- Сексуальные дисфункции, обусловленные соматическими заболеваниями.
- Сексуальные дисфункции, обусловленные психоактивными веществами.
- Сексуальная дисфункция неуточненная.

## **Тема 5** **Сексуальные расстройства у мужчин**

К наиболее частым сексуальным расстройствам мужчин относятся расстройства эрекции (40 — 40%), эякуляции (25 — 40%), снижение полового влечения (15 — 16%) (Кон И.С., 2004).

## Нарушения полового влечения

*Гиперэротизм* (гиперсексуальность, эротомания, сатириазис, повышенное половое влечение —F52.7) — патологическое усиление сексуальных потребностей, ведущее к повышенной сексуальной активности. При этом происходит как количественное увеличение числа сексуальных контактов, так и качественное изменение сексуального поведения, поскольку сексуальность становится основной жизненной целью индивида. Для таких лиц характерна частая смена сексуальных партнеров. При этом, как правило, не устанавливается длительных сексуальных связей. Данная патология может развиваться как в результате психогенных воздействий (например, как форма компенсации чувства собственной неполноценности), так и входить в симптомокомплекс органических или психических расстройств (при опухолях центральной нервной системы, биполярном аффективном расстройстве или при гормональных нарушениях) (Старович З., 1991). Необходимо отметить, что определение степени выраженности сексуального влечения является достаточно условным. Оно зависит, в частности, от традиционных норм, принятых в том или ином обществе, и возраста человека. Так, повышенное половое влечение обычно возникает в юношеском возрасте и не является патологическим. Поэтому отклонения в выраженности сексуального влечения можно рассматривать как патологические только при условии, что их оценка определяется всем комплексом личностных особенностей и социальной роли человека. К. Имелинский (1986) отмечает, что лица, ведущие интенсивную сексуальную жизнь и параллельно с этим проявляющие иную высокую активность (профессиональную, общественную, творческую и др.), не могут рассматриваться как люди с патологическим усилением полового влечения, поскольку значительная интенсивность сексуального влечения в этом случае является проявлением высокого уровня общей жизненной энергии. В отличие от этого об усилении сексуального влечения можно говорить в тех случаях, когда даже интенсивная и разнообразная сексуальная жизнь не позволяет человеку уделять внимание другим ее сторонам, что делает его социально малоценным. О невротическом фоне эротомании говорят в том случае, когда сексуальная активность является единственным источником обогащения личности, несмотря на возможность развития других жизненных сфер. Личностная основа подразумевается тогда, когда человек не способен добиться успехов в других сферах жизни, а сексуальная активность представляет единственную форму обогащения личности. Это является следствием нарушений развития личности, социальным выражением которых является общее обеднение личности. Кроме того, в развившейся на невротической основе эротомании может лежать также чувство неполноценности, неуве-

ренности в собственных сексуальных возможностях, приводит к необходимости постоянного контроля, проверки и доказательства своих сексуальных возможностей. Это приводит к гиперкомпенсации собственной слабости. Гиперкомпенсаторные механизмы могут быть такими сильными, что они обуславливают постоянное стремление к подтверждению своей сексуальной состоятельности даже в тех случаях, когда интенсивность сексуального влечения соответствует норме или может быть даже несколько сниженной. При этом сексуальная активность обуславливается внесексуальной мотивацией. Эти мотивации приписываются, в частности, легендарному соблазнителю Дон-Жуану, который постоянно вступал в сексуальные связи с женщинами, чтобы убедиться, что его сексуальные возможности не изменились (Кон И.С., 2004). Эротомания может быть обусловлена ситуационно. Она может возникать у лиц, не имеющих возможности нормально удовлетворять свои сексуальные потребности (заклученные, моряки дальнего плавания) в связи с отсутствием партнеров противоположного пола. В этом случае вынужденное половое воздержание может иногда вызывать состояние выраженного сексуального возбуждения, которое чаще всего снимается при помощи мастурбации (Имелинский К., 1986). Гиперсексуальность влечет за собой хроническое недополучение биологических удовольствий, что может замещаться алкоголизацией, употреблением психоактивных веществ (ПАВ). Это еще больше растормаживает неудовлетворенную сексуальность и опасно асоциальным поведением (Дерягин Г.Б. с соавт., 2003).

*Гипосексуальность, гиполибидомия* (отсутствие или потеря сексуального влечения — F52.0) — понижение уровня сексуальных потребностей и сексуальной активности. Снижение или отсутствие сексуального влечения может иметь функциональный характер (например, как результат разочарования в постоянном сексуальном партнере), развиваться на органическом фоне (например, при зависимостях от ПАВ, гиперпролактинемии, гипогликемии и т.д.) или быть симптоматическим проявлением различных психических заболеваний (невротические расстройства, биполярное аффективное расстройство и др.). Необходимо отметить, что данный вид расстройств (в особенности его крайняя форма — фригидность) чаще отмечается у женщин.

Однако отсутствие или снижение полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает половую активность менее вероятной (МКБ-10, 1999).

### **Недостаточность генитальных реакций**

*Нарушения эрекции* (недостаточность генитальной реакции — F52.2, импотенция органического происхождения — N48.8).



### **Критерии расстройств эрекции у мужчин по DSM-IV (Kaplan H., Sadock B., 1999):**

А. Устойчивая или повторяющаяся невозможность достигать достаточной эрекции или поддерживать ее до тех пор, пока не будет завершен половой акт;

Б. Расстройство вызывает значительный дистресс или трудности в межличностных отношениях;

В. Нарушение эрекции не соответствует критериям другого расстройства (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не может быть целиком обусловлено прямым действием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении лекарством) или соматическим заболеванием.

Наиболее часто встречающаяся в клинической практике патология, поскольку эрекция является самым элементарным, стойким и самым ранимым феноменом мужской сексуальности. Согласно данным З. Старовича (2000), около 50% мужчин испытывают те или иные затруднения с эрекцией, причем на органической основе эти проблемы возникают в 15% случаев. По данным американских исследователей (Kaplan H., Sadock B., 1999), в США приблизительно 2 млн человек страдают импотенцией по причине сахарного диабета, 300 тыс. — по причине других заболеваний эндокринной системы, 1,5 млн — вследствие болезней сердечно-сосудистой системы, 180 тыс. — из-за рассеянного склероза, 400 тыс. — из-за травм и переломов, 650 тыс. — в результате различных хирургических вмешательств. Основными факторами, связанными с различными заболеваниями внутренних органов, которые могут приводить к расстройствам эрекции, являются: диабет, сердечно-сосудистые расстройства, гормональная недостаточность (Тер-Аванесов Г.В., 2002).

Если учитывать четырехфазность полового акта (возбуждение, плато, оргазм, разрядка), то нарушения эрекции — это нарушения первой фазы. Расстройства эрекции проявляются в отсутствии или недостаточности увеличения и уплотнения полового члена, что вызывает затруднения при проведении полового акта. Чаще недостаточность эрекции проявляется при подготовке к половому акту или резко ухудшается перед имиссией полового члена.

Необходимо отметить, что отдельные неудачи (отсутствие эрекции или ее утрата в самое неподходящее время) достаточно нормальное явление. Кроме того, эректильная функция имеет тенденцию к угасанию с возрастом. Считается, что о вторичной импотенции можно говорить только в том случае, если проблемы с эрекцией возникают у мужчины по крайней мере в 25% попыток совершить половой акт (Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., 1998). Единичные эпизоды не свидетельствуют о половой слабости; они могут быть следствием физического стресса (усталости, чрезмерного количества

съеденного, алкогольного опьянения) или каких-то психологических факторов (напряженности, недостаточной уединенности или необходимости освоиться с новой партнершей).

По времени возникновения относительно половой жизни нарушения эрекции делятся на первичные (отмечаются с самого начала половой жизни) и вторичные (возникают после некоторого периода нормальной половой жизни). Вторичное нарушение встречается примерно в 10 раз чаще, чем первичное (Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р., 1998). По отношению к обстоятельствам полового акта бывают генерализованные нарушения (эрекция нарушается в любых обстоятельствах и с любыми партнершами) и селективные (эрекция нарушается в определенной ситуации или с определенной партнершей). По отношению к причинам возникновения нарушения эрекции делятся на функциональные и органические. Органическими причинами могут быть (Кратохвил С., 1991):

- аномалии или заболевания гениталий — недостаточное развитие половых органов, пластическая индурация полового члена, гипоспадия, травмы полового члена, фимоз, воспаления, вызывающие боль при эрекции (баланиты, уретриты, простатиты) и др.;
- неврологические расстройства — повреждения центральной нервной системы (особенно в пояснично-крестцовых отделах спинного мозга), рассеянный склероз, сирингомиелия, спинная сухотка и др.;
- эндокринные нарушения — атеросклеротические изменения сосудов полового члена, их стеноз и гипоплазия и др.;
- сахарный диабет;
- токсические воздействия — алкогольная зависимость, воздействие психофармакологических препаратов и др.

Функциональные нарушения не имеют органической природы возникновения. В их возникновении существенная роль отводится психогенным и конституциональным факторам. Страх перед возможной неудачей обычно приводит к угнетению полового возбуждения и к утрате эрекции. Чем сильнее опасения, тем выше вероятность того, что они сбудутся. Опасение неудачи часто превращает мужчину в наблюдателя, который следит за своей сексуальной реакцией. Отвлекаясь на наблюдение и оценку происходящего, мужчина обычно получает меньше удовольствия от половой активности, что еще сильнее подавляет его способность к сексуальной реакции. Таким образом, возникает порочный круг: слабая эрекция вызывает страх неудачи, что побуждает стать наблюдателем, а это отвлекает и способствует нарушению эрекции. Реакция партнерши имеет два сценарных варианта. При одном — она может обвинять себя, считая, что она недостаточно опытна или привле-

кательна для мужчины; при другом — полностью перекладывает «вину» на партнера, считая, что он имеет внебрачные связи, подозревая его в гомосексуализме или в том, что «он меня просто не любит». Если мужчина, вместо того, чтобы отнестись к таким инцидентам спокойно, начинает переживать свою неудачу, думать о том, сумеет ли достигнуть эрекции в следующий раз, это может явиться предпосылкой для возникновения настоящих трудностей (Мастерс У., Джонсон В., Колодни К., 1998).

Признаками, отличающими функциональные изменения от органических, являются следующие (Кратохвил С., 1991; Версткин А.Л., 2003):

- возникновение эрекции во сне, в связи с фазой быстрых движений глаз, в предутренние часы;
- наличие эрекции при мастурбации;
- возникновение эрекции при тактильной стимуляции в прекоитальной фазе или при обстоятельствах, исключающих возможность проведения полового акта;
- возникновение нарушений эрекции только с определенными партнерами (типом партнерш) или в определенных ситуациях.

Нарушения эректильной функции зачастую негативно влияют на эмоциональную сферу мужчины, оказывают фрустрирующее воздействие и могут приводить к конфликтам, невротизации, реактивным депрессивным расстройствам, снижению самооценки, а в далеко зашедших случаях и к суицидальному поведению (Rosen R.C. et al., 2004).

От нарушений эректильной функции следует отличать *преддисфункциональный синдром*, описанный К. Имелинским (1986) и заключающийся в том, что при отсутствии каких-либо неудач в сексуальной жизни появляется неверие в успешность предстоящего совокупления. На фоне чрезмерной концентрации внимания на сексуальной сфере, попыток постоянного самоконтроля развивается страх перед половой жизнью, самим половым актом, лицами противоположного пола. Возникает боязнь потери сексуального партнера, стыд перед ним, чувство вины. Необходимо отметить, что данный синдром может наблюдаться и у женщин.

Противоположным вышеописанным эректильным расстройствам является приапизм.

*Приапизм* — стойкая длительная болезненная эрекция полового члена, не связанная с половым возбуждением и не исчезающая после полового сношения. В отличие от нормальной эрекции, при приапизме отмечается полная эрекция пещеристых тел, при этом губчатое тело полового члена не набухает. Предполагают два основных механизма развития приапизма (Васильченко Г.С., 1990):

- приапизм с пониженным кровотоком (венозный, низкоточный) — характерно затруднение венозного оттока, резкий стаз крови, снижение артериального кровотока, ишемия тканей;
- приапизм с повышенным кровотоком (высокоточный, артериальный) — венозный отток выше нормы, но недостаточен для компенсации усиленного артериального притока.

Лекарственные и токсические воздействия на нейрососудистые механизмы также способны вызывать длительную эрекцию за счет увеличения артериального кровотока в пещеристых телах. При продолжительности приапизма в течение нескольких дней наступает фиброз пещеристых тел. Попытки устранить приапизм путем многократных половых контактов безрезультатны, поскольку половые сношения не сопровождаются семяизвержением и оргазмом, чувство удовлетворения отсутствует, эрекция не исчезает.

Различают следующие факторы, способствующие развитию приапизма (Мавров И.И., 2002):

- нейрогенные (рассеянный склероз; спинная сухотка, энцефалит, менингит и др.),
- токсические (в том числе лекарственные),
- травматические (травмы полового члена и мошонки),
- гематологические (серповидноклеточная анемия),
- воспалительные (простатит, аппендицит, тромбоз вен таза, тиф, сифилис, туляремия и др.),
- опухолевые (опухоли спинного мозга).

В случае, когда причину развития приапизма установить не удастся, его классифицируют как первичный.

### **Нарушение оргазмических функций**

*Нарушения оргазма* (оргазмическая дисфункция — F52.3)

Необходимо отметить, что в норме оргазм у мужчин тесно связан с семяизвержением, поэтому в данное расстройство включаются также задержка и отсутствие семяизвержения (эякуляции). Для данного расстройства характерно отсутствие или заметная задержка оргазма (эякуляции) при обычно хорошей эрекции и достаточной стимуляции. Следует отличать тотальное (абсолютное) отсутствие эякулята и отсутствие эякуляции при половом акте (относительная анэякуляция). В первом случае эякуляция не может быть вызвана ни одним способом, во втором она есть при мастурбации, но нет при половом акте. (Кратохвил С., 1991). С возрастом у некоторых мужчин наблюдается снижение потребности в эякуляции, о чем свидетельствует значительное увеличение числа фрикции.

3. Старович (2002) выделяет следующие виды нарушения эякуляции:

- чересчур преждевременная эякуляция — семяизвержение наступает до начала совершения полового акта в период предварительных сексуальных ласк при отсутствии эрекции полового члена;
- преждевременная эякуляция — семяизвержение наступает непосредственно перед введением полового члена во влагалище;
- слишком ранняя эякуляция — семяизвержение наступает либо непосредственно в момент имиссии полового члена во влагалище, либо после совершения первых фрикций;
- задержка эякуляции — семяизвержение наступает только после длительного, порой изнурительного полового акта;
- сперматорея — истечение спермы происходит вне связи с сексуальным возбуждением и обстановкой полового акта, астеническая эякуляция (Garippa P.A., 1994);
- болезненная эякуляция;
- эякуляция без оргазма;
- эякуляторный рефлекс — семяизвержение наступает, но сперма забрасывается в обратную сторону и попадает в мочевого пузыря.

Органические нарушения достаточно редко становятся причиной оргазмических расстройств. К их числу относятся нарушения нервных центров и нервных путей, повреждение спинального центра эякуляции, IV поясничного симпатического ганглия, нарушение тактильной чувствительности полового члена, блокада химическими веществами и препаратами (барбитуратами, алкоголем, опиатами и др.). Психогенными причинами могут быть разнообразные нарушения взаимоотношений с партнершей, при этом оргазмические нарушения возникают в определенных ситуациях (Высильченко Г.С., 1990).

Задержка эякуляции встречается чаще, чем ее полное отсутствие. При этом некоторые мужчины считают ее своим достоинством, поскольку это дает возможность длительно поддерживать эрекцию, а значит, продлевать половой акт. Несмотря на то, что это часто приветствуется партнершами, они могут считать, что долго не наступающая эякуляция вызвана их непривлекательностью для партнера или его эгоизмом. Кроме того, чрезмерно продолжительный половой акт может вызывать болевые ощущения у обоих партнеров, а для пар, желающих иметь ребенка, отсутствие эякуляции становится настоящей проблемой (Мастерс У., Джонсон В., Колодни К., 1998).

Необходимо отметить, что степень выраженности эротических эмоций может меняться даже в нормальных условиях. Женщина может вызывать яркие эротические эмоции или угнетать их. Эротически привлекательная для данного мужчины партнерша способна вызвать очень интенсивные

эротические эмоции. Женщина, не вызывающая влечения и ведущая себя холодно или проявляющая явное нежелание при половом сношении, угнетает сексуальные эмоции у мужчины. Снижение яркости эротических эмоций вплоть до отсутствия оргазма может встречаться в тех ситуациях, в которых эротическим эмоциям сопутствуют негативные переживания. Такое же действие оказывает и отвлеченность внимания, что может быть связано с необходимостью использования прерванного полового акта, с опасением, что отношения, нарушающие моральные нормы, будут раскрыты. Угнетающее действие на эротические переживания оказывает также физическая боль, испытываемая во время полового сношения; правда, у лиц с мазохистскими наклонностями она может усилить сексуальное наслаждение (Мастерс У., Джонсон Э., Колодни К., 1998). Если на протяжении значительного времени, несмотря на внешнюю сексуальную стимуляцию, оргазм не наступает, то может развиваться *синдром простатизма* (Имелинский К., 1986). Этот синдром развивается преимущественно у мужчин в возрасте 20—30 лет, не имеющих постоянного полового партнера и ведущих при выраженном либидо, нерегулярную половую жизнь. При этом расстройстве отмечается повышенная сексуальная возбудимость, тупая боль в промежности, в области крестца и бедер, яичках, частые позывы к мочеиспусканию. Возможно присоединение нарушений эрекции и эякуляции.

#### *Преждевременная эякуляция (F52.4).*

Определяется как невозможность контролировать эякуляцию в той мере, которая достаточна, чтобы оба партнера получили удовлетворение от полового акта (МКБ-10). Также может быть вызвана психогенными и органическими факторами (болезнями мужских половых органов — N40 — N51, органическими поражениями головного мозга — F06.82х). Основными причинами преждевременной эякуляции являются (Крацохвил С., 1991):

- низкая частота половых актов, приводящая к чрезмерной готовности к сексуальной разрядке;
- тревога и страх во время полового акта;
- привычка к быстрому наступлению эякуляции;
- органические факторы, повышенная тактильная чувствительность полового члена, заболевания предстательной железы;
- конституционные факторы (низкий порог эякуляционного рефлекса).

В зависимости от принятых критериев данным видом расстройства страдают от 21 до 40% мужчин (Astbury-Ward E., 2002).

Следует различать абсолютную (F52.41) и относительную (F52.42) формы преждевременной эякуляции. В первом случае продолжительность полового акта менее одной минуты (менее 20 фрикций) на фоне регулярной

половой жизни, во втором — продолжительность полового акта находится в пределах физиологической нормы (от 1 до 3 минут). Однако этой продолжительности недостаточно для получения оргастической разрядки партнерши (МКБ-10). По мнению У. Мастерс, В. Джонсон, К. Колодни (1998), деление преждевременной эякуляции на абсолютную и относительную по времени полового акта приводит к тому, что некоторые мужчины пытались заниматься самодиагностикой буквально с «секундомером в руках», что само по себе их фрустрировало, поскольку такое поведение обычно делает эякуляцию более скорой. В связи с этим деление скорости наступления эякуляции по времени остается спорным. Преждевременная эякуляция может совершенно не беспокоить мужчину, но может быть и источником стресса как для него, так и для его партнерши. Реакция партнерши так же, как и при нарушениях эрекции, может протекать по двум направлениям. Она может с пониманием относиться к проблеме, а может реагировать негативно, считая, что ее просто «используют», что «он думает только о себе». Кроме того, необходимо учитывать, что сокращение скорости наступления эякуляции возможно при длительном воздержании или только при внебрачных связях.

#### *Болезненный половой акт (диспареуния)*

Обычно болезненный половой акт считается «прерогативой» женщин. Однако у мужчин данное расстройство возможно при различных заболеваниях наружных и внутренних половых органов (воспаление крайней плоти, уретриты, простаты и др.). Иногда болезненные ощущения могут быть вызваны кончиком внутриматочной спирали, который задевается во время фрикций или при воздействии компонентов смазки презервативов (Мастерс У., Джонсон В., Колодни К., 1998).

## **Тема 6**

### **Сексуальные расстройства у женщин**

#### **Нарушения полового влечения**

*Гиперсексуальность* (нимфомания от греч. *nymphē* — невеста + *mania*; андромания, повышенное половое влечение — F52.7) — патологическое половое влечение у женщин, проявляющееся безудержным желанием к половому сближению с разными партнерами. Причинами нимфомании могут быть навязчивые состояния или агрессивные тенденции, что приводит к неконтролируемому поведению, направленному на стремление к половым контактам с любым человеком, независимо от его возраста, внешности или

даже пола (абсолютный промискуитет). Поэтому отличие женщины с выраженным стремлением к сексуальным контактам от женщины, страдающей нимфоманией, заключается прежде всего в наличии у последней стремления к абсолютному промискуитету, тогда как в первом случае происходит некий отбор партнеров (Имелинский К., 1986). При нимфомании возбуждение носит субъективный характер и обычно не сопровождается специфическими реакциями в виде изменения кровоснабжения половых органов или увлажнения стенок влагалища. Оргазм при этом достигается с трудом. Само же половое влечение носит навязчивый характер, хотя сами половые контакты полного удовлетворения не приносят. По мнению ряда сексопатологов, только такой вариант может называться истинной нимфоманией и встречается чаще всего при психических заболеваниях. Его следует отличать от патологической гиперсексуальности при различных поражениях глубинных структур мозга, в частности гипоталамуса. Нимфомания может входить в клиническую структуру биполярного аффективного расстройства (маниакально-депрессивного психоза), органических поражений головного мозга, гормональных расстройств. Повышение сексуальности может приводить к асоциальному поведению, затруднению социальных связей (Сексология: энциклопедический справочник, 1993).

*Фригидность* (отсутствие или потеря сексуального влечения — F52.0)

Под фригидностью понимают отсутствие полового влечения и сексуальной возбудимости (половая холодность). Иногда для определения снижения или отсутствия полового влечения используют термины гиполибидемия или алибидемия. Необходимо отметить, что различные авторы вкладывают несколько разный смысл в понятие фригидности. Часть из них считает, что под фригидностью следует понимать только отсутствие полового влечения, другие, что это понятие включает в себя и нарушения генитальных реакций и оргазмических функций. (Сексология: энциклопедический справочник, 1993; Свядош А.М., 1991).

По-видимому, клинически фригидность часто бывает связана с сексуальной *гипестезией, анестезией или аноргазмией*, поскольку женщина, у которой отсутствует половое влечение и которая при сексуальной стимуляции не испытывает полового возбуждения, обычно не достигает оргазма. Фригидность может быть первичной, когда она наблюдается с самого начала половой жизни, и вторичной, когда она появляется после некоторого периода нормальных половых отношений (Кратохвил С., 1991). Однако в отечественной литературе (Кришталь В.В. с соавт., 2002) под первичной фригидностью (оргазмической дисфункцией) понимается собственно сексологическое расстройство, а под вторичной — симптом или следствие основного соматиче-



ского или психического расстройства. Фригидность также делится на полную (генерализованную) — наблюдается при любых обстоятельствах и с любыми партнерами и частичную (селективную) — наблюдается с определенными партнерами и при определенных обстоятельствах. Нужно учитывать, что некоторым женщинам (впрочем, как и мужчинам) необходим определенный период половой жизни с новым партнером, чтобы в полной мере обрести способность к сексуальному возбуждению и оргазму.

3. Старович (2002) выделяет следующие степени выраженности фригидности:

I — сексуальная потребность сохранена, но при большинстве половых актов оргазм не наступает, имеется некоторая удовлетворенность половой жизнью;

II — сексуальная потребность отсутствует либо сохранена на незначительном уровне, оргазм отсутствует при всех половых актах, половая жизнь удовлетворения не приносит;

III — полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение к сексуальному партнеру;

IV — полное отсутствие сексуальной потребности, стойкая аноргазмия, отвращение вызывает не только актуальный сексуальный партнер, но и вообще все мужчины.

Причины фригидности могут быть функциональными (особенности воспитания, конституциональные особенности, психотравмирующие ситуации и т.п.) и органическими, как следствие различных заболеваний. Наиболее частой причиной первичной фригидности является патологическая фиксация на первом неудачном половом акте, явившемся следствием внешнего торможения. К числу причин, приводящих к развитию фригидности по этому механизму, относятся грубое насилие, неблагоприятные условия полового акта, опасения разоблачения, беременности или заражения венерическим заболеванием, страх перед дефлорацией. Об органическом фоне говорит ее развитие в условиях нейрогуморальных нарушений (дисфункции яичников, андрогенной недостаточности, поражений глубоких структур мозга) и органических поражений нервной системы, а также при врожденных пороках развития половых органов, воспалительных заболеваниях и т.п. (Васильченко Г.С., 1990). Дифференциальным отличием функционального от органического фона фригидности по аналогии с таковыми нарушениями эрекции у мужчин может являться отсутствие полового влечения, возбуждения или оргазма при реальном половом акте и их наличие при сновидениях эротического содержания или мастурбации.

Полное или почти полное безразличие к сексуальным контактам у женщины может сочетаться с желанием нравиться противоположному полу. Женщи-

на может не испытывать неудобств из-за половой холодности, но обращается к врачам по другим поводам (болезненность во влагалище при половом акте, по настоянию партнера и др.). Определенную роль в этом играют также другие причины, в частности, страх и стыд, которые не позволяют говорить на эти темы. Кроме того, фригидность часто вызывает чувство вины, досады, отчужденности у женщины и подозрительность у мужчины, что, естественно, откладывает негативный отпечаток на их взаимоотношения.

К первичной фригидности следует отнести случаи половой холодности, развивающейся вне связи с какой бы то ни было патологией организма.

Различные причины возникновения первичной фригидности, а также особенности клинической симптоматики и течения заболевания позволили подразделить ее на 5 клинических форм (Кришталь В.В. с соавт., 2002): паторефлекторную, дисрегуляторную, абстинентную, ретардационную и конституционально-генетическую, характеристики которых приведены ниже.

*Паторефлекторная форма* характеризуется следующими особенностями (Буртянский Д.Л. с соавт., 1990):

Данная форма фригидности развивается преимущественно у молодых женщин со слабой и средней половой конституцией, превалированием аффективной неустойчивости и астенического типа соматической конституции. В основе паторефлекторной формы лежит срыв нервной регуляции полового акта с нарушением его физиологической программы и последующим закреплением по механизмам невротической фиксации с образованием патологического рефлекса. Поэтому данная форма названа паторефлекторной. Наиболее частой причиной первичной фригидности является патологическая фиксация на первом неудачном половом акте вследствие внешнего торможения. Среди факторов, приводящих к развитию фригидности по этому механизму, выделяют: грубое насилие, неблагоприятные условия полового акта, внезапное воздействие сильных раздражителей слухового или зрительного анализаторов, резкие болевые ощущения.

Развитие паторефлекторной формы фригидности, как правило, носит острый и реже — подострый характер. В подавляющем большинстве случаев при данной форме фригидности половое влечение, как правило, не ослабевает. В большей степени страдает чувственный компонент полового акта, что проявляется гипестезией или анестезией. Ведущим симптомом паторефлекторной формы фригидности является нарушение оргазма, в виде аноргазмии или гипоргазмии. Однако оргазм может наблюдаться при сновидениях эротического содержания. Большинство женщин испытывают снижение интереса к половым сношениям, а после коитуса — фрустрацию.

Наличие фригидности и появление невротического ожидания неудачи откладывают отпечаток на характере отношений между партнерами. Чувство неудовлетворенности у партнерши и недоумения, ревности у партнера обуславливает дисгармонию сексуальных отношений, которая, в свою очередь негативно влияет на сексуальные функции пары.

При проведении комплексного лечения и последующих психопрофилактических мероприятий прогноз данной формы фригидности оказывается благоприятным.

*Дисрегуляторная форма* развивается в результате практикования прерванных половых актов.

Данная форма фригидности чаще развивается у женщин со склонностью к инертности психических процессов, нерешительности, мнительности, обладающих слабой половой конституцией.

В.В. Кришталь с соавт. (2002) выделяет следующие патогенетические факторы развития дисрегуляторной формы фригидности:

1) стрессовые ситуации, обусловленные напряженным ожиданием момента прерывания полового акта в связи со страхом перед беременностью. Они приводят к изменению функционального состояния нейроэндокринной системы, регулирующей половую функцию;

2) очаги застойного возбуждения в центрах головного и спинного мозга, являющиеся следствием прерывания полового акта перед оргазмом или при начавшемся оргазме, который из-за этого (преждевременного прекращения полового сношения) остается незавершенным;

3) явления гемостаза в органах малого таза и обусловленное этим длительное раздражение рецепторного аппарата половых органов женщины. Это приводит к изменению параметров нервной информации, идущей по каналам прямой связи к мозговым центрам, что может сказываться на их деятельности и влиять, таким образом, на нервную регуляцию половой функции.

Развитие дисрегуляторной формы фригидности бывает, как правило, постепенным. Характерными клиническими проявлениями являются сексуальная гипестезии, гипооргазмия или анооргазмия, в сочетании с гениталгиями, безразличием и даже отвращением к половым сношениям.

Клинические проявления сексуальных нарушений при указанной форме фригидности сопровождаются развитием невротических расстройств. Последние чаще всего складываются из акцентуации характерологических черт больных и развития неврастенического симптомокомплекса.

Для течения дисрегуляторной формы характерны периодические колебания интенсивности клинических проявлений, обусловленные месячным циклом.

### *Абстинентная форма*

Причиной данной формы фригидности является вынужденное длительное половое воздержание. При этом происходит угасание условных рефлексов, участвующих в реализации физиологической программы полового акта. Данная форма чаще встречается среди женщин среднего и старшего возраста. Следует отметить, что длительный перерыв в половой жизни, связанный с беременностью и родами, к развитию фригидности не приводит.

Клинические проявления абстинентной формы фригидности обнаруживаются вслед за периодом длительного полового воздержания и чаще всего проявляются в виде снижения либидо, гипостезии половых органов и гипопаргозмии.

Структурный анализ сексуального нарушения при абстинентной форме фригидности свидетельствует о том, что у больных чаще всего наблюдается поражение психической, генитосегментарной и нейрогуморальной составляющих копулятивного цикла.

Следует отметить, что длительное половое воздержание не всегда приводит к развитию фригидности. Течение абстинентной формы первичной фригидности чаще всего носит регрессирующий характер. При этом нормализация сексуальной активности происходит постепенно. Вначале восстанавливается либидо, исчезает сексуальная гипестезия, а затем появляется оргазм. Продолжительность периода восстановления сексуальной функции зависит от силы чувств к половому партнеру и его сексуальной активности.

### *Ретардационная форма*

Данная форма фригидности развивается в результате задержки полового развития в пубертатном периоде, а также неправильного воспитания девочки (выработкой в отрочестве и юношестве отрицательной установки на половую жизнь).

Большинство женщин, страдающих этой формой фригидности, отличаются робостью, застенчивостью, нерешительностью и пассивностью (Криштал В.В. с соавт., 2002).

Клинические проявления данной формы фригидности отмечаются с самого начала половой жизни и характеризуются отсутствием оргазма либо сочетанным отсутствием либидо. При этом после коитуса обычно отсутствуют неприятные ощущения. Вместе с тем прогноз этой формы половой холодности чаще всего благоприятный. Факторами, которые способствуют нормализации копулятивного цикла, являются беременность, роды, а также изошренность партнера полового партнера.

### *Конституционально-генетическая форма*

Данная форма фригидности является следствием врожденной неполноценности морфофункциональных структур, составляющих материальную

основу полового инстинкта и осуществляющих нейрогуморальную регуляцию копулятивного цикла. Она проявляется с самого начала половой жизни в виде сочетанного снижения либидо, сексуальной чувствительности и оргазма, причем весьма нередко степень выраженности этих явлений достигает алибидемии, сексуальной анестезии, аноргазмии и полного безразличия к половой жизни. При этом коитус происходит без какого-либо побуждения, в основном из чувства долга. У женщин страдающих этой формой фригидности обычно отмечаются астеническая конституция, слабая выраженность вторичных половых признаков и инертность психофизиологических процессов.

Течение конституционально-генетической формы фригидности отличается инертностью.

Фригидность может развиваться в результате различных соматических заболеваний и психических расстройств. В этом случае проявления фригидности входят в симптомокомплекс проявлений этого заболевания, а его характер обуславливает ее особенности. К числу заболеваний, приводящих к такой вторичной фригидности, относятся: неврозы, психопатии, психозы, органические заболевания центральной и периферической нервной системы, эндокринная патология, урологические, гинекологические и другие соматические заболевания (Кришталь В.В. с соавт., 2002).

*Псевдофригидность* обусловлена неправильной оценкой и объяснением женщиной сексуальных возможностей, а не какими-либо объективными причинами.

В настоящее время выделяют следующие формы псевдофригидности (Кришталь В.В. с соавт., 2002):

*Дисгармонический вариант* является результатом неправильной оценки женщиной своих сексуальных возможностей в случаях несоответствия темпераментов (половой активности) и диапазона сексуальной приемлемости партнеров, наличия у мужа половой слабости, а также изъязнов техники полового акта.

*Дезинформационный вариант* псевдофригидности является следствием ошибочных представлений женщины о нормах и патологии сексуальной жизни, что может привести к предъявлению себе неадекватных требований или появлению ошибочных самооценок. К этому варианту относится также псевдофригидность, наблюдающаяся при психическом или физическом переутомлении, в алкогольном опьянении или при воздействии медикаментов.

Кроме фригидности может наблюдаться *отвращение к половому акту, сексуальная аверсия* (сексуальное отвращение — F52.10), когда предстоящая половая связь с партнером вызывает негативные чувства, которых достаточно, чтобы привести к уклонению от сексуальной активности (Кон И.С., 2004).

Отвращение может касаться только полового акта, но иногда оно распространяется даже на прикосновение партнера. Такая тактильная аверсия часто зависит от нарушения взаимоотношений с партнером.

### **Недостаточность генитальных реакций**

У женщин для полноценного проведения полового акта необходимо появление комплекса сексуальной готовности, который направлен на подготовку к половому акту и проявляется увлажнением половых путей секретом бартолиновых желез (лубрификация) и расслаблением мышц влагалища. Соответственно, расстройства комплекса сексуальной готовности, затрудняющие проведение полового акта, проявляются недостаточностью слизистых выделений и расслабления мышц влагалища (что затрудняет иммиссию полового члена, усиливает трение, вызывает болевые ощущения).

*Сексуальная гипестезия, анестезия* — неспособность или пониженная способность к сексуальному возбуждению и лубрикации в сексуальной ситуации. Необходимо отметить, что лубрикацию невозможно симулировать. Прекращение или отсутствие слизистых выделений эквивалентно утрате или отсутствию эрекции у мужчины. Это расстройство обычно наблюдается в ситуациях, связанных с переживанием страха перед возможной беременностью, при затянувшемся половом сношении, во время которого женщина, несмотря на все стремление, не достигла оргазма, при неадекватной сексуальной стимуляции со стороны партнера при проведении полового акта, а также при пережитом накануне оргазме у женщины и попытках мужчины продлить половое сношение (Имелинский К., 1986).

Перед началом или в процессе полового сношения может отмечаться обратное явление, т. е. избыточная лубрификация. Это явление не является патологическим нарушением. Избыточное выделение слизи во влагалище может вызвать звуковые явления («чавканье»), которые не нарушают проведение полового сношения, однако могут обуславливать негативную эмоциональную напряженность. Кроме того, данное явление может восприниматься неосведомленными и ревнивыми мужьями как проявление распущенности партнерши или как свидетельство недавней измены.

*Вагинизм* (вагинизм неорганического — F52.5 или органического — N94.2 происхождения) — судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна (в основном, мышцы, сжимающей влагалище, и мышцы, поднимающей задний проход), приведение и сжатие бедер, препятствующие проведению полового акта. Имеет характер защитного рефлекса, связанного с реальной, ожидаемой или представляемой пенетрацией. Особенно сильным спазм бывает в мышцах промежности и наружной трети влагалища (Имелинский К., 1986).

Различают первичный вагинизм, при котором он наблюдается при первых попытках провести половой акт, и вторичный, когда прежде половой акт был осуществим (Крацохвил С., 1991). Первичный вагинизм может стать причиной виргогамии (девственного брака). При этом либидо и способность к оргазму могут сохраняться. Кроме того, выделяют генерализованный вагинизм, рефлекторно возникающий и при гинекологическом обследовании, и прекоитальный вагинизм, наблюдающийся только при попытке полового акта. От вагинизма следует отличать фобическое избегание полового акта (коитофобии, при которой не возникает спазм мышц) и заболеваний и аномалий строения, при которых затруднено проникновение полового члена во влагалище — псевдовагинизма (ригидная девственная плева, воспалительные процессы во влагалище и промежности, кольпиты, спаечный процесс и др.).

Вагинизм возможен у женщин любого возраста и бывает выражен в разной степени. При крайней форме вход во влагалище сжимается так сильно, что в него невозможно ввести не только половой член, но даже палец. При более мягкой форме вагинизма любая попытка к половому сношению, какой бы она ни была тактичной, спокойной и нежной, вызывает боль в области таза. В самых легких случаях женщина способна к совокуплению, но ценой неприятных ощущений. У большинства женщин при этом расстройстве половое возбуждение возникает достаточно легко. Увлажнение влагалища происходит нормально, предварительные ласки могут быть приятны и дают удовлетворение; способность к оргазму часто сохраняется (Мастерс У., Джонсон В., Колодни К., 1998). Ввиду этого глубокое замешательство и огорчение данное расстройство вызывает у супружеских пар, желающих иметь детей.

Среди причин, вызывающих вагинизм, обычно указываются насилие, болезненная дефлорация, грубое поведение партнера при попытке дефлорации, фобии, органические изменения половых органов (Келли Г., 2000; Старович З, 2002). Часто это расстройство может возникать при нерешительном поведении партнера и определенных личностных чертах женщины (склонности к мнительности, обидчивости, тревожности, эмоциональной неустойчивости). У таких женщин в анамнезе обычно отмечаются и другие страхи (темноты, воды, животных и т.п.). Среди органических факторов, которые могут привести к вагинизму отмечаются: травма половых органов в детстве, заболевание мочеполовой системы, последствия использования влагалищных тампонов при менструациях в подростковом возрасте, гинекологические и венерические заболевания (особенно воспалительные заболевания влагалища), грубая (травматичная) сексуальная инициация (в том числе и грубая дефлорация). Необходимо отметить, что длительное отсутствие дефлорации в браке ставит жену в привилегированное положение, как человека, требующего к себе по-

вышенной чуткости. Нередко за вагинизмом кроется осознанное или неосознанное нежелание жить половой жизнью с мужем. Этому может способствовать трансформация полоролевого поведения и затянувшиеся товарищеские отношения с будущим мужем при условии отсутствия попыток дефлорации до брака (Васильченко Г.С., 1990). Отсутствие настоящего полового акта или дефлорации в браке может не ухудшать межличностных отношений между партнерами, сексуальная адаптация при этом происходит на уровне петтинга или вестибулярного коитуса. При этом женщина может испытывать оргазм. В этом случае причиной, заставляющей женщину обратиться к врачу, может являться желание иметь ребенка.

Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни. Судорожному сокращению мышц предшествует страх боли. В некоторых случаях возможно появление вагинизма внезапно. В дальнейшем вагинизм проявляется во время исследования на гинекологическом кресле. Выделяют следующие степени выраженности вагинизма (Васильченко Г.С., 1990):

I — реакция наступает при введении полового члена или инструмента при гинекологическом исследовании;

II — реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним;

III — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом обследовании.

### **Нарушение оргазмических функций (оргазмическая дисфункция F52.3)**

#### *Олигооргазмия, аноргазмия*

Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это одно из наиболее часто встречающихся сексуальных расстройств у женщин.

З. Старович (2002) выделяет следующие факторы, способствующие достижению женщиной оргазма:

- оптимальный уровень андрогенов в организме;
- хорошая реактивность нервной системы;
- напряжение промежностных мышц в процессе коитуса;
- мастурбационный опыт;
- сексуальная инициация в возрасте до 18 лет;
- продолжительность вступительных ласк свыше 15 минут;
- длительность полового акта свыше 10 минут;
- экстравертированность личности;
- высокий уровень сексуального сознания, сексуальной образованности и сексуального воображения;



- удачная чувственная связь с партнером;
- вынесенный из семейной среды позитивный эталон чувственной и сексуальной связи.

Аноргазмия может входить в симптомокомплекс различных заболеваний или проявляться в виде самостоятельного синдрома. В последнем случае она чаще переходит в половую холодность (фригидность). Так же, как и другие сексуальные расстройства, она может быть первичной (наблюдается с самого начала половой жизни) и вторичной (приобретенной), генерализованной (со всеми партнерами и во всех ситуациях) и частичной (с определенными партнерами и в определенных ситуациях) (Кратохвил С., 1991). Многие причины являются контрфакторами тем вышеперечисленным факторам, которые способствуют нормальному наступлению оргазма. Типичными причинами аноргазмии являются: невротические расстройства, депрессии, гормональные нарушения, соматические заболевания, сексуальные расстройства у партнера, внебрачные связи, нарушения чувственной связи с партнером. Особенное место в развитии аноргазмии у женщины отводится взаимоотношениям с партнером. В литературе дается характеристика наиболее типичного партнера, инициирующего аноргазмию у партнерши (Старович З., 1991): «Интеллектуально слабо развитая личность, профессия связана с выполнением низкоквалифицированного труда (даже при подобной профессиональной принадлежности и самой женщины), недоброжелательный и доминирующий во взаимоотношениях с партнершей, имеющий различного рода затруднения в сексуальной жизни, не имеющий с партнершей сильной эмоциональной связи, не отвечающий ее ожиданиям, конфликтующий с ней на сексуальной почве и соперничающий за главенствующую роль в созданной связи». Кроме психогенных факторов (функциональных), среди причин аноргазмии выделяются и органические: органическое поражение головного мозга (подбугорной области), физическая усталость, патология тазовых органов и т.п. (Васильченко Г.С., 1990).

От обычной аноргазмии следует отличать *мнимую аноргазмию*, которая заключается в том, что способная к достижению оргазма женщина может получить его только при эффективной стимуляции клитора. Однако, если данный способ воспринимается женщиной как «неправильный», это приводит к уклонению ею от получения такого вида возбуждения (Каплан Х., 1994).

Другим видом нарушения оргазмических функций является *диссоциация оргазма*. Данное расстройство возникает в результате раскоординированности между психическим и биологическим компонентом оргазма и проявляется нарушением возникновения оргазма во времени или возникновением оргазма с участием только одного из этих компонентов. Преимущественными причинами диссоциированного оргазма чаще являются психоэмоциональные факторы.

## Тема 7 Дисгамии

*Дисгамии* (сексуальные дисгармонии, от лат. *dis* — разделение, отрицание + греч. *harmonia* — соразмеренность) — нарушение согласованности интимных отношений между половыми партнерами (Сексология: энциклопедический справочник, 1993). В отличие от фригидности дисгамии тяжелее переживаются женщинами, поскольку они зачастую приводят к разладам между партнерами.

Многообразие причин и условий развития сексуальной дисгармонии обуславливает особенности ее проявления и течения. Это легло в основу разработанной Д.Л. Буртянским и В.В. Кришталем (1990) классификации сексуальной дисгармонии супружеской пары, подразделяющей ее на следующие пять вариантов:

- Социально-психологическая дезадаптация супругов.
- Сексуально-поведенческая дезадаптация супругов.
- Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии.
- Сексуальная дисгармония вследствие расстройства мужской потенции.
- Сексуальная дисгармония вследствие расстройства сексуальной функции у женщины.

Наиболее характерным признаком дисгамии является рассогласование взаимоотношений между супругами по одному из ведущих брачных факторов или по их сочетанию, когда силы, разрушающие союз, преобладают над силами сплачивающими (Решетняк Ю.А., 1978). В связи с этим фактом необходимо остановиться на брачных факторах подробнее. Выделение пяти основных брачных факторов сложилось в целях диагностики кризисов брачных союзов, оптимального выбора партнера и прогнозирования партнерских отношений с позиций клирингового подхода (от англ. *clear* — ясный, чистый, свободный). В отличие от этого подхода все другие подходы имеют те или иные недостатки с точки зрения предоставления информации. Так, например, любовь с первого взгляда — это сопоставление двух образцов, ожидаемого и имеющегося, знакомство на работе — сравнение объектов при недостаточной информации. Концепция брачных факторов основывается на том, что структура брачного потенциала состоит из физического, материального, культурного, сексуального и психологического факторов.

Физический фактор имеет интуитивный характер (один человек без учета от его половой принадлежности вызывает у другого симпатию или антипатию). Физический фактор устанавливается в начале общения и в дальнейшем может изменяться только количественно. Данный фактор сильно связан с сексуальным фактором.

Материальный фактор представляет собой вклад партнера в общий материальный статус семьи и соответствие этого вклада ожиданиям партнера. Он проявляется оценкой и сравнением заработков партнеров и взаимными претензиями по этому поводу.

Культурный фактор — соотнесение интеллектуально-культурных запросов партнеров. Проявляется соотнесением образовательных индексов, формой заполнения досуга.

Сексуальный фактор — соответствие сексуального поведения одного партнера ожиданиям другого. Необходимо отметить, что модели мужской и женской сексуальности различны. Так, например, стереотип сексуальной активности у мужчин устанавливается около 30 лет, для женской же сексуальности характерно нарастание сексуальных требований к этому возрасту. Также, кроме возраста, необходимо учитывать состояние здоровья партнеров, поскольку, как уже отмечалось, сексуальный фактор сильно связан с физическим.

Психологический фактор — соотнесение личностных особенностей обоих партнеров. К данному фактору имеют отношение все остальные.

Каждый из факторов может иметь различную относительную величину и направленность в различных браках. Интегративное взаимодействие всех факторов, рассчитанное по специальным методикам, образует *брачный потенциал*, который может быть положительным или отрицательным. Соответственно положительный потенциал способствует укреплению партнерских отношений, отрицательный — нет (Васильченко Г.С., 1990).

Отсутствие, так же как и наличие, у одного или обоих партнеров сексуальной патологии не имеет решающего значения для развития дисгамии. Дисгармонии в отношениях партнеров может не быть даже при наличии у каждого из них определенных сексопатологических синдромов. Например, при наличии у мужа садистических наклонностей, а у жены мазохистических дисгамии не будет наблюдаться, более того, такой союз может быть довольно прочным. Здесь уместно вспомнить старую сексопатологическую шутку о том, что настоящий садист — это тот, кто отказывается помучить мазохиста. В противоположность этому, при отсутствии у супругов сексопатологических синдромов, могут проявляться значительные дисгамии.

Обычно выделяют дисгамии личностные и сексуальные. При первом варианте причина конфликта заключается главным образом в особенностях личности одного или обоих супругов. При этом главное значение имеют некоторые сексуальные особенности партнеров. Динамика дисгамий (Васильченко Г.С., 1990) характеризуется двумя закономерностями:

1. При любом варианте дисгамий без эффективной помощи с течением времени нарушаются как межличностные отношения, так и сексуальное взаимодействие.

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.

При первом варианте общим этиологическим фактором является расхождение в психологических установках (по Узнадзе Д.Н.). При втором варианте не соответствующее ожиданиям партнера сексуальное поведение из-за недостаточной сексуальной культуры (Рюриков Ю.Б., 1977). Может быть сочетание этих этиологических факторов. Внешний облик женщины также оказывает влияние на развитие сексуальных дисгамий. Как ни странно, но наиболее удачные браки обычно складываются не у тех женщин, которые отличаются высокими показателями красоты, а у женщин со средней или даже низкой внешней привлекательностью. Зачастую чем красивее женщина, тем выше уровень ее ожиданий и требований к партнеру, а следовательно, и больше предпосылок для разочарований. В противоположность этому женщины, считающие себя непривлекательными, чаще ожидают от мужа того же заниженного ранга, они дорожат его расположением, стараются сохранить его привязанность, тем самым формируя надежный фундамент отношений. (Васильченко Г.С., 1990). При диагностике дисгамий особенно важным представляется отслеживание в динамике всей истории взаимоотношений супружеской пары с момента знакомства до момента обследования. Пристрастное отношение, особенно вначале совместной жизни, часто проявляется в недооценке или переоценке личности партнера. Оценка другого человека всегда связана с самооценкой. При низкой оценке партнера могут выделяться только ролевые характеристики («любовница», «хозяйка» и т.п.), что может быть обусловлено формальными мотивами выбора партнера (корысть, повышение статуса, выход из сложной житейской ситуации, упорядочение своей половой жизни и т. д.). В условиях таких мотиваций партнер обычно вызывает раздражение. Разочарование в партнере может возникнуть в результате его измены, если он занимает в браке непродуктивную позицию — иждивенческую, авторитарную. Снижается сексуальная привлекательность партнера, сам секс начинает восприниматься как досадная обязанность. По классификации Т.М. Мишиной (1978) выделяют три основных типа непродуктивного супружеского взаимодействия, условно обозначаемых как «соперничество», «псевдосотрудничество» и «изоляция». Первый тип («соперничество») проявляется в первые 6 лет супружества. Это частые ссоры и изнурительные объяснения. Тематика ссор зачастую

связана с проблемой взаимоотношений, распределением обязанностей, отношениями с родственниками и друзьями. Поводом к ним становятся кризисные моменты: беременность, рождение ребенка, разезд с родителями и т. д. При этом дебаты неконструктивны, каждый из партнеров настроен на свое понимание и не пытается понять другого. Проявления второго типа («псевдосотрудничество») характеризуются внешним согласием, отсутствием длительных конфликтов и преувеличенной заботой. Иногда могут возникать вспышки раздражения у одного партнера, гасящиеся другим. Поводом для напряженности становятся трудности на работе, появление новых увлечений, измены, алкогольные эксцессы. В рамках этого типа непродуктивного супружеского взаимодействия Г.С. Васильченко (1990) выделяет следующие типы конфликтов:

- один из партнеров не разделяет стремления другого к профессиональному, социальному или личностному росту, так как это противоречит его потребности главенствовать в семейной сфере. Примером может быть ситуация, когда для мужа важно, чтобы работа была интересной, хотя и мало оплачиваемой, а для жены этот вариант неприемлем;
- потребность одного из партнеров противоречит стремлению другого главенствовать и одновременно быть опекаемым;
- ожидания успехов одного партнера сталкиваются с невротическим страхом перед неудачей другого;
- адюльтер. Классическим примером служит ситуация наличия у женщины двух партнеров, один из которых обеспечивает материальное благополучие, другой удовлетворяет эмоциональные потребности;
- жесткие правила взаимодействия в паре. При этом власть принадлежит одному партнеру, а второй партнер стабилизирует положение за счет повышенного чувства долга. Этот вариант часто наблюдается при вагинизме. Компенсация в подобных парах происходит за счет подчинения одного партнера целям другого.

При третьем типе («изоляция») характерно эмоциональное отчуждение. Изоляция может возникать под воздействием внешних обстоятельств (проживание с деспотическими родственниками, берущими на себя «опеку» над парой) или в парах с авторитарными отношениями.

Подводя итог, можно отметить, что в отношениях типа «соперничество» отсутствуют взаимные соглашения о нормах поведения, при «псевдосотрудничестве» наблюдается внешняя согласованность норм эмоционального и практического взаимодействия. В отношениях типа «изоляция» согласованы нормы практического взаимодействия, однако на эмоциональном уровне наблюдается рассогласованность.

Нарушения межличностных отношений могут являться причиной сексуальных нарушений или развиваться параллельно с ними. Зачастую истинные причины конфликта не осознаются. При этом следствия (например, сексуальные расстройства) выдаются за причину.

Наряду с психологическими факторами к развитию дисгамии могут приводить и органические причины. Одной из причин может быть как чрезмерно крупные размеры мужского полового органа, так и его недоразвитие, не позволяющее обеспечить достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта. Размеры мужского полового органа могут достаточно сильно варьировать в зависимости от различных факторов. Так, при низкой температуре окружающей среды или при отрицательных эмоциях кровенаполнение пещеристых тел может резко уменьшаться, что приводит к уменьшению размеров полового члена, в то же время при противоположных условиях размеры могут увеличиваться даже при отсутствии полной эрекции. Здесь необходимо отметить, что размеры полового члена мало связаны с ростом и развитием мускулатуры, а опасения некоторых мужчин в том, что их партнерша очень миниатюрна и поэтому ее легко поранить при дефлорации, половом акте или наоборот, их половой орган недостаточно велик, чтобы удовлетворить партнершу, обычно необоснованны. Большинство сексологов считают, что мужчина способен к нормальной половой жизни, если в состоянии покоя длина его полового органа не менее 3 см. В среднем эта величина составляет 7—10 см. У взрослой женщины влагалище обладает высокой степенью растяжимости, а большое влагалище может приспособиться к половому члену практически любого размера. Кроме того, для женщин с клиторическим типом сексуальной возбудимости размеры полового органа мужчины практически не имеют значения. К возникновению дисгамии может приводить и угасание сексуального интереса вследствие необычайного однообразия половых отношений, например, когда партнеры годами придерживаются одного и того же варианта сексуального общения (Святош А.М., 1971, 1991).

Д.Л. Буртянский с соавт., (1990) выделяет следующие формы сексуальной дезадаптации.

#### *Социально-психологическая дезадаптация супругов*

Наиболее частыми причинами социально-психологической дезадаптации партнерской пары являются: отсутствие взаимных чувств любви и уважения; черты характера одного из супругов, негативно воспринимаемых другим; несоответствие взглядов, интересов, установок, ролевого поведения в семье; отрицательное восприятие супруга(и) как мужа, отца, мужчины, хозяина (жены, матери, женщины, хозяйки и т. д.).

Развитие данного варианта сексуальной дисгармонии бывает, обычно, постепенным. Характерными клиническими проявлениями являются снижение либидо и эрекции у мужчин и снижение либидо и аноргазмия у женщин. Необходимо отметить, что сексуальное расстройство в таких случаях проявляется только по отношению к конкретному партнеру. В результате социально-психологической дезадаптации супругов может наблюдаться псевдоимпотенция и псевдофригидность.

При данном варианте сексуальной дисгармонии его нейрогуморальная, эрекционная и эякуляторная составляющие у мужчин, а также нейрогуморальная и генитально-сегментарная составляющие у женщин остаются сохраненными. В то же время психическая составляющая физиологического компонента оказывается ослабленной.

Психологические исследования супружеских пар с сексуальной дисгармонией показывают, что у партнеров часто встречаются следующие черты характера: деспотичность, самовлюбленность, жестокость, негативизм, тревожная мнительность, зависимость, чрезмерный конформизм, эффективная неустойчивость, пассивная подчиняемость, жертвенность, патологическая замкнутость. Социально-психологическая дезадаптация чаще встречается у лиц с высоким образовательным индексом, в малолетних семьях. У партнеров наблюдаются различные невротические реакции, в основе которых лежат конфликтные ситуации в семье (не сексуального плана).

#### *Сексуально-поведенческая дезадаптация супругов*

Сексуальная дисгармония обычно развивается при несоответствии диапазона приемлемости, отсутствию оптимизации техники и условий проведения полового акта. Сексуальные отклонения у супругов при этом обычно носят относительный характер.

Развитие данного варианта сексуальной дисгармонии может быть обусловлено следующими причинами и условиями:

- 1) отсутствие приемлемости действий, направленных на сексуальное возбуждение в предварительном периоде полового акта;
- 2) несоответствие выбора позы при половом акте варианту, наиболее усиливающему сексуальное возбуждение;
- 3) отсутствие действий, оптимизирующих заключительный период;
- 4) наличие форм полового поведения одного из супругов, не соответствующих ожиданиям другого.

Развитие данной формы сексуальной дисгармонии обычно начинается с первых же половых актов.

У мужчин вначале чаще всего наблюдается снижение эрекции и преждевременное семяизвержение. В последующем происходит снижение половой активности, развивается гипо- и алибидемия и притупляется оргазм.

У женщин при сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары развивается сексуальная гипестезия с аноргазмией, а затем происходит и снижение либидо вплоть до алибидемии.

Социально-психологический и физиологический компоненты сексуальной гармонии в подобных случаях, как правило, остаются сохранными. При этом один или оба супруга обнаруживают черты эгоцентризма, деспотичности, самовлюбленности, пассивной подчиняемости.

Данный вариант сексуальной дисгармонии осложняется различными невротическими реакциями. Их формирование зависит от глубины и характера конфликта, межличностных отношений между партнерами, а также от конституционально-типологических особенностей супругов.

*Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии.*

Данный вариант сексуальной дисгармонии обусловлен отсутствием у партнеров достаточных знаний и представлений о норме, физиологических колебаниях, патологии сексуальной функции, при недостаточной подготовке молодых супругов к семейной жизни и отсутствии у них сексуального опыта. Этому подчас способствует психологическое индуцирование, исходящее от окружающих лиц и случайных источников, мнения и советы которых могут способствовать формированию неправильных психологических установок у недостаточно опытных лиц. В таких условиях партнеры возводят на себя надуманные изъязны и предъявляют к себе неадекватные требования.

Развитие указанного варианта чаще всего не приводит к расстройствам сексуальной функции в собственном смысле этого слова. Однако происходит ослабление или даже утрата психосексуальной удовлетворенности, развитие псевдоимпотенции и псевдофригидности.

При данной форме дисгармонии выявляется первичное поражение информационно-оценочного компонента сексуальной гармонии при сохранности социально-психологического, сексуально-поведенческого и физиологических компонентов. При этом психологическое исследование выявляет наличие признаков повышенной внушаемости. Данный вариант дисгамии наблюдается преимущественно у лиц с признаками психического инфантилизма, с чертами тревожной мнительности и патологической замкнутости, он сопутствует развитию различных невротических реакций.

*Сексуальная дисгармония вследствие расстройств сексуальной функции у одного из супругов*

Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары, помимо прочих причин, может быть также следствием расстройства сексуальной функции у мужа или жены.



Наиболее часто встречаются расстройства мужской потенции и проявлениями фригидности, которые приводят к нарушениям гармонии супружеских отношений. При этом определенную роль играют половая конституция и личностные особенности каждого из супругов.

*Сексуальная дисгармония вследствие расстройства мужской потенции*

Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары при расстройстве мужской потенции в зависимости от формы бывает обусловлено слабостью эрекции, преждевременным семяизвержением и снижением половой активности мужчины.

При этом реакция женщины на расстройства мужской потенции зачастую носит избирательный характер. Многие женщины, например, значительно тяжелее реагируют на половую слабость мужей вследствие злоупотребления алкогольными напитками и в то же время меньше реагируют на расстройства мужской потенции в связи с соматическими заболеваниями (Кришталь В.В. с соавт., 2002).

В целом непосредственной причиной развития сексуальной дисгармонии в связи с расстройством мужской потенции является не столько ее причина и форма, сколько ее характер (качество эрекции, продолжительность полового акта, половая активность), а также конституция жены, ее характерологические особенности, значимость для нее половой жизни и уровень психологической адаптации супругов.

Наиболее характерным проявлением сексуальных отклонений у женщин в связи с расстройством потенции у мужа является аноргазмия, к которой впоследствии присоединяются гипо- или алибидемия и сексуальная гипостезия.

При этом у женщин нередко наблюдается развитие псевдофригидности, которая впоследствии может трансформироваться в паторефлекторную форму фригидности или в ситуационный невроз. В это случае наблюдается поражение физиологического компонента сексуальной гармонии, которое нередко приводит к последующему ослаблению сексуально-поведенческого компонента.

Следует отметить известную зависимость, наблюдающуюся у мужчин с расстройствами половой потенции: чем они моложе, чем меньше их супружеский опыт, тем чаще у них встречается паторефлекторная форма первичного расстройства потенции; в среднем возрасте чаще встречается дисрегуляторная, в пожилом — абстинентная.

*Сексуальная дисгармония вследствие расстройства сексуальной функции у женщин*

Сексуальная дисгармония супружеской пары может быть обусловлена фригидностью, вагинизмом и наличием гениталгий у женщины. Развитие

сексуальной дисгармонии супружеской пары вследствие фригидности может быть обусловлено снижением либидо, сексуальной гипестезией и аноргазмией у женщин, что обычно приводит к ее негативному отношению к половой жизни. Развитие сексуальной дисгармонии при вагинизме и гениталгиях возникает в результате невозможности нормальной половой жизни из-за болезненных спазмов или различных болевых ощущений в области половых органов женщины. Реакция мужа на половую холодность жены зависит от типа его половой конституции, значимости для него половой жизни и личностных особенностей.

Характерным клиническим проявлением фригидности у большинства женщин является алибидемия и сексуальная гипестезия. Это приводит к снижению половой активности и развитию гипозрекции у значительной части их супругов. У ряда мужчин в таких условиях развивается псевдоимпотенция, которая впоследствии при неблагоприятных условиях может трансформироваться в паторефлекторную форму расстройства потенции или ситуационный невроз с вторичной половой слабостью.

При данной форме дисгамии ослабляется ее физиологический компонент вследствие поражения нейрогуморальной, психической и генитально-сегментарной составляющих копулятивного цикла. Ослабление физиологического компонента сексуальной гармонии приводит к ослаблению сексуально-поведенческого компонента, что усугубляет сексуальную дисгармонию.

Развитие паторефлекторной формы фригидности наблюдается чаще у женщин с чертами тревожной мнительности и истероидными особенностями характера.

Возникновение невротических реакций у одного или обоих супругов при рассматриваемом варианте сексуальной дисгармонии зависит от тех же факторов, что и при варианте сексуальной дисгармонии вследствие расстройств мужской потенции.

## **Тема 8**

### **Перверсии и девиации**

Прежде чем приступить к описанию данного вида расстройств, необходимо дать объяснение понятиям перверсии и девиации. Термин *девиация* (девиантное поведение) имеет более широкое понятие и подразумевает под собой отклонение от общепринятых норм и установленных стандартов (юридических, моральных или социальных), приводящее к социальной дезадаптации. Девиантность определяется соответствием или несоответствием

поступков социальным нормам (ожиданиям), которые могут быть спорными (даже убийство не абсолютно негативно — на войне оно поощряемо). Проявления девиантного поведения могут касаться не только сексуальной сферы человека.

*Сексуальными девиациями* (франц. *deviation* от лат. *deviare* — сбиваться с пути; синонимы — парафилии, парапатии, паразерозии, сексуальные парестезии, перверситеты) называются различные формы отклонений от общепринятых в рамках данной культуры формы полового поведения, не относящиеся к болезненным состояниям. Термин *перверсия* (половое извращение) более «узок» и обозначает фиксированное стойкое сексуальное поведение, связанное с отклонениями в выборе сексуального объекта или способа сексуального удовлетворения (Сексология, энциклопедический справочник, 1993). Прежде понятием «половое извращение» (сексуальная перверсия) обозначали любую сексуальную девиацию (Снежневский А.В., 1983). При этом все они рассматривались как болезненные состояния и, кроме того, их расценивали негативно с точки зрения морали. Впоследствии было установлено, что группа сексуальных девиаций не является однородной и распадается на большую группу сексуальных отклонений (девиаций), не имеющих характера заболевания, и значительно меньшую группу патологических сексуальных отклонений, имеющих прогрессирующий (половые извращения, перверсии) или импульсивный тип течения. Не все перверсии приводят к совершению сексуальных преступлений. Такие формы, как гомосексуализм (если он не связан с педофилией), фетишизм, нарциссизм, в настоящее время не являются противоправными. Однако нарушения полового влечения по возрасту (педофилия, эфебофилия) и форме реализации (эксгибиционизм, инцест, фроттеризм) являются наказуемыми формами сексуального поведения (Кришталь В.В. с соавт., 2002).

Отношение общества к различным формам сексуального поведения менялось в различные культурно-исторические эпохи. Если до Средневековья многие девиации таковыми не считались и даже поощрялись, то в дальнейшем они были признаны христианской церковью «от дьявола». Впоследствии терпимость общества к ним увеличивалась, но до настоящего времени наблюдается различное отношение к сексуальным девиациям: от высмеивания до уголовного наказания и отношения к девиации как болезни (Имелинский К., 1986).

Причины развития сексуальных девиаций пытаются объяснить много теорий (врожденных нарушений, эндокринных и органических нарушений, следствие заболеваний и др.), но ни одна из них полностью не справилась до настоящего времени с этой задачей (Темин П.А. с соавт., 1989;

Хомская Е.Д. с соавт., 1992; Хайт Н.З., 1993). На практике чаще всего к развитию той или иной девиации приводит сочетание различных факторов (дизонтогенетическая концепция) (Васильченко Г.С., 1983). Важно отличать половые извращения (перверсии) и половые изощрения. Например, орогенитальный контакт, если он применяется в стадии предварительных ласк и приемлем обоими партнерами, может быть расценен как вариант нормы. То же действие, но доставляющее дискомфорт или неприемлемое одним из партнеров, может быть расценено как отклонение (девиация). И наконец, те же действия, используемые как средство морального унижения и причинения физического страдания партнера (если это не доставляет ему удовольствия), могут быть расценены как половое извращение садомазохистского типа (перверсия) (Сексология: энциклопедический справочник, 1993; Ткаченко А.А., 1997). Burger-Prinz Н. с соавт. (1976) предложил шкалу тяжести девиации, основываясь на трудности создания и развития межличностных связей. Эта шкала начинается с уровня «партнер — предмет» (фетишизм), затем идет «анонимный партнер» (эксгибиционизм, вуайеризм, фроттаж), «однополоый партнер» (гомосексуализм, мастурбация, нарциссизм, трансвестизм), «незрелый партнер» (педофилия, геронтофилия), гетеросексуальность. Различные условия могут способствовать задержке развития на каком-либо уровне.

#### **Критерии парафилий (по DSM-IV)**

А. Существование на протяжении не менее 6 месяцев периодически повторяющихся, интенсивных, сексуально возбуждающих фантазий, сексуальных побуждений или поведения.

Б. Фантазии, сексуальные побуждения или поведение вызывают клинически значимый дистресс либо нарушение в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.

Необходимо отметить, что осознание человеком своих отличий в сексуальном поведении и ощущениях может приводить к возникновению внутреннего конфликта, сила которого зависит от отношения общества к тому или иному типу девиации.

На практике определение полового извращения (перверсии) основывается на обнаружении некоего доминирующего проявления в виде стереотипных форм сексуального поведения, которому сопутствуют так называемые ведущие симптомы, выделенные Н. Giese (1962):

- подверженность чувственности. Человек с перверсией утрачивает независимость от чувственных впечатлений, перестают быть только символом, а становятся сигналом начала цикла сексуальных реакций;

- возрастание частоты и ослабление чувства удовлетворения. Переживание сексуального удовлетворения становится фрагментарным и ограничивается кратковременным ощущением разрядки, которое в свою очередь становится все более слабым и разочаровывающим. В связи с этим еще быстрее появляется желание сексуального удовлетворения;
- проявления промискуитета и анонимности сексуальных контактов.

В условиях перверсной сексуальности не формируется глубокая партнерская связь, отсутствует выбор партнера и постоянный поиск носителя желаемого стимула или предпочитаемого поведения, т. е. поиск любого адекватного партнера с подобным стимулом. При этом личность партнера обычно остается анонимной;

- развитие фантазии. Чем больше сексуальные действия отклоняются от нормы, тем в большей степени принимает участие фантазия;
- переживания, приобретающие характер болезненной привычки.

Существует определенное сходство между сексуальной перверсией и болезненными привычками и пристрастиями, которое заключается в нарастающей социальной неприспособленности, изоляции, а в крайних случаях — и оскудении личности;

- периодичность нарастания сексуального беспокойства.

В отличие от животных сексуальность человека не подвержена периодическому усилению сексуального влечения. Однако перверсные импульсы возникают периодически и могут появляться в промежутках нормального сексуального поведения. При этом возникает чувство беспокойства, «нагнетания», которое постоянно побуждает искать раздражители и стимулы сексуального характера. При этом беспокойство может оказаться сильнее любых социальных условностей. Патологические формы сексуальных отклонений по варианту течения можно разделить на следующие группы (Имелинский К., 1986):

- проявляющие прогрессирующее течение;
- проявляющие импульсивный характер сексуального поведения.

*Прогрессирующие формы (половые извращения)*

Для этой формы характерно постоянное усложнение характеристик перверсии. В определенном периоде жизни, перверсия существует уже как бы сама по себе и принимает неодолимый характер. Она не интегрируется с личностью, не соответствует стилю жизни, ее невозможно подавить или контролировать. Она нарастает, заполняет собой все переживания в такой мере, что девиант уже не в состоянии сопротивляться этого рода сексуальности, не имеет возможности свободно принимать

решения и находится под влиянием необходимости удовлетворения девиантных потребностей посредством соответствующих действий. При этом специфические сенсорные раздражители приобретают характер стимулов, которым невозможно противостоять (например, голос ребенка для девиантов с педофилией). Начинает возрастать частота девиантных сексуальных актов с одновременным снижением уровня сексуальной удовлетворенности. Нарастает количество промискуитетных и анонимных сексуальных контактов, развиваются девиантные по содержанию фантазии, изощренность сексуальных действий. Отсутствие удовлетворения из-за внутриспсихического конфликта в рамках девиантных сексуальных актов способствует прогрессирующему течению половых извращений. Вместо чувства удовлетворения после девиантного акта возникает беспокойство и отвращение. При этом возникает ощущение близости оргазма и удовлетворения, однако они обычно не наступают, поскольку чувство вины не позволяет пережить максимальное наслаждение. Таким образом, девиантный половой акт характеризуется неспособностью доставить полное наслаждение и эмоциональное наслаждение. Одним из основных моментов, усиливающих механизмы прогрессирующего течения половых извращений, является своеобразная необходимость наказания. Девиантные действия вызывают чувство вины, которое в свою очередь вызывает потребность наказания себя. Формой наказания становится девиантный акт, который опять-таки усиливает чувство вины, что снова стимулирует новые девиантные действия. По мере усложнения картины девиации может видоизменяться сама девиантная активность. За счет этого выявляются те формы девиации, которые до этого момента были скрытыми. Например, при эксгибиционизме возможен переход к трансвестизму и транссексуализму.

#### *Импульсивные формы*

Импульсивные формы возникают в результате внутриспсихической борьбы личности с сексуальной девиацией путем ее подавления (вытеснения). Несмотря на это подавление, временами девиантные действия могут совершаться. Однако при этом отсутствует состояния эмоционального напряжения, интраспсихические конфликты, а также чувство беспокойства и принуждения, характерные для прогрессирующего течения, поскольку девиация оказывается вытесненной. Девиантные действия обычно возникают неожиданно, под воздействием неких посторонних факторов (повышенные эмоциональные нагрузки, острые конфликты, алкогольное опьянение). Подобные временные «вспышки» могут быть импульсивными, но не обязательно однократными. После совершения девиантного полового акта для человека представляется

очень трудным примириться с тем, что произошло, он не приемлет этого и не может полностью осмыслить. Импульсивные проявления девиации для такого человека являются чуждыми и непонятными, поскольку в своем сознании он не допускает подобного поведения. Основным признаком, отличающим данную форму девиаций от прогрессирующих форм течения девиаций, является отсутствие предварительной борьбы, конфликтов и сопротивления, направленных на преодоление девиации. Таким образом, импульсивные сексуальные действия являются временными, возникающими в конкретной ситуации вспышками девиантных потребностей, в остальное время полностью вытесненными, неприемлемыми в сознании девианта и даже не замеченными им.

Отечественные авторы выделяют несколько иные по значению формы девиаций. Так, В.В. Кришталь с соавт. (2002) по динамике развития выделяет:

- прогрессирующий тип, для которого характерно структурное усложнение во времени психопатологической картины за счет включения новых компонентов, нарастание силы влечения;
- стационарный тип с отсутствием изменений, внутренним конфликтом и длительным этапом нереализованности девиации;
- регрессирующий тип определяется постепенным упрощением и обеднением картины перверсии.

Те же авторы выделяют следующие варианты течения перверсий:

- импульсивный — с постепенным накоплением астенизирующих личностных факторов (инфекционные заболевания, переутомление, психогении), отсутствием осознания побуждений к девиации и возникающим внезапно, без борьбы мотивов сексуальным влечением и амнезированием экссесса;
- компульсивный, характеризующийся осознанием девиации, которая является единственным способом реализации сексуального желания;
- навязчивый с длительным существованием перверсивного влечения без его реализации и конфликтом между ним и морально-этическими установками человека.

Необходимо отметить, что девиации и перверсии разнообразны и могут сочетаться.

### **Расстройства половой идентификации (F64)**

*Транссексуализм (F64.0)* представляет собой ощущение принадлежности к противоположному полу. Желание жить и быть принятым в качестве лица противоположного пола, продолжающееся не менее двух лет, обычно сочета-

ется с чувством неадекватности или дискомфорта от своего анатомического пола или с желанием получить гормональное или хирургическое лечение с целью сделать свое тело как можно более соответствующим избранному полу. Как отмечал К. Имелинский (1986): «Человек с транссексуализмом чувствует себя мужчиной, заключенным в тело женщины и наоборот».

В отечественной сексопатологии принято деление транссексуализма на ядерные и краевые варианты. Первый вариант практически не зависит от влияний микросреды и без смены пола адаптации не поддается. Второй вариант отличается мягкостью течения и оценивается как внешне компенсированный и социально адаптированный, несмотря на сохраняющееся ощущение принадлежности к противоположному полу.

Данные о распространенности данного расстройства противоречивы. Соотношение транссексуалов, желающих сменить мужской пол на женский (M-to-F), и тех, кто хочет сменить женский пол на мужской (F-to-M) в западных странах составляет 2 : 1, в нашей стране соотношение обратное (Кон И.С., 2004). Большинство транссексуалов не страдают психическими расстройствами (Cole C.M. et al., 1997), а своевременная диагностика и лечение (смена пола) приносят им облегчение.

Как правило, данное расстройство впервые проявляется еще в детском возрасте (и всегда до начала пубертата), выражающееся стойкой озабоченностью одеждой и/или занятиями, свойственными противоположному полу (Zucker K.J., 2002). Это расстройство не следует путать с нонкомформизмом по отношению к общепринятому половому поведению. Обычно данное расстройство манифестирует до начала пубертата. Характерной особенностью является то, что дети с расстройством половой идентификации отрицают наличие переживаний по этому поводу. Обычно, начиная с дошкольного возраста и в последующем, мальчики и девочки увлечены играми и другими формами деятельности, традиционно считающимися свойственными для противоположного пола. Часто ими может отдаваться предпочтение одежде противоположного пола. Однако подобное переодевание не вызывает полового возбуждения в отличие от фетишистского трансвестизма у взрослых. Мальчики могут иметь очень сильное желание участвовать в играх и развлечениях девочек, куклы женского пола часто являются их любимыми игрушками, в качестве партнеров для игр они постоянно выбирают девочек. Откровенно женское поведение может уменьшаться в период юности, однако катамнестические исследования показывают, что в юношеском возрасте и позже у мальчиков с расстройством половой идентификации в 1/3 — 2/3 случаев проявляется гомосексуальная ориентация. В клинической практике расстройство половой идентифика-



ции у девочек наблюдается реже. У них также наблюдается предпочтение к играм и игрушкам, свойственным противоположному полу. Девочки обычно не подвергаются столь сильному остракизму, как мальчики, хотя и могут страдать от насмешек. Большинство из них отказываются от преувеличенной настойчивости в мужских видах деятельности и одежде по достижению юношеского возраста, но у некоторых могут сохраняться мужская идентификация и проявляться гомосексуальные тенденции. Иногда данное расстройство может сочетаться с постоянным отверганием анатомических структур, свойственных данному полу. У девочек это может проявляться в виде утверждений о том, что у них растет половой член, в нежелании, чтобы у них выросли молочные железы, начинались менструации или нежелании мочиться в сидячем положении. У мальчиков — утверждениями о том, что, когда они вырастут, они превратятся в женщину, что половой член и яички отвратительны, что они исчезнут или будет лучше, чтобы их не иметь (МКБ-10, 1999).

От транссексуализма отличается *трансвестизм двойной роли* (трансролевое поведение) (F64.1), который проявляется ношением одежды противоположного пола как образа жизни с целью получения удовольствия от временного ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Однако данные действия не сопровождаются желанием более постоянного изменения пола или связанной с этим его хирургической коррекцией. Переодевание при этом расстройстве не сопровождается возбуждением, что отличает его от *фетишистского трансвестизма* (МКБ-10, 1999).

*Фетишизм* (F 65.0) представляет собой использование какого-либо неодушевленного предмета (фетиша) в качестве стимула для сексуального возбуждения и сексуального удовлетворения (МКБ-10, 1999). В большинстве случаев встречается у мужчин, хотя существуют и противоречащие этому данные (Raphling D.L., 1989). Некоторые фетиши являются дополнениями к человеческому телу (предметы одежды, обуви и др.), другие характеризуются особым материалом (резина, латекс, пластик, кожа и др.). Фетиши могут служить для повышения сексуального возбуждения (одевание партнера в определенную одежду). Необходимо отметить, что фетишизм может быть диагностирован, только если фетиш является наиболее значимым источником сексуального возбуждения или необходим для удовлетворительного сексуального желания. Иными словами, если символ превращается в фетиш, т.е. приобретает самостоятельное существование. Фетишистские фантазии встречаются довольно часто. Однако они не считаются расстройством до тех пор, пока не приводят к ритуальным действиям, которые являются столь непреодолимыми и неприемлемыми,

что препятствуют осуществлению полового акта и вызывают страдания у партнера или самого индивидуума.

*Фетишистский трансвестизм* (F65.1). Подразумевает надевание одежды противоположного пола для достижения сексуального возбуждения (МКБ-10, 1999). В отличие от простого фетишизма, фетиш надевается или используется, чтобы сделать внешность субъекта похожей на внешность, свойственную противоположному полу. Поэтому обычно надевается не один, а целый комплект одежды. Данный вид расстройства отличается от транссексуального трансвестизма тем, что четко связан с сексуальным возбуждением и наличием сильного желания снять одежду после достижения оргазма и снижения сексуального возбуждения. Фетишистский трансвестизм обычно рассматривается как ранняя фаза развития транссексуализма.

*Эксгибиционизм* (F65.2) — периодическая или постоянная склонность к демонстрации собственных половых органов незнакомым людям (обычно лицам противоположного пола) или в общественных местах без предложения или намерения более близкого контакта. Обычно во время демонстрации наблюдается сексуальное возбуждение, сопровождающееся мастурбацией. Разновидностями данного вида сексуальных расстройств являются *эксгибиционизм садистического типа* (максимальное удовлетворение получается при виде страха или испуга жертвы), *мазохистического типа* (максимальное удовольствие получается при агрессивной реакции жертвы) (МКБ-10, 1999). Внешне эксгибиционизм выглядит пугающе и агрессивно и подпадает под статью о «развратных действиях». Однако в большинстве своем эксгибиционисты довольно робкие, застенчивые, боящиеся женщин люди, поскольку данное расстройство — типичный невротический синдром (Кон И.С., 2004).

*Вуайеризм* (F65.3) — периодически возникающая или постоянная склонность наблюдать за людьми, занимающимися сексом или раздевающимися. Обычно приводит к возбуждению, сопровождается мастурбацией и осуществляется тайно от наблюдаемого лица. Необходимо отметить, что элементы вуайеризма могут наблюдаться, например, у мальчиков в период полового созревания, впоследствии они проходят. Некоторые исследователи считают, что пристрастие к вуайеризму впоследствии может трансформироваться и приобретать «окультуренные» формы (наблюдение стриптиза) (Кратохвил С., 1991).

*Педофилия* (F65.4) — сексуальное предпочтение детей обычно препубертатного или раннего пубертатного возраста. Некоторых педофилов привлекают только девочки, других — мальчики, третьи — бисексуальны в этом смысле. Чаще встречается у мужчин. Может сочетаться с определенным вида

фетишизмом (отдается предпочтение мальчику или девочке в определенной одежде, например, в школьной форме, гетрах определенного цвета, с завязанными бантиками и т.п.). Необходимо отметить, что подобные контакты социально неодобряемы, особенно если их участники одного пола, но они не обязательно связываются с педофилией. Отдельный случай, особенно если виновник состоявшегося контакта сам юношеского возраста, не свидетельствует о наличии постоянной или доминирующей наклонности, необходимой для постановки диагноза. Однако в число педофилов включены мужчины, которые, предпочитая взрослых сексуальных партнеров, из-за постоянных фрустраций при установлении соответствующих контактов, привычно обращаются к детям в качестве замены. Поведение определяется как педофилия также и в тех случаях, когда мужчины сексуально посягают на собственных детей препубертатного возраста (МКБ-10, 1999). В настоящее время остается спорным вопрос, является ли педофилия психическим расстройством (Соловьева Н.П., 2003).

*Садомазохизм* (F65.5) — предпочтение сексуальной активности, включающей в себя причинение боли или унижения. Если лицо предпочитает испытывать боль или унижение, это называется мазохизмом, если предпочитает причинять боль или унижение — садизмом. Возможно смешивание этих тенденций. Говорить о садомазохизме можно лишь в тех случаях, когда садомазохистская активность является наиболее значительным источником сексуальной стимуляции или необходима для сексуального удовольствия, поскольку слабые проявления садомазохистской стимуляции могут применяться для усиления нормальной сексуальной активности (МКБ-10, 1999). Часто бывает трудно отграничить садомазохизм от проявлений жестокости и гнева, наблюдающихся в сексуальных ситуациях. В этом случае жестокость и гнев не связаны с половым чувством, в то время как садомазохизм необходим для эротического возбуждения.

### **Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу (F66)**

*Гомосексуализм* (гомосексуальный тип — F66.x0, гомео+ лат. *sexus* — пол, гомоэротизм, гомофилия, сексуальная инверсия, эквисексуализм, уранизм, сафизм, трибадия). Представляет собой сексуальное отклонение, характеризующееся сексуальным влечением к лицам своего пола. В различных странах существуют различные жаргонные названия гомосексуалистов (например, «голубые», геи — применительно к гомосексуалистам мужского пола, лесбиянки — к гомосексуалистам женского пола). С середины XIX века термин гомосексуализм употребляется для обозначения сексуальной активности,

сексуальных связей (а не только полового влечения) между лицами одного пола.

Распространенность гомосексуализма, по данным разных авторов, варьирует среди мужчин от 1 до 4%, у женщин — от 1 до 3% (Сексология, энциклопедический справочник, 1993). В то же время, согласно исследованиям E. Laumann et al. (1994), 2,8% мужчин и 1,4% женщин считают себя в большей или меньшей степени гомо- или бисексуалами, 4,9% мужчин и 4,1% женщин имели какой-то гомосексуальный опыт после достижения 18 лет (со времени сексуального созревания его имели 9,1% мужчин и 4,3% женщин), 7,7% мужчин и 7,5% женщин испытывали сексуальное влечение к противоположному полу. Гомосексуальные игры встречаются у детей, хотя обычно они 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%. По данным А. Кинзи, пренубертатные гомосексуальные игры были отмечены у 52% юношей и 35% девушек. Хотя бы один контакт в течение жизни с лицом одноименного пола имели 48% мужчин (в 37% случаев завершился оргазмом) и 28% женщин (13% из них испытали при этом оргазм).

Этиология и патогенез гомосексуализма полностью неизвестны. Некие контакты и привязанности, которые можно расценивать как гомосексуальные, описаны более чем у 450 видов животных (Bagemihl B., 1999). Согласно нейроэндокринной теории, гомосексуализм предопределяется нарушениями процесса половой дифференциации мозга в пренатальном периоде. J. Dornet и соавт. (1972) у феминизированных мужчин-гомосексуалов выявили реакции женского типа на введение эстрогенного препарата, а у некоторых женщин-гомосексуалок — мужского типа. Подобные явления не наблюдались в контрольной группе. Это указывает на неполноценную маскулинизацию мозга у гомосексуальных мужчин и его частичную маскулинизацию у гомосексуальных женщин. 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 сексуальных функций. 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 отмечают изменение баланса между тестостероном и эстрогенами и в меньшей степени изменение концентрации гормонов. Таким

образом, нейроэндокринная и эндокринная теории взаимно дополняют друг друга. С ними связана и генетическая теория гомосексуализма. Выявлена высокая конкордантность по гомосексуализму у близнецов, что может быть обусловлено как общим для них экзогенным фактором в критическом пренатальном периоде, так и генетически фиксированной предрасположенностью к нарушению дифференциации мозга.

Становлению гомосексуализма способствуют также этиологические факторы и патогенетические механизмы, свойственные перверсиям в целом.

Возникновению гомосексуальной направленности полового влечения способствуют и неблагоприятные влияния микросоциальной среды. В связи с этим 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. Такое воспитание особенно сказывается на женщинах. Попытки матери предотвратить раннее соращение и убедить дочь в том, что все мужчины подлещы и негодяи, часто формируют негативное отношение к мужчинам, которое может мешать становлению гетеросексуального влечения и общению со сверстниками. В подобных случаях требуется длительная психотерапевтическая работа с пациенткой с постепенным введением в круг ее общения мягких, добрых и ласковых юношей или мужчин и полной изоляцией от женщин. Молодой возраст и легкость достижения оргазма делают возможным переключение полового влечения на гетеросексуальное. В то же время З. Фрейд утверждал, что однополая любовь присуща всем людям, что человек по природе бисексуален, а соотношение гетеро- и гомоэротических компонентов определяется только в процессе индивидуального развития.

Традиционно сексуальная ориентация делится на три составляющие: гетеросексуализм, гомосексуализм и бисексуализм. Однако между этими крайними проявлениями существует масса переходных состояний. Поэтому в «решетке» сексуальных ориентаций А. Klein (1990) представлено семь параметров:

- сексуальное влечение,
- сексуальное поведение,
- сексуальные фантазии,
- эмоциональные предпочтения,
- социальные предпочтения,
- стиль жизни,
- самоидентификация.

Клинические проявления гомосексуализма довольно разнообразны. 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. Подобные пациенты обычно к сексопатологам не обращаются. Они в основном социально адаптированы, не пытаются бороться с перверсией. В отношении своего партнера такие гомосексуалы играют роль представителей противоположного пола. Мужчины охотно берут на себя все заботы о доме, с удовольствием занимаются приготовлением пищи и другими чисто «женскими» обязанностями, т. е. играют роль жены в гомосексуальной паре. Подчас их поведение становится утрированным, 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 между партнерами при этом не отличимы от истинной любви со всеми ее атрибутами (самоотдача, ревность и т. д.). В случаях трансформации половой роли у женщин в их гомосексуальном поведении проявляются маскулинные черты.

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

По иному формируются варианты гомосексуализма на фоне задержки психосексуального развития. Среди них также встречается трансформация половой роли, хотя она значительно мягче и менее выражена. Появившееся гомосексуальное половое влечение в результате постоянной и трудной борьбы долго не реализуется. Компенсацией служат работа, спорт и различные увлечения. Иногда как частичное разрешение конфликта между половым влечением и негативным отношением к нему практикуются заместительные формы сексуальной активности. Мужчины-гомосексуалы часто посещают общественные бани, где они могут найти объект как для истинных сексуальных контактов, так и для суррогатных форм половых отношений (скопофилия, взаимный массаж и т.д.). К заместительным формам гомосексуальной активности относится и поверхностный петтинг.

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 полоролевого поведения нередко обусловлена неправильным воспитанием пола ребенка. Гомосексуализм, формирующийся на фоне задержки становления сексуальности, поверхностный, не затрагивает ядра личности, поддается терапевтической коррекции. Он часто проявляется только перверсными 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. 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, у женщин не наступает достаточного полового возбуждения и оргазма. Даже при сильном желании наладить семейную жизнь мужчин задолго до первых попыток мучают сомнения в своей полноценности, что нередко становится единственной причиной неудач.

Попытки лечения больных, скрывающих свои гомосексуальные тенденции и другие половые извращения, обычно безуспешны, так как лечение бывает неадекватным.

Транзиторные заместительные формы гомосексуализма встречаются при невозможности адекватно реализовать гетеросексуальное половое влечение (например, изоляция в однополых коллективах и т.д.) и при явлениях гиперсексуальности в результате патологического расширения диапазона влечения. Обычно они преходящие, и при возможности гетеросексуальная половая жизнь возобновляется. Возможно формирование гомосексуализма у подростков с умственной отсталостью при растлевающих и совращающих действиях взрослых. Гомосексуализм, как и другие перверсии, может сочетаться с иными половыми извращениями, что обуславливает полиморфизм клинических проявлений.

Сводная таблица парафилий и девиаций (Karlan H., Sadock B., 1999)

| Расстройство              | Определение   | Общие замечания  |
|---------------------------|---|--|
| Экзбиционизм              | Обнажение своих половых органов перед незнакомыми и не ожидающими этого лицами.<br>Чаще встречается у мужчин  | Сремление шокировать лицо, его реакция является подтверждением, что эксбиционист потенциально способен к совокуплению  |
| Фетишизм                  | Половое возбуждение возникает при созерцании неодушевленных предметов (обуви, волос, предметов одежды)  | Чаще встречается у мужчин. За подобным поведением часто следует чувство вины   |
| Фротте-ризм               | Половое возбуждение и удовлетворение достигаются трением половыми органами о верхнюю одежду   | Обычно встречается у пассивных, неуверенных в себе мужчин. Наблюдается в многолюдных местах, транспорте  |
| Педофилия                 | Половое влечение к детям, не достигшим 13 лет   | Наиболее часто встречающаяся перверсия. 95% педофилов гетеросексуальны, 5% — гомосексуальны. Характерен высокий риск повторения этих действий и боязнь нормальной половой жизни, низкая самооценка. 10—20% детей в возрасте до 18 лет подвергались домогательствам со стороны взрослых |
| Мазохизм                  | Сексуальное возбуждение при грубом физическом или психическом воздействии или унижении (моральный мазохизм) со стороны партнера   | Защита от чувства вины, связанное с сексом наказание, направленное против самого себя  |
| Садизм                    | Сексуальное возбуждение вследствие причинения психических или физических страданий другому человеку   | Наблюдается преимущественно у мужчин. Расстройство названо по имени маркиза де Сада. В некоторых случаях садисты способны совершать изнасилования  |
| Фетишистский трансвестизм | Надевание одежды противоположного пола для того, чтобы добиться сексуального возбуждения  | Наиболее часто используется для того, чтобы вызвать гетеросексуальное возбуждение. Часто мужчина одевает предметы женской одежды. Не путать с транссексуализмом — желанием изменить свой пол   |
| Вуайеризм                 | Сексуальное возбуждение во время созерцания обнаженных или совершающих половой акт людей. Возможен у женщин, чаще у мужчин. Разновидность — прослушивание разговоров эротического содержания (секс по телефону) | Акт вуайеризма обычно приводит к мастурбации или сопровождается ею   |
| Экскреторные перверсии    | Сексуальное возбуждение или манипулирование каловыми массами партнера (копрофилия) или мочой (урофилия)   | Фиксация на анальной стадии психосексуального развития; клизмафилия (использование клизмы для сексуальной стимуляции)  |
| Зоофилия                  | Половые сношения с животными  | Чаще встречается в сельской местности, возможна при отсутствии условий для нормальных половых жизни  |



## Сексуальная зависимость

Понятие сексуальной зависимости (sexual addiction) введено американским психологом Патриком Карнсом (Carnes P., 1989).

Критериями сексуальной зависимости являются (Goodman, 1997):

- нарушение регуляции аффекта;
- нарушение тормозного контроля за сексуальным поведением;
- нарушение функционирования мотивационной системы награды.

Отмечается, что в данном случае речь не идет о гиперсексуальности. Наблюдается потребность повторять один и тот же сексуальный ритуал, поскольку сексуальность носит компульсивный характер и мешает нормальной жизни. По мнению самого П. Карнса, в своем развитии сексуальная аддикция проходит следующие стадии: озабоченности сексом, ритуализации поведения, психической зависимости от ритуалов, чувства отчаяния и стыда.

Отечественные авторы (Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2000) подразделяют сексуальные аддикции на ранние, формирующиеся в юном возрасте и поздние, приходящие взамен другим формам аддикции, а также описывают фазы формирования сексуальной аддикции:

- сверхзанятости мыслями на сексуальную тематику, носящую обсессивный характер. Учащается фантазирование на сексуальную тематику, окружающие представляются, прежде всего, как сексуальные объекты, другие занятия, кроме секса, воспринимаются как неприятная необходимость;
- ритуализации поведения представляет собой разработку схем и ритуалов сексуального характера, для которых специально резервируется время;
- компульсивности сексуального поведения с явлениями потери контроля. Контроль над аддикцией теряется, проявляется компульсивная ее реализация с последующими обещаниями остановиться и усилением комплекса неполноценности;
- катастрофы или отчаяния, с нарастанием отрицательной самооценки, иногда суицидальными мыслями.

После некоторой ремиссии цикл повторяется, зачастую с фазы компульсивного сексуального поведения.

Сексуальная аддикция часто сочетается с различными формами наркоманий и может являться причиной рецидива химической зависимости (Егоров А.Ю. с соавт., 2005).

## Тема 9

### Принуждение и насилие в сексуальных отношениях. Сексуальные преступления

Одной из основных причин сексуального принуждения и насилия является агрессия (Дышлевой А.Ю., 2002). Считается, что мужчины обладают более высокой агрессивностью по сравнению с женщинами (Реан А. Л., 1996; Балабанова Л. М., 1998). Одни авторы связывают это с особенностями гормональной системы мужчин (Чуприков А. П., Цупрык Б. М., 2000), другие объясняют более высокий уровень агрессивности мужчин спецификой процесса их социализации, включающей в себя «тренинг агрессивности» (Блэкборн Р., 2004). Кроме того, агрессивность связывают с наследственностью. Так, общая агрессия выше у тех самцов животных и у тех мужчин, у которых отцы отличались агрессивностью. Известно также, что среди людей с генотипом ХУУ (один на 700 мальчиков) чаще встречаются более высокая агрессивность, преступность и распространенность сексуальных девиаций (Синьоре Ж.-П., 1989). В целом среди причин агрессии выделяются три основные группы: биологические, психологические и социальные. Существуют теории многофакторной обусловленности агрессии. В соответствии с одной из них, агрессивное поведение человека обусловлено темпераментом и научением агрессии. При этом постоянство агрессивного поведения зависит от восприятия ситуации: если субъект получает сигналы, запороговые по отношению к типичной ситуации, и специфически их интерпретирует, то при слабых механизмах контроля за поведением и закрепленных навыках реагирования агрессией на стрессовая ситуация вызывает агрессивное поведение. У таких лиц имеют место пониженная антистрессовая защита, импульсивность, низкий самоконтроль, повышенная готовность к страху, мышечный тип развития (Дышлевой А.Ю., 2002). Выделяются характерные для агрессивных лиц особенности биографии, личности и поведения (Prentky R.A., 1987). К ним относятся большая эмоциональная связь с матерью при одновременном пренебрежении ее личностью; чувство страха перед отцом; неспособность к установлению длительных чувственных связей; отделение сексуальной сферы от чувственной; сексуальный эгоцентризм; агрессивная форма сексуальных контактов, промискуитет. Классическое описание портрета сексуального убийцы дал К. Brittain (1970), как интровертированного, робкого, тревожного, социально изолированного человека с «женоподобным оттенком», амбивалентной привязанностью к матери, сексуальной сдержанностью и неопытностью, с богатыми садистическими фантазиями, визионизмом, фетишизмом или трансвестизмом, чувством приниженности по отношению к другим мужчинам.

Ранее считалось, что сексуальные правонарушения являются следствием неодолимого желания к удовлетворению половой страсти (Дышлевой А.Ю., 2002). В соответствии с современными воззрениями, сексуальные преступления отражают стремление доминировать, подавлять жертву, дают возможность ощутить свое превосходство, при этом сочетаясь с отвращением и презрением (Изард Е., 1999).

Важнейшим требованием, предъявляемым к сексуальным отношениям, является уважение сексуальной неприкосновенности к личности и добровольность. Нарушение этой нормы называется сексуальным злоупотреблением (Кон И.С., 2004).

*Сексуальное домогательство* — навязчивое приставание вопреки желанию лица. Данный вид сексуальных злоупотреблений проявляется в следующих формах (Williams&Brake, 1997):

- принуждение и подкуп (ситуация *quid pro quo*), когда сексуальные отношения осуществляются в обмен на что-либо (например, преподаватель у студентки за положительную отметку);
- недоброжелательная обстановка, если человек испытывает дискомфорт на рабочем месте из-за намеков или действий сексуального характера;
- агрессивные действия (нежелательные объятия, прикосновения);
- ущемление интересов третьих лиц, когда сексуальные (любовные) отношения между людьми затрагивают интересы третьего лица. Например, когда руководитель имеет любовные отношения со своей подчиненной, что дает ей право на различные преференции (карьерный рост), что ущемляет права других сотрудников.

Крайней формой сексуального принуждения (понуждения к действиям сексуального характера) является *изнасилование*.

В отечественной юриспруденции сексуальные преступления входят в раздел VII «Преступления против личности» и раздел IX «Преступления против общественной безопасности и общественного порядка» УК РФ (Ткаченко А.А., 1999):

- убийство, сопряженное с изнасилованием или насильственными действиями сексуального характера;
- преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности (изнасилование, насильственные действия сексуального характера, понуждение к действиям сексуального характера, половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим 16-летнего возраста, развратные действия, преступления против семьи и несовершеннолетних, вовлечение несовершеннолетних в занятие проституцией);

- вовлечение в занятие проституцией;
- организация или содержание притонов для занятия проституцией;
- незаконное распространение порнографических материалов или предметов.

В формировании мотивации сексуального поведения принимают участие биологические, социальные и психологические факторы. У лиц, которые совершают сексуальные преступления, обнаруживаются гипертрофированные сексуальные потребности.

В.В. Кришталь с соавт. (2002) приводит следующую типологию мотиваций и мотивов преступного сексуального поведения:

- *легкомысленно-безответственный тип мотивации* свойственен незрелым, инфантильным, интеллектуально сниженным личностям. У таких лиц мотивы совершения насильственного полового акта носят демонстративный, развлекательный характер и заключаются в стремлении к самоутверждению;
- *агрессивно-эгоистический тип мотивации* характерен для лиц со спонтанными вспышками напряженности, агрессивным аффектом, переоценкой собственной личности. Насильственный половой акт при этом обуславливается стремлением к самоутверждению и демонстративен по характеру. Мотивом совершения насильственных действий сексуального характера является самоактуализация;
- *пассивно-подчиняемый тип мотивации*. Основным мотивом совершения сексуального насилия у таких лиц является подражание. В силу этого они чаще всего принимают участие в групповых сексуальных преступлениях;
- *генитальный тип мотивации*, как правило, отмечается у лиц с интеллектуальным снижением. В этом случае основным запускающим моментом поиска возможности совершить половой акт является появление эрекции. Мотивом является получение оргазма;
- *гомеостабилизирующий тип мотивации* проявляется у лиц, испытывающих некие тягостные ощущения при половом возбуждении. В этом случае мотивом совершения сексуального преступления является мотив снятия сексуального напряжения.
- *девиантофильный тип мотивации* встречается у лиц с нарушенной сексуальной ориентацией. Мотив — удовлетворение девиантного влечения. При этом так же, как и при агрессивно-эгоистическом типе и агрессивно-аверсионном типе, мотив зачастую не осознается.

Необходимо отметить, что мотивация сексуального поведения определяется не отдельными чертами, а всей личностью. При этом одни и те же сек-

суальные преступления могут совершаться по различным мотивам, а один и тот же мотив может приводить к различным сексуальным преступлениям.

Факторы и механизмы, влияющие на формирование патологической сексуальной мотивации:

- *микросреда*. Формирует образ жизни, мотивы поведения, иерархию мотивационной сферы. Формирование в результате неправильного воспитания агрессивных или тревожно-мнительных черт характера, нарушенных процессов коммуникации может приводить к образованию патологических мотиваций в сексуальной сфере;
- *внушение и убеждение*. Формирование сексуального поведения в результате соответствия внутренних позиций личности, ее Я-концепции с внушением и убеждением со стороны значимой группы;
- *взаимодействие личности с ситуацией*. Создание условий для реализации преступления через актуализацию имеющихся мотивационных тенденций.

Необходимо отметить, что формирование изменений личности происходит задолго до совершения преступления, при этом, чем раньше начинаются эти преступления, тем они устойчивее. Преступные действия сексуального характера совершаются по осознаваемому или неосознаваемому механизму. Неосознаваемая мотивация определяется личностными особенностями. Неосознаваемые мотивы обычно возникают либо в результате блокирования возможности сексуальных проявлений, либо вследствие отсроченного во времени действия, закрепившегося в детстве по механизму импринтинга. Неосознаваемая мотивация часто отмечается у истероидных личностей. Осознаваемая мотивация обеспечивает необходимое для личности эмоциональное отношение к своему поведению и к себе. Еще одним вариантом неосознаваемой мотивации являются сексуальные преступления, совершенные в состоянии опьянения. При этом действия могут совершаться импульсивно, без предшествующих намерений. Мотивы такого поведения не осознаются, оно протекает по ускоренному варианту, без процесса принятия решения и осмысления цели, результатов и последствий.

## Тема 10

### Судебно-сексологическая экспертиза. Методы психологического обследования

Судебно-сексологическая экспертиза является разновидностью судебно-медицинской экспертизы и осуществляется в рамках судебной медицины. Судебная медицина — отрасль медицины, освещающая вопросы медицинского

и общебиологического характера применительно к следственной и судебной практике. Она применяется в целях здравоохранения и правосудия. Судебно-сексологическая экспертиза может быть комиссионной: в ней принимают участие только врачи (судебные медики, сексологи, патофизиологи и т.п.). Если же в экспертизе принимают участие не только врачи, но и специалисты других специальностей (психологи, педагоги и др.), говорят о проведении комплексной судебно-медицинской экспертизы. Эксперты различных специальностей по результатам проведенного исследования приходят к выводам, которые содержат ответы на вопросы, поставленные следствием и судом. Правовое положение комиссионных экспертиз определяется Уголовно-процессуальным кодексом РФ (Уголовно-процессуальный кодекс, 2004).

В компетенцию судебно-сексологической экспертизы входят следующие основные задачи (Кришталь В.В. с соавт., 2002):

- определение полового состояния: истинности пола (гемафродитизма и др.); полового самосознания, половой неприкосновенности; половой зрелости; способности к половому сношению; репродуктивной способности (способности к оплодотворению, зачатию, деторождению); беременности (существовавшей, существующей); бывших родов, аборта;
- при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности: определение имевшего место насильственного полового сношения и нанесенных при этом повреждений или попытки к изнасилованию, повлекшей за собой тяжелые последствия; определение развратных действий.

По месту проведения судебно-сексологическая экспертиза производится:

- в официальных учреждениях (бюро судебно-медицинской экспертизы, амбулатории, стационаре, кабинете следователя, помещении суда, месте заключения);
- на дому у испытуемого (как исключение).

По времени проведения судебно-сексологическая экспертиза бывает:

- первичной и дополнительной;
- повторной.

Экспертиза проводится:

- единолично судебно-медицинским экспертом;
- экспертом с участием консультанта-специалиста (при этом участие консультантов-специалистов определяется необходимостью решения вопросов, требующих знаний в других медицинских областях, — установление срока беременности, наличие заболеваний, передающихся половым путем, и оформляется постановлением следователя или определением суда);

- комиссией экспертов (комиссионная экспертиза — не менее двух экспертов). В этом случае эксперты проводят необходимые исследования, приходят к единому мнению, составляют общее заключение и подписывают его. В том случае, если один или несколько экспертов не согласны с мнением остальных, он вправе составить свое отдельное заключение, которое передается следователю или в суд наравне с заключением остальных экспертов.

Все виды судебно-сексологической экспертизы могут производиться в присутствии представителей органов расследования или суда. Гинекологическое обследование малолетних (согласно разделу III «Экспертные исследования лиц женского пола при преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности и по гражданским делам» Приказа МЗ РФ № 161 от 24.04.2003 г. «Об утверждении инструкции по организации и производству экспертных исследований в бюро судебно-медицинской экспертизы») обычно проводится в присутствии одного из родителей, других законных представителей либо сопровождающих старших лиц (педагогов). Экспертиза в амбулатории и стационаре производится в присутствии младшего медицинского персонала, на дому — обязательно в присутствии следователя или уполномоченных им лиц.

*Судебная психолого-психиатрическая экспертиза* назначается в тех случаях, когда для выяснения имеющих значение для дела обстоятельств необходимо проведение исследования пограничных психиатрических и психологических проблем. При этом используются специфические методы психиатрии и психологии, результаты которых сопоставляются и объединяются в едином заключении.

### **Психологические методы в судебно-сексологической экспертизе**

Привлечение психолога при проведении судебно-сексологической экспертизы обусловлено тем, что психологические методы позволяют глубже исследовать и анализировать личность, мотивы поведения, оценивать степени защитного отрицания (Старович З., 1991).

Необходимо отметить, что не существует специфических и универсальных методов, позволяющих устанавливать интересующие психологические параметры. Кроме того, описаний применения психологических методов в сексологии не так много. Поэтому в сексологии используется целый спектр методов, позволяющих разносторонне исследовать личность больного. Условно их можно разделить на две группы (Ткаченко А.А., 1999):

А. Исследование особенностей межличностного взаимодействия, коммуникативных навыков:

- восприятие потенциального объекта сексуального влечения («ЦТО», репертуарная ранговая решетка, рисуночные методики, «МИФ»);
- межличностные и внутриличностные конфликты в половой сфере («МИФ», «Кодирование», «Тест руки», рисуночные методики);
- восприятие и переработка эмоционально значимой информации («Кодирование», методика диагностики лицевой экспрессии Изарда);
- мотивационная сфера, установки («МИФ», «Тест руки», «ВиК», репертуарная ранговая решетка).

Б. Исследование полового самосознания:

- половозрастная идентичность («МИФ», «Кодирование», «ЦТО», «Каузометрия», Рисуночные методики);
- полоролевые стереотипы и полоролевое поведение («МИФ», «Кодирование», «ЦТО», «Тест руки», репертуарная ранговая решетка);

*Личностные опросники*

ММРІ (русская модификация — СМІЛ, ММІЛ) (Березин Ф.Б. с соавт., 1976; Собчик Л.Н., 2000) — направлен на выявление особенностей структуры личности. Особое внимание при сексологической патологии следует обращать внимание на повышение «невротических» шкал личностного профиля. Например, при половой дисфункции может наблюдаться подъем по шкале истерии и психопатии; при расстройстве сексуальных предпочтений — по шкалам психопатии и ригидности; при расстройстве половой идентификации — по шкалам депрессии, ипохондрии, истерии, изменение по шкале женственности — мужественности. В сексологической практике могут использоваться и различные модификации этого теста (шкала педофилии, шкала сексуальной девиации, шкала сексуальной заболеваемости) (Либих С.С., 2001). Общими признаками личностного профиля для лиц с сексуальными расстройствами, являются подъемы по шкалам депрессии (2) и шизофрении (8) (Заварзин А.А. с соавт., 1999). Однако некоторые авторы отмечают, что данный тест не обладает достаточной дискриминативностью, а валидность шкал GF и GM в ММРІ-2 имеет низкую устойчивость (Ткаченко А.А., 1999).

Тесты Зунга и Спилбергера-Ханина регистрируют высокий уровень аффективного реагирования (при сексуальной декомпенсации у тревожно-мнительных личностей).

*Проективные методики*

Используются для выявления неосознаваемых аспектов личности. Дают возможность прогнозировать индивидуальный стиль поведения и переживания в эмоционально значимых или конфликтных ситуациях.

С.С. Либих (2001) выделяет следующие особенности и группы проективных методик:



Малая степень структурированности и разнообразие стиля материала, отсутствие жесткой инструкции. Аппеляция к прошлому опыту, обращение к индивидуально-значимым переживаниям личности. Испытуемый обладает относительной свободой в выборе ответов и поведения.

Деятельность испытуемого протекает в атмосфере доброжелательности, безоценочного отношения со стороны исследователя.

Измеряется не психологическая функция, а состояние личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением.

Группы проективных методик:

- конститутивные — структурирование, оформление стимулов, придание им смысла (тест чернильных пятен Роршаха);
- конструктивные — создание из оформленных деталей осмысленного целого (тест мира);
- интерпретативные — истолкование какой-либо ситуации (ТАТ, тест Розенцвейга);
- катартические — осуществление игровой деятельности в особо оригинальных условиях (психодрама);
- экспрессивные — рисуночные тесты (несуществующее животное, дом — дерево — человек);
- импрессивные — отбор стимулов (тест Люшера);
- аддитивные — завершить предложение, рассказ (тест незаконченных предложений);
- рефрактивные — непреднамеренные изменения или нарушения в устной и письменной речи (графологические пробы).

*Тест Розенцвейга* позволяет прогнозировать реакцию индивида на фрустрирующую ситуацию, устанавливать направленность этой реакции и ее тип, а также общую адаптивность человека. Низкий уровень фрустрационной толерантности у сексологических больных может свидетельствовать о высокой защитной реакции.

*В тесте Люшера* (ЦТО) сексологические пациенты часто выбирают как более значимые синий и серый цвета, что свидетельствует об интровертированности, застенчивости, эгоцентризме, невротической сосредоточенности на своих проблемах.

*Рисунок «несуществующего животного»* обычно указывает на экономию энергии, астенизацию. Часто встречается уподобление животного человеку (2 лапы, одежда, лицо, руки), что свидетельствует об инфантилизме (Бурлачук Л.Ф. с соавт. 1992).

*Тест «Рисунок человека»*, используемый для выявления половой аутоидентификации, конфликтов в сексуальной сфере (Кудрявцев И.А. с соавт. 1996).

### *Проекционный тест Роршаха*

Используется с 1967 года (Белый Б.И., 1992). Представляет собой применение 10 стандартных таблиц с воспроизведенными на них черными и цветными пятнами, тематика не несет смысловой нагрузки. Есть таблицы, которые несут подсознательную сексуальную нагрузку. Подозреваемый высказывает свои ассоциации. У лиц, совершивших сексуальные преступления, они вызывают сексуальный шок, то есть лицо задерживается с ответом на 40 — 60 секунд. У лиц, причастных к сексуальным преступлениям, — 75% ассоциаций носит сексуальный характер.

### *Тематический апперцептивный тест (ТАТ)*

Используется для изучения способности к установлению эмоционального контакта у лиц, совершивших изнасилование. Однако эффективность этого теста у лиц с сексуальными расстройствами подвергается сомнению. Так, показана нечеткость и слабость дифференцировки смыслового восприятия пола лицами с искажениями психосексуальной ориентации у персонажей на карточках 10, 1, 8 (Кудрявцев И.А. с соавт., 1991).

### *Психорисунок*

Используется для выяснения состояния подозреваемого в сексуальном преступлении, его отношения к окружающему миру. При этом подозреваемый рисует какой-либо предмет, связанный с преступлением. В изнасилованиях — это женщина, в изнасилованиях малолетних — девочка или мальчик. Затем оценивают рисунок, его величину, толщину линий, их ход, цвет рисунка, внешний вид изображенных фигур.

*Hand — test* (тест руки) эффективно используется для выявления социальной адаптации лиц с сексуальными девиациями.

### *Дополнение предложений*

Существует большой перечень незаконченных предложений.

Например:

- Женщины в сексуальной жизни более всего ценят...
- Идеальная партнерша в половой жизни должна...
- Если женщина меня провоцирует, я чувствую...
- Думаю, что большинство женщин...

Для достижения эффекта ответы должны быть спонтанными, тестовые предложения должны чередоваться с нейтральными предложениями. При этом следует учитывать, что предложения могут быть иного содержания и в большей степени касаться совершенного преступления.

### *Опросники семейных и межличностных отношений*

- Тест Кимела дер Вена — опросник супружеского соответствия, 15 разделов — оценка брака и семьи со стороны мужчины и женщины.

Вопросы имеют диапазон для ответов.

- Квантифицированные и оценочные шкалы проблем и коммуникаций К. Томаса.
- Анкета супружеских конфликтов.
- Опросник Т. Лири.
- Тест системного взаимодействия супружеских пар.
- Репертуарные решетки Г.А. Келли — выявляют систему жизненных ценностей и факторы, препятствующие построению нормальных взаимоотношений.

*Специализированные методики*

- 5 БФ — 77 — тест 5 брачных факторов: психологического, материального, сексуального, культурного, физического (Решетняк Ю.А., 1978).
- Опросник межличностных проблем ИР — содержит 127 утверждений, объединенных в 8 шкал, соответствующих 8 октантам теста Лири.
- Опросники «Моя семья», «Психосексуальное развитие», «Сексуальная мотивация», «Психогигиена половой жизни», «Психологическая и сексуально-поведенческая адаптация супругов», специализированные анкеты и интервью (Вольпер М.И. с соавт., 1972; Менделенко И.И., 1972; Кришталь В.В. с соавт., 1985).
- Лейденский опросник импотенции.
- Краткий опросник сексуальной функции для мужчин (Brief Sexual Function Questionnaire for Man — BSFQ). Используется для оценки сексуального интереса, сексуальной активности, удовлетворения и сексуальной физиологической дисфункции.
- Опросник сексуального функционирования Центра супружеского и сексуального здоровья (The Center for Material and Sexual Health Functioning Questionnaire — CMASH SGQ). Используется для оценки состояния сексуальной функции, в том числе в процессе лечения.
- Опросник Айзенка на отношение к сексу. Оценивает сексуальное желание и возбуждение, сексуальное удовлетворение и типы отношения к сексуальной деятельности.
- Многофакторный сексологический опросник. Состоит из 20 диагностических шкал, основной из которых является шкала парафилии.
- Международный индекс эректильной функции (The international Index of Erectile Function — ИИЭФ). Состоит из 15 вопросов, позволяющих оценить пять компонентов половой функции (эрекцию, оргазм, половое влечение, удовлетворение от полового акта, общее сексуальное удовлетворение).
- Дневник сексуальных отношений (Sexual Encounter Profile — SEP). Дневник пациента для оценки каждой сексуальной попытки.

## Тема 11

### Лечение и профилактика сексуальных расстройств

Сложный генез сексуальных расстройств, их многообразие, обусловленность различными факторами органического и психического характера требуют комплексного лечебного воздействия.

В настоящее время для лечения сексуальных расстройств используются следующие группы методов:

- психотерапевтические методы;
- медикаментозные методы;
- хирургические и вспомогательные методы;
- физиотерапевтические методы;
- лечебная физкультура.

#### *Психотерапевтические методы*

*Психотерапия* — лечебное воздействие при помощи речи и иных способов на психику, личность, а через них на организм больного (Карвасарский Б.Д., 1985). Психотерапия проводится в индивидуальной и групповой форме. Данный лечебный метод является одним из основных при лечении сексуальных расстройств. Общей психотерапевтической концепции до сих пор не существует, поэтому направления, методы, методики и техники психотерапии разнообразны и выбираются специалистом в зависимости от его профессиональных воззрений и предпочтений. При проведении психотерапевтического лечения необходимо руководствоваться следующими общими принципами (Кришталь В.В. с соавт., 2002):

- *комплексность*: подразумевает рациональное использование психотерапевтического воздействия в сочетании с медикаментозными и иными методами лечения;
- *дифференцированность*: выбор наиболее адекватных психотерапевтических методик в зависимости от степени и характера сексуального расстройства, степени социально-психологической адаптации пациента, его возраста и др.;
- *последовательность*: каждый этап лечения должен являться логическим продолжением предыдущего и предпосылкой для последующего. В общем виде психотерапевтический процесс сексуальных расстройств должен включать три последовательных этапа: первый этап — формирование здоровых психологических установок, второй — преодоление невротических реакций, третий этап — восстановление и активизация сексуальной функции пациента, научение правильному сексуальному поведению;

- *индивидуальность*: подбор психотерапевтических методик и их продолжительности осуществляется в зависимости от особенностей личности пациента, патологии, уровня сексуальной и общей культуры и др.;
- *преемственность*: необходима информированность врача-психотерапевта о данных предыдущих обследований и лечения пациента;
- *психотерапия партнеров*: наилучшие успехи при психотерапии сексуальных расстройств достигаются при проведении психотерапевтических интервенций с обоими партнерами (супругами), поскольку сексуальная функция является парной функцией и отношение партнеров к расстройству играет существенную роль в развитии как самого сексуального расстройства, так и вторичных невротических реакций.

К. Имелинский (1986) выделяет следующие основные направления (концепции) психотерапии, использующие различные механизмы устранения сексуальных расстройств в ходе лечения:

1. Интрапсихические концепции (психоаналитические и неопсихоаналитические направления). Согласно этим концепциям, впечатления и переживания раннего детства играют основную роль в возникновении расстройств адаптации. Механизмы возникновения этих расстройств происходят в результате процессов, протекающих в бессознательной сфере личности.

2. Экзистенциальные концепции (антропологические, гуманистические, феноменологические) основываются на осознаваемых механизмах, связаны с бытием человека.

3. Бихевиоральные концепции обращают особое внимание на формы поведения человека, основываются на различных способах обучения.

4. Концепции взаимодействия основное внимание уделяют процессам межличностного взаимодействия. Именно в их рассогласованности усматриваются основные механизмы, приводящие к развитию расстройств взаимной адаптации.

#### *Медикаментозное лечение*

Наравне и в комплексе с психотерапевтическими методами лечения сексуальных расстройств применяется и медикаментозное лечение. Выбор лекарственного препарата определяется причинами сексуального расстройства, характером течения, возрастом пациента, наличием сопутствующей соматической или психической патологии. В соответствии с общими принципами медикаментозного лечения, лекарственная терапия сексуальных расстройств должна быть по возможности этиологической, патогенетической и симптоматической. Наиболее часто при лечении сексуальных расстройств используются различные биостимуляторы, гормональные средства, психофармакотерапевтические препараты, витамины, иммуномодуляторы, афродизиаки и др.

### *Физиотерапия*

Физиотерапевтические методы достаточно давно используются при лечении сексуальных расстройств. В этих целях в зависимости от конкретной патологии применяется широкий набор методов: лечебный массаж, электролечение, воздействие магнитным полем, ультразвук, иглорефлексотерапия, светолечение, водолечение и др.

### *Хирургические методы*

Данные методы в основном преследуют цель восстановления эректильной функции, смены пола, коррекции развития половых органов.

## **Профилактика сексуальных расстройств**

Выделяется первичная, вторичная и третичная профилактика сексуальных расстройств.

Первичная направлена на поддержание сексуального здоровья и предупреждение воздействия неблагоприятных социально-психологических факторов.

Вторичная направлена на раннее выявление сексуальных расстройств и их предупреждение.

Третичная преследует целью предупреждение обострений, прогрессирования расстройств, их хронизации.

Система профилактики включает в себя следующие составляющие (Кришталь В.В. с соавт., 2002):

- профилактика нарушений соматополового развития и соматических заболеваний. Начинается с профилактики нарушений беременности, в дальнейшем направляется на ликвидацию соматических и детских инфекционных заболеваний, укрепление соматического состояния ребенка;
- профилактика нарушений психосексуального развития включает в себя половое воспитание и сексуальное просвещение в целях правильного осознания ребенком своей половой принадлежности, психосексуальной ориентации и полоролевого поведения. Необходимо различать половое воспитание (формирование правильных психологических установок по отношению к противоположному полу) и сексуальное просвещение (информация о психогигиене половой жизни);
- профилактика сексуальных дисгармоний супружеской пары — ликвидация патогенных факторов, приводящих к сексуальной дисгармонии. Чаще всего причинами сексуальной дисгармонии выступают низкий уровень психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации партнеров, их неправильная или недостаточная осведомленность в области психогигиены половой жизни;

Все психопрофилактические мероприятия проводятся с соблюдением принципов системности, этапности, последовательности, комплексности, дифференцированности, преемственности и индивидуальности.

## **Тема 12**

### **Расстройства сексуальных функций при зависимостях от психоактивных веществ**

Злоупотребление психоактивными веществами приводит не только к психическими расстройствами, морально-этическому дефекту личности и социальной дезадаптации, но затрагивает и сексуальную сферу. Нарушения сексуальных функций при употреблении различных психоактивных веществ проявляются в основном в различных отклонениях от нормы сексуальных реакций, в формировании специфической сексуальности, в изменении сексологических характеристик группы наркопотребителей и наркозависимых (Жарков Ю.Н., 2004). Общей для сексологических характеристик социальной группы наркотизирующихся лиц является высокая распространенность ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем, проституции и сексуального насилия (Иванец Н.Н., 2000).

#### **Сексуальные расстройства при алкогольной зависимости**

Частота половых расстройств у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, колеблется от 3,9 до 80% (Сексопатология, 1990). Алкоголь оказывает на сексуальную функцию различное влияние, которое зависит от ряда факторов (качества и количества выпитого спиртного, индивидуальной толерантности, психического и физического состояния перед его употреблением, половой конституции, типа сексуальной мотивации и др.). В зависимости от этих факторов алкоголь может усиливать сексуальное возбуждение, но может оказывать и обратное действие. В этом смысле уместно вспомнить выражение «Алкоголь усиливает желания, но уменьшает возможности» (Шекспир «Макбет», действие 2, сцена 3, строка 34).

В развитии сексуальной дисфункции при алкогольной зависимости имеется зависимость от его стадии и варианта течения. На начальных этапах заболевания возможно усиление сексуального влечения, вплоть до сексуальной расторможенности (особенно в состоянии опьянения) (Шабанов Б.Д., 2002). Впоследствии постепенно развивается снижение сексуальной функции. При этом выявляется снижение либидо, гипо- и аноргазмия. Гиперсексуальность имеет

место при малопрогрессирующем типе течения, при высокопрогрессирующем типе течения сопровождается сексуальной гипофункцией. Выраженность и частота сексуальных расстройств нарастают по мере прогрессирования алкоголизма, от начальной (I) стадии до конечной (III) (Алкоголизм, 1983). В далеко зашедших случаях развивается сексуальная индифферентность. Выявление сексуальных расстройств у больных алкоголизмом осложняется тем, что, обращаясь к специалистам наркологического профиля, такие пациенты часто скрывают или не придают значения расстройствам сексуальной сферы, в то время как при лечении у сексопатолога они скрывают наличие алкогольной зависимости.

Патогенез половых расстройств при алкогольной зависимости многообразен. Сексуальные расстройства могут развиваться в результате нарушения функций периферического полового аппарата, расстройств нейрогуморальной регуляции, изменений личности и др. В основе развития половой холодности при алкогольной зависимости лежит сочетанное поражение преимущественно нейрогуморальной и психической составляющих копулятивного цикла, обусловленное интоксикационной энцефалопатией, сопровождающейся как психическими нарушениями, так и расстройствами нейрогуморальной регуляции внутренней среды организма.

Основными формами поражения сексуальной сферы при алкогольной зависимости являются (по мере убывания частоты встречаемости) синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, синдромы расстройств психической составляющей копулятивного цикла и синдромы расстройств эякуляторной составляющей (нарушения эрекции и эякуляции) (Васильченко Г.С., 1990).

У женщин злоупотребление алкогольными напитками приводит к ослаблению полового влечения и сексуальной гипестезии, а также гипо- и даже апоргазмии. У многих женщин, злоупотребляющих алкоголем, наблюдаются симптомы сексуальной дезадаптации и вегетативной неустойчивости, напоминающие изменения в климактерическом периоде.

### **Расстройства сексуальных функций при других формах зависимости от психоактивных веществ**

При зависимости от *опиатов* в острой интоксикации сексуальные реакции у мужчин характеризуются тем, что обычно увеличивается продолжительность полового акта вплоть до развития анэякуляторного синдрома. У женщин снижается способность переживать оргазм. Больные относятся к этому безразлично; видимо, потому что мотивы к половому акту, в сущности, не являются сексуальными. Важно и то, что пациенты часто и не стремятся к достижению оргазма, так как его переживание прерывает или снижает действие наркоти-



ка, и появляется стремление вновь употребить наркотик. Важно отметить, что иногда у мужчин снижается влечение к наркотику после переживания оргазма, что может быть использовано в ситуации его недоступности. Установлена зависимость качества сексуальных реакций от дозы: чем она выше, тем продолжительнее коитус, тем труднее наступает семяизвержение и тем слабее оргазм. При употреблении опиатов быстро формируется физическая зависимость, и на этом этапе развития заболевания происходит снижение сексуального влечения. Степень снижения либидо варьирует и зависит от интенсивности потребления и конституциональных особенностей сексуальности субъекта. В одних случаях редукция сексуальности тотальна, в других это происходит не настолько выражено. Соответственно интенсивность половой жизни больных варьирует от полных сексуальных абстиненций до такого ритма, который регламентирован необходимостью поддерживать статус мужа или индуцирован активностью женщины. В то же время известно, что распространенность венерических заболеваний среди лиц, потребляющих опиоиды выше, чем среднепопуляционная. Сифилис диагностируется примерно у 1%, гонорея — у 3%, хламидиоз — у 5% героиновых наркоманов (Friedman S.R. et al., 2003), распространенность ВИЧ-инфекции составляет 20—35% (Шахмарданов М.З., Надеждин А.В., 2002). Данный факт объясняется распространенностью среди опийных наркоманов незащищенного секса и частым занятием проституцией (Сиволап Ю.П., Савченков В.А., 2005).

У опийных наркоманов формируется своеобразный сексологический дефект, который квалифицируется как синдром редукции сексуальности (Жарков Ю.Н., 2004):

- снижение половой активности и промискуитет;
- вступление в сексуальные отношения после инъекции наркотика, то есть когда произошло подчинение сильнейшей биологической мотивации — либидо — патологическому влечению;
- оценка сексуальных отношений в состоянии интоксикации в превосходной степени, а негативных фактов в интимной жизни — нейтрально, равнодушно.

В структуре синдрома выделяется триада симптомов:

- дезактуализация либидо (падение ритма половой жизни, безразличие к себе как представителю своего пола или подчеркнуто-вульгарный эротизм),
- подчинение полового влечения патологическому (вначале наркотик, затем отношения),
- частое нарушение критики (безразличное отношение к негативным изменениям в интимной жизни).

Сексуальные расстройства при зависимости от психоактивных веществ со *стимулирующим действием* (кокаина, амфетаминов, фениламинокетоновых стимуляторов) характеризуются следующими тенденциями. В период интоксикации (опьянения) возникает ощущение прилива физической и сексуальной энергии. У начинающих потребителей, особенно у подростков, присутствие женщин в период опьянения резко повышает половое влечение. Потребители кокаина могут использовать втирание кокаина в кончик клитора или слизистую головки полового члена с целью обострения сексуальной чувствительности и возбудимости, что сомнительно, поскольку, как известно, кокаин имеет достаточно выраженное местноанестезирующее действие (Мастерс У., Джонсон Э., Колодни К., 1998). В дальнейшем при употреблении стимуляторов сексуальное влечение у мужчин возникает только в ответ на особо желанные стимулы, а затем интерес к женщинам исчезает и даже сменяется неприязнью. В характере стимулирующего действия стимуляторов на сексуальную сферу отчетливо выражено влияние многих факторов: изначальной установки, ситуационных моментов, доз вещества, интенсивности интоксикации, возраста и половой принадлежности. Систематическое употребление психостимуляторов приводит к редукции сексуальной функции.

*При табакокурении* может иметь место снижение сексуальной чувствительности, которое нередко сопровождается притуплением оргазма.

#### Влияние психоактивных веществ на сексуальные функции

| ПАВ                    | Разовый прием в малой дозе                                    | Разовый прием в большой дозе          | Хронический прием (зависимость)                       |
|------------------------|---|---------------------------------------|---|
| Алкоголь               | Усиление сексуального влечения. Задержка эякуляции            | Задержка эякуляции. Нарушение эрекции | Эректильная дисфункция                                |
| Опиаты                 | Оргазмоподобные переживания в опьянении. Фармакогенный оргазм | Данных нет                            | Эректильная дисфункция, гипосексуальность             |
| Каннабиноиды           | Стимуляция влечения, усиления чувственного компонента коитуса | Эректильная дисфункция, аноргазмия    | Гипосексуальность. Эректильная дисфункция. Аноргазмия |
| Стимуляторы            | Гиперсексуальность, задержка эякуляции                        | Задержка эякуляции                    | Данных нет  |
| Галлюциногены          | Усиления чувственного компонента коитуса, задержка эякуляции  | Задержка эякуляции, гипосексуальность | Нет данных  |
| Снотворные, седативные | Гиперсексуальность, задержка эякуляции                        | Гиперсексуальность, аноргазмия        | Гипосексуальность, аноргазмия, эректильная дисфункция |
| Табак                  | Данных нет  | Эректильная дисфункция                | Эректильная дисфункция                                |
| Летучие ингалянты      | Данных нет  | Данных нет                            | Гипосексуальность, олигооргазмия                      |

## Контрольные вопросы к зачету

1. Дайте определение сексологии.
2. Что является предметом сексологии?
3. Что является задачей и областью сексологии?
4. Что представляют собой первичные и вторичные нарушения сексуального здоровья?
5. Что включает в себя понятие сексуального здоровья?
6. Какие потребности может удовлетворять человек за счет сексуальной реализации?
7. В чем особенность нормы и патологии в сексологии?
8. Каковы критерии биологической нормы в сексологии?
9. Какие три подхода существуют в определении сексуальной нормы?
10. Каковы критерии партнерской и индивидуальной сексуальной нормы?
11. Какие этапы можно выделить в истории развития сексологии?
12. Какие эрогенные зоны относятся к первичным, к вторичным?
13. Расскажите, как протекает копулятивный цикл у мужчины?
14. Расскажите, как протекает копулятивный цикл у женщины?
15. Как определяется понятие конституции в сексологической практике?
16. Из каких показателей состоит женская сексуальная формула?
17. Из каких показателей состоит мужская сексуальная формула?
18. Из каких этапов состоит процесс психосексуального развития?
19. В чем состоят особенности стадии становления эротического развития?
20. Дайте определение сексуальной гармонии.
21. В чем состоит сексуально-поведенческий компонент сексуальной гармонии?
22. В чем состоит информационно-оценочный компонент сексуальной гармонии?
23. В чем состоит психофизиологический компонент сексуальной гармонии?
24. В чем состоит физиологический компонент сексуальной гармонии?
25. Что такое планирование семьи?
26. Какие способы регуляции деторождения вы знаете?
27. Какие общие причины сексуальных расстройств вы знаете?
28. Какие классификации сексуальных расстройств вы знаете?
29. Какие расстройства входят в группу нарушений полового влечения у мужчин?

30. Дайте характеристику мужского гиперэротизма.
31. Каковы проявления мужской гипосексуальности?
32. Какие синдромы нарушения эрекции вы знаете?
33. Опишите клинические проявления нарушения эрекции.
34. Как нарушения эрекции могут влиять на психологические функции?
35. Какие органические причины нарушений эрекции вы знаете?
36. Каковы дифференциальные признаки отличия функциональных и органических нарушений эрекции?
37. Каковы факторы, способствующие развитию приапизма и его клинические проявления?
38. Опишите клинические проявления оргазмических нарушений у мужчин.
39. Каковы основные причины и проявления преждевременной эякуляции?
40. Каковы причины и проявления женской гиперсексуальности?
41. Каковы основные причины, классификация и проявления фригидности?
42. Опишите паторефлекторную форму фригидности.
43. Опишите проявления дизрегуляторной формы фригидности.
44. Каковы проявления абстинентной формы фригидности?
45. Какие проявления ретардированной и конституционально-генетической форм фригидности вы знаете?
46. Какие особенности проявлений имеет фригидность при различных расстройствах нервной, эндокринной системы и психических расстройствах?
47. Какие проявления и формы псевдофригидности вы знаете?
48. Назовите основные проявления сексуальной гипестезии у женщин.
49. Дайте характеристику причинам, проявлениям, степеням тяжести вагинизма.
50. Какие факторы, способствующие достижению оргазма у женщин, вы знаете?
51. Каковы основные причины и проявления аноргазмии у женщин?
52. Дайте характеристику причин, проявлений и форм дисгамий.
53. Какими закономерностями характеризуется динамика дисгамий?
54. Каковы психологические факторы, предрасполагающие к развитию дисгамий?

55. Дайте характеристику терминов перверсия и девиация.
56. Дайте характеристику расстройствам половой идентификации.
57. Какие расстройства относятся к психологическим и поведенческим расстройствам, связанным с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу?
58. Какие факторы предрасполагают к проявлениям сексуальной агрессивности и насилию?
59. Дайте характеристику судебно-сексологической экспертизе, методам ее проведения.
60. Какие психодиагностические методы используются при судебно-сексологической экспертизе?
61. Дайте характеристику методов, используемых для лечения сексуальных расстройств.
62. Какие основные проявления сексуальных расстройств вы знаете при зависимостях от психоактивных веществ?

## Список литературы

- Алкоголизм: руководство для врачей / под ред. Г.В. Морозова с соавт. — М.: Медицина, 1983.
- Аномальное сексуальное поведение / под ред. А.А. Ткаченко. — М., 1997.
- Антонян Ю.Н. Серийные сексуальные преступления / Ю.Н. Антонян и др. — М., 1997.
- Балабанова Л.М. Судебная патопсихология / Л.М. Балабанова. — Донецк: Сталкер, 1998.
- Белый Б.И. Тест Роршарха: практика и теория / Б.И. Белый. — СПб., 1992.
- Березин Ф.Б. Многофакторный метод исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Р.Б. Рожанец. — М.: Медицина, 1976.
- Блэкборн Р. Психология криминального поведения / Р. Блэкборн. — СПб.: Питер, 2004.
- Бурлачук Л.Ф. Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозов. — СПб.: Питер, 2000.
- Буртянский Д.Л. Медицинская сексология / Д.Л. Буртянский, В.В. Кришталь, Г.В. Смирнов. — Саратов, 1990.
- Буртянский Д.Л. Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии / Д.Л. Буртянский. — Саратов, 2002.

Васильченко Г.В. Общая сексопатология / Г.В. Васильченко. — М., 1977.  
Васильченко Г.С. Сексопатология / Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990.

Верткин А.Л. Эректильная дисфункция / А.Л. Верткин, Д.Ю. Пушкарь, А.В. Тополянский, А. С. Сегал // Лечащий врач. — 2003. — № 7.

Вольпер М.И. Опыт социологического исследования семейных отношений у больных с сексуальными нарушениями / М.И. Вольпер, С. С. Либих // Проблемы современной сексопатологии: труды Моск. научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1972. — Т. 65. — С. 175—179.

Дерягин Г.Б. Психосоциальные предпосылки сексуально-виктимного и криминогенного поведения молодежи / Г.Б. Дерягин, П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев // Сексология и сексопатология. — 2003. — № 6. — С. 30—37.

Дышлевой А.Ю. Агрессия как форма противоправного сексуального поведения / А.Ю. Дышлевой // Международный медицинский журнал. — 2002. — Т. 8, № 4. — С. 69—72.

Егоров А.Ю. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты / А.Ю. Егоров, С.А. Игумнов. — СПб.: Речь, 2005.

Жарков Ю.Н. Синдром редукции сексуальности в общей структуре сексологических нарушений при опиатной наркомании / Ю.Н. Жарков // Вопросы наркологии. — 2004. — № 2.

Заварзин А.А. К вопросу личностных особенностей пациентов с сексуальными нарушениями / А.А. Заварзин, И.В. Кухаренко // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение: материалы международной конференции. — М., 1999. — С. 106—107.

Изард Е. Эмоции человека / Е. Изард; пер. с англ. — СПб.: Питер, 1999.

Имелинский К. Сексология и сексопатология / К. Имелинский. — М., 1986

Каплан Х. Сексуальная терапия, иллюстрированное руководство / Х. Каплан. — М.: Класс, 1994.

Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. — М.: Медицина, 1985.

Келли Г. Основы современной сексологии / Г. Келли. — СПб.: Питер, 2000.

Клиническая психиатрия / Н. Kaplan, В. Sadock; пер. с англ. под ред. Т.Б. Дмитриевой. — М.: Гэотар Медицина, 1999.

Кон И.С. Введение в сексологию / И.С. Кон. — М.: Медицина, 1988.

Кон И.С. Сексология: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / И.С. Кон. — М.: Изд. центр «Академия», 2004.

Короленко Ц.П. Социодинамическая психиатрия / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева — М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000.

Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / С. Кратохвил. — М.: Медицина, 1991.

Кришталь В.В. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: учебное пособие / В.В. Кришталь с соавт. — М.: ЦОЛИУВ, 1985.

Кришталь В.В. Сексология: учебное пособие / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян. — М.: ПЕР СЭ, 2002.

Кудрявцев И.А. Применение проективных методов для психологического исследования аномалий влечения / И.А. Кудрявцев, У.Г. Дозорцева, М.Б. Симоненкова // Проблема расстройств влечений в судебно-психиатрической практике. — М., 1991. — С. 17 — 24.

Лекции по наркологии / под ред. Н.Н. Иванец — М.: Нолидж, 2000.

Либих С.С. Руководство по сексологии / С.С. Либих. — М., 2001.

Мавров И.И. Половые болезни / И.И. Мавров. — М., 2002.

Мастерс У. Основы сексологии (HUMAN SEXUALITY) / У. Мастерс, В. Джонсон, К. Колодни; пер. с англ. — М.: Мир, 1998.

Международная классификация болезней: класс V психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99) (адаптированный для использования в Российской Федерации). — Ростов-на-Дону; ЛРНЦ: Феникс, 1999.

Менделенко И.И. Применение методики интервьюирования супругов в диагностике и лечении импотенции / И.И. Менделенко // Проблемы современной сексопатологии: труды Моск. научно-исследовательского института психиатрии МЗ РСФСР. — М., 1972. — Т. 65. — С. 180—186.

Мишина Т.М. Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах / Т.М. Мишина // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях. — Л., 1978.

Реан А.Л. Агрессия и агрессивность личности / А.Л. Реан // Психологический журнал. — 1996. — № 5. — С. 3—16.

Решетняк Ю.А. Применение тестов межличностных отношений к задачам брачного клиринга / Ю.А. Решетняк // Вопросы кибернетики. — М., 1978. — Вып. 48. — С. 70—85.

Руководство по психиатрии: В 2 т. / под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983.

Руководство по сексологии / под ред. С.С. Либиха. — СПб.: Питер, 2001.

Руководство по сексологии / под ред. С.С. Либиха. — СПб.: Питер, 2001.

- Рюриков Ю.Б. Трудность счастья / Ю.Б. Рюриков. — М.: Знание, 1977.
- Свядош А.М. Женская сексопатология / А.М. Свядош. — Кишинев: Штиинца, 1991.
- Свядош А.М. Неврозы и их лечение / А.М. Свядош. — М., 1971.
- Сексология: энциклопедический справочник. — Минск: Беларуская энцыклапедыя, 1993.
- Сексопатология: справочник / под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990.
- Сиволап Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. — М.: Медицина, 2005.
- Сидоров П.И. Введение в клиническую психологию / П.И. Сидоров, А.В. Парняков. — М., 2001.
- Синьоре Ж.-П. Зачем нужны модели на животных? / Ж.-П. Синьоре // Пол, секс, человек. — М., 1989.
- Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. — М., 2000.
- Соловьева Н.П. Является ли педофилия психическим расстройством? / Н.П. Соловьева // Сексология и сексопатология. — 2003. — № 1.
- Старович З. Расстройства сексуальных потребностей, нарушение либидо / З. Старович // Психология сексуальных отношений: хрестоматия / Сост. К.В. Стрельченко — Мн.: Харвест; М.: АСТ, 2002.
- Старович З. Судебная сексология / З. Старович. — М.: Юридическая литература, 1991.
- Темин П.А. Сексуальные нарушения при эпилепсии / П.А. Темин, К.Ю. Мухин // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1989. — № 6. — С. 126—313.
- Тер-Аванесов Г.В. Коррекция репродуктивной функций мужчин при эндокринных нарушениях: практическое руководство / Г.В. Тер-Аванесов. — М., 2002.
- Ткаченко А.А. Сексуальные извращения — парафилии / А.А. Ткаченко. — М.: Триада-Х, 1999.
- Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации: официальный текст. С историко-правовым комментарием. — М.: Норма, 2004.
- Фрейд З. Психология бессознательного: сборник произведений / З. Фрейд. — М.: Просвещение, 1990.
- Хайт Н.З. Половые расстройства у мужчин при поражении гипоталамуса / Н.З. Хайт. — Обнинск, 1993.
- Хомская Е.Д. Мозг и эмоции / Е.Д. Хомская, Н.Я. Батова. — М., 1992.



Частная сексопатология: руководство для врачей / под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983.

Чуприков А.П. Сексуальные преступления / А.П. Чуприков, Б.М. Цупрык. — Киев: КМАПО, 2000.

Шабанов Б.Д. Основы наркологии / Б.Д. Шабанов. — СПб.: Лань, 2002.

Шахмарданов М.З. ВИЧ-инфекция в практике нарколога: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение / М.З. Шахмарданов, А.В. Надеждин // Руководство по наркологии: В 2 т. — М.: Медпрактика-М, 2002. — Т. 2.

Bagemihl B. Biological Exuberance, Animal Homosexuality and Natural Diversity / B. Bagemihl. — N.Y., 1999.

Burger-Prinz H. Psychopatologia zycia plciowego / H. Burger-Prinz et al. — W.: Giese H. (red.): Seksuologa, 1976.

Carnes P. Contrary to Love: Helping the Sexual Addict / P. Carnes. — Minneapolis: MN, ComCare Publishers, 1989.

Cole C.M. Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses / C.M. Cole, M. O'Boyle, I.E. Emory, W.J. Meyer. — Archives of Sexual Behavior. — 1997. — Vol. 26, N 1.

Friedman S.R. Drug use patterns and infection with sexually transmissible agents among young adults in a high-risk neighbourhood in New York City / S.R. Friedman et al. // Addiction. — 2003. — Vol. 98, N 2. — P. 159—169.

From Kama Sutra to dot.com: the history, myths and management of premature ejaculation / E. Astbury-Ward — Sexual and Relationship Therapy. — 2002. — Vol. 17, N 4.

Garippa P.A. Case report: Anaesthetic ejaculation resolved in integrative sex therapy / P.A. Garippa // Journal of Sex and Marital Therapy. — 1994. — 20(1). — P. 56—60.

Giese H. Psychopathologie der Sexualitat / H. Giese. — Stuttgart, 1962.

Goodman A. Sexual addiction / A. Goodman // Substance abuse: A comprehensive textbook // J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, J.G. Langrod (Eds.). — Philadelphia: Williams & Wilkins, 1997. — P. 340—354.

Klein F. The need to view sexual orientation as a multivariable dynamic process: a theoretical perspective / F. Klein, D.P. McWhirter, S.A. Sanders, J.M. Reinisch (eds). Concepts of Sexual Orientation. — N.Y., 1990.

Laumann E. The social organization of sexuality. Chicago / E. Laumann et al. — University of Chicago Press, 1994.

Laumann E. The Social Organization of Sexuality. Sexual Practices in the United States / E. Laumann, J. Gagnon, R. Michael and S. Michaels. — Chicago, 1994.

Prentky R.A. Human sexual aggression: current perspectives / R.A. Prentky. — New York, 1987.

Raphling D.L. Fetishism in a woman / D.L. Raphling // J. Am. Psychoanal. Assoc. — 1989. — Vol. 37, N 2. — P. 465—491.

Rosen R.C. The multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study: 1. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population / R.C. Rosen et al. — Current Medical Research and Opinions. — 2004. — Vol. 20, N 5.

Sexual harassment: Let the punishment fit the crime / Williams&Brake — Chronicle of Higher Education, A56. — April 18, 1997.

Zucker K.J. Gender Identity Disorder / K.J. Zucker et al. // Child and Adolescents Psychiatry / Ed. By M. Rutter and E. Taylor 4<sup>th</sup> ed. — Oxford, 2002.

## Психодиагностические методики

### **Международный индекс эректильной функции (The international Index of Erectile Function — IIEF)**

Эти вопросы относятся к различным проявлениям нарушений эрекции и прочим половым проблемам, которые возникли у вас в течение последних четырех недель. Отвечайте на вопросы как можно более подробно и объективно. При ответах обратите особое внимание на следующие определения:

- понятие половой активности включает в себя половые сношения, интимные ласки, прелюдию к сношению и мастурбацию;
- под половым сношением следует понимать проникновение вашего полового члена во влагалище партнерши (когда вы входите в партнершу);
- сексуальная стимуляция — это действия и ситуации, вызывающие половое возбуждение, как, например, ласки перед сношением, рассматривание эротических картинок и тому подобное;
- эякуляция — это извержение семенной жидкости (спермы) из полового члена (или ощущение при извержении семенной жидкости).

Заполняя опросник, отмечайте только по одному ответу на каждый вопрос. Цифра напротив каждого ответа означает его ценность и понадобится для последующего подсчета баллов.

*1. Как часто у вас возникала эрекция при половых сношениях в течение последнего месяца?*

- 5 — почти всегда или всегда;
- 4 — в большинстве случаев (более половины случаев);
- 3 — довольно часто (почти в половине случаев);
- 2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);
- 1 — почти никогда или никогда;
- 0 — вообще не было половых сношений.

*2. Как часто в течение последнего месяца эрекция, возникшая у вас при половом возбуждении, была достаточной для полового сношения?*

- 5 — почти всегда или всегда;
- 4 — в большинстве случаев (более половины случаев);
- 3 — довольно часто (почти в половине случаев);
- 2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);
- 1 — почти никогда или никогда;
- 0 — вообще не было полового возбуждения.

3. Как часто за последние четыре недели при половом сношении вы смогли совершить его полностью (войти половым членом во влагалище партнерши)?

- 5 — почти всегда или всегда;
- 4 — в большинстве случаев (более половины случаев);
- 3 — довольно часто (почти в половине случаев);
- 2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);
- 1 — почти никогда или никогда;
- 0 — половых сношений не было.

4. Насколько часто во время половых сношений, состоявшихся в последние четыре недели, ваша эрекция не прекращалась сразу же после проникновения пениса во влагалище партнерши?

- 5 — почти всегда или всегда;
- 4 — в большинстве случаев (более половины случаев);
- 3 — довольно часто (почти в половине случаев);
- 2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);
- 1 — почти никогда или никогда;
- 0 — половых сношений не было.

5. Во время половых сношений, состоявшихся в течение последних четырех недель, насколько трудно было сохранять эрекцию до полного завершения сношения?

- 5 — затруднений не возникало;
- 4 — были небольшие затруднения;
- 3 — эрекцию удавалось сохранить с трудом;
- 2 — завершить сношение было очень трудно;
- 1 — чрезвычайно трудно.

6. Сколько раз в течение последнего месяца вы вступали в половые сношения?

- 5 — одиннадцать и более раз;
- 4 — семь-десять раз;
- 3 — пять-семь раз;
- 2 — три-пять раз;
- 1 — один-два раза;
- 0 — половых сношений не было.

7. Насколько часто при половых сношениях в последние четыре недели вы испытывали полное удовлетворение?

- 5 — почти всегда или всегда;
- 4 — в большинстве случаев (более половины случаев);
- 3 — довольно часто (почти в половине случаев);

2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);

1 — почти никогда или никогда;

0 — половых сношений не было.

8. *Насколько сильное удовольствие доставили вам половые отношения в течение последнего месяца?*

5 — чрезвычайно сильное удовольствие;

4 — значительное удовольствие;

3 — сношения были вполне удовлетворительными;

2 — я не испытал особенного удовольствия;

1 — никакого удовольствия;

0 — сношений не было.

9. *Как часто в течение последних четырех недель половое возбуждение сопровождалось у вас эякуляцией?*

5 — почти всегда или всегда;

4 — в большинстве случаев (более половины случаев);

3 — довольно часто (почти в половине случаев);

2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);

1 — почти никогда или никогда;

0 — полового возбуждения не было.

10. *Насколько часто во время половой стимуляции или сношений вы испытывали оргазм (с эякуляцией или без)?*

5 — почти всегда или всегда;

4 — в большинстве случаев (более половины случаев);

3 — довольно часто (почти в половине случаев);

2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);

1 — почти никогда или никогда;

0 — половой стимуляции или сношений не было.

11. *Насколько часто в течение последних четырех недель вы испытывали половое влечение?*

5 — почти всегда или всегда;

4 — в большинстве случаев (более половины случаев);

3 — довольно часто (почти в половине случаев);

2 — довольно редко (гораздо реже, чем в половине случаев);

1 — почти никогда или никогда.

12. *Как вы оцениваете уровень полового влечения, который наблюдается у вас в течение последних четырех недель?*

5 — очень высокий;

4 — высокий;

3 — средний;

2 — низкий;

1 — очень низкий или полное отсутствие влечения.

13. *Насколько вы довольны своей половой жизнью (в целом) в течение последнего месяца?*

5 — очень доволен;

4 — доволен;

3 — в равной мере доволен и не доволен;

2 — не доволен;

1 — очень не доволен.

14. *Насколько вы довольны интимными взаимоотношениями со своей партнершей в течение последнего месяца?*

5 — очень доволен;

4 — доволен;

3 — в равной мере доволен и не доволен;

2 — не доволен;

1 — очень не доволен.

15. *Как вы оцениваете свою уверенность в том, что вам удастся достичь эрекции и поддерживать ее долгое время (по состоянию на последний месяц)?*

5 — очень высоко;

4 — высоко;

3 — средне;

2 — низко;

1 — очень низко.

#### **Подсчет результатов тестирования по отдельным группам вопросов**

| Раздел                     | Номера вопросов   | Количество баллов | Максимальная сумма |
|----------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Эрекция                    | 1, 2, 3, 4, 5, 15 | 0—5               | 30                 |
| Оргазм                     | 9, 10             | 0—5               | 10                 |
| Половое влечение           | 11, 12            | 1—5               | 10                 |
| Удовлетворение от сношения | 6, 7, 8           | 0—5               | 15                 |
| Удовлетворение в целом     | 13, 14            | 1—5               | 10                 |

#### **Оценка значения полученных результатов**

*Эрекция*

0 — 6 — значительные нарушения

7 — 12 — умеренно выраженные нарушения

13 — 18 — нарушения средней степени

19 — 24 — незначительные нарушения

25 — 30 — нарушений нет

### *Оргазм*

- 0 — 2 — значительные нарушения
- 3 — 4 — умеренно выраженные нарушения
- 5 — 6 — нарушения средней степени
- 7 — 8 — незначительные нарушения
- 9 — 10 — нарушений нет

### *Половое влечение*

- 0 — 2 — значительные нарушения
- 3 — 4 — умеренно выраженные нарушения
- 5 — 6 — нарушения средней степени
- 7 — 8 — незначительные нарушения
- 9 — 10 — нарушений нет

### *Удовлетворение от сношения*

- 0 — 3 — значительные нарушения
- 4 — 6 — умеренно выраженные нарушения
- 7 — 9 — нарушения средней степени
- 10 — 12 — незначительные нарушения
- 13 — 15 — нарушений нет

### *Удовлетворение половой жизнью в целом*

- 0 — 2 — значительные нарушения
- 3 — 4 — умеренно выраженные нарушения
- 5 — 6 — нарушения средней степени
- 7 — 8 — незначительные нарушения
- 9 — 10 — нарушений нет

## **Скрининг-тест на выявление сексуальной аддикции П. Карнеса (Carnes, 1989)**

### **Вопросы**

1. Подвергались ли вы сексуальным домогательствам в детском или подростковом возрасте?
2. Являлись ли вы когда-либо подписчиком или приобретали регулярно журналы откровенно сексуальной направленности?
3. Были ли у ваших родителей отклонения в сексуальном поведении?
4. Часто ли вас занимают мысли сексуального характера?
5. Ощущаете ли вы, что ваше сексуальное поведение ненормально?
6. Вызывает ли ваше сексуальное поведение озабоченность или жалобы у вашей/вашего супруги/супруга (или другого близкого вам человека)?
7. Можете ли вы с легкостью отказаться от той или иной линии своего сексуального поведения, если осознаете его неадекватность?

8. Испытываете ли вы когда-либо неприятные чувства в отношении своего сексуального поведения?
9. Возникали ли у вас или в вашей семье когда-либо проблемы, связанные с вашим сексуальным поведением?
10. Обращались ли вы когда-либо за помощью по поводу своего сексуального поведения, которое вы не одобряли?
11. Вызывали ли у вас когда-либо беспокойство люди, интересующиеся вашим сексуальным поведением?
12. Было ли когда-либо ваше сексуальное поведение оскорбительным для кого бы то ни было?
13. Совершаете ли вы какие-либо сексуальные действия, вступающие в противоречие с законом?
14. Давали ли вы себе когда-нибудь обещание отказаться от каких-либо действий в своем сексуальном поведении?
15. Предпринимали ли вы когда-нибудь попытки, которые в результате ни к чему не привели, радикально изменить свое сексуальное поведение?
16. Приходится ли вам скрывать некоторые формы проявления своего сексуального поведения от других людей?
17. Пытались ли вы отказаться от каких-либо видов своих сексуальных действий?
18. Чувствовали ли вы себя когда-нибудь униженным вследствие своего сексуального поведения?
19. Являлся ли когда-либо для вас секс попыткой уйти от проблем?
20. Бывали ли вы когда-нибудь в подавленном настроении, после того как занимались сексом?
21. Испытывали ли вы когда-нибудь потребность отказаться от той или иной формы проявления сексуального поведения?
22. Мешало ли когда-либо ваше сексуальное поведение семейной жизни?
23. Были ли у вас когда-нибудь сексуальные партнеры из представителей сексуальных меньшинств?
24. Можете ли вы контролировать свое сексуальное желание?
25. Бывает ли у вас впечатление, что ваше сексуальное желание выходит из-под вашего контроля?

#### **Интерпретация результатов:**

Если на 13 из 25 вопросов даны утвердительные ответы, то респондент является сексуальным аддиктом.

#### **Решетка сексуальной ориентации (Klein F., 1990)**

*Сексуальное влечение:* лица какого пола вас возбуждают, привлекают в качестве реальных или возможных сексуальных партнеров?



0 — исключительно лица другого пола;

1 — лица другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом лица своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно лица собственного пола.

*Сексуальное поведение:* какого пола ваши сексуальные партнеры?

0 — исключительно лица другого пола;

1 — лица другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом лица своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно лица собственного пола.

*Сексуальные фантазии:* кого вы воображаете в эротических мечтах или во время мастурбации?

0 — исключительно лица другого пола;

1 — лица другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом лица своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно лица собственного пола.

*Эмоциональные предпочтения:* с кем вы предпочитаете дружить, устанавливать тесные эмоциональные связи, изливать душу?

0 — исключительно с лицами другого пола;

1 — с лицами другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом с лицами своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно с лицами собственного пола.

*Социальные предпочтения:* с лицами какого пола вы предпочитаете общаться, проводить время?

0 — исключительно с лицами другого пола;

1 — с лицами другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом с лицами своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно с лицами собственного пола.

*Стиль жизнь:* проводите ли вы время преимущественно с людьми, которые считают себя гетеро-, гомо- или бисексуалами?

0 — исключительно с лицами другого пола;

1 — лицами другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладают лица другого пола, но представители своего пола также играют важную роль;

3 — примерно поровну между лицами другого и своего пола;

4 — преобладают лица своего пола, но представители другого пола также играют важную роль;

5 — главным образом с лицами своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно с лицами собственного пола.

*Самоидентификация:* кем вы считаете себя по сексуальной ориентации?

0 — исключительно лицом другого пола;

1 — лицом другого, но иногда и своего пола;

2 — преобладает лицо другого пола;

3 — примерно поровну между лицом другого и своего пола;

4 — преобладает лицо своего пола;

5 — главным образом лицом своего, но иногда и другого пола;

6 — исключительно лицом собственного пола.

| Качество                   | Прошлое | Настоящее | Идеал |
|----------------------------|---------|-----------|-------|
| Сексуальное влечение       |         |           |       |
| Сексуальное поведение      |         |           |       |
| Сексуальные фантазии       |         |           |       |
| Эмоциональное предпочтение |         |           |       |
| Социальное предпочтение    |         |           |       |
| Стиль жизни                |         |           |       |
| Самоидентификация          |         |           |       |

### **Оценка результатов**

Каждое из качеств фиксируется в трех временных измерениях. Оценка общего показателя по каждому качеству осуществляется путем суммирования показателей по горизонтали и деления полученного числа на 3. Общий балл высчитывается сложением всех показателей по всем графам и делением итога на число заполненных граф (максимально 21).

## Некоторые сексологические термины

**Аберрация половая** — половое извращение.

**Абстиненция половая (депривация сексуальная)** — периоды вынужденного полового воздержания.

**Аверсия сексуальная** — негативное отношение к сексуальному партнеру.

**Алголагния** — сексуальное удовлетворение, испытываемое при причинении боли половому партнеру (активная алголагния, или садизм).

**Андрогены** — мужские половые гормоны (тестостерон, андростерон и др.).

**Андрогиния** — одновременно женские и мужские свойства у индивида.

**Андрогиния психологическая** — высокие показатели одновременно по шкалам маскулинности и фемининности.

**Андрофилия** — разновидность мужского гомосексуализма: влечение к взрослым мужчинам.

**Анестезия половая** — то же, что фригидность.

**Аноргазмия** — отсутствие оргазма при половых сношениях.

**Аутоэротизм** — направленность полового влечения на самого себя (нарциссизм).

**Афродизиаки** — вещества, стимулирующие половое влечение, вызывающие половое возбуждение.

**Бисексуальность** — в широком смысле слова обладание свойствами, характерными для обоих полов (андрогиния), в узком смысле — половое влечение к лицам обоего пола.

**Вагинизм** — судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна, препятствующее проведению полового акта.

**Виргогамия** — девственный брак.

**Вирильность, вирилизация** — появление мужских черт (тип телосложения, оволосения, тембр голоса и др.) у женщин под влиянием андрогенов.

**Воздержание** — усилия, направленные на подавление половой активности.

**Воллост** — сладострастное чувство, сопровождающее половой акт.

**Вуайеризм (визионизм)** — достижение полового возбуждения и оргазма путем созерцания чужих гениталий или наблюдения за сексуальной активностью других людей.

**Гениталии** — половые органы.

**Гермафродитизм (двуполость, интерсексуальность)** — врожденная двойственность репродуктивных органов, когда пол индивида нельзя однозначно определить ни как мужской, ни как женский.

**Геронтофилия** — направленность полового влечения на лиц старческого возраста.

**Гетеро/гомосексуальность** — предпочтение сексуальных партнеров противоположного/собственного пола.

**Гетеро/гомозеротизм** — эротическое влечение к лицам противоположно-го/собственного пола.

**Гинекофилия** — разновидность женского гомосексуализма: влечение к взрослым женщинам.

**Гиперсексуальность (нимфомания, сатириазис)** — повышенное половое влечение.

**Гипогонадизм, гипогенитализм** — недоразвитие половых органов и вторичных половых признаков в связи с пониженной секрецией половых гормонов.

**Гипосексуальность** — снижение полового влечения; крайнее проявление у женщин — фригидность.

**Гирсутизм** — избыточное оволосение (рост усов, бороды) у женщин; проявление вирилизации.

**Гифедония (гипгедония; гипогедония, половая гипестезия)** — притупление остроты сладострастных ощущений.

**Гонады** — половые железы.

**Девиации половые** — не относящиеся к болезненным состояниям отклонения от общепринятых (в рамках данной этнической культуры) форм полового поведения.

**Дефлорация** — разрыв девственной плевы.

**Диапазон приемлемости** — совокупность форм сексуального поведения при интимной близости (как в коитусе, так и в подготовительной стадии предварительных ласк, или форшпиле), не порождающая у партнера негативной эмоциональной реакции (выбор сексуальных поз партнеров, орально-генитальные контакты и т. п.).

**Диспареуния** — термин, определяющий широкий круг нарушений, главным образом у женщин, от отсутствия полового влечения (асексуальность) и неспособности к оргазму (аноргазмия) до дисгармонии половых отношений между супругами (дисгамия), болезненных ощущений в половых органах (гениталгии) и мышечных спазмов, затрудняющих половое сношение или делающих его невозможными (вагинизм).

**Зоофилия (скотоложество)** — сексуальные контакты с животными.

**Импотенция** — неспособность мужчины совершить половой акт или (и) обеспечить сексуальное удовлетворение у обоих партнеров. Под импотенцией подразумевают самые разные нарушения эрекции, эякуляции и других сексуальных реакций.

**Интромиссия** — введение полового члена во влагалище.

**Инцист (кровосмешение)** — кровосмешение, половая связь между близкими родственниками.

**Кастрация (оскопление)** — воздействие, вызывающее полное прекращение функций гонад. Различают гормональную, лучевую, травматическую и хирургическую кастрацию.

**Коитус (копуляция)** — половой акт, половое сношение, совокупление.

**Коитус прерванный** — половой акт, при котором мужчина, чувствуя приближение заключительной нервной разрядки (оргазма), для предупреждения беременности извлекает половой член из влагалища, чтобы сперма не попала в половые пути женщины.

**Контрацептивы** — противозачаточные средства.

**Куннилингус** — оральное стимулирование женских гениталий.

**Лесбийская любовь (лесбианство)** — женский гомосексуализм.

**Либи́до** — половое влечение.

**Мазохизм** — половое удовлетворение при физических или моральных страданиях, причиняемых половым партнером.

**Маскулинность** — совокупность соматических, психических и поведенческих признаков, отличающих мужчину от женщины.

**Мастурбация (ипсация, онанизм)** — сексуальное самоудовлетворение, чаще всего путем раздражения гениталий.

**Менархе** — первая менструация.

**Менопауза** — прекращение менструаций у женщины, обозначающее окончание детородного периода ее жизни.

**Мультиоргастичность** — способность несколько раз переживать оргазм в течение одного полового акта; характерна для женщин.

**Нарциссизм (аутоэротизм, аутомоносексуализм)** — предпочтение собственного тела в качестве объекта полового влечения.

**Нимфомания** — повышенное половое влечение (гиперсексуальность) у женщины.

**Ойгархе** — первая поллюция.

**Онанизм** — мастурбация.

**Оральный** — относящийся к полости рта.

**Оргазм** — высшая степень сладострастного ощущения, возникающая в момент завершения полового акта или при других формах сексуального удовлетворения.

**Оргазмическая платформа (оргастическая манжетка)** — предварительное тоническое напряжение мышц наружной трети влагалища, предельное сокращение которых связано с возникновением оргазма.

**Пансексуализм** — сведение всех эмоциональных реакций и мотивов поведения к сексуальной основе.

**Парафилия** — достижение полового удовлетворения с помощью необычных или культурно неприемлемых стимулов; обычно это понятие используют как синоним половых отклонений девиаций.

**Педерастия (мужеложство, мужской гомосексуализм)** — обычно употребляется в более узком смысле для обозначения анального коитуса между взрослым мужчиной и мальчиком.

**Педофилия** — направленность полового влечения на детей.

**Перверсия** — извращение, патологическое отклонение от нормы.

**Петтинг** — преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего сексуального контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий. Может быть поверхностным (раздражение эрогенных зон, обычно обнаженных, а гениталий — только через одежду), глубоким, гомо- и гетеросексуальным, активным и пассивным.

**Пол акушерский** — то же, что гражданский пол.

**Пол аскриптивный** — приписанный пол; то же, что гражданский пол.

**Пол воспитания** — пол, в котором воспитывают ребенка в семье (от выбора одежды, прически и игр до применения наказаний за неконформное сексуальное поведение); определяется гражданским полом. Участвует в формировании полового самосознания и выборе половой роли.

**Пол гонадный (истинный)** — идентифицируется по основному показателю половой принадлежности — гистологическому строению половой железы.

**Пол гормональный** — определяется гонадным полом; проявляется способностью половых желез секретировать специфические половые гормоны.

**Пол гражданский (паспортный)** — официально регистрируемый пол; определяется при рождении и выводится непосредственно из морфологического пола.

**Пол морфологический (соматический)** — пол, определяемый строением наружных и внутренних половых органов; обуславливается уровнем и доминирующей направленностью гормональных воздействий.

**Пол паспортный** — то же, что гражданский пол.

**Поллюция** — непроизвольная эякуляция, не связанная с половым актом; происходит большей частью во сне.

**Половая активность** — свойственная данному человеку частота половых отправлений (у мужчин характеризуется количеством семяизвержений, наступающих при половых актах или других, в частности суррогатных, формах полового удовлетворения, например, при онанизме).

**Половая идентичность** — осознанная половая принадлежность индивида, с которой соотносятся прочие свойства его самосознания.

**Половая роль** — модель социального поведения, специфический набор требований и ожиданий, предъявляемых обществом к лицам мужского или женского пола.

**Половая холодность (фригидность)** — ослабление полового влечения или половой возбудимости. Термин чаще употребляется применительно к лицам женского пола.

**Половое влечение (либидо)** — стремление к половой близости.

**Половое самосознание** — способность осознавать себя представителем определенного пола, а также регулировать свое поведение в соответствии с принятыми в обществе морально-этическими требованиями и установками.

**Полоролевое предпочтение** — предпочтение мужской или женской роли или каких-то ее аспектов.

**Промискуитет** — беспорядочные, ничем не регулируемые половые сношения.

**Псевдоимпотенция** — сомнения в состоянии своей половой сферы у мужчины, порождаемые неправильными представлениями о нормальных половых проявлениях, при отсутствии у него отклонений.

**Пубертат** — период полового созревания.

**Садизм** — половое удовлетворение путем причинения страданий или унижения сексуальному партнеру.

**Сатириазис** — повышенное половое влечение (гиперсексуальность) у мужчины.

**Сексуальные игры** — действия, связанные с обследованием или стимуляцией гениталий и других эrogenных зон.

**Стигма** — буквально: пятно, метка, телесный знак; в переносном смысле — несмыслимое пятно позора и осуждения.

**Стигматизация** — социально-психологическая дискриминация какой-то категории людей.

**Трансвестизм** — достижение полового удовлетворения посредством переодевания в одежду другого пола.



**Транссексуализм** — убежденность в «неправильности» своего биологического пола, желание принадлежать к противоположному полу. Сопровождается стремлением к перемене пола (хирургическим путем) и имитацией поведения лиц противоположного (желаемого) пола.

**Фаллос (фалл, линга)** — символическое изображение эрегированного полового члена.

**Фелляция (пенилинкция)** — вызывание полового возбуждения воздействием ртом и языком на половой член партнера.

**Фемининность** — совокупность соматических, психических и поведенческих свойств, отличающих женщину от мужчины (у животных — самку от самца).

**Фетишизм** — достижение полового удовлетворения посредством манипуляций и контакта с предметами, которые сами по себе не имеют эротического значения (одежда, обувь и т.п.), но символизирующие сексуального партнера.

**Фригидность** — половая холодность у женщины. Проявляется слабостью полового влечения или половой возбудимости; может сопровождаться отвращением к половому акту.

**Фрикции копулятивные** — движения полового члена во влагалище, производимые во время полового акта.

**Фрустрация сексуальная** — неудовлетворенное половое возбуждение.

**Эксгибиционизм** — достижение полового удовлетворения путем демонстрации гениталий лицам противоположного пола вне ситуации половой близости.

**Эрекция** — рефлекторное наполнение полового члена или клитора кровью, придающее этим органам жесткость.

**Эрогенные зоны** — участки тела, раздражение которых вызывает половое возбуждение.

**Эротомания** — повышенное половое влечение; то же, что гиперсексуальность.

**Эстрогены** — женские половые гормоны.

**Эякуляция** — семяизвержение, выделение эякулята; рефлекторный акт, наряду с эрекцией основное проявление мужской сексуальности.

Шельгин Кирилл Валерьевич  
Тахтарова Елена Павловна

**Сексология**

Учебное пособие

Под ред. П.И. Сидорова

Редактор *Н.Н. Коноплева*

---

Подписано в печать 02.05.2006.  
Формат 60×84/16. Усл. печ. л. 7,75. Уч.-изд. 6,5.  
Тираж 100 экз. Заказ 477.

---

ООО «Издательский центр СГМУ»  
г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, каб. 2331  
Тел. (8182) 206-190