

ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



5
2013 год

Издается 2 раза в год

электронный научный журнал

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

С.Н. МАТЕВОСЯН. Дорогие читатели, дорогие коллеги!..... 2

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

С.Б. ПЕРГАМЕНЩИК, С.Н. МАТЕВОСЯН, Г.Е. ВВЕДЕНСКИЙ. Анализ детских воспоминаний об игровой деятельности..... 3

А.В. КОЛОКОЛОВ. Роль патобиологических факторов в формировании аномального сексуального поведения в отношении детей..... 14

М.И. ЯГУБОВ, В.Г. КОНОВАЛОВ. Особенности сексуальных дисфункций у женщин с хроническим сальпингитом и оофоритом..... 23

М.Л. АРКУС. Тревожно-фобические расстройства сексуальной тематики у мужчин..... 39

М.И. ЯГУБОВ, А.А. КАСТОРНАЯ, А.Г. ГОФМАН, А.С. МЕЛИКСЕТЯН. Сексуальные дисфункции у больных алкоголизмом..... 48

Б.К.М. РААС (перевод Елены МОЖАЕВОЙ). Сексуальные преступники..... 57

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Е.А. КАЩЕНКО. Периоды работы механизма поддержания сексуальной аттракции..... 65

А.Н. КОТЕНЁВА. Сексуальность россиян — из СССР..... 74

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

Б.Е. АЛЕКСЕЕВ. Проблема дефицита сексологических знаний в практическом преломлении..... 80

М.Р. КУЛЕШОВА. Секс — несбыточная мечта для инвалидов?..... 88

Над номером работали:..... 93



МАТЕВОСЯН
Степан Нарбеевич,

доктор медицинских наук, главный редактор журнала «Мир сексологии»

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

ДОРОГИЕ ЧИТАТЕЛИ, ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ!

Вашему вниманию представляем очередной, пятый номер журнала, где нашли отражение медицинские и психологические, социальные и правовые аспекты современной сексологии.

В журнале опубликованы статьи научных работников, сотрудников учебных заведений и практических учреждений, посвященные вопросам клинической сексологии. Тематический диапазон представленных в настоящем журнале работ значителен и охватывает как клинические, так и прикладные аспекты сексологии. В них излагаются новые данные относительно сексуальных нарушений у больных алкоголизмом, тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики, сексуальной аттракции, особенностям формирования расстройств половой идентичности, весьма актуальной и, к сожалению, малоизученной проблеме современной сексологии — исследованиям особенностей сексуальных дисфункций у женщин. В журнале нашли также отражение проблемы практической реализации биопсихосоциального подхода к пациентам с сексуальными расстройствами.

Выработка алгоритма взаимодействия врача и психолога, обеспечивающего реализацию такого подхода в процессе лечения сексологических пациентов весьма актуальна. В этом отношении отрадно, что усилиями Российского научного Общества организованы курсы профессиональной переподготовки по сексологии для психологов.

В силу особого внимания в современном обществе к вопросам профилактики сексуальных преступлений в нескольких статьях рассматриваются патогенетические и терапевтические аспекты аномального сексуального поведения. Этой же теме посвящена статья нашего зарубежного коллеги, профессора судебной психиатрии Свободного университета Амстердама и Гронингенского университета Б.К.М. Рааса, чей материал мы приняли к публикации с особой благодарностью и надеемся на дальнейшее сотрудничество с зарубежными коллегами, увеличение числа публикуемых зарубежных работ в нашем журнале.

Мы благодарим всех авторов, со статьями которых вы сегодня знакомитесь, мы благодарим всех, кто еще только готовит нам открытия. Мы надеемся и мы ждем. Пишите.



МАТЕВОСЯН
Степан Нарбеевич,

доктор
медицинских наук,
психоэндокринологи-
ческое отделение
(Московский
городской
психоэндокринологи-
ческий Центр)
филиала ПНД
№ 2 ПБ № 1 им.
Н.А. Алексеева,
профессор, зав.
кафедрой психиатрии
и наркологии
факультета
социальной
медицины ГКА
им. Маймонида



ПЕРГАМЕНЩИК
Светлана Борисовна,

кандидат
медицинских наук,
психоэндокринологи-
ческое отделение
(Московский
городской
психоэндокринологи-
ческий Центр)
филиала ПНД
№ 2 ПБ № 1 им.
Н.А. Алексеева



ВВЕДЕНСКИЙ
Георгий Евгеньевич,

доктор медицинских
наук, профессор,
руководитель
лаборатории судебной
сексологии ФГБУ
«Государственный
научный центр
социальной
и судебной
психиатрии им. В.П.
Сербского» МЗ РФ

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

АНАЛИЗ ДЕТСКИХ ВОСПОМИНАНИЙ ОБ ИГРОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

При различных вариантах расстройств половой идентификации

В данном исследовании изучены различные варианты расстройств половой идентичности и особенности игровой деятельности при них, проведен анализ влияния игры на становление половой идентификации.

Расстройство половой идентификации (РПИ) — нарушения единства поведения и самосознания индивида, причисляющего себя к определенному полу и ориентирующегося на требования соответствующей половой роли¹.

¹ Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. – М.: Олимп; АСТ, 1998. – 496 с.

К этой группе состояний относятся не только транссексуализм и трансролевое поведение, но и РПИ при различных нозологических формах психических расстройств. Г.Е. Введенским² половая идентичность рассматривается как аспект самосознания; при этом учитывается как субъективная феноменология, так и поведенческие проявления на различных этапах психосексуального развития. Ф. Тайсон и Р. Тайсон³ предлагают проводить границу между половой идентичностью, полоролевой идентичностью и сексуальной ориентацией в связи с множественностью форм психопатологии, связанных с тем или иным из этих элементов.

В проводимых ранее исследованиях было установлено, что основной возможной причиной возникновения РПИ, помимо различных свойств конституционально-личностного характера, является воздействие средовых факторов. Так, согласно большинству психоаналитических моделей, существенную роль в последующем развитии играет глубокое нарушение взаимодействия в детско-родительских взаимоотношениях. Согласно исследованиям Арлингтонского Национального Центра по раннему детству, невозможно квалифицировать состояние и поведение ребенка вне его привычного социально-психологического контекста (прежде всего, внутрисемейного), поскольку половая идентичность определяется не только пренатальной гормональной организацией, но и дальнейшими психосоциальными воздействиями. Основным из факторов, участвующих в формировании восприятия ребенком собственного пола являются не только личностные особенности его родителей, но и характер их взаимоотношений с ребенком, которые обеспечивают его подражание поведенческой модели родителя того же пола. Половые роли усваиваются и в общении со сверстниками, где важную роль играют социокультуральные ожидания. Само существование стереотипов маскулинности — фемининности находит отражение в предпочитаемых или табуируемых играх для детей. Соответственно этому, родители по-разному играют с сыновьями и дочерьми^{4, 5, 6}. Таким образом, в фазе научения происходит выработка полоролевой установки, а в фазе реализации она осваивается в играх (например, «дочки-матери» для девочек и «казаки-разбойники» для мальчиков), когда ребенок воспринимает многие характеристики мужественности или женственности неосознанно, подражая тому или иному герою^{7, 8}.

2 Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальной ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение). Дис. д.м.н. – М.: 2000. – 416 с.

3 Тайсон Ф. и Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. – Екатеринбург, 1998. 28 с.

4 Caldera, Y.M., Huston, A. C., & O'Brien, M. Social interactions and play patterns of parents and toddlers with feminine, masculine, and neutral toys // *Child Development*. 1989. P. 70 – 76.

5 Pellegrini A.D., Peter K. Smith Physical Activity Play: The Nature and Function of a Neglected Aspect of Play//*Child Development*, 1998. Vol. 69. N. 3 (Jun.). P. 577– 598.

6 Suizzo M.A., Bornstein M.H. French and European American child–mother play: Culture and gender considerations *International Journal of Behavioral Development*. 2006. Vol. 30. No 6. P. 498 – 508.

7 Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. – М.: Медицина, 1979. 183 с.

8 Исаев Д.Н., Каган В.Е. Девиантное поведение и половые роли у девочек – подростков // *Психопатические расстройства у подростков / Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.* – Л., 1987. С. 25 – 29.

При этом половые различия в выборе игрушек проявляются еще до того, как ребенок формирует четкую половую идентичность, формирующуюся обычно к 3, максимум 5 годам⁹. Как показал ряд исследований^{10, 11, 12}, дальнейшие попытки взрослых изменить представление ребенка о своей половой принадлежности, как правило, малоуспешны. E. Leaper, C. Maccoby^{13, 14}, изучая взаимоотношения в группе дошкольников, показали, что половая сегрегация, отражающая различия в игровых стилях мальчиков и девочек, возникает в возрастной период 2–3 лет, достигая максимума к 6,5 годам, когда ребенок предпочитает проводить время с лицами своего пола. Примерно с этого же возраста дети начинают узнавать о половых стереотипах¹⁵, используемых ими как обязательные для оценки мужских и женских личностных черт; и только к среднему школьному возрасту дети становятся более гибкими в мышлении о половых различиях. В подростковом возрасте, вследствие процесса половой интенсификации (усиление половых различий, связанное с повышенной необходимостью следовать половым ролям), происходит возвращение к прежней ригидности. Формирование образа тела, как одной из составляющих базовой половой идентичности, находит отражение в проявляемом интересе ребенка к устройству своего и чужого тела, что проявляется в совместных играх мальчиков и девочек в «доктора», «маму и папу»^{16, 17}. Е.В. Мединским¹⁸ описаны нарушения базовой половой идентичности у девочек при органическом поражении ЦНС, которые проявляются предпочтением смешанного характера игр с мальчиками. В.М. Башина^{19, 20} выделила 11 вариантов нарушения самосознания ребенка; в частности, утрату сознания собственного пола и нарушение сознания собственного «Я» с заменой его иным, что автор относит к варианту аутопсихической деперсонализации. Таким образом, игра в детском возрасте является, по-видимому, основным, если не единственным, показателем

9 Leinbach M.D., Fagot B.I. Acquisition of gender labels: A test for toddlers // Sex Roles/ Springer Netherlands. Vol. 15, No. 11 – 12, 1986. P. 655 – 667.

10 Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. // Мышление и речь. Проблемы психического развития ребенка / под ред. А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия. – М., 1956. С. 519

11 Выготский Л.С. Проблемы развития психики // Собр. соч. В 6 т. Т. 5. – М., 1983. 258 с.

12 Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч. В 6 т. Т. 4. – М., 1984. 385 с.

13 Leaper. C. (ed). Childhood gender segregation: Causes and consequences. 1994. San Francisco: Jossey-Bass. 345 p.

14 Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. Gender segregation in childhood // Advances in Child Development and Behavior. 1987. P. 239 – 287.

15 Kenneth J. Zucker, Debra N. Wilson-Smith, Janice A. Kurita, Anita Stern. Children's appraisals of sex-typed behavior in their peers // Sex Roles: A Journal of Research. Dec, 1995. P. 60 – 65.

16 Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. – М.: Медицина, 1979. 183 с.

17 Исаев Д.Н., Каган В.Е. Девиантное поведение и половые роли у девочек – подростков // Психопатические расстройства у подростков / Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – Л., 1987. С. 25 – 29.

18 Мединский Е.В. Психосексуальный дизонтогенез у женщин больных шизофренией: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2007. 20 с.

19 Башина В.М. К проблеме раннего детского аутизма – // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под ред. АБ Смулевича. – М., 1999. С. 98 – 108.

20 Башина В.М. Аутизм в детстве. – М., 1999. 240 с.

особенностей развития личности индивида и методом оценки соответствия полоролевым стереотипам.

Цель: Сравнительный анализ особенностей игровой деятельности при различных вариантах расстройств половой идентичности, оценка влияния игры на формирование полоролевого поведения и определение ее диагностического значения.

В соответствии с целью были изучены особенности игровой деятельности при различных нозологических вариантах РПИ, проведена оценка влияния средовых факторов (особенностей воспитания и взаимоотношения со сверстниками) на характер игровой деятельности.

Методы исследования:

1. Клинико-психопатологический.
2. Сексологический (включая шкалу оценки нарушений половой идентичности, разработанную в Лаборатории судебной сексологии ГНЦ ССП им. В.П. Сербского).
3. Статистический.

Объект исследования: составили 238 человек (104 мужчины и 134 женщины), обратившихся в Московский городской психонейроэндокринологический центр при ПНД №2 с желанием гормональной и/или хирургической коррекции пола. В процессе исследования пациенты в зависимости от синдромально-нозологических характеристик были разделены на 4 группы.

- Первую группу составили 85 пациентов (12-м, 73-ж), которым, в соответствии с критериями МКБ-10, был установлен диагноз транссексуализм (F64.0).
- Вторая группа — 56 больных (41-м, 15-ж) с шизофренией (F20-F29).
- Третья группа — 21 человек (10 м и 11 ж), у которых было выявлено наличие органического поражения ЦНС (F06, F07).
- Четвертая группа — 47 человек (16 м и 31 ж), с личностной патологией (F60).

На момент обследования 29 человек не завершили обследования и были отнесены нами в группу неуточненных расстройств половой идентификации. Данная группа не была включена в исследование. Средний возраст обследуемого контингента на момент обращения составил 28,5 лет. Наиболее частым возрастным диапазоном являлся промежуток 20–25 лет (39,83%).

В рамках исследования была создана специальная карта — опросник, состоявшая из нескольких блоков: персонуграфического, биографического, психопатологического и сексологического. В ней подробно указывались и описывались вид, характер и предпочтения в игровой деятельности (субъективные данные) с последующим уточнением этих сведений у родителей пациентов (объективные данные). Игровая деятельность оценивалась нами по нескольким критериям (согласно шкале половой идентичности разработанной в Лаборатории судебной сексологии

ГНЦ ССП им. В.П.Сербского²¹): характер игр — предметный или ролевой; во взаимодействии со сверстниками учитывалось как предпочтение детей другого пола в качестве партнеров по играм, отсутствие предпочтения по полу, так и отсутствие выбора партнера. Проводилось разделение предпочитаемых игрушек по следующим категориям: девичьи (куклы), мальчишеские (машинки, оружие и пр.), или смешанные, т.н. разнополюсые. Четвертый фактор — характер игровой деятельности: предметно-инструментальный (ПИ), эмоционально-экспрессивный (ЭЭ) или смешанный (ПИ-ЭЭ).

Результаты:

Аутистический характер игр, причиной которого, возможно, является болезненная гиперэстезия ребенка, вызывающая у него множественные, нелепые и часто неосознаваемые страхи, выражается в играх с бытовыми предметами, неигровым материалом. Другой характерной особенностью этих детей являются нарушения эмоциональной сферы, что проявляется в трудностях дифференцировки живых и неодушевленных объектов; кроме того, подобные дихотомические проявления, нередко, выражаются также в отсутствии различия мужского и женского, взрослого и детского. Например, один из обратившихся, подходя к зеркалу, видел в нем маленькую девочку, другая пациентка периодически отождествляла себя, то с мужскими, то с женскими персонажами.

При сравнении преимущественного выбора в играх по группам были выявлены следующие достоверные ($p=0.001$) различия (таблица 1). Ролевые игры были наиболее характерны для обследуемых первой группы, как и смешанный (ПИ и ЭЭ) характер игровой деятельности — по 74,2%, в группе преобладал выбор партнера противоположного пола: 80%. Данная характеристика была также выраженной и у лиц с явлениями органического поражения ЦНС: 72,7%. Игровая деятельность предметного характера преобладала среди второй группы и составила 44,6% от всех обследуемых. В этой же группе, чаще, чем в остальных, отмечался ЭЭ характер игровой деятельности — 8,9%, и достоверно преобладали аутистические игры — 48,2%. Среди обследуемых данной группы значительно чаще встречались игры со сверстниками своего пола — 26,8%. Отсутствие предпочтений по полу партнера оказалось наиболее характерным для четвертой группы — 51,1%. Выбор игрушек, характерных для противоположного пола преобладал в первой и третьей группах — 75,3% и 63,6%. С игрушками, характерными для своего пола чаще всего играли дети из второй группы — 28,6%. Отсутствие предпочтений в выборе мальчишеских или девичьих игрушек было наиболее характерным для лиц из четвертой группы — 51,1%.

21 Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение). Дис. д.м.н. — М.: 2000. — 416 с.

Характеристика игровой деятельности в исследуемых группах

	1 группа (F64.0)		2 группа (F 20–F29)		3 группа (F06, F07)		4 группа (F60)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Предметные	16	18,8	25	44,6	8	36,4	12	25,5
Ролевые	63	74,2	25	44,6	10	45,6	23	48,9
Адекватный пол партнера	0	—	15	26,8	1	4,6	4	8,5
Противоположный пол партнера	68	80	20	35,7	16	72,7	20	42,6
Отсутствие выбора по полу	15	17,7	21	35,7	4	18,2	24	51,1
ЭЭ характер	4	4,7	5	8,9	2	9,1	4	8,5
ПИ характер	16	18,8	25	44,6	9	40,1	14	29,8
Смешанный характер (ЭЭ-ПИ)	63	74,2	26	46,4	10	45,6	29	61,7
Аутистические игры	7	8,2	27	48,2	5	22,7	18	38,3
Адекватные полу игрушки	0	—	16	28,6	1	4,6	4	8,5
Игрушки пола противоположного	64	75,3	17	30,4	14	63,6	20	42,6
Смешанные игрушки	13	15,3	17	30,4	4	18,2	24	51,1
Итого	85	100	56	100	22	100	47	100

При сравнении показателей по половому признаку были получены следующие результаты: предметный характер игровой деятельности и аутистические игры, были наиболее характерны для обследуемых мужского пола из второй группы: по 32,7% и 48,1% соответственно. Ролевые игры достоверно преобладали ($p=0.004$) среди девочек из первой группы — 81,1%. Для них же был наиболее характерным выбор партнера противоположного пола — 74,3% и смешанный (ЭЭ-ПИ) характер игр 67,6% ($p=0.001$). Выбор в играх партнера своего пола преобладал среди мальчиков второй группы — 26,8%. Среди девочек данный показатель встречался только в четвертой группе и составил 15,6%. Отсутствие предпочтений в выборе партнера практически не имело половых различий и было несколько более выраженным в четвертой группе. Игровая деятельность с мальчишескими игрушками преобладала среди девочек из третьей и первой групп: 85,7% и 74,3% соответственно. Предпочтение

мальчиками девичьих игрушек незначительно преобладало в третьей группе: 56,5%. Тогда, как игрушками своего пола играли мальчики из второй и четвертой групп, но достоверные отличия ($p=0.004$) зарегистрированы только во второй группе — 28,9%. Среди девочек данный показатель встречался только в четвертой группе 15,6%.

Следует отметить, что нередко игровая деятельность сочеталась с так называемым чрезмерным фантазированием, под которым мы понимаем повышенное воображение ребенка в процессе игры, когда, в отличие от фантазирования патологического, сохраняется как произвольный характер возникновения фантазий, так и «тестирование» реальности. Т.е. ребенок сохраняет способность отличать реальный и воображаемый мир, ограничиваясь фантазиями в процессе игры не перенося их в окружающую действительность. При этом чрезмерное фантазирование, как и патологическое, может носить характер саморегуляции. В ряде наблюдаемых нами случаев игры в детском возрасте приобретали сверхценный характер с дальнейшим преобразованием в сверхценные увлечения в дошкольном и младшем школьном возрасте. Подобные проявления, возможно, отражают «патологическую инертность» ЦНС, поскольку занимают практически все время ребенка. Так, один из обследуемых, в возрасте 4–5 лет, мог часами играть в железную дорогу; в младшем школьном возрасте начал коллекционировать и составлять маршруты передвижения электропоездов. Другая пациентка отмечала «глубокое, почти маниакальное увлечение тем или иным видом деятельности» с отсутствием потребности в общении или желанием заниматься чем-либо другим. Склонность к сверхценным играм и увлечениям, а также чрезмерное фантазирование достоверно преобладали среди лиц 2-й группы ($p=0.001$). При сравнении по половому признаку, данный показатель наиболее часто встречался среди мальчиков второй группы. Среди лиц женского пола, показатели были наиболее выраженными в 4-й группе — 40,4% и 31,9%.

Особенности игровой деятельности в исследуемых группах

	1 группа (F64.0), %		2 группа (F20–F29), %		3 группа (F06, F07), %		4 группа (F60), %	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Сверхценный характер	1,2	25,9	57,2	30,4	19,1	14,3	14,9	40,4
Чрезмерное фантазирование	1,2	12,9	46,4	26,8	19,1	4,8	14,9	31,9

Необходимо отметить некоторые характерные особенности чрезмерного фантазирования и сверхценных увлечений у испытуемых второй группы. Так, в допубертатном периоде фантазирование отмечалось в 73,21% случаев, и только в 44,65% в постпубертатном, что возможно объяснить нарастанием дефицитарной симптоматики в указанной группе. Подобная динамика оказалась характерной и для сверхценных увлечений (87,5% и 75%).

Социальные контакты со сверстниками способны оказывать влияние на личностное восприятие и могут являться фактором развития эмоциональной сферы, при этом

единицей измерения, в данном случае, может служить степень популярности ребенка среди сверстников. Нами было отмечено, что если до младшего школьного возраста трудности в общении были более выражены у девочек, предпочитающих активные, часто агрессивные игры, то с наступлением этого периода нарастала социальная декомпенсация мальчиков, продолжавших предпочитать тихие, спокойные игры общению со сверстниками своего пола. Имеющиеся у таких детей трудности в установлении контактов со сверстниками, можно объяснить несформированным статусом идентичности, что ведет их к нарушению правила «половой сегрегации», и как следствие, ребенок ощущает пренебрежение и отчуждение со стороны сверстников. Необходимо отметить и специфический выбор объекта общения, часто встречающийся среди данной категории лиц. Так, в ряде случаев, в качестве партнера по играм, ребенок выбирал детей с патологией опорно-двигательного аппарата, внешними дефектами или «изгоев». Это не являлось специфическим выбором объекта референции, когда ребенок стремился копировать черты поведения или характера, поскольку в данном случае происходило утверждение противоположных качеств. Например, одна из пациенток в начальных классах дружила с тихими мальчиками, которых «стремилась защищать от обидчиков». При оценке контактов со сверстниками были получены следующие достоверные результаты ($p \leq 0.001$). Стремление к лидерству и доминированию было наиболее характерным для обследуемых женского пола из первой группы. Выбор специфического объекта общения или партнера по играм преобладал среди лиц мужского пола с ТС, категория «отверженных» детей была наиболее выраженной среди лиц второй группы с преобладанием обследуемых мужского пола.

Особенности во взаимоотношениях со сверстниками

ТИП ВЗАИМООТНОШЕНИЙ	1 группа (F64.0), %		2 группа (F20–F29), %		3 группа (F06, F07), %		4 группа (F60), %	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Лидер	0	44,6	15,4	39,1	12,5	35,7	30,4	21,9
Отверженные	36,4	14,8	42,3	30,4	37,5	14,2	39	31,3
Равные	27,3	31	23,1	8,7	25	28,6	13,1	43,7
Выбор объекта	45,5	9,46	19,2	13,1	25	21,4	17,4	6,25

При анализе психологического дискомфорта от общения и непонимания сверстников своего (биологического) пола с учетом возрастного фактора, отмечалось увеличение числа лиц, испытывающих дискомфорт от общения со сверстниками своего пола. Наибольшую выраженность данный феномен имел во второй группе.

Социальное окружение ребенка, прежде всего, семья, помимо формирования его характерологических особенностей, оказывает влияние и на развивающуюся игровую деятельность, привнося в нее своеобразный оттенок. Так, один из обследуемых воспитывающийся в достаточно строгих условиях, вынужден был вместе с братом самостоятельно изготавливать игрушки из подручных материалов;

другой обратившийся выдумывал «целый мир, который так увлекал, что заменял вынужденную нехватку общения со сверстниками». Непоследовательное, недостаточное подкрепление соответствующего поведения ребенка родителями, а также подкрепление поведения свойственного противоположному полу или особенности воспитания, способствующие искаженному половому самовосприятию, могут способствовать нечеткости у него половой самоидентификации, что в дальнейшем находит отражение на этапе полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Например, один из обратившихся в детстве вынужден был донашивать рейтузы матери; на его протесты и замечания по поводу того, что «они женские», мать утверждала, что они «не женские и не мужские»; другому его родители специально выделили половину комнаты, где он строил город для Барби.

Состав семьи

	1 группа (F64.0)	2 группа (F20–F29)	3 группа (F06, F07)	4 группа (F60)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Полная семья	52,9	53,9	68,2	57,6
Неполная семья	47,1	46,1	31,8	42,4
Без отца	37,6	32,9	18,2	32,2
Без матери	1,2	2,6	—	1,7
Родственники женского пола	3,5	3,9	4,5	3,4
Интернат	1,2	1,3	4,5	3,4
Другое	4,7	5,2	4,5	1,7

При оценке взаимосвязи состава семьи и игровой деятельности ребенка были получены следующие результаты: в первой группе, для обследуемых лиц из полных семей был характерен смешанный характер игровой деятельности. В случае отсутствия одного из родителей (чаще отца) значительно увеличивался показатель аутистических игр среди девочек — с 2,1% до 20%. Тогда как среди мальчиков происходило увеличение частоты встречаемости предметно-инструментальных игр — 37,5% и 100%. Во второй группе для обследуемых, вне зависимости от их половой принадлежности, в случае отсутствия в семье отца было отмечено уменьшение смешанного характера игровой деятельности и нарастание аутистических и предметно-инструментальных игр. Для мальчиков в данном случае была характерна меньшая агрессивность и подвижность в играх; часто они предпочитали тихие и спокойные игры, были более зависимыми. Взаимосвязи состава семьи с выбором игрушек и половой принадлежностью партнера по играм в вышеописанных группах отмечено не было. В третьей группе состав семьи не оказал значительного влияния на характер игровой деятельности у мальчиков. Тогда как у девочек, в случае неполной семьи смешанный характер игр заменялся на предметно-инструментальный. Предпочтение «мальчиковых» игрушек девочками чаще встречалось в полных семьях, тогда, как среди мальчиков выбор игрушек не зависел от состава семьи. В четвертой группе предпочтение «мальчиковых» игр девочками в два раза чаще встречалось в случае отсутствия

одного из родителей. «Девичьи» игры среди мальчиков были более характерными для полных семей (70%), в то время, как в случае неполной семьи среди мальчиков увеличивалась частота «разнополых, смешанных» игр (6,1% и 33,4%).

Обсуждение: для ЖТС был характерен смешанный характер игровой деятельности, ролевые игры и выбор в них партнеров противоположного пола. Пациентки с ТС, как и пациентки с органическим поражением ЦНС, чаще выбирали «мальчиковые» игрушки. Предпочтение же девичьих игр мальчиками встречалось наиболее часто среди лиц с органическим поражением ЦНС.

Среди больных шизофренией достоверно преобладали аутистические и предметно-инструментальные игры в группе сверстников своего пола. С игрушками, характерными для своего пола чаще всего играли лица мужского пола больные шизофренией.

Для группы больных с расстройствами личности наиболее характерным было отсутствие предпочтений как в выборе мальчиковых или девичьих игрушек, так и в выборе партнеров по играм. В этой группе, с игрушками, характерными для своего пола чаще играли девочки.

Отсутствие одного из родителей практически не оказало значительного влияния на сам характер игровой деятельности девочек. У мальчиков же, воспитывающихся в неполной семье (чаще без отца) происходило значительное уменьшение смешанного характера игровой деятельности и увеличение частоты встречаемости предметно-инструментальных игр. В неполных семьях чаще встречались аутистические игры (у мальчиков — в группе с расстройствами личности, у девочек — в группе больных шизофренией). Кроме того, дети из неполных семей достаточно редко предпочитали игрушки противоположного пола. Исключение составила группа с расстройствами личности: у девочек отмечался рост данного показателя, у мальчиков — его уменьшение.

Следует также отметить, что, зачастую, в пубертатном и постпубертатных периодах, сохранялись игровые интересы, что, вероятно, являлось отражением задержки психического развития обследуемых. Так в этом возрасте, некоторые пациенты не просто продолжали играть или коллекционировать игрушки, но и «очеловечивали» их, давая им имена, испытывая привязанность.

В общении со сверстниками стремление к лидерству и доминированию, было наиболее характерным для лиц с ЖТС, тогда как выбор объекта референции преобладал среди МТС, а категория «отверженных» детей чаще встречалась среди лиц мужского пола больных шизофренией.

Описанная нами возрастная динамика трудностей коммуникации может свидетельствовать не только о нарушении полоролевой идентичности исследуемых

лиц, но и о формирующимся у них дефиците коммуникативных способностей.

Таким образом: оцениваемые показатели, позволили отметить сходство между первой и третьей, а также, между второй и четвертой группами: (ТС и явления органического поражения ЦНС), (шизофрения и расстройства личности), что, в свою очередь, указывает на феноменологическое сходство, с одной стороны, и на дифференциально-диагностические трудности между ними, с другой.

Игровая деятельность не только может расцениваться, как один из наиболее объективных критериев диагностики, но и способствует более точной дифференциации расстройств половой идентичности различной нозологической принадлежности.

Литература

1. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. – М., 2003. 320 с.
2. Башина В.М. К проблеме раннего детского аутизма – //Шизофрения и расстройства шизофренического спектра / под ред. АБ Смулевича. – М., 1999. С. 98 – 108.
3. Башина В.М. Аутизм в детстве. – М., 1999. 240 с.
4. Введенский Г.Е. Нарушения половой идентичности и психосексуальных ориентации у лиц, совершивших противоправные сексуальные действия (клиника, патогенез, коррекция, судебно-психиатрическое значение). Дис. д.м.н. – М.: 2000. – 416 с.
5. Власова Т.А., Певзнер М.С. Учителю о детях с отклонениями в развитии. – М.: Наука, 1973. 329 с.
6. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. //Мышление и речь. Проблемы психического развития ребенка / под ред. А.Н Леонтьева, А.Р. Лурия. – М., 1956. С.519
7. Выготский Л.С. Проблемы развития психики // Собр. соч. В 6 т. Т. 5.. – М., 1983. 258 с.
8. Выготский Л.С. Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч. В 6 т. Т. 4. – М., 1984. 385 с.
9. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Половое воспитание и психогигиена пола у детей. – М.: Медицина, 1979. 183 с.
10. Исаев Д.Н., Каган В.Е. Девиантное поведение и половые роли у девочек – подростков // Психопатические расстройства у подростков / Труды Ленинградского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. – Л., 1987. С. 25 – 29.
11. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополой любви. – М.: Олимп; АСТ, 1998. – 496 с.
12. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М., 1985. 167 с.
13. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. – М., 1990. 97 с.
14. Мединский Е.В. Психосексуальный дизонтогенез у женщин больных шизофренией: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2007. 20 с.
15. Симсон Т.П. Неврозы у детей их предупреждение и лечение. – М., 1948. 16 с.
16. Спиваковская А.С. Нарушения игровой деятельности. – М, 1980. 132 с.
17. Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Наука, 1959. Т. 2. 406 с.
18. Тайсон Ф. и Тайсон Р. Психоаналитические теории развития. – Екатеринбург, 1998. 28 с.
19. Шевченко Ю.С., Венгер А.Л. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология // Практическое руководство по детским болезням / под ред. В.Ф. Коколиной, А Г Румянцева. – М., 2006. Т. 7. С. 147 – 152, 316 – 322.
20. Caldera, Y.M., Huston, A. C., & O'Brien, M. Social interactions and play patterns of parents and toddlers with feminine, masculine, and neutral toys // Child Development. 1989. P. 70 – 76.
21. Kenneth J. Zucker, Debra N. Wilson-Smith, Janice A. Kurita, Anita Stern. Children's appraisals of sex-typed behavior in their peers // Sex Roles: A Journal of Research. Dec, 1995. P. 60 – 65.
22. Leaper. C. (ed). Childhood gender segregation: Causes and consequences. 1994. San Francisco: Jossey-Bass. 345 p.
23. Leinbach M.D , Fagot B.I. Acquisition of gender labels: A test for toddlers // Sex Roles/ Springer Netherlands. Vol. 15, No. 11 – 12, 1986. P. 655 – 667.
24. Maccoby, E. E., & Jacklin, C. N. Gender segregation in childhood // Advances in Child Development and Behavior. 1987. P. 239 – 287.
25. Pellegrini A.D., Peter K. Smith Physical Activity Play: The Nature and Function of a Neglected Aspect of Play // Child Development, 1998. Vol. 69. N. 3 (Jun.). P. 577– 598.
26. Suizzo M.A., Bornstein M.H. French and European American child–mother play: Culture and gender considerations International Journal of Behavioral Development. 2006. Vol. 30. No 6. P. 498 – 508.



КОЛОКОЛОВ
Антон Викторович,

врач-сексолог,
лаборатория судебной
сексологии ФГБУ
«Государственный
научный центр
социальной и
судебной психиатрии
им. В.П. Сербского»
МЗ РФ

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

РОЛЬ ПАТОБИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ АНОМАЛЬНОГО СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ ДЕТЕЙ

В ряде исследований отмечается, что в основе формирования педофильного влечения лежат как психосоциальные факторы — стрессовые ситуации на работе, семейные дисгармонии элементами физического насилия в семье, включая психосексуальную патологию: сексуальный инфантилизм, сексуальные фобии, так и биологические факторы: алкоголизм, органические поражения головного мозга (*Крафт-Эбинг Р., 1909; Barnard G.W. et al., 1988, 1989; Старович З., 1991; Barbaree H.E. et. al., 2007, Schiffer B. et. al., 2006; Marshall W.L., 1989*).

По мнению многих авторов, органический фактор является обязательным этиопатогенетическим звеном в механизме формирования аномального сексуального поведения, и основное патологическое воздействие приходится именно на тот этап онтогенеза, когда еще не закончено биологическое созревание как морфологических структур, так и механизмов функционирования мозга. Особенности протекания пренатального и интранатального периодов оказывают влияние на последующее развитие индивидуума и, в частности, на его психосексуальное развитие (*Ковалев В.В., 1985; Имелинский К., 1986; Money J., 1990*). Как отмечает G. Dornier (1978), воздействие повреждающих факторов до 11-й недели внутриутробного развития, когда происходит формирование основных закладок ЦНС, может оказать влияние на половую дифференцировку мозга. По мнению P. Gebhard, J. Gagnan, W. Pomeroy (1965), С.А. Торосьяна (1967), А.В. Арутюняна (1980) формирование педофильного поведения детерминировано сосудистыми поражениями головного мозга.

Факторами риска развития гомосексуальной педофилии, по мнению многих авторов, является вынашивание беременности в более старшем возрасте, наличие материнских антител в крови у многорожавшей женщины, влияющих на формирование и развитие плода, а также генетическая предрасположенность. Ряд других исследований отмечают подверженность к формированию гомосексуальной педофилии у младших детей из многодетных семей (*Barbaree H.E. et. al., 2000; Cohen L.J., 2002; Blanchard R. et. al., 2002; Schiltz K. et. al., 2007*).

Цель исследования: оценить роль биологических факторов в формировании аномального сексуального поведения в отношении детей.

Объект исследования. Было проведено обследование 3-х групп подэкспертных. Первую группу составили 26 человек, которым в соответствии с критериями МКБ-10 (влечение к совершению сексуальных действий с малолетними, реализуемое в эротических сновидениях и фантазиях с представлением педофильных объектов, а также в эротических и сексуальных манипуляциях с детьми до 14 лет, сопровождавшееся не менее чем на протяжении 6 месяцев) устанавливался диагноз парафилии — расстройства сексуального предпочтения в форме гомосексуальной или бисексуальной педофилии, а также множественного расстройства сексуального предпочтения с ведущим компонентом в отношении гомо- или бисексуального педофильных объектов. Вторую группу составили 27 человек, которым в соответствии с критериями МКБ-10 (влечение к совершению сексуальных действий с малолетними девочками, реализуемое в эротических сновидениях и фантазиях с представлением педофильных объектов, а также в эротических и сексуальных манипуляциях с детьми до 14 лет, сопровождавшихся не менее чем на протяжении 6 месяцев), устанавливался диагноз парафилии — расстройства сексуального предпочтения в форме гетеросексуальной педофилии, а также множественного расстройства сексуального предпочтения с ведущим компонентом в отношении гетеросексуального педофильного объекта. В третью группу вошли 15 человек, которые совершали сексуальные противоправные действия в отношении мальчиков до 14 лет. Однако диагноз парафилии в соответствии с критериями МКБ-10 им установлен не был в связи с отсутствием критериев устойчивого предпочтения незрелого сексуального объекта, либо в связи с первичностью и однократностью эпизода, а также отсутствиями идеаторной активности, включающей незрелый гомосексуальный объект, и временного критерия аномальной сексуальной активности (на протяжении менее 6 месяцев).

Результаты и обсуждение. Были проанализированы факторы predisпозиции к формированию педофильного влечения. При этом учитывались проявления ранних органических нарушений (течение беременности и родов у матери, особенности раннего периода развития), показатели, характеризующие органическую симптоматику, формирующуюся в том числе вследствие воздействия экзогенных вредностей: черепно-мозговых травм, инфекций и интоксикаций.

При анализе наследственной отягощенности психическими заболеваниями группы оказались гетерогенными (Рис 1.), с достоверным ($p < 0,01$) ее преобладанием среди лиц с парафилиями (72%, 59%, 13,3%) преимущественно за счет злоупотребления (как правило, по отцовской линии) алкоголем и ПАВ, эндогенных заболеваний в виде шизофрении и шизотипического расстройства. В первой группе наследственная отягощенность была представлена личностными расстройствами: психопатиями шизоидного или возбуждимого круга, либо истеро-возбуждимым радикалом, в то время во

второй группе отягощенность представлена эпилепсией в единичных случаях. Среди лиц с парафилиями с некоторым преобладанием во второй группе наследственность была отягощена сексуальными расстройствами в виде девиантного сексуального поведения и подобных правонарушений у родственников. У родственников подэкспертных этих же групп отмечались завершённые суицидальные попытки. В единичных случаях только в группах с парафилиями отмечалась наследственная отягощенность олигофренией.

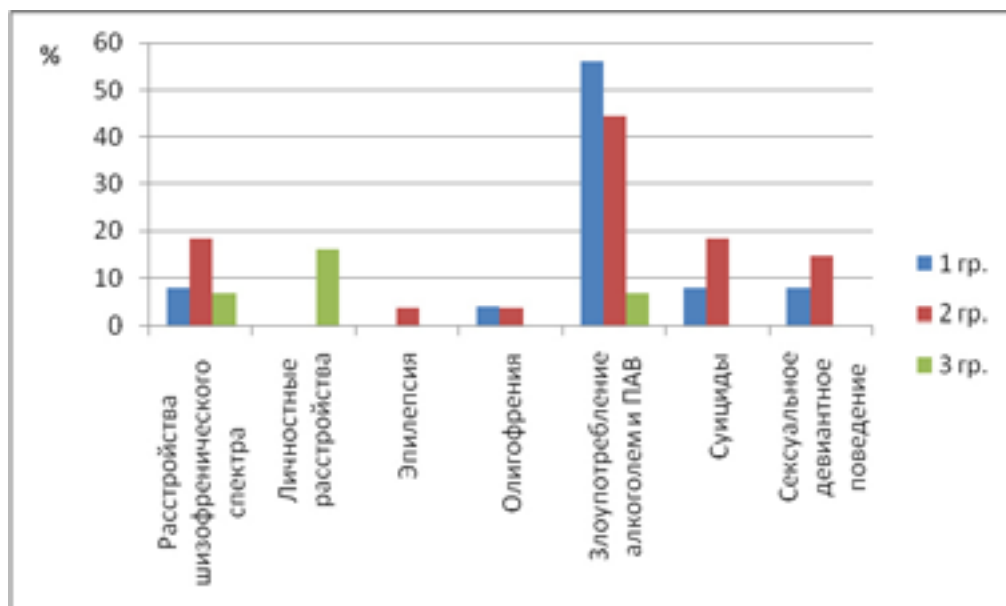


Рис. 1. Факторы наследственной отягощенности

При исследовании патологии пре-, ante- и перинатального периодов (Рис. 2, 3, 4) группы оказались гомогенными, при этом в большинстве случаев, патологическое воздействие вредных факторов приходилось на первую половину беременности. В первой группе преобладали инфекционные и интоксикационные воздействия во время беременности матери. Только у матерей подэкспертных с расстройствами сексуального влечения с некоторым преобладанием во второй группе отмечались алкогольная интоксикация и хронические стрессовые воздействия в период беременности.

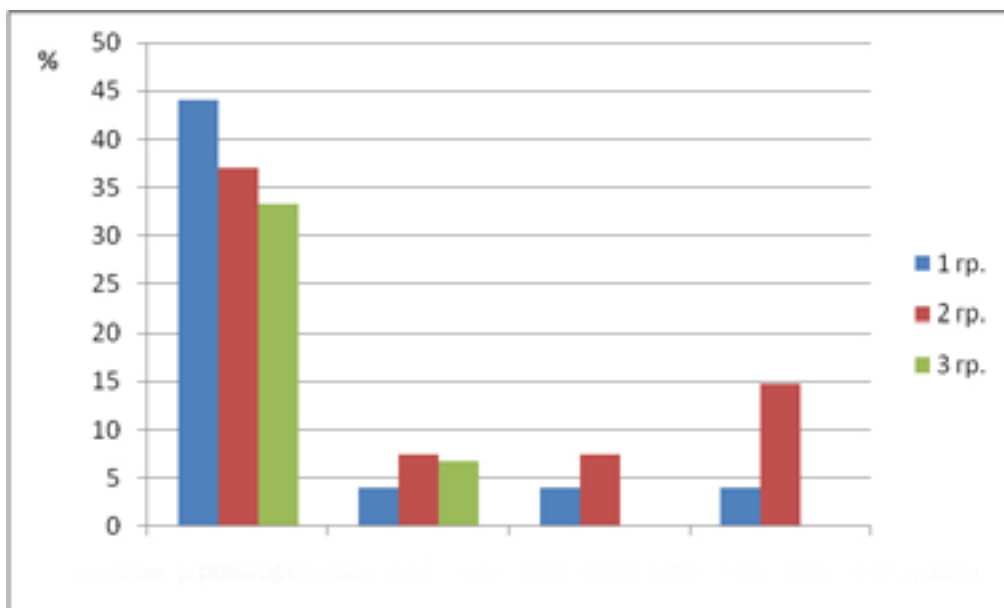


Рис. 2. Патология пренатального периода у матери

У испытуемых с парафилиями, по сравнению с третьей группой, отмечалось сочетанное действие вредностей в виде токсикозов первой и второй половин беременности, угрозы прерывания беременности, перенесенных матерями тяжелых инфекционных и острых соматических заболеваний.

Период родов у подэкспертных с парафилиями чаще протекал с осложнениями. Антенатальная патология была представлена во всех группах и включала: преждевременные роды, родовые травмы и оперативное родоразрешение (вакуум-экстракция, акушерские щипцы, кесарево сечение), дополненная стремительными или, наоборот, затяжными родами с асфиксией плода родовспоможением с применением стимуляции.

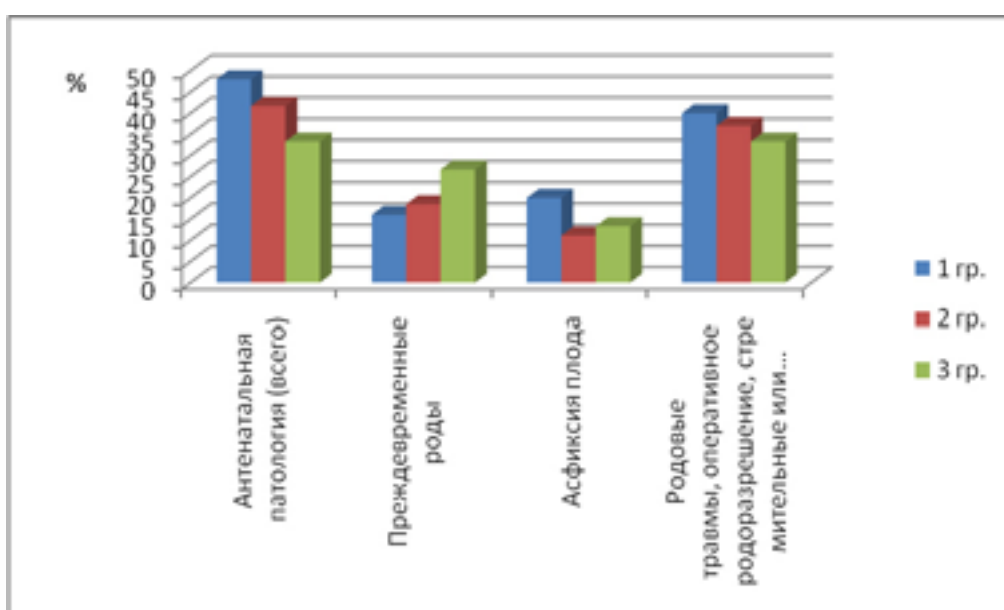


Рис. 3. Антенатальная патология

Постнатальный период во всех группах был представлен перинатальной патологией плода и характеризовался соматоневрологическими нарушениями с возможным их косвенным выявлением. Исходя из сведений, известных со слов родственников, подэкспертные выхаживались в кувезе, имели низкий вес, низкие показатели по АПГАР, диагноз «перинатальная энцефалопатия» с зафиксированными неврологическими нарушениями, искусственное вскармливание и депривацию.

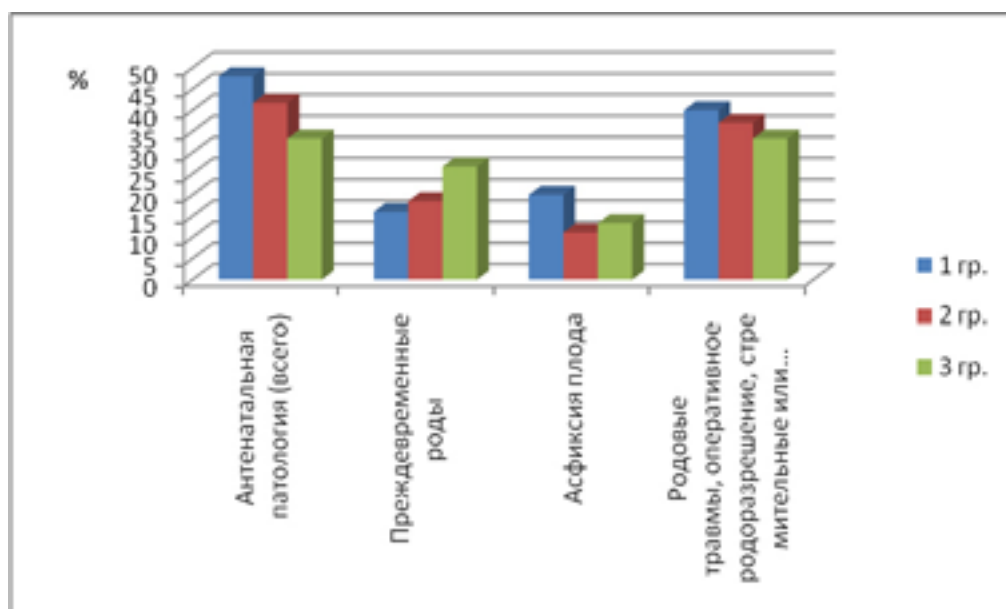


Рис. 4. Перинатальная патология

Во всех группах у подэкспертных наблюдалась патология раннего периода развития (рис. 5), которая была представлена синдромом минимальной мозговой дисфункции, включающая церебрастенические расстройства, задержки становления речевых и интеллектуальных функций, эмоционально-волевые нарушения. Гиперкинетический синдром, включающий неусидчивость, беспокойство, излишнюю двигательную активность, трудность в концентрации внимания, повышенную отвлекаемость, также отмечался во всех группах, что затрудняло усвоение испытуемыми учебного материала и обуславливало сложности в восприятии школьной программы. Психопатоподобные проявления (реагирование по истерическому, эксплозивному типу, «неустойчивое» поведение) в незначительной степени отмечались во всех группах.

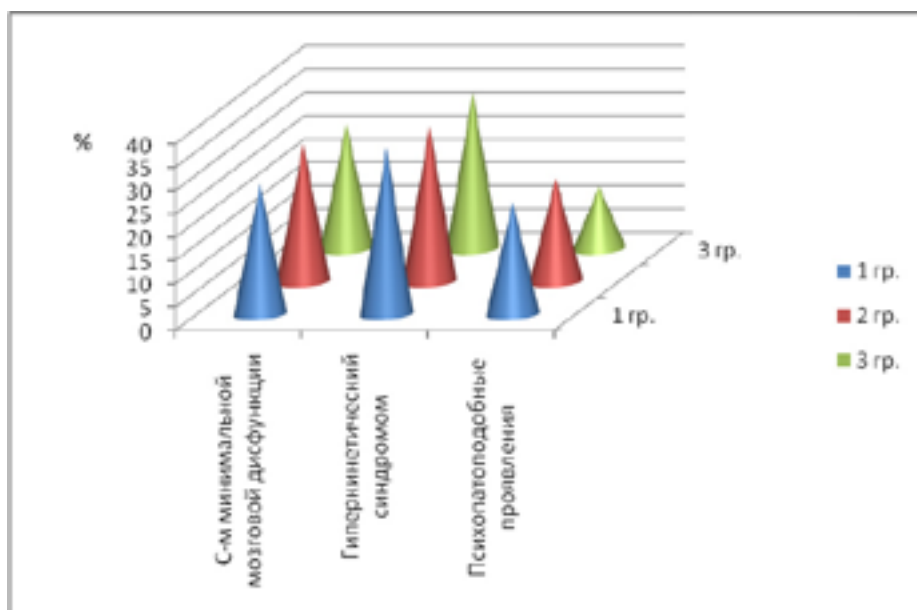


Рис. 5. Патология раннего периода развития

Среди других факторов вредности отмечались черепно-мозговые травмы, соматические и инфекционные заболевания, протекавшие с осложнениями и длительной депривацией (рис. 6). Во всех группах отмечались травмы головы с преобладанием в первой группе. Однако в возрастном этапе 4 — 7 лет травмы были только у лиц с парафилиями, при этом чаще отмечались в первой группе, в возрасте 7 — 12 лет травмы головы чаще получали лица второй группы, в период от 13 до 18 лет преобладали у лиц без парафилий, после 18 лет получение травм головы достоверно ($p < 0,05$) чаще встречались у лиц первой группы (32%, 25,9%, 6,7%). Нейроинфекции или «соматические» инфекционные заболевания с неврологической симптоматикой (ревматическая хорея, фебрильные судороги и т.п.) чаще отмечались в группах парафиликов с преобладанием в первой группе, в то время как хронические и тяжелые соматические заболевания, сопровождающиеся длительной депривацией и изоляцией чаще встречались среди лиц второй и третьей групп.

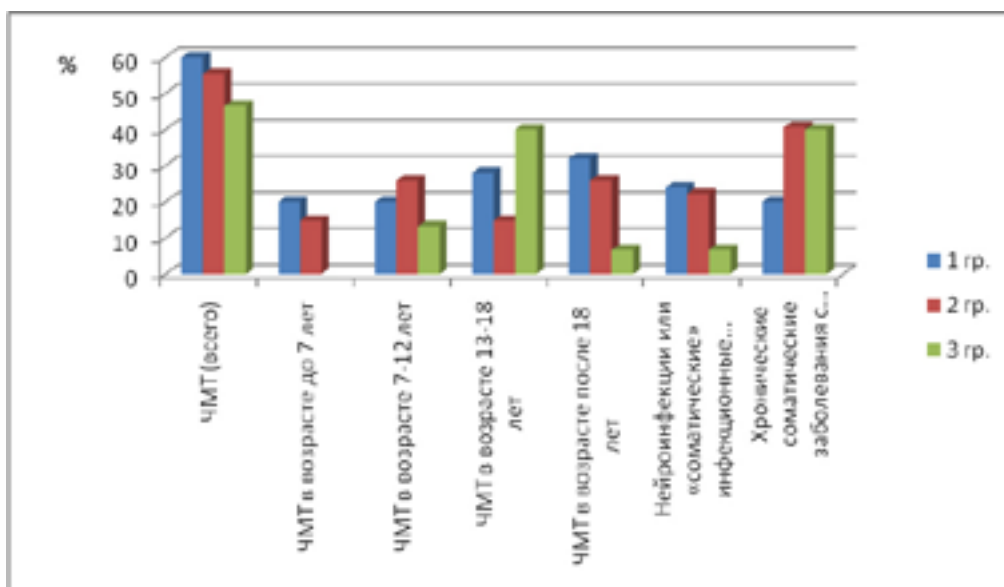


Рис. 6. Экзогенные вредности (черепно-мозговые травмы, нейроинфекционные заболевания)

Во всех группах подэкспертные злоупотребляли алкоголем и ПАВ (рис. 7). Так, алкоголем злоупотребляли подэкспертные всех групп со значительным преобладанием в группах с парафилиями с началом в пубертатном и постпубертатном периодах. Злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе встречалось только среди лиц с парафилиями, при этом незначительно преобладало среди испытуемых второй группы. Для подэкспертных первой и второй группы было характерно злоупотребление алкоголем и токсическими веществами. Причем только лицами второй группы употреблялись алкоголь и токсические вещества в препубертатном возрасте, что носило либо раздражительный характер в рамках асоциальной группы, либо чьи родители злоупотребляли алкоголем и не занимались воспитанием детей.

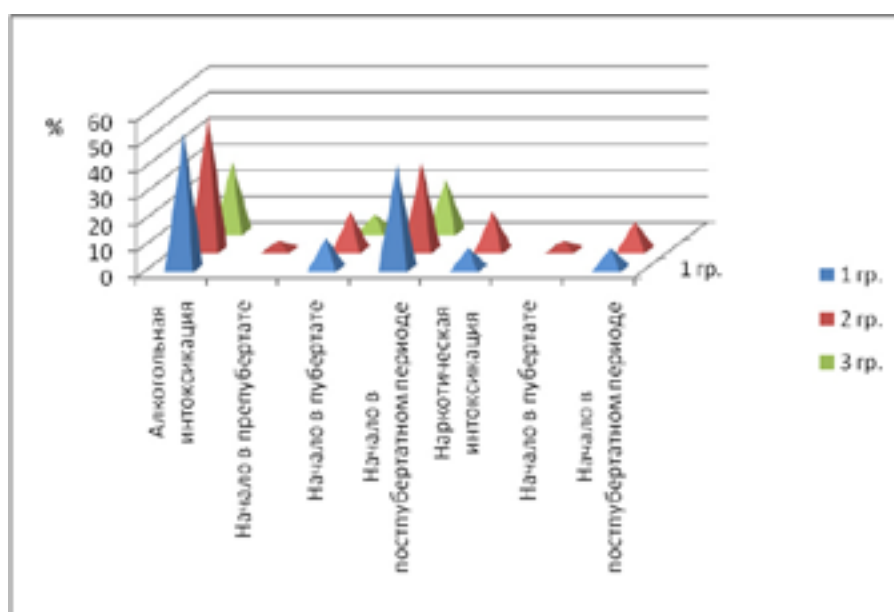


Рис. 7. Интоксикация (алкогольная, ПАВ)

Полученные данные о преобладании у испытуемых с парафилиями наследственной отягощенности психическими заболеваниями, при отсутствии существенных различий в представленности патологии пре-, ante- и перинатального периодов развития, могут свидетельствовать о том, что лица с парафилиями подвергались воздействию вредностей уже на ранних этапах эмбриогенеза, что, возможно, обуславливало искажения и на этапе половой дифференциации мозга как основного патогенетического механизма.

Таким образом, у лиц первой и второй групп можно отметить более широкий спектр патобиологических факторов, которые представлены наследственной отягощенностью психическими заболеваниями, пренатальной, антенатальной, перинатальной и постнатальной патологиями, инфекционными заболеваниями, протекавшими с осложнениями, тяжелыми соматическими заболеваниями, сопровождавшимися длительной депривацией и изоляцией, черепно-мозговыми травмами на более ранних периодах развития (4—7, 7—12 лет) по сравнению с испытуемыми третьей группы, у которых данные факторы были не столь выражены. Полученные данные подтверждают роль ранних органических вредностей в генезе как гомосексуальной, так и гетеросексуальной педофилии.

Выводы. Вместе с тем, оценив многообразие патобиологических факторов, влияющих на развитие индивидуума, между группами были установлены предположительные различия, которые были сведены в сравнительные группы:

1. Лица с гомосексуальной и бисексуальной педофилией:

- наследственность чаще была отягощена за счет злоупотребления (как правило, по отцовской линии) алкоголем и ПАВ, эндогенными заболеваниями в виде шизофрении и шизотипического расстройства. Только в этой группе наследственность была отягощена личностными расстройствами, представленными психопатиями шизоидного или возбуждимого круга, либо истеро-возбуждимым радикалом личности;
- у них преобладали инфекционные и интоксикационные воздействия во время беременности матери;
- на испытуемых в период беременности несколько чаще оказывало сочетанное действие вредностей в виде токсикозов первой и второй половин беременности, угрозы прерывания беременности;
- период родов был отягощен родовыми травмами и асфиксией плода, чаще наблюдалось оперативное родоразрешение (вакуум-экстракция, акушерские щипцы, кесарево сечение), включая стремительные или, наоборот, затяжные роды, родовспоможение с применением стимуляции;
- чаще фиксировалась перинатальная патология плода в виде соматоневрологических нарушений;
- в период раннего развития чаще наблюдался синдром ранней мозговой дисфункции с психопатоподобными проявлениями;

- чаще отмечались черепно-мозговые травмы, полученные в возрасте 4–7 лет и после 18 лет;
- злоупотребляли алкоголем преимущественно в постпубертатном возрасте.

2. Лица с гетеросексуальной педофилией:

- наследственность чаще была отягощена сексуальными расстройствами в виде девиантного сексуального поведения и подобных правонарушений у родственников, завершёнными суицидальными попытками. Только в этой группе наследственность была отягощена эпилепсией у родственников;
- матери подэкспертных во время беременности чаще подвергались хроническим стрессовым ситуациям и злоупотребляли алкоголем, чаще переносили тяжелые инфекционные и острые соматические заболевания;
- чаще фиксировалась перинатальная патология плода в виде перинатальной энцефалопатии с длительной депривацией;
- чаще отмечались черепно-мозговые травмы, полученные в возрасте 7–12 лет;
- начинали злоупотреблять алкоголем преимущественно в препубертатном и пубертатном возрастах.

3. Лица без парафилий:

- преобладала антенатальная патология в виде преждевременных родов;
- чаще фиксировалась перинатальная патология плода в виде низкого веса плода, низких показателей по АПГАР в сочетании с длительным периодом выхаживания в кувезе и искусственным вскармливанием;
- в период раннего развития чаще наблюдался гиперкинетический синдром;
- чаще отмечались черепно-мозговые травмы, полученные в возрасте от 13 до 18 лет.

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

**ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНЫХ
ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН
С ХРОНИЧЕСКИМ САЛЬПИНГИТОМ
И ООФОРИТОМ****ЯГУБОВ**

Михаил Ибрагимович
доктор медицинских
наук,
ведущий научный
сотрудник отделения
сексопатологии
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России

**КОНОВАЛОВ**

Владислав
Геннадьевич,
врач-сексолог,
ГУЗ «Воронежский
областной
клинический
психоневрологический
диспансер»

Введение

Одной из актуальных и малоизученных проблем современной сексологии являются исследования особенностей сексуальных дисфункций у женщин и разработка эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий. Недостаточный удельный вес работ, посвященных сексуальной патологии у женщин, был связан с существующими до недавнего времени в обществе этическими, религиозными и культуральными особенностями. С изменением места женщины в современном обществе, ростом ее экономической независимости, увеличивается число пациенток, обращающихся за сексологической помощью¹. В последние годы возросло количество исследований, посвященных этой проблеме^{2, 3, 4, 5}.

1 Айриянц И.Р. Сексуальные дисфункции с преобладанием гениталий у женщин: дис. канд. мед.наук. – М., 1999. – 187 с.

2 Мир сексологии / Официальное издание Российского научного сексологического общества / под ред. Л.М. Щеглова. – М., 2012. № 1. – URL: <http://1sexology.ru/mir-seksologii/soderzhanie-veb-zhurnala-mir-seksologii-1> (дата обращения: 28.12.2012).

3 Носкова О.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах / Журнал психиатрии и медицинской психологии. – Харьков. 2004. № 4 (14). – С. 83 – 87. – URL: [http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4\(14\)2004.pdf](http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4(14)2004.pdf) (дата обращения: 28.12.2012).

4 Федорова А.И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение: автореф. ... дис. докт. мед.наук. – СПб., 2007. – 50 с.

5 Fischer M., Taube K.M., Marsch W.C. Vulvodynia / Hautarzt. 2000, March. 51 (3). 147 – 155.

В практической работе врачей акушеров-гинекологов основной акцент делается на лечении прокреативной (репродуктивной) функции^{6,7,8}. Проблемы в рекреативной (сексуальной) функции в силу ее многоуровневого обеспечения входят в компетенцию врачей-сексологов.

Взаимосвязь хронического сальпингита и оофорита (ХСО) с сексуальными расстройствами у женщин дискутировалась многими авторами^{6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17}. З.В. Рожановская (1990) отрицала причинную связь между сексуальными расстройствами и ХСО, другие авторы, напротив, подтверждали прямую связь воспаления придатков у женщин с сексуальными расстройствами: от 35–40% случаев [2] до 70–90% [17; 18].

По мнению отечественных авторов (*В.И. Бодяжина, В.М. Стругацкий, 1974*) (*цит. по: В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович, 1995*) существуют два варианта обострения хронического сальпингоофорита в результате активации: инфекционно-токсического фактора и/или невротических реакций, эндокринных и сосудистых нарушений. При

6 Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. – М.: Медицина, 1978. – 319 с.

7 Гендлер О.Б., Брюхина Е.В., Ободзинская В.В. Социально-психологическая характеристика больных воспалительными тубоовариальными образованиями / Новые технологии в здравоохранении г. Челябинска: Сборник научно-практических работ врачей лечебно-профилактических учреждений и ученых гос. мед. академии. – Челябинск, 2000. Вып. 2. – С. 167 – 170.

8 Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Воспалительные заболевания женских половых органов: Неоперативная гинекология / Руководство для врачей. Т. 2. – СПб.: СОТИС, 1995. – 224 с.

9 Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства // Частная сексопатология / под ред. Г.С. Васильченко. Т.2. – М.: Медицина, 1983. – С. 281 – 292.

10 Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь: ТОО фирма «Репринт», 1994. – 272 с.

11 Мартынов Ю.С., Водопьянов Н.П., Васильченко Н.П. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин. – М.: Изд-во Ун-та Дружбы народов, 1989. – 96 с.

12 Мир сексологии / Официальное издание Российского научного сексологического общества / под ред. Л.М. Щеглова. – М., 2012. № 1. – URL: <http://1sexology.ru/mir-seksologii/soderzhanie-veb-zhurnala-mir-seksologii-1> (дата обращения: 28.12.2012).

13 Носкова О.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах / Журнал психиатрии и медицинской психологии. – Харьков. 2004. № 4 (14). – С. 83 – 87. – URL: [http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4\(14\)2004.pdf](http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4(14)2004.pdf) (дата обращения: 28.12.2012).

14 Рожановская З.В. Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников / З.В. Рожановская / Сексопатология: Справочник / под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 368 – 369.

15 Федорова А.И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение: автореф. ... дис. докт. мед. наук. – СПб., 2007. – 50 с.

16 Федорова А.И., Екимов М.В. Женские сексуальные дисфункции при хронических воспалительных заболеваниях половых органов / Руководство по сексологии; под ред. С.С. Либиха. – СПб.: Питер, 2001. – С. 352 – 364.

17 Хожайнова Г.П. Роль хронических неспецифических воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин в структуре сексопатологических синдромов: дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь. 1988. – 175 с.

длительно протекающем ХСО происходят значительные изменения не только в вегетативной, но и в центральной нервной системе¹⁸. Хроническая боль приводит к истощению антиноцицептивной системы и, следовательно, к снижению порога болевой чувствительности¹⁹. Как в отечественной, так и в зарубежной литературе данные о непосредственной связи хронических сальпингитов и оофоритов с невротическими расстройствами у женщин немногочисленны^{20, 21}. В клинической картине невротических расстройств при хронических болях у женщин чаще всего наблюдаются тревожные, ипохондрические и депрессивные нарушения²². О.В. Носкова²³, Г.П. Хожайнова²⁴ указывали на преобладание у женщин с сексуальными расстройствами, инициированными аднекситом, астено-невротической личности со склонностью к формированию неврастении, ипохондрии, дистимии и рекуррентного депрессивного расстройства. А.И. Федорова^{19, 25} также считает, что диспарейнии органической природы при длительном существовании приводят к вторичным невротическим расстройствам, аффективным психическим реакциям, страху боли при половом акте.

Как было сказано выше^{19, 26}, основными сексуальными расстройствами при ХВЗПО и непосредственно при ХСО, являются диспареуния, нарушение оргазма и либидо. Так, например, К. Имелинский²⁷ отмечал, что у женщин, не переживающих оргазма, развиваются невротические расстройства с истерически-неврастеническими проявлениями. Длительное отсутствие оргазма и связанные с этим продолжительные состояния гиперемии и повышения тонуса мышц тазового дна могут способствовать возникновению изменений в половых органах, а именно — дегенеративным и

18 Мартынов Ю.С., Водопьянов Н.П., Васильченко Н.П. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин. – М.: Изд-во Ун-та Дружбы народов, 1989. – 96 с.

19 Федорова А.И., Екимов М.В. Женские сексуальные дисфункции при хронических воспалительных заболеваниях половых органов / Руководство по сексологии; под ред. С.С. Либиха. – СПб.: Питер, 2001. – С. 352 – 364.

20 Гендлер О.Б., Брюхина Е.В., Ободзинская В.В. Социально-психологическая характеристика больных с воспалительными тубоовариальными образованиями / Новые технологии в здравоохранении г. Челябинска: Сборник научно-практических работ врачей лечебно-профилактических учреждений и ученых гос. мед. академии. – Челябинск, 2000. Вып. 2. – С. 167 – 170.

21 Arends C.G. Psychosexual aspects in adnexitis / Gynakol. Rundsch. – 1988; 28 Suppl. 2. – P. 95 – 97.

22 Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И. Ю., Попов П.А. Медико-психологическая и психиатрическая характеристика больных с синдромом тазовых болей / Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической клинике. – СПб.: ЗЛБИ. 2000. – С. 54 – 71.

23 Носкова О.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при аднекситах / Журнал психиатрии и медицинской психологии. – Харьков. 2004. № 4 (14). – С. 83 – 87. – URL: [http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4\(14\)2004.pdf](http://www.psychiatry.dsmu.edu.ua/1/4(14)2004.pdf) (дата обращения: 28.12.2012).

24 Хожайнова Г.П. Роль хронических неспецифических воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин в структуре сексопатологических синдромов: дис. ... канд. мед. наук. – Ставрополь. 1988. – 175 с.

25 Федорова А.И. Диспарейния: патогенез, диагностика, лечение: автореф. ... дис. докт. мед. наук. – СПб., 2007. – 50 с.

26 Fischer M., Taube K.M., Marsch W.C. Vulvodynia / Hautarzt. 2000, March. 51 (3). 147 – 155.

27 Имелинский К. Сексология и сексопатология. – Москва: Медицина, 1986. – 424 с.

воспалительным изменениям яичников, труб, матки, влагалища и окружающих тканей. Таким образом, возникает клиническая картина воспаления внутренних гениталий женщины. Первичность психотравмы по отношению к сексуальным расстройствам как проявление срыва адаптационных механизмов характерна для шизоидных, истерических и тревожных (уклоняющихся) расстройств личности²⁸.

И.Р. Айриянц²⁸, исследуя взаимосвязь возникновения и развития алгических сексуальных дисфункций с психическими нарушениями и межличностными отношениями в паре, установила, что наиболее распространенными заболеваниями, перенесенными пациентками в прошлом, были воспалительные (инфекционные): подострые, хронические аднекситы (ими страдали 27% пациенток с диспареунией и 9% пациенток с вагинизмом); кистозные изменения яичников, фиброзно-кистозная мастопатия, гиперандрогения, гиперпролактинемия (13% пациенток с диспареунией и 18% пациенток с вагинизмом); травмы родовых путей в родах (у 5% пациенток с вагинизмом).

Таким образом, исследования по рассматриваемой тематике неоднозначны, противоречивы, нет четких представлений о закономерностях формирования сексуальных дисфункций при данном гинекологическом заболевании.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи невротических и сексуальных нарушений у женщин с хроническим сальпингитом и оофоритом.

Методы и материал исследования:

- клинико-психопатологический;
- психологический с использованием теста личностных акцентуаций В.П. Дворщенко²⁹ и опросника ММРІ-566 «Иматон» (электронный вариант) в интерпретации Л.Н. Собчик³⁰;
- клинико-сексологический с использованием модифицированной карты сексологического обследования, шкалы векторного определения половой конституции и карты эрогенных зон В.П. Здравомыслова³¹;
- гинекологический;
- статистический.

Для проверки значимости различия показателей групп I, II, III, IV попарно сравнивали выборочные дисперсии по критерию Фишера ($F\beta=0,05$, f_1 , f_2 , где

28 Айриянц И.Р. Сексуальные дисфункции с преобладанием гениталий у женщин: дис. канд. мед.наук. – М., 1999. – 187 с.

29 Дворщенко В.П. Тест личностных акцентуаций. (Модифицированная методика А.Е. Личко для взрослых). – СПб.: Речь, 2002. – 112 с.

30 Собчик Л.Н. СМІЛ (ММРІ). Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. – СПб.: Речь, 2002. – 196 с.

31 Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь: ТОО фирма «Репринт», 1994. – 272 с.

β — уровень значимости, f — число степеней свободы для выборки, равное $n - 1$, n — число значений в выборке) и выборочные средние по критерию Стьюдента ($t\beta=0,05$, $f=f_1+f_2$). Для оценки корреляции показателей между группами сравнивали рассчитанное для каждой пары групп значение коэффициента корреляции с критическим значением $r\beta=0,05$, $f=n - 2$. Статистическую обработку проводили на уровне значимости $\beta=0,05$.

Было обследовано 100 женщин с ХСО. Возраст пациенток в группах существенно не отличался и составил в среднем $27,3\pm 1,2$ лет. Сексуальные расстройства выявлялись у 67 женщин с ХСО. Все женщины с ХСО были распределены на 4 группы:

- I группа — 17 (17,0%) индивид с сексуальными расстройствами, обусловленными ХСО, но без психопатологии;
- II группа — 20 (20,0%) индивид с сексуальными расстройствами, обусловленными реакцией (психотравмой) на гинекологическое заболевание (ХСО) и его осложнения;
- III группа — 30 (30,0%) индивид с сексуальными расстройствами, обусловленными невротическими расстройствами;
- IV (контрольная) группа — 33 (33,0%) индивид с ХСО, но без сексуальных расстройств и психопатологии.

Результаты исследования. Сексуальные расстройства у пациенток I группы были представлены диспарейнией органического генеза, во II группе — снижением либидо, в III группе — оргазмической дисфункцией и снижением либидо. Самый высокий уровень образования (высшее — у 40,0%) был у женщин II гр., а самый низкий (высшее — всего у 12,5%) — у женщин с сугубо органической диспарейнией (I группа). Количество неработающих и состоящих в декрете преобладавало III группе (10 (33,0%) чел.). В I группе было больше женщин (25,0%), не имеющих постоянного полового партнера. Меньше детей имели пациентки I группы в связи с тем, что 37,5% из них страдали трубным бесплодием.

Анализ особенностей пубертата позволил установить: торможение у 15,0% женщин II группы, задержка — у 31,3% I группы, дисгармония — у 70,0% III группы, гармоничный — у 57,6% IV группы (контрольной). Начало половой жизни в группах соответствовало (лет): $18,8\pm 0,9$ (I гр.); $18\pm 1,5$ (II гр.); 17 ± 1 (III гр.); $17,7\pm 1,3$ (IV гр.). Количество половых партнеров в группах (чел): $4,4\pm 1,2$ (I гр.); 5 ± 2 (II гр.); $4,9\pm 1,5$ (III гр.); 11 ± 4 (IV гр.). Больше всех сексуальных партнеров имели женщины контрольной группы, что, видимо, было связано с сохранной сексуальностью и высокой потребностью в интимных отношениях.

Таблица 1. Векторные и возрастные показатели половой конституции у женщин, страдающих ХСО

Группы/Векторы	I**	II**	III**	IV
Менархе	13,3±0,9 [^]	12,9±1,1 ^{*'}	13±1	12,7±0,5*
Регулярность менструального цикла	3,5±0,6 [^]	3,3±0,5 ^{*'}	3,6±0,5	4,2±0,4*
Срок беременности	0,7±0,5 ^{*^}	1,5±0,7 ^{^'}	0,4±0,4 ^{*'}	0,9±0,7*
Течение беременности	3,4±0,7 [^]	3,3±0,6*	3,4±0,6 ^{*^}	4,1±0,6*
Трохантерный индекс	1,92±0,03 ^{*^}	1,90±0,03 ^{*'}	1,89±0,02 ^{*^'}	1,97±0,02*
Оволосение лобка	5,4±0,6	5,2±0,5	5,1±0,6	5,5±0,4*
Эротическое либидо				
— возраст	14,5±0,9 [^]	14,9±1,2 [']	15,3±1,5 [^]	14,0±0,8*
Первый оргазм				
— возраст	19±2 ^{*^}	16,8±1,6 [']	17±3*	16±1*
— с начала половой жизни	0,6±0,2 ^{*^}	0,9±0,6 ^{^'}	1,2±0,8 ^{*^}	0,4±0,3*
Достижение оргазма 50-100 %				
— возраст	21,4±1,7 [^]	23±2 ^{*'}	26±13 ^{*^'}	19,6±1,2*
— с начала половой жизни	2,3±1,3 [^]	4,2±1,6 ^{*'}	5±9 ^{*^'}	1,2±0,7*
Кг	3,9±0,2 ^{*^}	3,8±0,3*	3,9±0,4 ^{*^}	4,8±0,3*
Ка	5,0±0,5 ^{*^}	5,0±0,5 ^{*'}	2,7±0,8 ^{*^'}	5,9±0,3*
Кф	4,4±0,3 ^{*^}	4,3±0,3 ^{*'}	3,3±0,5 ^{*^'}	5,4±0,3*
Ка/Кг	1,27±0,13 [^]	1,33±0,13 [']	0,7±0,2 ^{*^'}	1,25±0,08*
ИТ	83±2 [^]	81,4±1,6 [']	84±2 ^{*'}	83±2*
РЕ	101±4 [^]	104±4 [']	103±2 ^{*^'}	100±3*

* Достоверные различия между группами I, II, III и контрольной группой IV (К) (на уровне значимости $\beta=0,05$).

[^] Достоверные различия между группами II, III и I группой (на уровне значимости $\beta=0,05$).

['] Достоверные различия между группами III и II группой (на уровне значимости $\beta=0,05$).

** Корреляция между группами I, III, IV (контроль) (на уровне значимости $\beta=0,05$).

Таблица 2. Структура либидо у женщин с ХСО

Либидо Группа (п/гр)	Платоническое			Эротическое			Сексуальное		
	Проб. (лет)	Реал. (лет)	Разн.	Проб. (лет)	Реал. (лет)	Разн.	Проб. (лет)	Реал. (лет)	Разн.
I** (n=16)	12,4 ± 0,7*	13,2 ± 1,2*	1,5 ± 0,7	13,8 ± 0,8*	14,8 ± 0,8*	1,4 ± 0,6	16,4 ± 0,6*	17,6 ± 1,3*	2 ± 0,8
II** (n=20)	11,6 ± 1,3*^	12,1 ± 1,2^	1 ± 0,5	14,7 ± 1,2^	14,1 ± 1,5*^	1,3 ± 0,9	16,3 ± 1,3*^	16,5 ± 1,5^	1,5 ± 1,7
III (3.1)** (n=30)	12,3 ± 1,1*	14,3 ± 1,1^	2 ± 0,8	14,9 ± 1,4*^	16 ± 1*^	2 ± 1	16,1 ± 1,3*^	17 ± 1^	3,5 ± 1,8
IV (K)** (n=33)	12,7 ± 1,2*^	14,7 ± 1,2^	2 ± 0,5	15 ± 0,4*^	15 ± 0,3*^	0,7 ± 0,2	15,8 ± 0,5*^	16,6 ± 0,8*^	0,7 ± 0,5

*- достоверность различия между группами II, III, IV(K) и группой I (на уровне значимости $\beta=0,05$)

^ - достоверность различия между группами III, IV(K) и группой II (на уровне значимости $\beta=0,05$)

‘ - достоверность различия между группами III и группой IV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$)

** - корреляция между группами I, II, III, IV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$)

Анализ возрастных и конституциональных особенностей формирования половой функции показал, что самая слабая сексуальность (Таб. 1.) (Ка (коэффициент активности) — $2,7 \pm 0,8$) наблюдалась у женщин, страдающих ХСО на фоне невротических расстройств (III гр.). Сексуальные нарушения во всех 3-х группах (I, II и III) развивались на фоне слабой половой конституции, что подтверждалось низкими показателями Кг (коэффициент генетический): I гр. — $3,9 \pm 0,2$; II гр. — $3,8 \pm 0,3$; III гр. — $3,9 \pm 0,4$. В IV группе Кг составил $4,8 \pm 0,3$, что соответствует средней половой конституции.

У женщин с ХСО, в I и II группах формирование либидо было более гармоничным (постепенный переход платонической, эротической стадии в сексуальную). Их первый половой акт происходил, как и у женщин контрольной группы, из-за эмоциональных и физиологических потребностей, у них имелось ярко выраженное сексуальное влечение к половым партнерам (Таб. 2.).

Таблица 3. Поражения составляющих копулятивного цикла у женщин, страдающих ХСО

Группы/Составляющие (чел./%)	I	II	III	IV
нейрогуморальная	7(43,8)	7(35,0)	9(30,0)	3(9,1)
психическая	-	20(100,0)	30(100,0)	-
генитосегментарная	16(100,0)	10(50,0)	15(50,0)	10(30,3)

Поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла наблюдалось у всех женщин I группы. ХСО у этих пациенток был обусловлен специфической смешанной микрофлорой (Таб. 3.).

Анализ особенностей психосексуального развития выявил некоторые различия в выделенных группах. Доминирование матери в семье чаще было установлено во II группе (70,0%), а негативный образ матери во II и III группах (75,0% и 60,0% соответственно). Асексуальное и репрессивное воспитание преобладало у женщин с невротическими расстройствами (56,7% чел.). Сексуальные травмы детства и периода отрочества чаще были у женщин с невротическими расстройствами — 13 (43,3%) человек. Дисморфофобические проявления (недовольство своим внешним видом с периода пубертата) больше наблюдались у женщин II гр. — 11 (55,0%) человек.

Анализ особенностей эрогенных зон показал, что у женщин контрольной группы были самые высокие показатели по эрогенным зонам и наибольший процент экстрагенитального оргазма (у 11 (42,4%) человек). У женщин I группы, в связи с тяжелым течением ХСО, были снижены все единицы показателей эрогенных зон, в особенности, генитальные зоны и участки, граничащие с воспалительным процессом — влагалище, интроитус, шейка матки, задний свод, анус. Однако следует отметить, что у пациенток с органической диспарейнией стимуляция экстрагенитальных эрогенных зон и клитора приводила к нарастанию сексуального возбуждения в 25,0% случаев к оргазму. У женщин II группы, в связи со слабо выраженными явлениями ХСО, показатели по эрогенным зонам были выше, чем в I группе. Оргазм наблюдался у 30,0% женщин этой группы. Женщины с невротическими расстройствами (III группа) несмотря на то, что ощущения экстрагенитальных эрогенных зон и клитора были острее, чем генитальных, оргазм испытывали всего две из них. У всех женщин генитальные (влагалище, шейка матки, задний свод) и окологенитальные (анус) зоны были снижены из-за воспалительного процесса. В большей степени это отмечалось для женщин I и II групп, у которых наблюдались выраженные явления ХСО.

Таблица 4. Единицы показателей эрогенных зон у женщин с ХСО

Группы / Эрогенные зоны	I	II	III	IV
1. Рот	1,25	1,31	1,14	1,44
2. Язык	1,54	1,38	1,34	1,63
3. Нос	0,97	1,18	0,38	1,32
4. Ухо	1,55	1,47	0,87	1,67
5. Веки	0,76	1,12	1,13	1,37
6. Шея	2,29	2,13	1,69	2,33
7.«Кошачье место»	1,86	2,12	1,46	2,34
8.Молочные железы	2,11	2,35	1,45	2,53
9. Соски	1,97	2,25	0,97	2,46
10.Пальцы рук	1,58	1,42	1,33	1,73
11. Поясница	1,52	2,15	1,32	2,28
12. Крестец	1,53	1,65	1,32	1,92
13.Ягодицы	1,95	2,23	1,55	2,4
14. Пупок	1,43	1,7	0,73	1,8
15.Низ живота	1,48	2,15	0,98	2,43
16. Клитор	2,64	2,71	2,02	2,89
17.Влагалище	1,85	1,95	0,97	2,76
18. Интроитус	1,15	1,25	0,74	2,17
19.Шейка матки	0,87	0,95	0,73	2,23
20.Задний свод	0,64	0,86	0,98	1,43
21. Анус	0,74	0,88	1,54	1,83
22.Внутренняя поверхность бедер	1,65	1,78	1,05	1,86
23. Вкус	1,44	1,22	0,71	1,53
24. Обоняние	1,95	1,86	1,74	1,99
25. Зрение	2,26	2,17	1,83	2,3
26. Слух	2,17	2,23	1,03	2,3
27.Осязание	2,15	1,97	1,66	2,21
Оргазм – чел. (%)	4 (25,0)	6(30,0)	2 (6,7)	14 (42,4)

*Степени отношения женщин к раздражению эрогенной зоны: 0 – индифферентно; +1 – приятно, но не возбуждает; +2 – очень приятно и несколько возбуждает; +3 – резко возбуждает; ? – не знает; А – 1 – неприятно; В – 2 – противно; С – 3 – очень противно, вызывает резко отрицательные эмоции.

Из таблицы 4 (эрогенные зоны нами анализировались по карте В.И. Здравомыслова¹) следует, что в наибольшей степени снижены показатели по основным генитальным эрогенным зонам (влагалище, интроитус, шейка матки, задний свод) у женщин I группы (поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла) и II группы (поражение психической и генитосегментарной составляющей). Однако показатели по единицам эрогенных зон клитора практически не отличались от контрольной группы. Женщины I и II групп отмечали, что стимуляция клитора

1 Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь: ТОО фирма «Репринт», 1994. – 272 с.

приводила к возникновению сексуальной разрядки, и при этом этот оргазм (в отличие от генитального) не притуплялся. В свою очередь, необходимо отметить, что у женщин I и II групп имелся большой процент [10 (27,8%) человек] экстрагенитального оргазма. Для пациенток с изначальными сексуальными расстройствами, обусловленными психическими нарушениями, как генитальные, так и экстрагенитальные эрогенные зоны были малочувствительными для возникновения нормальной сексуальной разрядки. Здесь можно говорить о подавлении эрогенности зон психической патологией или рассматривать их с позиций эрогенной незрелости, недостаточно развившейся в ходе психосексуального развития². Низкая чувствительность генитальных эрогенных зон связана с длительным хронически протекающим воспалением придатков матки; образованием спаечного процесса и тубоовариальных образований (поражение генитосегментарной составляющей копулятивного цикла); гипоэстрогенией; поражением органов — мишеней; дисгармониями и задержками психосексуального развития^{2, 3, 4, 5}.

Сексуальные расстройства (n=67) у исследуемых больных были представлены следующими вариантами:

I. Оргазмическая дисфункция — 43 (64,2%) женщин:

а) на фоне органической диспарейнии — притупление оргазма — 16 (37,2%) человек (9 человек из II группы и 7 человек из III группы);

б) на фоне невротических расстройств — 27 (62,8%) пациенток (относительная коитальная аноргазмия — 15 пациенток III группы; абсолютная аноргазмия — 8 пациенток III группы; вторичная коитальная аноргазмия — 4 пациентки III группы).

II. Диспарейния — 45 (67,2%) женщин:

а) органическая диспарейния, обусловленная ХСО — 17 (37,8%) пациенток I группы;

б) органическо-психогенная (смешанная) диспарейния — 28 (62,2%) человек (II группа — 11 человек; III группа — 17 человек).

III. Снижение и отсутствие либидо — 39 (58,2%) женщин (II группа — 21 человек; III группа — 18 человек).

IV. Сниженная смазка — 12 (17,9%) женщин: I гр. — 5 чел.; III гр. — 7 чел.

2 Екимов М.В. Несостоятельность эрогенных зон и сексуальные дисфункции / Мастурбация и сексуальные дисфункции. — СПб.: ХОКА, 2006. — С. 46 – 48.

3 Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. — М.: Медицина, 1978. — 319 с.

4 Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства // Частная сексопатология / под ред. Г.С. Васильченко. Т.2. — М.: Медицина, 1983. — С. 281 – 292.

5 Мартынов Ю.С., Водопьянов Н.П., Васильченко Н.П. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин. — М.: Изд-во Ун-та Дружбы народов, 1989. — 96 с.

Психогении периода детства и пубертата у женщин с ХСО нами выявлялись при помощи детального расспроса; сбора анамнеза развития и становления сексуальности; проективных личностных тестов (тест Сонди или МПВ (метод портретных выборов)); во время сеанса «кататимного переживания образов». Психогении были характерны абсолютно для всех групп пациенток с ХСО. Однако подобные психогении не для всех женщин стали психотравмами, что, в свою очередь, зависело от психической толерантности к стрессам. То есть у всех женщин I и IV групп, и, в большей части, во II группе некоторые психогении были восприняты адекватно, не считались пациентками как особые психотравмы, у этих женщин не произошла фиксация на них и возврат к прошлому периоду жизни и негативному сексуальному опыту.

Распределение по преобладанию сексуальных травм (сексуальное домогательство, изнасилование или попытка к нему, заражение ЗППП в пубертате) было следующим: II группа — 8 (40,0%) человек; III группа — 13 (43,3%) человек. У женщин с невротическими расстройствами (III группа) также был самый высокий процент (43,3%) психотравм в результате частых конфликтов в родительской семье; несоответствия ролевых отношений (доминирование матери); высокого уровня вербальной и физической агрессии со стороны родителей. У пациенток II группы психотравмы не способствовали возникновению сексуальных расстройств до возникновения ХСО.

Преобладание личностных акцентуаций эпилептоидного, гипертимного круга определяет их высокую толерантность к стрессам (Таб. 6). Больше всего таких пациенток было в I группе (100%), у которых наблюдалась только органическая диспарейния, обусловленная ХСО, вызванного смешанной специфической микрофлорой.

Таблица 6. Типы личностных акцентуаций по методике В.П. Дворщенко⁶ у женщин с ХСО

Типы акцентуаций (%) Гр.	I	II	III	IV
Параноик	–	–	2(6,7)	2(6,1)
балл	–	–	7±1	10±3
Гипертим	10(62,5)	4(20,0)	4(13,30)	11(33,3)
балл	8,7±0,8	13,8±1,7	12,5±1,7	11,2±1,1
Эпилептоид	6(37,5)	2(10,0)	2(6,7)	16(48,5)
балл	9,7±1,0	14±1	6±2	12,2±1,4
Истероид	–	8(40,0)	13(43,3)	4(12,1)
балл	–	14,8±1,2	16,8±0,6	12±3
Шизоид	–	–	–	–
балл	–	–	–	–
Сензитив	–	1(5,0)	2(6,7)	–
балл	–	9	9±2	–
Психастеник	–	5(25,0)	7(23,3)	3(9,1)
балл	–	9±3	15,0±1,2	7,7±0,7
Неустойчивый	–	2(10,0)	2(6,7)	–
балл	–	12±1	10±2	–
Астеник	–	–4(13,30)	–	–
балл	–	–	9,0±0,8	–
Лабильный	–	3(15,0)	2(6,7)	1(3,0)
балл	–	11,3±1,7	16±4	7
Смешанная	–	7(35,0)	11(36,7)	5(15,2)

Пациентки с эпилептоидными и гипертимными акцентуациями преобладали (81,8%) и в группе контроля (IV гр.). Отсутствие сексуальных расстройств у этих женщин, в отличие от первой группы, объяснялось не только личностными особенностями, но и отсутствием психических нарушений и непродолжительным течением ХСО.

Психические нарушения в виде невротических расстройств были выявлены у 50 из 100 женщин, включенных в исследование. В соответствии с критериями МКБ-10 они распределились следующим образом: неврастения (F48.0) — 19 (19,0%) человек; расстройство адаптации (F43.2) — 15 (15,0%) человек; обсессивно-компульсивное расстройство (F42) — 11 (11,0%) человек; диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44) — 5 (5,0%) человек.

⁶ Дворщенко В.П. Тест личностных акцентуаций. (Модифицированная методика А.Е. Личко для взрослых). – СПб.: Речь, 2002. – 112 с.

Таблица 7. Суммарные психологические профили ММРІ — 566 «Иматон» по группам у женщин с ХСО

Шкалы / Группы	I**	II**	III**	IV**
Ложь(L)	47±4	49±5^	47±3'	48±3'
Достоверность (F)	61±2*	71±5^	67±4*'	62±2^'
Коррекция (K)	50±3	56±4^	46±3^'	51±2^'
Ипохондрия (Hs)	55±4*	66±7^	55±4^	54±5^'
Депрессия (D)	54±4*	66±8^	61±5*	53±5^'
Истерия (Hy)	50±4*	64±6	60±4*	55±5
Психопатия (Pd)	68±3*	76±8^	67±5*	67±4^
Маскулинность–Феминность (M–F)	63±2*	63±6^	59±3*	55±3^
Паранояльность (Pa)	55±5*	69±6^	61±4	57±6^'
Психастения (Pt)	50±4*	68±8^	63±6*	50±5^'
Шизоидность (Sc)	57±4*	80±9^	68±5*	54±3^'
Гипомания (Ma)	66±3*	49±5^	61±4*	64±5'
Социальная интроверсия (Si)	51±4*	71±5	55±3	55±4

* — достоверные различия между группами II, III, IV(K) и группой I (на уровне значимости $\beta=0,05$);

^ — достоверные различия между группами III, IV(K) группой II (на уровне значимости $\beta=0,05$);

' — достоверные различия между группами IIIи группойIV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$);

** — корреляция между группами I, II, III, IV(K) (на уровне значимости $\beta=0,05$).

По результатам ММРІ — 566 «Иматон» (Таб. 7) были установлены в IV (контрольной) группе высокие показатели по шкалам стенического регистра: психопатия — 67±4 Тб; гипомания — 64±5 Тб; паранояльность — 57±6 Тб. В то же время, эти показатели не превышали порог психической адаптации (не выше 70 Тб). Показатели по шкалам гипостенического регистра были невысокими: ипохондрия — 54±5 Тб; реактивная депрессия — 53±5 Тб; личностная тревожность (психастения) — 50±5 Тб. Полученные данные указывают на то, что у этих женщин отдельные психогенные реакции, не достигнув уровня психопатологии, не нарушали сексуальную адаптацию.

У женщин I группы (самое тяжелое течение ХСО и органическая диспарейния) наиболее повышенными оказались следующие шкалы: психопатия — 68±3 Тб; гипомания — 66±3 Тб; маскулинность — 63±2 Тб. В этой группе были самые высокие баллы по маскулинным чертам, что и служило дополнительным критерием, подтверждающим их стеничность. Вероятно, в связи с этим у этих женщин выявлялись, по сравнению с другими группами, самые низкие показатели (50±4Тб) по шкале истерии (эмоциональная лабильность). Как адекватная адаптивная реакция на тяжело протекающий ХСО и диспарейнию, у женщин I группы отмечались (по сравнению с контрольной группой) несколько повышенные показатели по шкалам ипохондрии (55±4против54±5Тб) и реактивной депрессии (54±4против 53±5Тб). Эти пациентки были также наиболее экстровеитированными (социальная интроверсия — 51±4Тб) по сравнению с другими. По шкалам теста у них отсутствовала истерия и паранояльность.

У пациенток II группы ведущие показатели профиля отмечались по следующим шкалам: шизоидность — 80 ± 9 Тб; психопатия — 76 ± 8 Тб; социальная интроверсия — 71 ± 5 Тб; паранойяльность — 69 ± 6 Тб; психастения (личностная тревожность) — 68 ± 8 Тб. Для этих женщин были характерны: уход от сексуальных контактов во внутренние переживания и аутизм; склонность к импульсивности и агрессии; глубокая интровертированность (самая высокая из всех женщин с ХСО); аффективная ригидность с застреванием на негативных переживаниях и высокая личностная и реактивная тревожность.

У женщин III группы не было значительного повышения показателей по шкалам из — за взаимного погашения: шизоидность — 68 ± 5 Тб; психопатия — 67 ± 5 Тб; психастения — 63 ± 6 Тб; депрессия — 61 ± 5 Тб. Таким образом, выраженная психопатология была характерна для всех пациенток II и III групп.

У женщин, страдающих ХСО, наиболее агрессивная — смешанная специфическая микрофлора в гениталиях распределилась следующим образом: I группа — 17 (100,0%) человек; II группа — 5 (25,0%) женщин; III группа — отсутствовала; IV группа — 5 (15,2%) человек.

У 10 женщин с ХСО (8 женщин во II и III группах и 2 женщины в контрольной группе) выявлен особый сексуальный сценарий, так называемый женский псевдопарафильный синдром (F — PPS) — состояния эмоциональной напряженности, необходимое им с целью подготовки к интимной близости для повышения либидо и остроты оргазма. По тесту личностных акцентуаций В.П. Дворщенко [5] у этих женщин преобладал истероидный и психастеноидный личностные радикалы — высокая эмоциональность и инфантилизм сочетались с высокой тревожностью со склонностями к образованию obsessions. В сексуальном сценарии этих пациенток присутствовали эпизоды садомазохизма, бисексуальности, фетишизма, эксгибиционизма, вуайеризма. Таким образом, эти женщины могли активировать свою эмоциональную сферу или снижать уровень тревожности.

Нами были обследованы партнеры 32 — х женщин, страдающих ХСО. У 26 (81,3%) из них выявлялись сексуальные расстройства: эректильная дисфункция у 8 человек; снижение сексуального влечения у 13; синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у 6; отсутствие семяизвержения у 3; преждевременное семяизвержение у 1. Помимо этого у 18 (56,3%) мужчин был установлен хронический простатит, который, как правило, обострялся в одно время с хроническим сальпингитом и оофоритом у пациенток. Микрофлора воспаления была аналогичной. Распределение по тесту «Стабильность супружеской пары» З. Старовича оказалось следующим (в баллах): I группа — 16 ± 11 ; II группа — 40 ± 8 ; III группа — 44 ± 9 ; IV группа — 26 ± 5 . Таким образом, существенные проблемы наблюдались во всех группах, но были наибольшими у женщин с невротическими расстройствами.

Сексуальные расстройства (органическая диспарейния и притупление оргазма), инициированные ХСО и протекающие на фоне невротических расстройств, являлись более тяжелыми и имели затяжной характер течения. Часто жалобы на ХСО маскировали психопатологию, что вынуждало гинекологов к пересмотру терапии, повышению доз антибактериальных и рассасывающих препаратов, поиску латентной инфекции в гениталиях.

Заключение.

1. При изучении 100 женщин с хроническим сальпингитом и оофоритом (ХСО) в 67,0% случаев были выявлены сексуальные расстройства. В большинстве случаев сексуальные расстройства имели смешанную природу и были обусловлены как органическим фактором (непосредственно, хроническим сальпингитом и оофоритом и его осложнением в виде спаечного процесса в гениталиях), так и наличием психической патологии (невротических расстройств). Сексуальные расстройства у женщин с ХСО проявлялись диспарейнией (67,2%) и оргазмической дисфункцией (64,2%). Диспарейния в 37,8% случаев имел органический генез, в 62,2% — смешанный (органическо-психогенный). Оргазмическая дисфункция возникала вторично, у 37,2% пациенток на фоне органической диспарейнии, у 62,8% — невротических расстройств.

2. Невротические расстройства, выявленные у 50 больных, вошедших в исследование, в соответствии с МКБ — 10 в 19,0% случаев были диагностированы как неврастения (F48.0), в 15,0% — как расстройство адаптации (F43.2), в 11,0% — как обсессивно—компульсивное расстройство (F42) и в 5,0% — как диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44).

3. Сексуальные расстройства смешанного генеза (органическо-психогенного) имеют более затяжное течение, труднее диагностируются и поддаются терапии, так как органический и психогенный фактор маскируются один другим.

4. Хронический сальпингит и оофорит (и его осложнения в виде спаечного процесса), как преобладающее гинекологическое заболевание, обуславливает не столько многообразие сексуальных расстройств у женщин, а, в большей степени, скорость их образования. ХСО со смешанной специфической микрофлорой приводит к возникновению диспарейнии через $3,9 \pm 0,1$ лет течения воспалительного процесса (I группа женщин). ХСО неспецифической этиологии вызывает диспарейнию с органическим радикалом через 10 ± 4 лет течения (III группа пациенток).

5. Среди факторов, способствующих формированию сексуальных расстройств у женщин, страдающих ХСО, помимо самого воспалительного процесса и его осложнения, можно выделить:

а) доминирование и негативный образ матери в детстве, асексуальное и репрессивное половое воспитание, сексуальные и психические травмы;

- б) наличие психических нарушений;
- в) акцентуации личности;
- г) слабая половая конституция;
- д) конфликтные отношения между половыми партнерами или отсутствие постоянного полового партнера.

6. У 10% женщин с ХСО выявлен особый сексуальный сценарий, так называемый женский псевдопарафильный синдром (F-PPS) — состояния эмоциональной напряженности, необходимое им для подготовки к интимной близости для повышения либидо и остроты оргазма.

7. У преобладающей части (81,3%) обследованных нами половых партнеров женщин с ХСО наблюдаются сексуальные дисфункции в виде расстройства эрекции, снижения сексуального влечения, отсутствия семяизвержения и преждевременной эякуляции.



АРКУС

Максим Леонидович,

кандидат
медицинских наук,
отделение
сексопатологии
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ ТЕМАТИКИ У МУЖЧИН

Расстройства психической составляющей копулятивного цикла с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов выступают в качестве стержневого симптома у 30 % сексологических пациентов, а в качестве сопутствующего — почти у 90 % (Васильченко Г.С. и соавт., 1990). Подавляющее большинство таких нарушений проявляются тревожно-фобическими расстройствами сексуальной тематики в виде синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) и коитофобии. При этом расстройства сексуальной функции резко снижают качество жизни пациентов, в ряде случаев полностью прекращающих интимные отношения (Васильченко Г.С., 1977).

Изучению тревожно-фобических расстройств (F40 по МКБ-10) посвящены многочисленные исследования отечественных и иностранных авторов: Асатиани М.М., 1913; Ганнушкин П.Б., 1933; Гаккель Л.Б., 1938; Лакосина Н.Д., 1968; Kraepelin E., 1912; Rasmussen S.A., 1992; Wiseman M.M., 1994; Fejeregyhazi L., 1995; Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., 1994; Magee R.Jr. & al. 1996; Weiller E. & al., 1996, и другие.

Распространенность тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики оценивается лишь приблизительно, подходы к терапии подобных расстройств недостаточно отражают особенности развития сексуальных нарушений, как парной функции организма (Васильченко Г.С., 1977, 1983; Либих С.С., 1982, 1990; Кришталь В.В., Агишева Н.К., 1985). До настоящего времени расстройства психической составляющей многих сексуальных нарушений недостаточно оцениваются сексологами, а также врачами смежных специальностей, традиционно занимающихся лечением сексуальных расстройств.

Несмотря на указания по диагностике СТОСН и коитофобии, обследование и лечение данного контингента больных не всегда являются эффективными (Ягубов М.И., 2006; Фарафонов С.А., 2008; Доморацкий В.А., 2009).

Проведенные нами исследования касались группы мужчин, обратившихся за медицинской помощью в отделение сексопатологии МНИИ психиатрии и предъявляющих жалобы, расцененные как признаки тревожно-фобических расстройств сексуального содержания. У всех пациентов выявлены сексуальные

расстройства в виде резкого ослабления или исчезновения эрекции перед или в момент имиссии, сопровождающиеся тревожным ожиданием неудачи и/или навязчивым страхом перед проведением сношения.

Всего обследовано 58 пациентов в возрасте 19 — 40 лет. Из них с состоянием, классифицированным как синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи [СТОСН] (I группа) — 32 человека в возрасте 19 — 37 лет (средний возраст $22,6 \pm 2,8$), и с коитофобией (II группа) 26 пациентов в возрасте 22 — 40 лет (средний возраст $28,7 \pm 4,9$).

Пациенты I группы (СТОСН) предъявляли жалобы на невозможность совершить или завершить коитус в связи с исчезновением эрекции в периоде предварительных ласк или во время фрикций из-за появления выраженных сомнений в наличии достаточной эрекции, страха ускоренного семяизвержения при виде или ощущении незаинтересованности партнерши и отсутствии у нее возбуждения. При этом возникали вегетативные проявления в виде потливости, слабости, головокружения или головной боли, иногда подташнивания. В остальное время мысли о возможной неудаче появлялись изредка, не нарушали настроение и работоспособность мужчины.

Пациенты II группы (коитофобия) предъявляли жалобы на выраженный страх перед совершением сношения, в связи с чем мужчина стремился избежать близости. Страхи относительно неизбежности неудачного коитуса появлялись в любое время, без отношения к интимной ситуации, отвлекали от обычной деятельности, не поддавались коррекции, имели навязчивый характер. В то же время у всех мужчин сохранялась критика по отношению к содержанию страхов. Мужчины старались избегать ситуаций, которые могли привести к интимному общению, а в ситуации интимного контакта отмечали нарастание страха и паники, выраженную вегетативную симптоматику, в связи с чем обычно прекращали контакт до имиссии.

При обследовании соматического состояния, по данным уролога, исследованию уровня половых гормонов выраженных отклонений от нормы не выявлено; все обследуемые практически здоровы.

Исследование психического и психологического состояния обследуемых дало следующие результаты.

При заполнении таблицы сексуальных страхов пациенты I группы отметили конкретизированные страхи: страх потери эрекции (как причины несовершения сношения) — 29 мужчин (80,6%) и страх преждевременного семяизвержения (как причины неудовлетворения женщины) — 19 мужчин (59 %).

В то же время, во II группе 18 пациентов (69,2%) не могли конкретизировать свои страхи даже в ответ на уточняющие вопросы врача.

По шкале самооценки SCL—90—R в обеих группах выявлено достоверно значимое повышение по сравнению с контрольной группой по показателям «соматизация», «тревожность-компульсивность», «депрессия», «тревога», «фобическая тревога», «психотизм», а также «дополнительные показатели» ($p < 0,05$).

При обследовании по шкале Гамильтона (HARS) у всех пациентов I группы показатели были значительно повышены — до $25,11 \pm 1,31$, что отражает наличие тревожного состояния. При этом показатели в I и II группах значимо не различались ($p > 0,05$).

При проведении цветового теста Люшера выявлены высокий уровень тревожности у 24 мужчин I группы (75 %), и 21 пациента II группы (80,7 %), низкий уровень активности у 21 мужчины I группы (65,6 %), и 20 пациента II группы (88,5 %).

Усредненные профили цветового теста Люшера в обеих группах существенно различались и характеризовали психологические затруднения пациентов.

Для мужчин I группы характерны сниженный фон настроения, выраженная тревога, астенизация, снижение активности. Имеется эмоциональное напряжение, беспокойство, неуверенность в себе, затруднение социальной адаптации.

Пациенты II группы характеризовались сниженным фоном настроения, стрессовой реакцией в ответ на отсутствие желаемого взаимодействия с женщинами и избегания ответственности. При этом имеется страх оказаться несостоятельным на фоне завышенных требований к партнерше, негибкость в отношениях и нежелание идти на компромисс.

По результатам опросника MMPI у мужчин I группы были повышены показатели по шкалам 1 (ипохондрия), 7 (психастения), 8 (шизоидность). Во II группе было выявлено повышение показателей по шкалам 1 (ипохондрия), 2 (депрессия), 4 (психопатия), 6 (паранойя), 7 (психастения).

Для пациентов I группы характерны тревожность, неуверенность в себе, нерешительность, фиксация на неудачах, затруднения социальной адаптации, депрессивный фон в отношениях с людьми. Склонность к негативной оценке результатов своей деятельности, что может приводить к развитию ограничительного поведения. Преобладание оценочной деятельности над эмоциональными проявлениями.

У мужчин II группы имеются выраженные тревожно-мнительные черты характера, навязчивое беспокойство, гиперсоциальность, фиксированность на трудностях отношений с окружающими. Тенденция разрабатывать собственные внутренние правила, а затем строго придерживаться их, приводит к постоянной психической напряженности и создает предпосылки для развития фобий.

При опросе у всех пациентов обеих групп выявлена недостаточная информированность о вопросах секса и супружеских отношений. Представления о физиологии полового акта искажены в сторону заниженной оценки способности удовлетворить женщину. Отношение к коитусу характеризовалось наличием тревожности или страха, сопротивления сотрудничеству со стороны партнерши.

Отношения в родительской семье характеризовали как холодные 76% мужчин I группы и 73% — во II группе. Информация об интимных отношениях у большинства получена в искаженном виде, в резко отрицательном контексте. Вследствие этого отношение к противоположному полу у всех подростков было настороженно-обреченным — описанные неприятности оценивались как неизбежные, обесценивали эротические и сексуальные контакты.

Сексологический анамнез характеризовался задержкой психо-сексуального развития на стадиях формирования платонического и сексуального либидо в среднем на 1–2 года у 59% мужчин I группы и 61% II группы.

В I группе половая конституция представлена ослабленным вариантом средней или слабой, а во II группе — средним вариантом.

87% мужчин I группы отмечали, что пробуждение либидо у них было связано с внешними факторами: выраженного желания общаться с противоположным полом на эротическом или сексуальном уровне практически не было, мальчики чаще отвечали на активность девочек.

Во II группе 92% пациентов считали, что у них был достаточно выраженный интерес к девушкам, активное ухаживание за сверстницами.

Обстоятельства первого в жизни коитуса в обеих группах различались. Выявлено некоторое запаздывание сексуальной инициации в I группе по сравнению с популяцией. Имеются также различия в оценке этого события: в I группе коитус был тяжелой психологической нагрузкой, связанной, скорее, с межличностными отношениями, чем с сексом, у большинства мужчин (66%), а во II группе — у каждого пятого (19%).

Таблица 1. Особенности начала половой жизни у пациентов I и II групп

Показатели пациентов I и II групп	I группа	II группа
Возраст начала половой жизни (лет)	20,6±1,2	19,1±2,1
Коитус вследствие собственной активности	19 (59%)	18 (69%)
Вследствие активности партнерши	9 (28%)	8 (31%)
С проституткой	3 (13%)	—
Положительная оценка	11 (34%)	21 (81%)
Расценили как стресс	21 (66%)	5 (19%)

При заполнении вопросника сексуальной формулы мужской (СФМ) получены средние следующие результаты:

Таблица 2. Показатели СФМ обследованных пациентов обеих групп

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
I группа	3	1 (2)	1 (2,3)	1 (2,3)	1 (2,3)	0,5 (1,2,3,4)	3	1 (2,3)	1 (0,2, 3)
II группа	3	0 (1)	0 (1)	2 (1)	1 (2)	3	3	0 (1, 2)	0

*в скобках даны вариативные данные

При анализе результатов в I группе выявлено выраженное снижение II показателя (настроение перед сношением). Показатели III (половая предприимчивость), IV (частота сношений), V (наличие эрекции), VI (длительность сношения), VIII (настроение после сношения), IX (оценка успешности половой жизни) изменены в меньшей степени.

Во II группе первый показатель, отражающий физическую сторону влечения, находился в пределах нормы, что сочеталось с резким снижением II показателя и с нулевым уровнем III. При развитии коитофобии после периода регулярной половой жизни, показатели второй триады могут быть достаточно высокими.

В третьей триаде (оценка половой жизни) наблюдается хорошая сохранность физиологического компонента (VII показатель: частота эякуляций, включающая в себя и эякуляцию при мастурбации) и резкое снижение VIII и IX показателей (оценка сношения самим мужчиной и партнершей). При этом практически все пациенты судили о реакции женщины лишь по собственным ощущениям, а не по ее словам и поступкам.

При исследовании психологического состояния пациентов с использованием тестовых методик (цветового теста Люшера, шкалы ММПИ, шкалы SCL-90-R, шкалы депрессии и тревоги Гамильтона, опросника иерархической структуры

актуальных страхов личности) у всех мужчин I и II групп отмечены высокий уровень тревожности, низкий уровень активности, склонность к образованию навязчивых страхов, застреванию на неприятных событиях жизни, что создает предпосылки для психической дезадаптации в виде фобий и obsессий.

В тех случаях, когда сношение удавалось осуществить, ускоренное семяизвержение отмечали 4 пациента (12%), ослабление эрекции перед имиссией или во время фрикции — 11 пациентов (34%). Вегетативные проявления в виде головокружения, подташнивания, «комка» в горле, усиленного потоотделения, напряжения «в животе», позывов на мочеиспускание, и др. — у 21 пациента (65%), причем у 16 из них (50%) эти проявления не сопровождалось нарушениями эрекции или ускорением семяизвержения. У одного пациента вегетативный компонент проявлялся в подтягивании мошонки и ощущением «напряжения» в яичках вне сексуальной ситуации.

Для пациентов I группы (СТОСН) характерна тревожность по отношению к предстоящему половому акту, которая усиливалась по мере приближения момента имиссии, что делало невозможным проведение сношения. Контроль состояния эрекции, рационализация интимного поведения приводили к нарушению автоматизма коитуса, к ухудшению эрекции, снижению возбуждения, в некоторых случаях — ускорению семяизвержения. В дальнейшем тревожность усиливалась в связи с фиксацией на отрицательных эмоциях по поводу сексуальной неудачи, что приводило к усугублению негативных реакций во время подготовительного периода коитуса и еще больше снижало шансы на осуществление полового акта.

Мужчины, страдающие коитофобией (II группа), практически здоровы, со средней половой конституцией, по характеру тревожно-мнительные, склонные к образованию стереотипов поведения, застреванию на негативных переживаниях.

Страх перед предстоящим сношением блокировал их активность, препятствовал попыткам познакомиться с женщиной, развить отношения, перевести их в интимные. Страх предстоящего сношения развивался вследствие однократного неудачного коитуса или небольшого числа неудачных сношений. При этом отчетливо причину неудачи мужчины не могли преодолеть преувеличенно-отрицательной оценки происшедшего. Постоянная борьба со страхом лишь увеличивала напряженность, приводя к формированию и развитию избегающего поведения.

При синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи 64% мужчин продолжали попытки сношения с целью «реабилитировать» себя или безэмоционально воспринимали регулярные неудачи, что сохраняло их определенную социальную активность, в то время как при коитофобии больные стремились избегать стрессовой ситуации сношения, что препятствовало вступлению в брак или способствовало распаду пары.

Лечение тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики было комплексным, и включало в себя психотерапию и психофармакотерапию. Парность сексуальной функции накладывала определенный отпечаток на психотерапевтический подход к терапии, что необходимо принимать во внимание и использовать в комплексном подходе к лечению.

Выраженность аффективных проявлений при синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи и идеаторных при коитофобии, накладывали отпечаток на удельный вес психотерапии и фармакотерапии в каждом отдельном случае.

Терапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи начиналась с психотерапевтических мероприятий: рациональной и косвенной психотерапии, семейной терапии, супружеской секс-терапии и др. Психофармакотерапию проводили при необходимости в качестве вспомогательного фактора — для снятия тревожности и эмоционального напряжения, нормализации настроения, нивелирования вегетативных расстройств.

В комплексной терапии коитофобии основное место занимала терапия психотропными препаратами, в основном, антидепрессантами и транквилизаторами. Медикаментозная терапия проводилась в виде курсов транквилизаторов и антидепрессантов в минимальных дозировках, длительностью не менее 6 недель. В качестве препаратов выбора назначали «Велаксин», «Аурорикс», «Кассадан», «Грандаксин». При наличии постоянной партнерши за 30 — 40 минут до возможного полового акта назначали седативные средства — «Пассит», «Новопассит».

Вспомогательным фактором являлась психотерапия, направленная на стабилизацию настроения, снятие аффективных проявлений, изменение установок в области интимных отношений, построении стратегии и тактики взаимоотношений с противоположным полом.

Значительную роль в реабилитации пациентов играла секс-педагогика, разъяснение вопросов нормы физиологической и психологической сторон интимной жизни, значимости партнерских отношений как на эротической, так и на сексуальной стадии отношений. При наличии у пациента сексуальной партнерши применяли супружескую секс-терапию, призванную снять напряженность патогенетических моментов близости — например, интромиссии или длительности периода фрикции. Нередко сексуальный контакт рекомендовали проводить в форме петтинга — во избежание страха перед необходимостью имиссии, для расширения диапазона приемлемости, постепенного создания комфортности ситуации и действий.

Супружеская секс-терапия ориентирована на изменение стереотипа сексуального поведения в паре, временном избегании психотравмирующего момента в близости, изменению соотношения активности обоих партнеров, восстановление гедонистического компонента интимного общения.

Результаты проведенного лечения оценивали через полгода после окончания курса терапии.

Таблица 5. Результаты лечения тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики

	I группа	II группа
Излечение	23 (72 %)	18 (64%)
Улучшение	5 (16 %)	7 (25%)
Из них начали/возобновили половую жизнь	26 (81 %)	20 (71%)
Без изменений	4 (13%)	3 (11%)
Всего	32	28

Таким образом, при правильном подходе к выбору методов терапии, эффективность лечения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи была достаточно высокой.

Во II группе пациентов, страдающих коитофобией, показатели излеченности оказались не столь высокими. Хотя интегративный показатель (начали\возобновили половую жизнь) составил 71%, стабильности в состоянии пациентов не было. Почти половина из них стали саботировать дальнейшее выполнение врачебных рекомендаций, как только были получены минимальные положительные результаты. Это связано с клиникой самого расстройства.

Полученные результаты терапии тревожно-фобических расстройств сексуального содержания высоки по сравнению с получаемыми при обычном подходе, что позволяет говорить об эффективности внесения супружеской секс-терапии в сочетанный курс лечения данной группы пациентов.

Выводы

1. Тревожно-фобические расстройства сексуальной тематики клинически проявляются в виде синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи и коитофобии, различающихся по степени выраженности аффективного и идеаторного компонентов.

2. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи характеризуется развитием тревожности с вегетативными компонентами в ситуации сексуального контакта или перед ним; предъявлением к себе завышенных сексуальных требований; урежением сексуальных контактов в связи с прогрессирующей неуверенностью в своих сексуальных возможностях.

3. Коитофобия характеризуется:

- наличием тревожности и страхов по отношению к совершению полового акта

вне интимной ситуации;

- уверенностью в невозможности осуществления полового акта;
- избеганием широкого круга ситуаций, которые могут привести к необходимости совершить половой акт; сужение представлений о социально-психологической роли женщины, восприятие ее исключительно как сексуального объекта, в качестве которого она представляется недоступной вне интимного контекста;
- оценка близости как потенциальной угрозы самоуважению и социальному престижу.

4. У пациентов, страдающих тревожно-фобическими расстройствами сексуальной тематики, выявлены определенные психофизиологические особенности: тревожность, мнительность, а также слабая половая конституция. К психогенным факторам, способствующим развитию тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики относятся: незнание реальных сексуальных запросов и возможностей обоих полов, неумение выстраивать отношения с партнершей, высокая значимость сексуального контакта в иерархии жизненных ценностей мужчины.

5. На проявление тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики влияет соотношение психических особенностей характера и половой конституции: при выраженной тревожности, внушаемости формирование расстройства происходит быстро, при минимальном психогенном воздействии. Повторные психологические травмы, связанные с сексуальной сферой, при среднем варианте половой конституции также приводят к развитию СТОСН.

6. Дифференциально-диагностическим критерием СТОСН и коитофобии является показатели СФМ: при СТОСН отмечено снижение II показателя (настроение перед сношением) при сохранности или снижении остальных показателей, а при коитофобии — резкое снижение II показателя в сочетании с нулевым уровнем III показателя (половая предприимчивость).

7. Лечение хронических тревожно-фобических расстройств сексуальной тематики комплексное, включающее фармакотерапию и психотерапию. При синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи основное значение придается психотерапии, направленной на коррекцию сложившегося стереотипа избегающего поведения. Терапия антидепрессантами и транквилизаторами проводится при необходимости в минимальных объемах.

При коитофобии лечение включает в себя широкое применение антидепрессантов и транквилизаторов, с присоединением рациональной и поведенческой психотерапии, направленной на формирование адекватных способов совладания со страхом интимной близости и тревожностью в отношении возможности осуществления сношения.



ГОФМАН
Александр Генрихович
доктор медицинских
наук, профессор,
руководитель
отделения психических
расстройств,
осложненных
патологическими
формами зависимостей
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России



МЕЛИКСЕТЯН
Анаис Сергеевна,
психиатр-нарколог
отделения психических
расстройств,
осложненных
патологическими
формами зависимостей
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России



ЯГУБОВ
Михаил Ибрагимович

доктор
медицинских наук,
ведущий научный
сотрудник отделения
сексопатологии
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России



КАСТОРНАЯ
Анастасия
Александровна,
аспирантка отделения
сексопатологии
ФГБУ Московского
НИИ психиатрии
Минздрава России

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Актуальность проблемы алкогольной зависимости определяется широкой ее распространенностью, частыми, серьезными последствиями и, в связи с этим, высокой медико-социальной значимостью. Изучение лишь этиологии, патогенеза, клиники хронического алкоголизма не может дать полного представления о данном заболевании, так как порой развивающиеся осложнения имеют более тяжелые медико-социальные последствия, которые могут провоцировать употребление алкоголя.

Одним из серьезных последствий алкоголизма являются половые расстройства. В то же время несостоятельность в половой жизни, являясь одним из значимых психологических травм для мужчины, и может

привести к дисгармоничным отношениям в семье и провоцировать злоупотребление алкогольными напитками, формируя, таким образом, порочный круг.

На сегодняшний день проблема сексуальных расстройств у больных алкоголизмом, несмотря на ее актуальность, недостаточно изучена, а имеющиеся данные о распространенности, патогенезе и клинических особенностях носят противоречивый характер. Данный факт, по всей видимости, можно объяснить тем, что при изучении данной проблемы исследуется неоднородный клинический материал, больные разной возрастной категории и типом течения основного заболевания (разной стадией и длительностью алкоголизма).

Исследования влияния алкоголя на половую функцию начались с последней четверти XIX в. Я.М. Магазинер, 1854; Lancereux, 1878 и др. в общих чертах затрагивали данную тематику^{1, 2}. Впоследствии, в XX веке, некоторые авторы указывали на взаимосвязь этих двух патологий. Однако до сих пор нет единства мнений в вопросе о том, является ли алкоголь химическим агентом, стимулирующим или, напротив, угнетающим сексуальную функцию. Не уточнен вопрос о взаимном влиянии той и другой патологии, т.е. влиянии алкоголя на сексуальную функцию и влиянии сексуальных расстройств на течение алкоголизма.

Злоупотребление алкоголем, еще раз отметим, приводят не только к психосоматическим расстройствам, деградации личности и социальной дезадаптации, но и к проблемам в сексуальной сфере.

Многие авторы неоднократно упоминали о негативном влиянии алкоголизма на сексуальное здоровье. Систематическое употребление алкоголя, даже при отсутствии признаков алкоголизма, может явиться причиной нарушения половой функции. Тем не менее, точки зрения на эту проблему и приводимые данные весьма разноречивы, начиная со сведений о частоте сексуальных нарушений при алкоголизме, заканчивая структурой расстройств.

В связи с этим было предпринято исследование, целью которого являлось изучение клинических особенностей сексуальных расстройств у больных алкоголизмом II стадии. Установление роли течения заболевания, личностных, конституциональных, соматических, социальных факторов в возникновении и развитии сексуальных дисфункций.

Материалы и методы исследования

Обследовано 90 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих алкоголизмом второй стадии, находящихся на стационарном лечении в отделении психических

1 Магазинер Я.М. Лечение болезней, происходящих от пьянства, и способы отучения от него. – СПб., 1854.

2 Kucheria K, Saxena R, Mohan D. Semen analysis in alcohol dependence syndrome // Andrologia. 1985 Nov-Dec;17(6):558-563.

расстройств, осложненных патологическими видами зависимости, Московского НИИ психиатрии. В результате комплексного обследования было выделено 2 группы больных:

I группа — 58 пациентов с сексуальными нарушениями, средний возраст $41,0 \pm 8$;

II группа — 32 пациента без сексуальных нарушений, средний возраст — $36,0 \pm 9$ лет.

Основные клинико-демографические характеристики больных представлены в таблице 1.

Таблица 1. Демографические и клинические характеристики больных в исследуемых группах

	Показатели	Группа I (пациенты с сексуальными нарушениями)	Группа II (пациенты без сексуальных нарушений)
Основные данные	Число пациентов в группе, абс.	58	32
	Возраст, лет*	41 ± 8	36 ± 9
	Возраст к началу систематического потребления алкоголя, лет*	21 ± 5	21 ± 6
	Возраст ко времени формирования 2 ст. алкоголизма, лет*	26 ± 6	29 ± 7
	Объем средних суточных дозировок алкоголя, мл*	1000 ± 550	800 ± 400
Форма потребления алкоголя, %	смешанная	39,70%	12,50%
	постоянная	29,30%	9,40%
	длительные псевдозапой	20,70%	15,60%
	короткие псевдозапой	10,30%	26,50%

Примечания: * $p > 0,05$. Группы сопоставимы по клинико-демографическим характеристикам

Формирование второй стадии алкоголизма в группе с сексуальными расстройствами происходит к 26 ± 6 годам и ее длительность в среднем составляет 8 ± 4 лет. У лиц без сексуальной патологии вторая стадия формируется позже, к 29 ± 7 годам и к моменту обследования существует 11 ± 7 лет. Из исследования исключались пациенты с расстройствами шизофренического и аффективного спектра, эпилепсией, умственной отсталостью, сопутствующей соматической и неврологической патологией в стадии декомпенсации, а также больные с зависимостью от других психоактивных веществ.

Оценка состояния пациентов осуществлялась с помощью клинико-психопатологического обследования с использованием опросника для исследования акцентуированных черт личности, разработанного Schmieschek на основе концепции акцентуированных личностей К. Leonhard, Мюнхенского личностного теста, «Анамнестической карты больного алкогольной зависимостью» (разработана сотрудниками отдела психических расстройств, осложненных патологическими

видами зависимости, Московского НИИ психиатрии). Клинико-сексологическое обследование включало получение анамнестических данных, результатов урологического, эндокринологического, неврологического обследования с использованием шкалы векторного определения половой конституции мужчины, шкалы ASEХ (ArizonaSexualExperienceScale), опросника «удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко). Помимо этого, исследовался уровень тестостерона, ЛГ и проводился биохимический анализ крови.

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica, версия 7.0. Применялись непараметрические методы статистики. При анализе связи двух признаков использовался метод Спирмена, а при сравнении двух групп — критерий Манна-Уитни. Множественная регрессия использовалась для установления роли различных факторов в возникновении сексуальной дисфункции.

Результаты

С помощью ASEХ-шкалы была оценена динамика сексуальной функции в ремиссию, во время употребления алкоголя, существования алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и сразу после его редукции в обеих группах (рис 1).

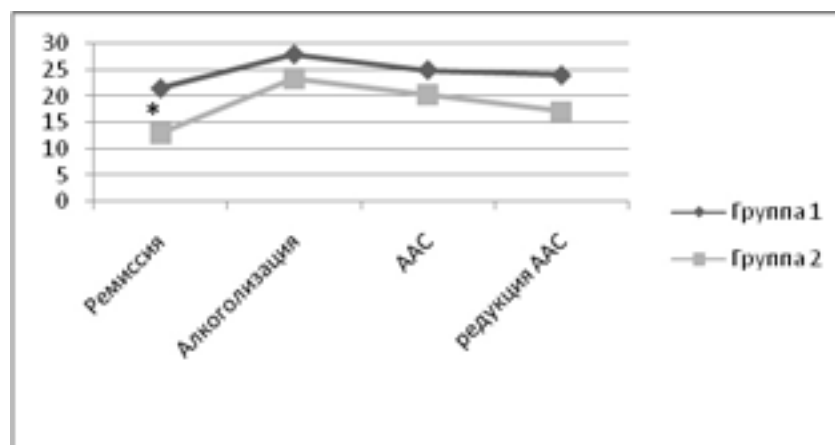


Рисунок 1. Динамика сексуальной функции по шкале ASEХ

Примечания: * — значимость различий при $p < 0,05$ (критерий Манна-Уитни)

Во время ремиссии у пациентов 1-й группы общий балл по ASEХ шкале в среднем составляет $20 \pm 3,5$, что соответствует уровню «расстройство», которое проявлялось в 60,3% случаев снижением полового влечения. Это являлось причиной урежения сексуальных контактов, вплоть до полного прекращения половой жизни. Нарушение эрекции было зафиксировано у 33%. Ускоренное семяизвержение было диагностировано у 10% больных, оно наблюдалась с начала половой жизни, а алкоголь нередко употреблялся для удлинения полового акта. Расстройство оргазма в этой группе выявлено не было. Во 2-й группе сексуальных нарушений не наблюдалось, что подтверждено данными шкалы ASEХ — общий балл составляет $13 \pm 2,7$. В период ремиссии различия между группами носят достоверный характер ($p < 0,05$).

В период употребления алкоголя балл по шкале ASEХ в I группе составляет $28 \pm 2,5$ балла, во II группе — $23 \pm 3,8$. В этот период, согласно данным шкалы ASEХ, расстройство сексуальной жизни наблюдается в обеих группах, но группы различались длительностью периода злоупотребления алкоголем. В группе без сексуальных нарушений период употребления алкоголя как правильно наблюдается псевдозапойное пьянство с короткими запоями, не превышающее 4–7 дней, а в группе с сексуальными нарушениями преобладает многодневное пьянство (смешанная или постоянная форма), что приводит к полной дезадаптации половой жизни. Во время существования ААС (баллы по шкале ASEХ — $25 \pm 6,9$; $20 \pm 6,8$ в I и II группах соответственно) сохраняется отсутствие интимных отношений в обеих группах.

Постепенное восстановление половой жизни происходит после редукции ААС в обеих группах. В 1-й группе общий балл по шкале ASEХ — $24 \pm 4,7$. Сексуальные нарушения сохраняются на фоне выраженных астенических явлений. В группе 2 (без сексуальных нарушений), согласно данным шкалы ASEХ, сексуальная функция практически достигает уровня нормы ($17 \pm 4,9$), однако, как правило, половая жизнь в этот период отсутствует из-за сохраняющегося конфликта между партнерами.

В ходе исследования была установлена половая конституция пациентов исследуемых групп. В группе 1 (пациенты с сексуальными нарушениями) у 39,7% наблюдалась слабая половая конституция, у 56,9% слабый вариант средней половой конституции, а в группе пациентов без сексуальных расстройств — большинства — у 68,75% была выявлена сильная половая конституция. Полученные данные свидетельствуют о том, что сексуальные расстройства чаще возникают у лиц со слабой половой конституцией ($p < 0,001$).

Смешанное (39,7%) и постоянное пьянство (29,3%) преобладало у лиц с выявленными сексуальными расстройствами в ремиссию. В группе без сексуальных дисфункций у большинства обследуемых (62,5%) наблюдалось псевдозапойное пьянство с короткими запоями. Различия между группами носили достоверный характер ($p < 0,05$, критерий Манна-Уитни). Был проведен корреляционный анализ данных шкалы ASEХ и формы употребления алкоголя в обеих группах. Была выявлена статистически достоверная корреляционная взаимосвязь между постоянной формой употребления спиртных напитков и сексуальными нарушениями во время ремиссии ($p=0,04$), а также после редукции ААС ($p=0,03$). У пациентов с постоянной формой употребления алкоголя в эти периоды общий балл по шкале ASEХ был максимальным. Запойное пьянство (длительные псевдозапой) наблюдалось у пациентов с наименьшим баллом по шкале ASEХ во время употребления спиртных напитков ($p=0,02$) и существования ААС ($p=0,03$) (отрицательная корреляционная связь, достигающая степени достоверности).

В группе без сексуальных нарушений взаимосвязь формы употребления алкоголя и общего балла по шкале ASEХ установлена только в период употребления алкоголя,

непосредственно, когда у данной группы обследуемых наступали изменения в половой жизни. Была выявлена положительная корреляционная связь между периодом употребления алкоголя и короткими псевдозапойми ($p=0,04$). Таким образом, длительные псевдозапойми ухудшают сексуальную функцию в этот период.

Анализ партнерской ситуации показал, что 58,9% мужчин на момент обследования не состояли в браке и не имели постоянных партнерш.

42,2% обследованных мужчин состояли в браке. Больше половины из них (22,2%) оценивали свои отношения с партнершами как конфликтные, что чаще всего было связано с алкоголизацией пациентов. 56% обследованных неоднократно расторгли официальные семейные отношения, причем больше чем в половине случаев (38%) одной из причин разрыва отношений являлась систематическая алкоголизация мужчины. В повторном браке находились 63% пациентов. Это были мужчины с сильной половой конституцией ($p < 0,05$) и в основном без выраженных сексуальных расстройств ($p < 0,05$).

Первая и вторая группы достоверно различались по частоте разводов ($p < 0,03$), по длительности периода отсутствия партнерши ($p < 0,03$) и по частоте вступления в повторные браки ($p < 0,03$).

Анализ взаимоотношений с партнершей в отношении пациентов, имеющих постоянного полового партнера, был проведен при помощи опросника «Удовлетворенность браком». Распределение больных по уровню удовлетворенности браком в I и II группах представлено на рисунке 2.

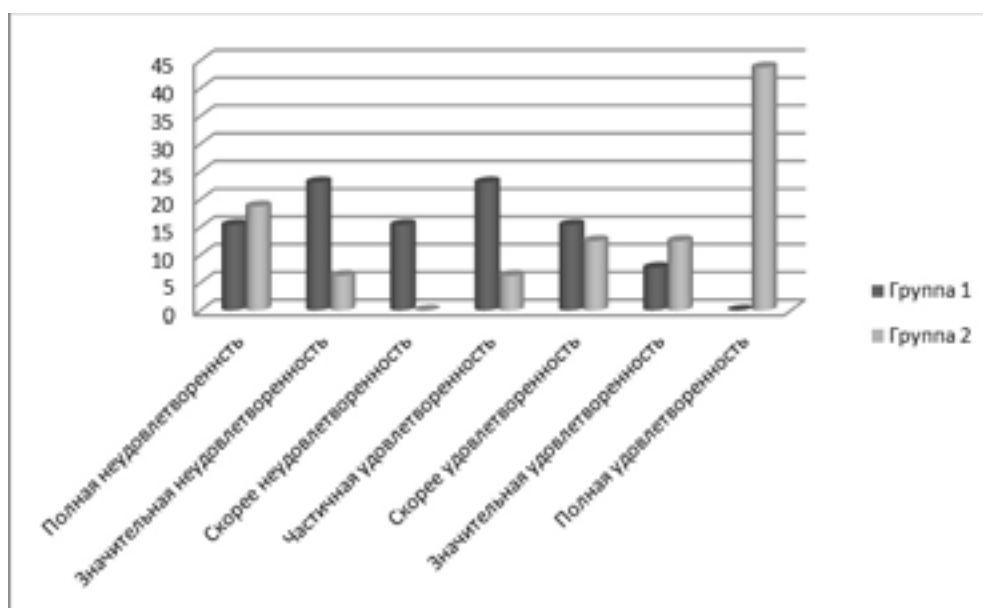


Рисунок 2. Распределение больных по уровню удовлетворенности браком в I и II группах

В группе I (с сексуальными нарушениями) большинство мужчин оценило свои отношения как «Значительная неудовлетворенность» — 23,07% и «Частичная удовлетворенность / неудовлетворенность» — 23,07%. В этой группе ни один пациент не оценил свои отношения как «Практически полная удовлетворенность».

В группе II (без сексуальных нарушений) преобладающее большинство (43,75%) оценивали свои отношения как «Практически полная удовлетворенность».

По показателям шкалы «Значительная неудовлетворенность», «Скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность», «Частичная удовлетворенность, частичная неудовлетворенность» и «Практически полная удовлетворенность» различия между группами достигали статистической достоверности ($p < 0,05$ критерий Манна-Уитни).

Установлена корреляционная взаимосвязь между показателями шкалы ASEX и удовлетворенностью браком. Во время ремиссии, чем больше балл по шкале ASEX, тем более выражена неудовлетворенность браком. Мужчины с сексуальными проблемами чаще оценивали свои отношения как дисгармоничные ($R=0,48$ $p=0,008$). По мере того, как пациенты начинали оценивать свои отношения как более гармоничные, знак корреляции менялся с положительного на отрицательный ($R=-0,38$ $p=0,04$). Это подтверждает установленную закономерность — чем более выражено расстройство, тем меньше удовлетворенность партнерскими отношениями.

По мере восстановления половой жизни в период редукции ААС обнаруживаются корреляционные взаимосвязи между уровнем половой функции и удовлетворенности браком (аналогично периоду ремиссии).

Таким образом, более низкие показатели опросника «Удовлетворенность браком» наблюдались при выраженных дисгармоничных отношениях в парах. В этих случаях у мужчин чаще отмечалось снижение либидо, нарушение эрекции. Отсутствие благоприятного микроклимата в семье, взаимопонимания и доброжелательных отношений между партнерами, наличие постоянных конфликтов между членами семьи могут способствовать деформации системы ценностей, снижению стрессоустойчивости, что становится фоном для возникновения сексуальных расстройств.

Проведен корреляционный анализ между показателями опросника «Удовлетворенность браком» и основными проявлениями алкоголизма. Установлено, что чем более выражена неудовлетворенность партнерскими отношениями, тем раньше возникает потребность в употреблении алкоголя, гармоничные отношения с партнершей способствуют более позднему началу формирования алкоголизма (систематического употребления и 2 стадии). При дисгармоничных отношениях пьянство приобретает постоянный характер.

Таким образом, можно предполагать, что у мужчин гармоничные взаимоотношения с партнершей могут стать значимым фактором, мотивирующим на трезвый образ жизни.

Проведен корреляционный анализ между показателями опросника «Удовлетворенность браком» и основными проявлениями алкоголизма. Установлено, что чем более выражена неудовлетворенность партнерскими отношениями, тем раньше возникает потребность в употреблении алкоголя. Это подтверждается отрицательной корреляционной взаимосвязью между возрастом начала регулярного употребления алкоголя и вектором «Полная удовлетворенность» взаимоотношений с женой ($R=-0,58$ $p=0,04$). Гармоничные отношения с партнершей способствуют более позднему началу формирования алкоголизма ($R=0,46$ $p=0,04$).

Подобная тенденция сохраняется и при формировании 2 стадии алкоголизма. Чем гармоничнее отношения между партнерами, тем позже формируется 2 стадия алкоголизма ($R=0,48$ $p=0,01$). При дисгармоничных отношениях возникновение длительных периодов алкоголизации носит постоянный характер.

Установлена взаимосвязь между длительностью периодов потребления алкоголя и гармоничными отношениями с партнершей. При дисгармоничных отношениях возникновение длительных периодов алкоголизации носит постоянный характер. Таким образом, можно предполагать, что у мужчин гармоничные взаимоотношения с партнершей могут стать значимым фактором, мотивирующим на трезвый образ жизни.

Анализ личностных особенностей больных показал их определенную роль в формировании сексуальной патологии. По результатам Мюнхенского личностного теста было установлено, что сексуальные расстройства более выражены у лиц с преобладающими векторами «Эзотерические тенденции» и «Шизоидия» ($R=0,41$; $R=0,39$ соответственно, $p<0,05$), тогда как у больных с «Экстраверсией» были незначительные сексуальные нарушения ($R=-0,35$, при $p<0,05$). Согласно тесту Шмишека, такие черты личности, как «Застравание», «Возбудимость», «Гипертимность» выявлены у больных с менее выраженными сексуальными расстройствами ($R=-0,42$; $R=-0,45$; $R=-0,36$ соответственно при $p<0,05$).

У подавляющего большинства больных были выявлены соматические (95,55%) и неврологические расстройства (62,22%). Статистически достоверные различия между группами были установлены по показателям алкогольная болезнь печени, алкогольная кардиопатия, алкогольная полинейропатия ($p<0,05$).

В результате корреляционного анализа показателей шкалы ASEX и биохимических показателей крови, гормонального фона в группе I (с сексуальной патологией) установлено, что чем выше значения по шкале, тем ниже уровень креатинина и

тестостерона, а в группе II (без сексуальной патологии) чем больше балл по шкале ASEX, тем выше уровень холестерина и билирубина.

Чем выше были значения по показателям шкалы ASEX, тем более частой и выраженной оказалась соматоневрологическая патология ($p < 0,05$). В группе I (с выявленными сексуальными расстройствами) установлена высокая корреляционная связь показателей по шкале ASEX с алкогольной полинейропатией, артериальной гипертензией, алкогольной кардиопатией и травмой головы.

Положительная связь установлена между показателями сексуальной патологии (высокие баллы по шкале ASEX) и наличием полинейропатии, артериальной гипертензии, алкогольной кардиопатии. Отрицательная корреляция обнаружена между наличием травмы головы и сексуальной патологией.

Во 2-й группе снижение сексуальной активности (по данным шкалы ASEX) коррелировало с избыточной массой тела, алкогольной кардиопатией.

Таким образом, установлено, что сексуальные нарушения наблюдаются у всех больных хроническим алкоголизмом, однако структура и динамика этих нарушений различны в исследуемых группах. Половая конституция является одним из значимых факторов в развитии сексуальной патологии при алкоголизме. Сексуальные расстройства чаще возникают у лиц со слабой половой конституцией и, как правило, затрагивают все составляющие полового акта. У лиц с сильной половой конституцией при возникновении сексуального расстройства чаще всего наблюдается гиполибидемия, не мешающая, хотя и редкой, реализации полового влечения.

Наряду с этим такие черты личности, как «Эзотерические тенденции» и «Шизоидия» повышают вероятность развития нарушений в половой сфере, и, наоборот, «Экстраверсия», «Гипертимность» и «Возбудимость» уменьшают вероятность появления сексуальной патологии.

Смешанная и постоянная форма употребления спиртных напитков, наряду с большими объемами суточных дозировок потребляемого алкоголя, приводят к дезактуализации интимных отношений и возникновению сексуальных нарушений. Злоупотребление алкоголем является одной из причин конфликта в семье и разрыва отношений, а отсутствие постоянного полового партнера и регулярной половой жизни повышает вероятность сексуальной дезадаптации.

РААС Б.К.М.

доктор медицинских наук, в прошлом профессор судебной психиатрии Свободного университета Амстердама и Гронингенского университета, ныне супервайзер судебно-психиатрических экспертиз в Центре Питера Баана и член национального апелляционного суда по делам о принудительном лечении

Перевод:
Елена МОЖАЕВА

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНЫЕ ПРЕСТУПНИКИ

Различные подгруппы и подходы к принудительному лечению

ВВЕДЕНИЕ

Главной и неизбежной точкой конфронтации специалистов в области судебной психиатрии и психологии, с одной стороны, и политиков и общественного мнения, с другой, является то, что политики и общество склонны рассматривать лиц, совершивших преступления сексуального характера как единую и неделимую группу, от которой общество должно быть защищено, и предпочтительнее защищено мерой пожизненного заключения.

Каждодневная задача судебных психиатров и психологов, имеющих дело с такими делами, — дать точную, надежную и отражающую нюансы информацию о возможностях и ограничениях диагностических и лечебных процедур, а также рисках совершения повторного преступления.

В данной статье мы рассмотрим теоретические и клинические изменения в области судебно-психиатрических поведенческих и медицинских подходов к преступлениям сексуального характера и самим сексуальным преступникам, произошедшие в последние десятилетия. Учитывая незначительное количество женщин, совершивших преступления сексуального характера, мы сосредоточим внимание на преступниках-мужчинах.

ОБЩИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Исследования полового поведения человека демонстрируют отсутствие всеобщего консенсуса относительно того, какое половое поведение следует считать нормальным, а какое абнормальным (т.е. ненормальным). Половое поведение в значительной степени определяется культурными, этническими, географическими факторами, а также особенностями исторического развития. Те же факторы влияют на моральные и правовые воззрения на то, какое половое поведение считается нормальным, а какое — нет. Эти представления могут быть разными в разных культурах и обществах, так было в прошлом и таковым остается сейчас. Разные воззрения на половое поведение могут существовать и в рамках одного общества, например, в разных религиозных и этнических группах.

Во многих странах сексуальные действия (любые) между двумя взрослыми и при их согласии не считаются наказуемыми. Но если человек, используя психологическое или физическое давление, принуждает другого человека к сексуальной активности против его/ее воли, то он может быть подвергнут уголовному преследованию. Здесь существуют значительные расхождения, обусловленные местной культурой и/или религией. То же самое наблюдается в отношении сексуальных отношений между лицами одного пола. Еще не так давно гомосексуальность во многих странах считалась сексуальной перверсией или классифицировалась как парафилия. И даже в обществах, где гомосексуальная активность уже ненаказуема, есть множество групп, которые считают это грехом. Подобные проблемы особенно заметны в странах с большим количеством мигрантов из разных культур.

Для судебных экспертов в области поведения вышеизложенное имеет практическое следствие: они при проведении досудебной судебно-психиатрической экспертизы должны принимать во внимание соответствующие культурно-этнические или религиозные аспекты.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ

Разработка теории, объясняющей криминальное половое поведение на основании эмпирических данных, дело далеко не легкое. Такое поведение — явление очень сложное, и в нем задействовано множество разнообразных взаимодействующих факторов. В прошлом попытки создания теории сексуальных преступлений предпринимали Marshal & Barbaree (1990) с их теорией биопсихосоциального научения (biopsychosocial learning) и Malmuth (2003) с его «сочетанной моделью» (confluence model). Лучше разобраться в разнообразии сексуальных преступников с учетом возможностей лечения позволяет модель Prentky & Knight (1991), основанная на различных типах мотивации у лиц, совершающих изнасилования. Эта модель может также использоваться как форма профилирования преступника.

Prentky & Knight выделяют четыре группы насильников на основе их мотивации:

1. Насильники-оппортунисты: они используют «предоставившуюся» возможность, например, грабитель обыскивает приглянувшийся ему дом, и там натывается на женщину. Здесь возможно подразделение на лиц с высоким и низким уровнями социальной компетентности.

2. «Злые» насильники: в этой группе первичной мотивацией является генерализованный гнев (злость) по отношению ко всему миру, и тогда случайно могут пострадать женщины. Деликты обычно импульсивны и сопровождаются тяжелым физическим насилием.

3. Насильники с сексуальной мотивацией: они планируют свои преступления заранее и в целом сексуально озабочены. Среди них можно выделить насильников-садистов и насильников-несадистов, и в каждой из этих групп будут также лица с высоким и низким уровнями социальной компетентности.

4. Насильники-мстители: их гнев и насилие направлены именно против женщин, и они испытывают потребность унижать своих жертв.

Конечно, в клинической практике эти группы смешиваются, и разграничения будут не столь четкими, как предлагается в изложенной схеме. Кроме того, данная схема не представляет собой всестороннюю теорию сексуальных преступников. Те же авторы описали также сравнительную модель сексуальных злоупотреблений в отношении детей.

Из этих моделей проглядывает огромное разнообразие лиц, совершающих преступления сексуального характера. Отсюда понятно, почему широкая публика и политики для удобства объединяют всех этих разных людей в одну общую группу. Вместе с тем, возможным следствием данной модели стала разработка в судебной психиатрии стратегий диагностики и терапии, основанных на когнитивной психологии и исследованиях в области эндокринологии.

При этом следует заметить, что описанные ниже методы не являются терапией первого выбора для (сексуальных) преступников в психозе. В некоторых случаях эти методы могут применяться после редукции психотических симптомов. То есть описанные стратегии в основном применяются к сексуальным преступникам с личностным расстройством или (легкой) умственной отсталостью.

Как известно, судебные эксперты в области сексуального поведения обычно используются в двух областях судебной психиатрии: в судебно-психиатрической экспертизе, когда суд или прокуратура запрашивают совет специалистов, и в лечении этой категории преступников. И в первом, и во втором случае особое значение придается риску рецидива.

При этом судебно-психиатрическая экспертиза связана с решением юридического вопроса о вменяемости (в т.ч. ограниченной) или невменяемости. Лечение (в т.ч. принудительное) по решению суда осуществляется с целью защиты общества от тяжелого рецидивизма.

И хотя упомянутые задачи уже трудны сами по себе, их выполнение дополнительно осложняется отсутствием у сексуальных преступников мотивации к изменению поведения. Кроме того, они могут отрицать совершение ими преступления, часто преуменьшают собственную роль или обвиняют пострадавших. Все это создает серьезные препятствия для экспертов в области поведения. Так, если сексуальный преступник отрицает совершение им соответствующего деяния, то невозможно понять, какова роль диагностированного у него психиатрического расстройства в совершении им преступления. Или другой пример: обвинению может оказаться трудно принять решение о том, что делать дальше в случае, например, поступления жалобы на изнасилование от взрослого лица, у которого в прошлом были личные близкие отношения с обвиняемым (экс)партнером. Его или ее мотивация может исходить из

гнева или чувства мести. В подобных ситуациях трудно найти доказательства, потому что это может голым утверждением одной стороны против голого утверждения другой стороны. Многие такие дела разваливаются в суде.

Другой проблемой для судебно-психиатрической экспертизы и лечения сексуальных преступников является влияние психоактивных веществ (алкоголя и/или наркотиков) в момент совершения преступления. Что это в данном случае: случай наркозависимости, разовое употребление психоактивного вещества с целью ослабления контроля (стимулирования импульсивности) или умышленное использование т.н. «наркотиков для изнасилования»? Присутствует ли у подэкспертного, в связи с воздействием психоактивных веществ, общая или частичная амнезия относительно его криминального поведения? Все это осложняет судебно-психиатрическую оценку, цель которой дать рекомендации суду в части вменяемости обвиняемого. Если же говорить с точки зрения лечения, то сначала немедленно встанет вопрос о том, что делать: не следует ли в первую очередь заняться лечением зависимости от психоактивных веществ, а потом уже пытаться влиять на абнормальное сексуальное поведение, особенно если зависимость может рассматриваться как важный фактор риска рецидива в будущем?

К сожалению, в литературе не так много внимания уделяется теме криминальной «карьеры» сексуальных преступников. Как показывает личный опыт, в некоторых случаях абнормальное сексуальное поведение начинается с довольно невинных действий типа вуайеризма и эксгибиционизма по отношению к взрослым, а также к детям (т.н. бесконтактные преступления). Опыт многих экспертов в области девиантного сексуального поведения говорит о том, что незначительные правонарушения могут быть предвестниками более серьезных отклонений в сексуальном поведении в будущем. Но является ли это достаточной причиной, чтобы влиять на это поведение с целью предотвратить будущие агрессивные «контактные» преступления сексуального характера?

ИЗМЕНЕНИЯ В ОБЛАСТИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПНИКОВ

Из вышеописанного ясно, что не существует никакой особой процедуры для судебно-психиатрической экспертизы сексуальных преступников или их лечения. Кроме того, нередко под вопросом оказывается мотивация у такого преступника сотрудничать с экспертизой или лечением. Некоторые из них сожалеют о своем импульсивном половом поведении (и злоупотреблении наркотиками), некоторые считают свое поведение нормальным (взрослые педофилы, которые утверждают, что ребенок дал согласие на сексуальные действия в отношении него и эти действия не причиняли ребенку вреда), некоторые соглашаются на лечение, чтобы избежать сурового наказания (т.н. «псевдомотивация» или «псевдоадаптация»).

Вместе с тем, имеет смысл обратиться к новым направлениям в лечении судебно-психиатрических пациентов, развившимся с начала 90-х годов прошлого века.

В их числе:

- анализ преступления (деликт-анализ) в сочетании с методом деликт-сценария
- разработка и применение инструментов оценки рисков
- когнитивная психотерапия
- фармакологические интервенции

(первые два могут применяться и в судебно-психиатрической экспертизе).

ДЕЛИКТ-АНАЛИЗ И ДЕЛИКТ-СЦЕНАРИЙ

Если сексуальный преступник проявляет готовность к сотрудничеству, то психиатр или психолог, подготовленный в области психотерапии и в области выяснения психосексуального анамнеза, проводит инвентаризацию психосексуального развития пациента (принимая во внимание в т.ч. физические аспекты). Определенная часть сексуальных преступников в детстве подвергались жестокому обращению и сексуальным злоупотреблениям со стороны взрослых (жертва превращается в преступника) или же были свидетелями разнообразных нарушений норм сексуального поведения в семье. Следствиями подобного жестокого обращения или сексуальных злоупотреблений могут быть травмирующие переживания или искаженные представления о сексуальности и сексуальном поведении. Деликт-анализ покажет, какие факторы могли оказать влияние на половое поведение и совершение преступления сексуального характера во взрослом возрасте. Эти факторы могут стать точками приложения усилий в последующем психотерапевтическом лечении.

В процедуре деликт-сценария психиатр или психолог вместе с преступником проходят шаг за шагом каждую деталь их поведения или мышления, предшествующих совершению преступления. Это может быть важно для разграничения импульсивного сексуального поведения и заранее спланированного сексуального преступления, как, например, «обхаживание» («грумминг») у педофилов или планирование изнасилований у насильников-садистов. В случае содействия преступника метод деликт-сценария позволяет им обнаружить у себя определенные изменения в поведении и/или мышлении (например, стресс или злоупотребление алкоголем), предшествующие совершению преступления, и психотерапевт может предложить им варианты изменения их обычного паттерна, который в прошлом привел к совершению преступления.

Довольно новым направлением в программах терапии является презентация деликта. Преступника просят точно описать сотрудникам заведения (а иногда даже его родственникам), как он пришел к совершению преступления (преступлений). Эта процедура открытия себя внешнему миру может оказаться очень конфронтационной для преступника. Он должен признаться самому себе и другим, почему и как он

пришел к совершению преступления. При этом его близкие могут понимать его лучше, и даже помочь ему увидеть изменения в его поведении, которые могут привести к рецидиву.

Еще одним элементом терапевтической программы может быть прохождение вместе с преступником его уголовного дела, особенно части с показаниями пострадавших. Это может усилить у преступника чувство эмпатии (сопереживания).

ПРИМЕНЕНИЕ ИНСТРУМЕНТОВ ОЦЕНКИ РИСКОВ

Как с судебной, так и с лечебной точки зрения важно установить риск рецидива, т.е. совершения повторного преступления, с целью как защитить общество, так и получить информацию о результативности лечения. В прошлом суждение о риске рецидива основывалось на клиническом опыте судебно-психиатрического эксперта. Вместе с тем, было показано, что такой способ вынесения суждений довольно субъективен и сопряжен с опасностью «туннельного видения», т.е. недостаточно надежен. Этот способ оценки рисков носит название неструктурированной оценки рисков.

В конце 80-х — начале 90-х годов прошлого века крупные программы научных исследований в Канаде и Соединенных Штатах выявили различия между разными группами факторов риска, которые могут быть использованы в качестве своеобразной анкеты и по данным такой анкеты клиницист может сформировать свое суждение о вероятности рецидива. Впоследствии эти факторы были сведены в инструменты оценки рисков. В общем, эти группы факторов риска можно описать следующим образом: факторы риска, связанные с прошлым преступника (криминальная карьера: возраст совершения первого преступления, количество совершенных преступлений, количество судимостей), которые независимы от влияния терапии; динамические факторы риска (т.е. приверженность к лечению); и факторы управления рисками (меры, обеспечивающие в будущем контроль рисков рецидива, например, прием под надзором препаратов, снижающих половое влечение). Использование этих инструментов называется структурированной оценкой рисков. Объективность и надежность процедуры можно повысить, если оценку одного и того же преступника проводят несколько экспертов. Вместе с тем, достижение стопроцентной уверенности невозможно: все эти инструменты разрабатывались на основе статистических данных, полученных при анализе больших групп лиц, совершивших преступления с применением насилия или преступления сексуального характера, тогда как в клинической практике специалист имеет дело с конкретным человеком. Так что данный метод не исключает рисков ложного позитивного или ложного негативного результатов. Но, с другой стороны, как показывают исследования, структурированная оценка рисков надежнее неструктурированной оценки. Особо следует отметить, что для использования инструментов оценки рисков требуется специальная подготовка.

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В лечении сексуальных преступников могут быть показания к применению когнитивных психотерапевтических интервенций. Как уже было сказано, может оказаться полезным воздействовать на образ мыслей преступника на основе деликт-сценария. Некоторым преступникам, особенно лицам с умственной отсталостью (в т.ч. легкой), необходимо многократно повторять правильную информацию о сексуальных аспектах жизни человека и интимных отношениях. Также хорошо известны когнитивные искажения относительно сексуальности, обусловленные этнокультурными и/или религиозными различиями. Мальчики из семей со строгим мусульманским воспитанием могут счесть поведение и манеру одеваться девушек западных стран как приглашение к сексу, или даже принять их за проституток. Возможно также использование интервенций, направленных на установление контроля над импульсивным поведением.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ

Из вышеизложенного ясно, что фармакотерапия — далеко не единственный терапевтический подход в лечении сексуальных преступников. И это не та форма терапии, к которой следует прибегать в самом начале лечения. Лечение всегда следует начинать с тщательной диагностики.

Долгое время в системе лечения сексуальных преступников учитывалась возможность применения хирургической кастрации. Согласие преступника пойти на такую необратимую процедуру было в большей степени обусловлено его стремлением вернуться в общество, чем его желанием больше не совершать подобных преступлений. Кроме того, половое поведение определяется не только функцией яичек. У некоторых преступников, если они в достаточной степени открываются эксперту, одна из главных характеристик — обсессивная загруженность мыслями сексуального содержания и/или аддикция к порнографическим сайтам в интернете. Как показывает клинический опыт, в подавлении таких обсессий могут помочь антидепрессанты СИОЗС, а также общее подавление процессов, вовлеченных в сексуальную активность.

При импульсивном половом поведении, а также для некоторого угнетения половой функции может оказаться полезной низкая доза антипсихотика (например, рисперидон повышает уровень пролактина в крови, что в свою очередь снижает половую активность).

Сейчас большое внимание уделяется т.н. андроген-депривационной терапии, которая приводит к снижению уровня мужского полового гормона тестостерона. Понижение уровня тестостерона снижает чувствительность к сексуальным стимулам, а также реакцию на эти стимулы. Вместе с тем есть такие сексуальные преступники, у которых при низких уровнях тестостерона чувствительность к сексуальным

стимулам до некоторой степени сохраняется. Такие лица должны избегать ситуаций «высокого риска».

Существует два разных механизма достижения андрогеновой депривации. Препарат ципротерон (ацетат) блокирует тестостероновые рецепторы. Выраженность эффекта зависит от дозы ципротерона. Но, с другой стороны, ципротерон также воздействует на центральную нервную систему и регулирование выработки тестостерона яичками. Этот препарат можно использовать в таблетках и внутримышечно в форме депо. До начала и во время его использования следует измерять уровни тестостерона в крови, чтобы выяснить эффект препарата.

Снижение уровня тестостерона у мужчин приводит также к снижению уровня эстрогенов. Большинство побочных эффектов ципротерона являются следствием понижения уровня эстрогенов (сопоставимо с жалобами женщин в климаксе): это изменения настроения (депрессия), приступы жара (похожие на «приливы» у женщин) и остеопороз. Далее следует уменьшение мышечной массы, увеличение массы тела и гинекомастия. Все это — проявления прогестативного эффекта ципротерона.

На тяжесть упомянутых побочных эффектов можно отчасти влиять через уменьшение дозы препарата. Если гинекомастия становится заметной со стороны и болезненной, то иногда требуется хирургическое вмешательство.

При недостаточной эффективности ципротерона можно сделать выбор в пользу трипторелина или леупролида — оба из группы т.н. антагонистов ЛГРГ (лютеинизирующего гормона — «рилизинг» гормона). Эти препараты вводятся внутримышечно раз в месяц или раз в три месяца. Они полностью блокируют эндокринологическое управление яичками со стороны головного мозга. Тяжелым побочным эффектом данной терапии является остеопороз. Протокол терапии должен включать в себя назначение таблеток кальция, витамина D и бифосфонатов. Кроме того, необходимо регулярно проверять плотность костей. Тяжелый остеопороз (появление спонтанных переломов) может потребовать решения о прекращении использования данных препаратов.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Если в общей психиатрии диагностические и терапевтические процедуры ориентированы на расстройство, то в судебной психиатрии они должны быть ориентированы на выяснение возможного влияния психиатрического расстройства на криминальное поведение индивида с целью оценки его вменяемости и для предотвращения рецидивов.

Учитывая большое разнообразие проявлений сексуальных деликтов и многообразие возможных сочетаний с психиатрическими расстройствами, в каждом случае требуется строго индивидуализированный подход.

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНОСТИ

ПЕРИОДЫ РАБОТЫ МЕХАНИЗМА ПОДДЕРЖАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ АТТРАКЦИИ



КАЩЕНКО
Евгений Августович,

доктор
социологических
наук, профессор,
заведующий
междисциплинарной
кафедрой сексологии,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества (РНСО),
действительный
член Академии
военных наук.

Во время работы над книгой «Стимулирование сексуального влечения» (2007–2009 гг.) шел разговор о причинах возникновения влюбленности и мерах по поддержанию сексуального влечения, но почти ничего не было сказано о продолжительности того чувства, что удерживает людей рядом — о времени любви. Тогда только входило в научный оборот понятие «сексуальная аттракция», а сегодня появилось возможность скорректировать взгляд на явление, надежно вписывающиеся в тривиумальную концепцию сексуального развития.

Сексуальная аттракция (от англ. attraction — притяжение, тяготение) имеет обоснованное право на то, чтобы стать одним из ключевых понятий сексологии. Смысл аттракции состоит в притяжении (привлечении, привлекательности) между конкретными людьми: один человек способен вызывать сексуальный интерес, другой устремляется к нему, благодаря сексуальной аттракции является парным феноменом. Половое влечение, влюбленность, либидо, любовь, симпатия, привязанность, сексапильность и т.д. — это разные формы проявления

аттракции, которая видится базовым понятием в описании сексуальных отношений между партнерами. Человечество тысячелетиями объясняло существование аттракции божьим промыслом, космическими силами, магическими установками, духовной субстанцией или психологическими процессами. Эти аморфные силы, как свидетельствуют исследования, обусловлены переплетением соматических, психологических, социокультурных причин и существуют в определенном подвижном балансе как самостоятельное явление, присущее представителям обоих полов в онтогенезе сексуальности. При этом ведущую роль в продолжительности сексуальной аттракции играют вполне материальные явления:

- химические процессы мозга (непосредственная работа лимбической доли, гипоталамуса, таламуса, гиппокампуса, гипофиза), которые формируют эмоциональные состояния;

- выработка таких веществ и соединений, как: нейромедиаторы (с помощью них осуществляется связь между клетками мозга); эндорфины (вырабатываемые в организме морфиноподобные вещества); гормоны (органические соединения, несущие нагрузку по управлению организмом человека).

Исследования последних десятилетий (М. Любовиц, Э. Уолш, Х. Фишер, Г. Рогман, А. Теодориду, Л. Винсан, М. Флорес и многие др.) показали, что всексуальная аттракция зависит прежде всего от нейрохимических процессов, которые обуславливают возникновение, поддержание или угасание этого феномена посредством работы МЭНГ (аббревиатура от первых букв четырех слов: мозг, эндорфины, нейромедиаторы и гормоны) основные периоды сексуальной аттракции:

1. Возникновение влечения, появление страстной влюбленности, стремления друг к другу.
2. Собственно влюбленность, или увлечение, эйфория от прикосновения, взгляда, голоса возлюбленного человека.
3. Определенная привязанность, при которой партнеры тянутся друг к другу и не представляют раздельного существования.
4. Поддержание сексуальных отношений в длительной связи с гаммой чувств и событий, характеризующих различные виды аттракции (единение, родство, сопричастность, дружба и др.) или изменение характера любовных отношений, преобразование их в привычку с утратой и угасанием любви.

К сожалению, усеченная версия этих научных открытий обволокла недостоверной паутиной обывателя так, что с конца XX в. молодежь зачастую перестала верить в длительную любовь, супруги обосновывают «нейрохимическими выводами» скоропалительность распада семьи, волна демографического спада пробежала по целому ряду регионов. Гипотезы и выводы многих ученых с недостаточно убедительными исследованиями подтолкнули в 2003 г. к появлению на свет известного романа «Любовь живет три года» французского писателя Фредерика Бегбедера, легли в основу мифа о трех годах любовной страсти, дали зеленый свет журналистам в описании «химии любви». Этот «миф о скоротечности любви» вызывает огромные сомнения в связи с неоднозначностью оценки продолжительности сексуальной аттракции по периодам ее существования.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД — зарождение сексуального влечения. Известно, что с началом полового созревания у юношей и девушек наиболее активно начинает проявляться один из участков мозга — гипоталамус, который в определенный момент у каждого достигает своей степени зрелости. Он дает сигнал в гипофиз, а выделяемые им гонадотропины поступают в кровь. Попадая в гонады (мужская гонада — это яички, а женская — яичники), они стимулируют производство гормонов. Именно они наиболее важны в появлении полового влечения. Гипоталамус, гипофиз, гонадотропины, гонады, гормоны — эти пять слов, которые начинаются на букву «Г», — являются основными деталями «двигателя» возникновения сексуального влечения, который запускает механизм МЭНГ. С момента появления влечения к сексуальному объекту возникает эйфория, восторг, головокружение, психическое возбуждение, вызванное феромонами, которые, например, провоцируют выброс андростенола, привлекающего женщин. А копулин в составе вагинальной секреции повышает женскую сексуальную привлекательность в глазах мужчины (особенно

в ходе овуляции), поднимая уровень содержания тестостерона. Это фаза поискового поведения, с растормаживанием, с богатством воображения, с активностью предвосхищения будущего счастья. Активное функционирование катехоламинов приносит психическую и биологическую энергию, необходимую для всей этой активности. И начинает повышаться секреция трех основных нейромедиаторов, участвующих в нейрхимических процессах на данном этапе. Норэпинефрин, допамин и особенно фенилэтиламин (ФЭА) вызывают рост этих амфетаминоподобных процессов. Появление сексуального влечения может быть мгновенным и длиться до первой близости, а может появляться неторопливо, спокойно, месяцами, чтобы в какой-то момент возникла та самая влюбленность, бурная страсть, романтическая любовь, которая отличает второй период.

ВТОРОЙ ПЕРИОД — период страстной влюбленности. Это период «медового месяца», когда влюбленные вместе осуществляют все виды «безумств», когда их смелость не знает границ, а фантазии по отношению к любимому человеку позволяют не видеть его недостатков. Для поддержания первоначального эффекта влюбленности организму необходимо не просто поддерживать их синтез, а выделять все больше и больше фенилэтиламина (ФЭА). Если мозг перестает справляться с этим требованием, возбуждение, которое человек испытывает в самом начале любовной страсти, постепенно угасает. Именно этим Майкл Либовиц объяснял недолговечность мгновенной, страстной любви. Поэтому в периоде влюбленности, увлечении речь идет не только о сексуальной страсти, свойственной влюбленным, которой сопутствует эйфория от прикосновения, взгляда, голоса возлюбленного. Влюбленные «привязаны друг к другу», они больше не ищут нового объекта сексуальной страсти и удовлетворяются счастьем быть вместе. Блаженствуют в ожидании его, считают свою любовь-счастье потребностью, что очень напоминает зависимость от опиатных наркотиков. Мало того, эта потребность в удовольствии растет с каждым совместно проведенным днем. В это время стимулирующее воздействие на мозг оказывают не только ФЭА, а возможно и дофамин, норэпинефрин. Американский профессор антропологии Рутгерс Хелен Фишер утверждает, что страстная любовь связана как раз с выработкой дофамина. Именно под их возбуждающим воздействием возникает приподнятое настроение и эйфория. Дофамин к тому же повышает сексуальную возбудимость и свойственную этому периоду потребность в относительно частом занятии сексом. Возможные беспокойство, бессонница, потеря аппетита, излишняя возбудимость, неспособность концентрировать внимание, резкая перемена настроения и другие признаки влюбленного состояния также характеризуют этот период. Французский нейробиолог Люси Винсан считает, что именно влюбленность способствует принятию ответственного решения двух взрослых людей быть вместе, а в случае расставания вызывают страдания. По оценке Х. Фишер, такая безумная страстная любовь под влиянием дофамина может длиться от 18 до 30 месяцев. Называются и другие, но близкие к ним цифры этого временного отрезка: от года до трех лет (Майкл Либовица, 1983)¹, от 2-х до 4-х лет (Монтемайор Флорес, 2008)², но все сходятся во мнении о скоротечности данного периода.

1 Liebowitz M. The Chemistry of Love, 1983.

2 Walsh A. The Science of Love: Understanding Love and Its Effects on Mind and Body. 1991.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД — период любовной привязанности. После первых страстных периодов, которые иногда сравниваются с романтическим периодом любви, возникает определенная привязанность и поддержание любовных отношений, при которых партнеры тянутся друг к другу и не представляют раздельного существования. Оказывается, такая привязанность возникает не сразу, а в ходе адаптации организма к химическим веществам амфетаминного ряда. С того момента, как человек влюбился, в головном мозге начинает вырабатываться другая разновидность нейромедиаторов — определенная группа химических веществ седативного действия, которая называется эндорфинами и обладает успокаивающим воздействием. Цель — противостояние высокому уровню ФЭА. У человека, примерно через 15 месяцев, появляется возможность расслабиться и почувствовать себя комфортно и более уверенно. Налаживается сон, проявляется аппетит, пропадает излишняя возбудимость. В это время с естественными прикосновениями и физической близостью активно выделяется гормон окситоцин, а с ним, как известно, связана выраженность оргазма и сексуального удовлетворения. Окситоцин некоторые исследователи называют «гормоном верности», так как он играет значительную роль в поддержании устойчивых отношений между супругами. Этот гормон вырабатывается в больших количествах в мозгу человека во время родов и при оргазме. Именно на третьем этапе сексуальной аттракции оргазм становится регулярным в партнерских отношениях, пара уже знает где, когда, сколько им заниматься любовью. Они как бы налаживают конвейер по производству окситоцина.

Казалось бы, живи теперь в паре и радуйся! Но часть людей продолжает страстно желать возвращения уровня ФЭА к тому прежнему высокому уровню, что был на первых этапах. Из-за этого мужчины или женщины все время неудержимо влюблены, постоянно меняют партнеров и окунаются в первый и второй периоды, не задерживаясь на третьем. Другая часть, выполнив репродуктивную функцию, видят, что страстная любовь становится избыточным атрибутом. У них на первый план выходит забота о ребенке, взаимная привязанность и взаимопомощь в семье. Для них «страстный сезон» любви без серьезных взаимных обязательств заканчивается и формируется любовная привязанность. По мнению ученых, схема работы МЭНГ в период страстной или романтической любви не спроектирована на вечную работу как по нейрохимическим причинам, о которых говорилось выше, так и по психологическим. Известно, что любовь заставляет мужчин и женщин сфокусировать взаимную энергию друг на друге для стимулирования размножения. Но когда пара решает завести ребенка, чувства романтической любви должны ослабнуть, чтобы, во-первых, экономить время и силы для ухода за младенцем, а во-вторых, чтобы пара испытала новое чувство привязанности. Это своего рода запрограммированная природой система, которая помогает им вместе вырастить ребенка.

Третий период может длиться дольше при наличии определенных моментов. Например, если один партнер женат, влюбленные живут в разных местах и встречаются эпизодически, в случае неразделенной любви, при других условиях. Если возникает потребность в преодолении некоторых социокультурных условий,

то эта барьерная ситуация продлевают романтическую любовь и делает ее более интенсивной, страстной и более долговечной. Типичный пример с моряками, которые регулярно уходят в морские походы, а возлюбленные на берегу остаются их ждать. Влюбленные могут поддерживать романтические отношения второго и третьего периода достаточно долго, разнообразя свою жизнь, общение, сам роман, и поддерживая выработку необходимых гормонов. Тем самым они создают условия для следующего периода.

ЧЕТВЕРТЫЙ ПЕРИОД — период успокоения и поддержания сексуальных отношений. Как известно из исследований, правда, из небольших выборок, в разных возрастных и социальных группах, амфетаминоподобные «взлеты», сопутствующие очередной влюбленности, обычно длятся недолго. При прочих положительных условиях и очередной влюбленности осуществляется заметное увеличение функционирования катехоламинов, которые при повторении запущенного процесса активизируют систему удовольствия. Работа МЭНГ повторяет поиск, выделяя морфиноподобные вещества — эндорфины, а они, как мы помним, вызывают еще и ощущения безопасности, умиротворенности, душевного покоя. Но постоянные их выбросы обречены на активацию механизмов толерантности, полного успокоения. Организм терпит такое состояние до определенного порога, когда постсинаптическая мембрана, несущая опиатные рецепторы, начинает все меньше и меньше реагировать на одинаковые дозы. Удовольствие от полового общения уменьшается, следуют разочарование или скука, пропадает сексуальное влечение, начинаются проблемы с эрекцией у мужчины, оргазмией у женщины. В конце концов, в организме человека вырабатывается толерантность к ФЭА и другим нейромедиаторам точно так же, как формируется и толерантность к амфетамину. Люди говорят о возникшей привычке к сексуальному общению, задумываются о разводе, нередко расстаются.

Получается, что аттракция четвертого периода не может длиться вечно по причинам биохимического характера. В какой-то мере это утверждение правильное, если бы только психологические, психосоматические, социокультурные и иные факторы не участвовали в этом процессе. Всем известно, что многие люди не перестают любить друг друга даже тогда, когда бурная страсть стихает. Почему? Да потому, что человек не машина с заведенным двигателем МЭНГ, поставленным на один постоянный режим работы. Людям естественно изменять поступки, чувства, мысли, желания. Любой человек может в этот критический период задуматься сам: а если дозы будут разными? Если перевести механизм МЭНГ на иной режим работы? Что, если исключить рутину и однообразие в поведении? Создавать праздники, искать приключения, флиртовать, совершать неординарные поступки, вызывать ревность, радоваться и т.д.? Тогда вполне вероятен периодический перезапуск этого нейрхимического процесса, стимулирование сексуального влечения, изменение режима двигателя сексуальной аттракции.

Возможно и иная ситуация. Супругам трудно напрягаться, стимулируя свои отношения, нет возможности пойти к специалисту за помощью, нет желания регулярно изменять ход нейрхимических процессов в организме по ряду экономических, религиозных, ситуационных или иных причин. В этом случае они могут договориться

или по обоюдному молчаливому согласию прийти к решению о снижении сексуальной активности, исключению половой близости в совместной жизни и сублимировать её в семейно-родительские отношения, творчество, работу, дружеское общение. Так, нейробиологи Мичиганского университета и ряд других ученых обнаружили, что решению этих целей помогает высокий уровень прогестерона, который отвечает за дружбу, а сами дружеские эмоции повышают уровень прогестерона и снижают склонность к тревогам и стрессу. Прогестерон является невероятно важным нейроэндокринным фактором для социального взаимодействия людей. Уровень прогестерона колеблется в зависимости от менструального цикла, но все же остается в низких дозах даже после менопаузы. К тому же незначительное количество этого гормона присутствует в мужском организме. При снижении своего уровня активности МЭНГ — механизм поддержания сексуальной аттракции — постепенно перестает функционировать в полную силу. Гормональный дисбаланс становится нормой поведения, синтез необходимых веществ в организме замедляется, появляются разного рода сексуальные расстройства, которые тревожат людей с средней и сильной половой конституцией, но совершенно не мешают жить тем, у кого она слабая. Хорошо, если в паре уровень половой конституции одинаков. А если кто-то страдает в паре? Если одному хорошо, а другому плохо? М. Либовиц проводит параллель с действием амфетаминов: тревога, отчаяние и боль, которыми сопровождается утрата или даже мысль об утрате любви, схожи с тем, что переживает человек с синдромом амфетаминовой абстиненции, когда вслед за отменой психостимуляторов следует подчас довольно долгий период душевной боли.

Объяснение четвертого периода аттракции нередко находят в репродуктивной функции сексуальности. Во все века потребность выживания и продолжения рода заставляла людей объединяться в пары, так как в одиночестве трудно сберечь ребенка, добыть ему пищу и одновременно защищать себя и его от хищников. Сегодня есть мнение, что с эволюционной точки зрения просто незачем в наши дни быть вместе, если задача продолжения рода выполнена: для выживания теперь достаточно одного родителя. К тому же в конце периода безумной любви партнер больше не видится неотразимым, у него всплывает масса недостатков, возникает ощущение, что он притворялся или вводил в заблуждение другого. Но и второй партнер думает примерно также! Опасность реального разрыва отношений резко возрастает. И добраться до следующего этапа без потерь не всем удается.

Но кто добрался — ожидает награда — встреча с новым и особым проявлением любви — чувством привязанности. По мнению юнгианского аналитика Роберта Джонсона подлинная любовь начинается именно с этого момента. Включение окситоциновой фазы, когда острая психологическая зависимость от партнера сменяется глубинным чувством единения и привязанности, в корне меняет ситуацию. Партнеры счастливы, хоть и отдают себе отчет в том, что эмоционально больше не зависят друг от друга так сильно, как в начальные периоды сексуальной аттракции и нет потребности постоянно быть вместе.

Несмотря на все наркотические эффекты, магия сексуальной аттракции все еще остается неразгаданной. Каждый взрослый владеет огромным запасом эмоциональной памяти, наложенной на врожденную «память» (память вида), в соответствии с его собственным опытом. И каждое новое восприятие фиксируется в памяти, обогащает ее. Чем больше личность владеет счастливой памятью, тем больше она имеет шансов перед лицом новой стимуляции переживать ее в виде счастливой эмоции, и наоборот. Ключ, который индивид запускает, в соответствии с ситуацией (удовольствия, страдания или тревоги), находится в его голове, в зоне памяти лимбической доли, которая будет запускать эмоциональную активацию на уровне 5-й височной извилины между корой и древним образованием — гиппокампом. От способности человека влиять на данный процесс, которую он получает в ходе научения, в процессе воспитания, в результате собственного опыта, будет зависеть его психологическая готовность к изменению сексуальной активности, формированию гармоничных отношений с партнером, и, в конечном счете, стимулированию сексуальной аттракции.

Для уточнения сроков действия сексуальной аттракции исследователи подсчитали, сколько необходимо времени мужчине и женщине, чтобы «забыть друг друга» в случае расставания. В одном из опубликованных в Великобритании совместном отчете психологов и нейрофизиологов сообщается, что им удалось определить продолжительность «химической» составляющей сексуальной аттракции в зависимости от окружающих обстоятельств, места проживания, диеты, а также времени, в течение которого люди находились вместе. Это исследование позволило прогнозировать вероятность и сроки возможного разрыва отношений. По мнению психологов, проводивших его, в меньшей степени на отношения людей влияют общность литературных и музыкальных вкусов, однако общие предпочтения в еде и досуге могут оказать решающую роль для возникновения любви. Эксперты утверждают, что брак в 83% случаев будет удачным в случае, если мужчину и женщину объединяют общие взгляды на политику, гастрономические пристрастия и равная потребность в уединении. Также нельзя недооценивать сексуальную совместимость пары. У них могут сколько угодно общих интересов на все на свете, но если в постели им скучно и они предпочитают занятия любовью телевизору или Интернету, то шансов на благополучное будущее практически никаких. По мнению нейрофизиологов, минимальное время, которое должно пройти с момента расставания до относительного успокоения, равно половине срока их совместного проживания. Так, если отношения длились 8 лет, то бывшим партнерам потребуется минимум четыре года, чтобы привести свое эмоциональное и физиологическое состояние в норму и быть готовым к новым отношениям. Уместно напомнить, что и при расчете сроков периода реабилитации при истинной наркомании речь идет о периоде, равном общему стажу наркотизации.

Такого рода исследования сексуальной аттракции будут более достоверными, если учтут особенности сексуальной культуры и возраст тех, кто попадает в выборку. Родственники, существующие традиции в социальной группе, религиозные, национальные и светские нормы тоже вносят свои коррективы, пролонгируя

четвертый период сексуальной аттракции. «В нашей семье так не принято», «Вы не должны», «Как вам не стыдно» и многие другие житейские аргументы становятся главным условием продолжения аттракции. Супруги, прислушиваясь к ним, меняют сексуальный сценарий, ищут новые формы полового общения, стимулируют сексуальную активность. Подтверждением этой мысли могут служить исследования пожилых пар А. Ароном. У многих из них сексуальная аттракция сохраняется спустя двадцать лет и более после начала отношений, считают исследователи из университета в Нью-Йорке, которые с применением МРТ сравнили химические процессы в мозге у молодых пар и пар, проводивших более 20 лет вместе. Ученые обнаружили, что у ряда представителей пожилых пар при виде фотографий партнера в мозге происходят точно такие же химические реакции, что и у людей, находящихся на ранних стадиях влюбленности. Выяснилось, что примерно каждая десятая пара сохраняет прежнюю любовь через 20 лет и более после начала отношений. Это открытие позволяет опровергнуть взгляды на скоротечность «химии любви», где нейрхимические процессы, соотносимые с любовным чувством, начинают спадать через несколько месяцев после начала отношений и полностью исчезают в течение, примерно, десяти лет. Исследования А. Арона подтверждаются данными некоторых психологов и социологов, установивших, что примерно треть образовавшихся пар способны к сохранению и развитию романтических отношений на третьем и четвертом периоде. При этом партнеры сохраняют привлекательность друг для друга и естественность отношений в зависимости от их готовности к длительным отношениям, умению поддерживать динамичность сексуальной аттракции. Семейная, молодежная, образовательная программы, которые проводит государство, в состоянии повлиять на данный процесс, в случае, конечно, если эти программы станут частью социально-экономической, социально-политической, культуральной программ развития страны.

Рассуждения о длительности сексуальной аттракции в различные свои периоды вызывает наибольшие сомнения в силе и качестве нейрхимических процессов ввиду малого количества экспериментов, недостаточной исследовательской работы, слабой связи имеющихся открытий с психическими и социокультурными аспектами сексуальной активности. По мнению С.Т. Агаркова «своевременность включения этих механизмов, постоянная синхронизация их деятельности и своевременность выключения отработавших и неактуальных контуров подразумевают сложную многоуровневую архитектуру всего процесса с большим числом обратных связей и предельно жестким мотивационным давлением на особь. В результате одни и те же нейрхимические субстанции вызывают разные перцепторные и поведенческие реакции»³.

Итак, каждому периоду сексуальной аттракции сопутствует различные по силе и продолжительности нейрхимические процессы с синтезом и секрецией катехоламинов, нейромедиаторов (эндорфин, норэпинефрин, допамин, фенилэтиламин (ФЭА), норадреналин), гормонов (окситоцин, вазопрессин, дофамин, серотонин,

3 Агарков С.Т. От инстинктов к чувствам: психогенез сексуальности. – Воронеж: Наука, 2013.

тестостерон, прогестерона, норадреналин, адреналин и др.). От наличия этого «нейрохимического ансамбля психохимических агентов», как иронично заметил С.Т. Агарков, от мощи и продолжительности работы МЭНГ зависит существование или отсутствие сексуальной аттракции. В процессе эволюции сложность стержневых и сервильных нейрохимических механизмов сексуальной аттракции приобрела специфический вид — МЭНГ, где основными химическими веществами в различные периоды нейрохимического обеспечения сексуальной активности являются:

- нейромедиаторы на этапе появления влечения;
- фенилэтиламин и допамин при влюбленности;
- окситоцин и эндорфины при поддержании устойчивых любовных отношений, андрогены и эстрогены для ощущения привязанности.

Продолжительность сексуальной аттракции — понятие относительно новое и дискуссионное в силу неоднозначности целей и задач притяжения, где — период влечения сменяет бурная страсть, где — условна грань между привязанностью и поддержанием отношений в паре. Между тем, научные открытия в области сексуальной аттракции еще ждут своих приверженцев и последователей, чьи выводы будут не раз подвергаться сомнениям и дискуссиям. Потому что в этом явлении, возможно, заложено объяснение самого значимого, стержневого понятия бытия — возникновение человеческой сексуальности.

ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНОСТИ

СЕКСУАЛЬНОСТЬ РОССИЯН — ИЗ СССР



КОТЕНЁВА

Анна Николаевна,

психолог-сексолог
заместитель
заведущего кафедрой
сексологии ГЭТИ,
город Москва

В рассмотрении вопроса о сексуальности пожилых людей нашей страны можно использовать некую занаученно сравнительную метафору, повествующую о том, что жители России, которые вышли на пенсию в 21 веке — родом из Советского Союза. Инволюционный период их застал в новой стране, а корни, воспоминания, традиции и воспитание еще там... А здесь и сейчас гипосексуальность и гипогедония, гиполибидемия и алибидемия, климакс и синдром возрастного андрогенодефицита, сексуальная дисгамия, гипестезия, депривация, апатия и астения вплоть до аутодеструкции. С возрастом на место нормативному гетеросексуальному коитусу все чаще приходят викарные, суррогатные, орогенитальные, прегинитальные и экстрагенитальные формы половой жизни с вестибулярным коитусом, фелляцией, куннилингусом, мастурбацией, дигитацией, поцелуями, танцами, отражающими инволюционную диверсификацию. Каждому в свое время неизбежно придется столкнуться с нормальным сексуальным инволюционным регрессом в партнерских отношениях.

Для того, чтобы сориентироваться в палитре эротической и сексуальной жизни пожилых и старых людей члены РНСО организовали очередное исследование сексуальности людей в возрасте от 50 лет и старше, с акцентом на шестидесятилетних. При опросе авторы обратились примерно к полутысяче человек, более трети которых категорически отказалась участвовать в данном исследовании. Прибегали к различным отговоркам, например, плохое зрение или слух, и в принципе нежелание окунуться в состояние зрелой сексуальности, а то и назывались нравственные и религиозные установки.

Около трехсот человек (на конец марта 2013 г.), которые ответили на вопросы анкеты, в подавляющем большинстве составляли женщины, мужчин было примерно на треть меньше. Среди участников исследования в основном были жители России, а также выходцы из бывших республик СССР: Беларуси, Казахстана, Украины; и таких городов, как Москва, Нижний Новгород, Ульяновск, Минск, Витебск, Новосибирск, Дзержинский, Смоленск, Тамбов, Электросталь, Углич, Ярославль, Ногинск, Караганда, Джезказган, Павлодар, Астана, Алма-Ата, Кустанай, Заславль и другие...

Среди тех, кто не остался равнодушным к опросу, в возрасте 50–59 лет было 37%, 60–69 лет — 48%, 70–79 лет — 13%, 80–89 лет — 2%. Респонденты прожили в браке от 10 до 51 года, во вдовстве — от двух до 20 лет, в разводе — от 4 до 45 лет;

2% оказались холостяками или старыми девами. Каждый из участников исследования ответил только на один вопрос «Если вы хотите задать вопрос сексологу, то какой?», сформулировав свой (или несколько), или поставив отметку в опросном листе:

- «Да» хочу, но стесняюсь задать.
- «Да» хочу, но не могу сформулировать.
- «Нет» не хочу, я все узнаю по интернету.
- «Нет» не хочу, я все узнаю из книг.
- «Нет» не хочу, я все знаю.
- «Нет» не хочу.
- «Нет» не хочу, мне эта тема неинтересна.

Из всех людей преклонного возраста 55% смогли сформулировать и задать свои вопросы сексологам. Из числа тех, кто этого не сделал: 12% заявили, что им эта тема не интересна, 10% ответили «нет, не хочу», 8% уверены, что все уже знают, а 6% получают информацию из интернета и книг, 5% стесняются и 4% не могут сформулировать свой вопрос.

Некоторые респонденты сообщили свое видение ситуации или мнение по поводу исследования. Нередко звучала примерно такая фраза: «У меня большой стаж супружеской жизни и опыта, что мне нужно, я знаю». Или «В браке я прожила 34 года и была счастлива в сексуальном плане. У меня с этим все в порядке». Хотя иногда возникало недоумение: «Зачем вы провоцируете людей на „нескромное“?» (мужчина в 62 года); «Меня раздражает обсуждение этой темы повсюду» (женщина в 72 года). Или сожаление: «Мне 84 года, из них 19 лет я вдова и эта тема мне стала не интересна»; «Мне 69 лет, а когда я была молодая, хотела бы задать вопросы сексологу, но, наверное, постеснялась бы. А сейчас я все знаю из книг и интернета, хотя все это мне, уже, к сожалению, не нужно». «До каких пор будут продолжаться такие безобразия? По телевизору смотреть противно, что делается. И вы туда же. Нет на вас управы! Лучше делом бы занялись!» (женщина 85 лет, вдова 20 лет). «В моем возрасте нормальные люди не интересуются такими глупостями» (мужчина 75 лет, 3 года вдовец). Или адекватный юмор: «Все знаю, могу научить в теории, но не могу показать на практике» (мужчина 76 лет, 51 год в браке).

С возрастом, у анкетированных в тексте вопросов все чаще звучит нота философской классической фразы: «Если б молодость знала, если б старость могла». Вот как пишет мужчина 60 лет, из них 27 лет в разводе: «По моему мнению, секс — не просто удовлетворение физиологических потребностей, скорее суть секса в ином. Секс — это культура, мировоззрение. Секс — это возможность дать человеческое тело Душе. Ибо человекость союз Души и тела, где тело есть носитель Души по жизни. Мне вполне достаточно знаний о сексе, которые я имею..., но до сих пор я не потерял надежду найти свою Женщину и знаю, что найду ее. Есть, конечно, небольшие проблемы в интимной сфере, очевидно связанные с нерегулярным сексом. Но, имея активную позицию в жизни, справлюсь с ними сам. Лучший учитель во всех вопросах,

в т.ч. и в сексе — это ЖИЗНЬ. Жизнь с чтением книг, личным опытом, ошибками и удачами, жизнь во всех ее проявлениях. Печален факт опошления ЛЮБВИ. „Займемся любовью“... В этих словах все дно высокой духовности. ЛЮБОВЬ, идущая от БОГА, это высокое чувство, опускается на уровень удовлетворения половых инстинктов. Это ли не признак моральной, духовной деградации страны?»

Или слова женщины 69 лет, последних 11 из которых она — вдова: «Мне эти вопросы, к сожалению, уже не интересны. Мне через месяц исполнится 69 лет. Я вдова уже 11 лет. Очень любила своего мужа. Но после его смерти и хотела бы, возможно, с кем-то познакомиться, но все время сравнивала моих поклонников с мужем, да и отец был для меня всегда эталоном настоящего мужчины. К сожалению, таких рыцарей я больше не встретила. И вряд ли уже встречу».

Совершенно предсказуемыми были индивидуальные вопросы, требующие вмешательства специалиста сексолога. Но большинство вопросов оказались общими для целого ряда участников, поэтому они были распределены в несколько основных групп: проблема снижения сексуального желания и влечения; отношение к количественной и качественной норме сексуальной активности; особенности половой жизни в отсутствие одного из партнеров; менопауза, климакс и синдром возрастного андрогенодефицита; снижение эрекции и отвращение к супругу; проблема поддержания сексуальной привлекательности; вопросы сексуальной свободы; половое просвещение.

Судя по ответам и встречающимся вопросам, сегодняшние пожилые люди и старики во времена юности и зрелости не получили должной информации в силу разных причин:

- Отсутствие сексуального образования и полового просвещения, свойственного педагогической системе Советского Союза.

- В годы половой зрелости основное большинство наших соотечественников были лишены возможности заниматься сексуальным здоровьем в силу различных обстоятельств, в том числе и житейских, например, из-за коммунальной стесненности, или были озабочены прежде всего необходимостью зарабатывать на жизнь, поднимать и содержать детей.

Сегодня пожилые женщины столкнулись с «неожиданным» для них увяданием сексуального влечения. Для большинства мужчин оказалась «неожиданной» встреча с исчезновением спонтанных эрекций. В своих вопросах и те и другие спрашивают, как помочь больному супругу или супруге, беспокоятся о детях и внуках, если обнаруживаются у них проблемы сексуального характера, хотят продлить привычную сексуальную активность как можно дольше. Но не представляют, как это сделать. «В молодости я была очень темпераментной в сексуальном плане. Сейчас замечаю, что желаний возникает все реже и реже. Это нормально (списать на возраст?) Или у меня что-то со здоровьем не так? До каких лет женщина может вести сексуальную

жизнь? Можно ли как-то восстановить желание?» (Женщина 56 лет, в разводе 10 лет). «Снизился интерес к сексу. Как обрести желание?» (Мужчина 55 лет, в браке 10 лет).

Подавляющее большинство людей, страдающих от проблемы снижения желаний — женщины. Но некоторых из них беспокоит ситуация с непрекращающейся активностью мужа. «У нас 3 детей, 2 внуков, правнуки. Мужу на день рождения подарили DVD. Он начал смотреть порно. Переселился в отдельную комнату, сутками смотрит эти фильмы. Дети поощряют его, дарят ему новые диски. Я человек верующий, для меня это все омерзительно. Как мне ему объяснить, что это плохо, вредно?» (Женщина 67 лет, в браке 46 лет).

Мужчины, как и ожидалось, продолжают переживать из-за своей эрекции: «Избегаю знакомств с женщинами из-за своей слабой эрекции. Как восстановить эрекцию в моем возрасте?» (Мужчина 63 года, холост). Надеются продлить свою сексуальную силу: «Сколько раз в неделю надо мастурбировать, что бы «он» не упал вообще?» (Мужчина 62 года, женат 28 лет). Как в юности, так и в «солидной зрелости» их беспокоит размер полового члена: «Стал изменяться член, укорачиваться и приобретать форму конуса. Что делать?» (Мужчина 60 лет, в браке 40 лет).

Многие сохраняют и поддерживают хорошие семейные отношения, и при этом ведут активную половую жизнь во внебрачном партнерстве. Немало людей, которые оказались в непростой ситуации, когда у одного из партнеров по ряду причин нет желания или возможности поддерживать сексуальные отношения. «Если супруга не хочет, что делать... (как продолжать половую жизнь)?» (Мужчина 64 года, 40 лет в браке). «Что сделать, чтобы моя любимая женщина любила меня как прежде?» (Мужчина 63 года, женат 26 лет).

Совершенно естественным стал блок вопросов, в котором пожилые люди интересуются вопросами сохранения своей привлекательности. Они хотят конкурировать с более молодыми людьми, надеясь продлить годы сексуальной активности в преклонном возрасте: «Что мне надо сделать, чтобы увеличить (повысить) свою сексуальность?» (Женщина 60 лет, 29 в браке). «Я вдова, но мне часто хочется секса. Стараюсь выглядеть хорошо, но мужчины со мной не знакомятся. Что делать, какой выход?» (Женщина 60 лет).

Предварительные итоги работы позволяют обозначить основные проблемы, связанные с сексуальностью у людей выбранной группы:

1. Подавляющее число респондентов не знает основных признаков вхождения в инволюционный период: угасание сексуального желания и исчезновение спонтанных эрекций. Сталкиваясь с этими трудностями и непривычной ситуацией полового общения, они волнуются, переживают, впадают в депрессию, но не видят выход в создавшемся положении.

2. Большинство не представляет основные этапы изменения сексуального влечения в преклонном возрасте: мнимосексуальную, мнимозротическую и мнимоплатонические стадии, соответственно требуют от себя недостигаемых высот, чем травмируют сексуальное здоровье.

3. Ситуация с сексуальным просвещением россиян сложилась так, что подавляющее большинство людей старшего возраста и в начале XXI века считают: секс для них — это нормативный гетеросексуальный коитус. Остальные формы половой жизни в счет не идут по причине ложных стереотипов, сложившихся в их зрелости и информационного невежества.

Между тем, последние достижения сексологии цивилизованных стран неопровержимо доказывают, что такая точка зрения обедняет половое общение. Именно в преклонные годы спектр отношений может быть гораздо шире. Помимо генитальных, он включает в себя экстрагенитальные, прегенитальные и некоторые неклассифицированные виды сексуальной активности. Из-за болезней, возрастного увядания, в связи с потерей партнера во вдовстве или разводе, именно эти виды становятся доминирующими в поддержании сексуального здоровья. Нежные ласки любимого человека (петтинг, массаж), совместное стимулирование эрогенных зон, поцелуи, длительные прелюдии, соитие без оргазма, мастурбация и многое другое становятся основными в сексуальном общении. И это абсолютно нормально! Доставить друг другу удовольствие нежностью, заботой, доверием, лаской — совершенно естественно людям в возрасте приятной тихой безмятежности. Примерно так же, как ухаживать и симпатизировать в препубертатном и раннем пубертатном периоде.

Сравнительный анализ этого и подобного по структуре прошлогоднего опроса (подростков) показывает, что в начале и конце жизненного пути люди переживают по поводу своей сексуальности, межличностных отношений, качества эрекции и оргазма, размера половых органов. Только с возрастом объективно пропадает проблема лишения девственности, практически перестают интересоваться вопросы физиологии, техники проведения полового акта и совершенствование искусства любви. Создается впечатление, что все познано, усвоено; выработаны свои сексуальные сценарии, и менять их не нужно. В отличие от подростков пожилые люди больше переживают о своем здоровье, волнуются за партнеров, беспокоятся о детях и внуках, ищут для них пути помощи.

Высветились некоторые тенденции:

1. Сексуальные связи между молодыми мужчинами и женщинами постбальзаковского возраста стали достаточно заметными для окружающих. Интересно, что женщины при этом задают вопросы, почему это происходит и спрашивают: «Происходит ли омолаживание при сексе с молодым мужчиной?» (Женщина 65 лет, в браке 24 года).

2. В связи с развитием мобильных технологий возросло число почитателей виртуального общения из числа тех возрастных групп граждан России, кто недавно вошел в инволюционный период и успел освоить Интернет.

3. Одна из тенденций, которая стала заметна в результате исследования, заключается в появлении отвращения к супругу у женщин от 50 до 60 лет на фоне невозможного расставания с ним. Вот характерный вопрос на эту тему: «Последние полгода не могу заниматься сексом с мужем. Меня отталкивает его постаревшая фигура (муж старше меня), мне кажется, что у него появился старческий запах. Мне все больше нравятся мужчины 40-45 лет, но я не изменяла мужу. Мне стыдно об этом говорить, но я чувствую себя несчастливой. Может, я просто боюсь наступления своей старости, поэтому меня стали привлекать более молодые?» (Женщина 57 лет, в браке 33 года).

Итоги проведенной работы и анализ анкет участников исследования позволяют сделать предварительные выводы:

1. В преклонном возрасте основная женская проблема заключается в снижении или утрате сексуального влечения; мужчины на этом акцент делают реже, а чаще видят снижение эрекции как последствие данного явления.

2. Ключевой проблемой гармоничного сексуального развития в инволюционном периоде является незнание пожилыми людьми характеристик этапов психосексуального развития с соответствующими формами половой жизни.

3. Мужские ожидания этого возраста сводятся к продлению или наращиванию половой мощи и энергии с неверием в конечность зрелого периода сексуальности.

4. Сексуальность людей преклонного возраста осталась неисследованной и забытой специалистами в области сексологии и требует к себе пристального и чуткого внимания для поддержания сексуального здоровья пожилых людей и стариков.

5. Продолжает существовать миф о том, что сексуальность — это удел молодых, живущих и мыслящих стандартами современных невежественных взглядов, навязанных СМИ и Интернетом.

6. Недостаточное число врачей-сексологов и психологов-сексологов сказывается на качестве психологической помощи для людей в инволюционном периоде, что требует пересмотра государственного участия в данной проблеме.

7. Необходимость привлечения внимания государственных и общественных организаций в области сексуального здоровья, средств массовой информации и интернета является одной из основных задач в сексуальном информировании и повышении сексуальной осведомленности людей в инволюционном периоде сексуального развития.

8. Заметна потребность в качественной популярной, научной и научно-популярной литературе, посвященной проблемам сексуальности людей преклонного возраста.

По итогам данного исследования силами членов Российского научного сексологического общества планируется круглый стол психологов-сексологов, цикл статей по проблемным вопросам сексуальности инволюционного периода, готовится к печати книга из серии «Откровенный разговор „про это“ для тех, кому за 55». Работа по изучению сексуальности людей в инволюционном периоде развития продолжается.



АЛЕКСЕЕВ

Борис Егорович,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

ПРОБЛЕМА ДЕФИЦИТА СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОМ ПРЕЛОМЛЕНИИ

В статье отражается насущная проблема практической реализации биопсихосоциального подхода к пациентам с сексуальными расстройствами. В повседневной практике приходится сталкиваться с крайними отклонениями от этого методологического принципа. Некоторым аспектам данной проблемы «биологизации» и «психологизации» подходов к пациентам посвящена статья.

Врач, назначающий медикаментозное средство, вторгается в экологическое пространство пациента. Каким будет это вмешательство? Как пройти между Сциллой и Харибдой неоправданного назначения препарата, возникновения побочных эффектов, формирования зависимости от лекарственных средств? Эти вопросы постоянно решаются врачами в повседневной практике.

Тем не менее вызывает беспокойство врачебная тактика, которая приводит к полипрагмазии. Неоправданное массивное назначение пациенту большого числа медикаментов можно рассматривать как одну из форм нарушения «физической» безопасности человека. Распространенный характер данного явления и привлекло внимание специалистов. Его корни лежат глубже, чем может показаться на первый взгляд. Оно связано с социальными, культуральными, психологическими основаниями, которые преломляются в мировоззрении врача и пациента. Иными словами, здесь можно говорить о взаимодействии социо-культуральной и предметной (физической) составляющих экологии Homo Sapiens.

Смещение нравственных ценностей, примат материальной выгоды является мотивом интенсивной рекламной деятельности по привлечению сексологических пациентов непрофильными специалистами. Например, реклама обещает с помощью современных медикаментов или приборов быстро избавиться от простатита и от предполагаемых будто бы при нем нарушений в интимных отношениях. Из рекламного текста ясно, что услугу предлагает не сексолог, владеющий проблемой, а врач с биологическими «взглядами», которые связывают сексуальную дисфункцию с сугубо локальными нарушениями.

Известно, что пациенты с многолетним хроническим простатитом совершенно не обязательно страдают сексуальными расстройствами. Наряду с этим наиболее выраженные и терапевтически резистентные формы функциональных сексуальных

расстройств наблюдаются у пациентов без каких-либо нарушений простаты. Зарубежные авторы и отечественные сексологи утверждают, что простатит не влияет на копулятивную функцию. Следует отметить, что одновременную диагностику простатита и копулятивной дисфункции целесообразно рассматривать как коморбидность, которая не устанавливает между ними причинной зависимости.

Устаревший методологический подход является источником и другой грубой ошибки, которая состоит в отождествлении сложнейшего комплекса проявлений и переживаний, характеризующих сексуальное здоровье человека с эректильной функцией. В действительности, согласно определению ВОЗ (1977 г. и более поздние формулировки) под сексуальным здоровьем человека понимается комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов сексуального существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность человека и его способность к любви.

Рекламная деятельность, отражающая узко биологический подход к сексуальному здоровью, содержит аспекты, которые могут в конечном итоге принести вред здоровью человека. К их числу можно отнести:

- дезориентацию слушателей; им внушается неверная модель причин, структуры и методов лечения сексуальных расстройств (это может привести к неадекватному лечению у непрофильных специалистов);
- реклама не обладает индивидуальным подходом, который является законом медицинской практики. Внушение возможности развития сексуальных нарушений может служить причиной ятрогенных сексуальных расстройств;
- реклама служит формированию искаженных представлений у врачей о сексуальном здоровье и о закономерностях развития сексуальной патологии. Диагностика и лечение с этих позиций несут большую вероятность ошибки и, следовательно, пагубны для пациентов.

Сегодня представляется бесспорным утверждение о психосоматическом единстве человека. Например, способность ориентироваться в проблемах психосексуальной сферы своих пациентов позволит интернисту более глубоко анализировать природу их психосоматических страданий. Однако практическая реализация этой парадигмы в деятельности интерниста и не только интерниста встречает на своем пути ряд трудностей.

Существенной проблемой для врача является разговор с пациентом о его интимной сфере. В процессе своего обучения он, как правило, не получает соответствующей подготовки для выполнения этой задачи. Несмотря на все усилия, он плохо знает, какими словами или действиями ему надо вмешаться. В такой ситуации врач чувствует себя неуютно. Затруднения могут нарастать и по психологическим причинам, так как врач может являться носителем иррациональной структуры отношений, наполненной запретами и ограничениями, берущей начало в его собственной родительской

семье. Вместе с тем врачи сами находятся в плену мифов, ложных представлений о сексуальных отношениях, о норме в сексологии, о существующих методах лечения, о том, к какому специалисту следует направлять пациента за помощью.

По этим причинам интернист подвергается соблазну уйти от трудного разговора, используя привычные для него диагностические клише-соматические этикетки, основой для которых становится ограниченный круг жалоб и симптомов.

Неготовность и неспособность врача к психотерапевтическому проникновению и вскрытию более глубоких патогенетических механизмов, определяющих состояние пациента, ведет к необоснованному назначению медикаментов. Примерами таких механизмов могут служить внутренний конфликт, обусловленный противоречивым отношением к себе как к представителю пола, или переживание сексуальной дисфункции, или дисгармония в семейных отношениях, вызывающая сексуальную неудовлетворенность. В последнем случае необдуманное назначение медикаментов в соответствии с соматической этикеткой может вызвать нарушение половой функции и усугубление дисгармонии супружеских отношений — произойдет усиление патогенных факторов, поддерживающих те или иные психосоматические проявления.

Исключение из рассмотрения психосексуальных проблем является частным, но очень значимым случаем исключения психического, психологического, социально-психологического уровней индивидуальности из анализа развития заболевания. В результате пациент превращается в пассивный объект терапии и пополняет когорту „трудных больных“, обремененных полипрагмазией.

Другим, не менее важным аспектом медикаментозного вмешательства являются его побочные эффекты. Известно большое количество медикаментов различных групп (гипотензивные, антиаритмические средства, антидепрессанты, нейролептики и др.), которые обладают нежелательным эффектом в виде угнетения сексуальных реакций. С учетом высокой значимости сексуальной сферы это может приводить к произвольным отказам пациентов от лечения. Следовательно, врачу необходимо знать о возможных сексологических осложнениях и упреждать их при работе с больным. Психотропные препараты, применение которых вышло за рамки психиатрической клиники и достаточно уверенно используются в общеврачебной практике, в большой мере наделены адверсивными эффектами. В числе последних выделяют (по UKU-шкале оценки побочных эффектов):

- Психические: нарушение концентрации внимания, вялость/повышенная утомляемость, сонливость, нарушение памяти, депрессия, внутреннее беспокойство, увеличение продолжительности сна, уменьшение продолжительности сна, учащение сновидений, эмоциональное безразличие.

- Неврологические: ригидность, гипокинезия/акинезия, гиперкинезия, тремор, акатизия, судорожные припадки, парестезии.

- Вегетативные: нарушение аккомодации, слюнотечение, сухость во рту, тошнота/рвота, диарея, запоры, затруднение мочеиспускания, полиурия/жажда,

ортостатическое головокружение, сердцебиение/тахикардия, повышенная потливость.

– Прочие: сыпь, зуд, фотосенсибилизация, головная боль, повышение веса, потеря веса, меноррагия, аменоррея, галакторрея, гинекомастия, гиперсексуальность, гипосексуальность, нарушение эрекции, эякуляторные нарушения, дизоргазмия, сухость слизистой влагалища, физическая зависимость, психическая зависимость.

Психотропные препараты могут вызывать сексуальную дисфункцию по четырем различным механизмам (M.J.Gitlin, 1994):

– неспецифические эффекты ЦНС (такие как седация, приводящая к общему снижению сексуального влечения и функционирования);

– специфические эффекты ЦНС, при которых медикаментозные эффекты на нейротрансмиттерную функцию ЦНС могут приводить к снижению возбуждения и/или к сексуальным нарушениям (например, антипсихотики, блокирующие действие допамина, который является медиатором сексуального возбуждения, тем самым приводят к снижению либидо);

– периферические эффекты препаратов, которые снижают специфическую нейротрансмиттерную передачу сексуальной функции к органам-мишеням (например, психофармакологические препараты с α -адренэргическими свойствами — нейрорепти и тразодон — вызывают местную вазоконстрикцию, приводящую к приапизму);

– гормональные эффекты (например, гиперпролактинемия, вызывающая блокаду допамина и соответствующие ему эффекты на сексуальность).

Было бы несправедливым, говоря об одностороннем подходе к сексологическим пациентам, делать акцент только на механистических биологических предпочтениях.

Не меньший отрицательный потенциал несет односторонняя психологизация проблем пациентов с сексуальными расстройствами. В этом случае полностью игнорируется анализ биологической составляющей копулятивного поведения человека. В последнее время чаще приходится сталкиваться в интернете с предложением психологической помощи при сексуальных расстройствах. При этом в качестве основы своей помощи берутся позиции из медицинской классификации МКБ-10. Так, например, акцентируется внимание на самых острых проблемах: преждевременная эякуляция, расстройство эрекции у мужчин, аноргазмия, вагинизм у женщин и т.д. Однако эти расстройства имеют сложную структуру, что означает участие в механизмах расстройства нейрогуморальной, психической составляющих, а также спинальных нервных центров и нервных проводников, сосудов и т.д. Кроме того, при диагностике необходима оценка общего здоровья пациентов, учет и оценка получаемой ими терапии в связи с другими заболеваниями. Возникает вопрос. Как может психолог, не обладающий познаниями в медицинских вопросах, правильно диагностировать сексологического пациента? Вопрос риторический. Адекватный

патогенетический диагноз предполагает комплексное лечение, которое включает биологические и психотерапевтические меры.

Действующий Приказ МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 года «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению» имеет Положение о психологе отделения семейного врачебно-психологического консультирования. Данное положение говорит о следующем:

1. На должность психолога назначается психолог, получивший специальную подготовку по медицинской психологии и сексопатологии.

2. Психолог подчиняется заведующему отделением и обеспечивает решение следующих задач:

- планирование и координация психогигиенических и психопрофилактических мероприятий, направленных на охрану сексуального здоровья населения;

- проведение психологического обследования больных с сексуальными нарушениями, невротическими расстройствами и личностными аномалиями, связанными с конфликтами в сфере семейно-сексуальных отношений;

- проведение психологического обследования и консультирования лиц, вступающих в брак, а также проблемных и кризисных семей;

- проведение консультаций по вопросам полового воспитания детей и подростков.

3. На обследование, консультирование и коррекцию больные направляются врачами-сексопатологами.

Из данного положения для современного психолога наиболее важно учесть требование к своей образовательной подготовке, круг проблем решаемых психологом при работе с сексологическими пациентами, а также то, что адекватный вклад в терапевтический процесс со стороны психолога возможен только после диагностики пациента врачом-сексологом, что предполагает комплексный обоснованный подход к пациенту. Сотрудничество врача-сексолога и психолога оптимизирует усилия при работе с сексологическими пациентами.

Пренебрежение этими требованиями, когда психолог, не имея на это права, «диагностирует» сексуальное расстройство, а затем «лечит» его, низводит возможности современного научно обоснованного подхода к диагностике, лечению и коррекции сексологических пациентов до фельдшерского уровня.

При обсуждении роли клинического психолога в оказании медицинской помощи пациентам, в том числе сексологическим пациентам, необходимо руководствоваться нормативными документами, которые не оставляют места обозначенным выше проблемам.

В соответствии с пунктом 5.2.7 Положения о Министерстве образования и науки Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2010 г. N 337, пунктом 7 Правил разработки и утверждения федеральных государственных образовательных стандартов, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 24 февраля 2009 г. N 142, утвержден федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) 030401 «клиническая психология».

В соответствии с задачами профессиональной деятельности специалистов она требует умения:

- психологической диагностики, направленной на решение диагностических и лечебных задач клинической практики и содействия процессам развития и адаптации личности;
- психологического консультирования в рамках профилактического, лечебного и реабилитационного процессов в кризисных и экстремальных ситуациях, а также в целях содействия процессам развития и адаптации личности.

Данные тезисы означают то, что образовательный стандарт обеспечивает подготовку клинического психолога, который не подменяет своей деятельностью, а дополняет клиническую практику и действует в рамках лечебного и реабилитационного процесса.

Клинический психолог должен решать профессиональные задачи в соответствии с видами профессиональной деятельности, в том числе:

- «эффективное взаимодействие с пациентом (или клиентом), медицинским персоналом и заказчиком услуг с учетом клинико-психологических, социально-психологических и этико-деонтологических аспектов взаимодействия». В связи с этим положением необходимо отметить, что рекламирование приема пациентов, несоответствующего профессиональной подготовке, предусмотренной образовательным стандартом, нарушает этико-деонтологический аспект взаимодействия психолога и пациента, так как нарушает в т.ч. правовые основания деятельности. Здесь вновь подчеркивается необходимость взаимодействия с врачом;
- в рамках образовательного стандарта перед клиническим психологом ставится задача выявления и анализ «информации о потребностях пациента (клиента) и медицинского персонала (или заказчика услуг) с помощью интервью, анамнестического (биографического) метода и других клинико-психологических методов». Однако обследование сексологического пациента требует от специалиста также владения комплексом физикального, лабораторного и инструментального обследования при проведении дифференциальной диагностики, умения клинически интегрировать всю информацию. Недооценка соматических и психических факторов в генезе сексуальных расстройств, неспособность выявить их за фасадом жалоб на сексуальные дисфункции может вести не только к неэффективности терапевтических

усилий, но и к осложнениям. Например, в случае, когда причиной сексуальных дисфункций является опухоль гипофиза, заболевание сердечно-сосудистой системы или трудное для диагностики даже психиатру психическое расстройство и т.д.;

образовательный стандарт утверждает:

«определение целей, задач и программы (выбор методов и последовательности их применения) психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик»; «определение целей, задач и программы психологического вмешательства с учетом нозологических, синдромальных, социально-демографических, культуральных и индивидуально-психологических характеристик»; разработку «программы (определение конкретных методов и последовательности их применения) психологического вмешательства в соответствии с нозологическими, синдромальными и индивидуально-психологическими характеристиками пациентов (клиентов) и в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития». Такая последовательность определяет необходимость первоначальной медицинской квалификации состояния;

– в качестве значимых задач деятельности клинического психолога образовательный стандарт определяет создание, пропаганду и «активное содействие соблюдению профессионально-этических стандартов для организаций и частных лиц, работающих в области психологических услуг».

В Положении об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи, утвержденным Приказом Минздрава России от 16 сентября 2003 г. N 438 «О психотерапевтической помощи», записано, что специалист **«самостоятельно осуществляет прием пациентов в соответствии с индивидуальной программой их ведения, утвержденной лечащим врачом».**

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел „Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения“ закрепляет этот алгоритм. Медицинский психолог **«совместно с лечащим врачом разрабатывает развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов больных».**

Анализ нормативных документов, созданных на основании выводов опытейших экспертов, и наш опыт повседневной практики в области сексологии (медицинской) подтверждает выработанный годами и здравым клиническим смыслом алгоритм взаимодействия врача и психолога в процессе лечения сексологических пациентов.

Такой алгоритм обеспечивает реализацию биопсихосоциального подхода к пациенту, включая сексологического пациента. Алгоритм взаимодействия специалистов при оказании сексологической помощи мужчинам с сексуальными расстройствами полно отражен в методических рекомендациях (Алексеев Б.Е., Екимов М.В., 2012).

Литература:

1. Gitlin M.J. Psychotropic medications and their effects on sexual dysfunction: Diagnosis, biology and treatment approaches // J Clin Psychiatry. 1994. 55. P. 406–413.
2. Алексеев Б.Е., Екимов М.В. Алгоритм оказания медицинской помощи мужчинам с сексуальными расстройствами. Методические рекомендации. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова. 2012. — 40 с.



КУЛЕШОВА
Мария Радионовна,

психолог

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

СЕКС — НЕСБЫТОЧНАЯ МЕЧТА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ?

В публицистике иногда звучит тема «Секс в жизни инвалидов», которой уделяется недостаточно внимания в сексологии. Между тем, инвалиды — большая часть населения, которую невозможно игнорировать. 500 млн. человек на планете страдают от какого-либо физического, умственного или сенсорного расстройства. В России сейчас пенсию по инвалидности получает почти каждый десятый россиянин, и это только из официально зарегистрированных. Думала, что работа пойдет достаточно легко — изучу, что по этому поводу говорит медицина, поисследую, что делается в нашей стране и за рубежом, пообщаюсь с инвалидами. Но не ожидала, что беседы с инвалидами на эту тему так эмоционально затронут меня.

Общество в большинстве своем не воспринимает инвалидов как людей, способных к сексуальным отношениям. Многие вообще не одобряют занятия сексом немощных людей. Когда поделилась со знакомыми данной проблематикой, увидела на лицах некоторых из них непонимание и даже брезгливость. Извиняясь, они объясняли, что мало встречались с инвалидами в обществе, поэтому для них это другой неведомый мир, о котором они никогда не задумывались. (Ах, как тонка грань между миром «здоровых» и миром инвалидов). А этот «другой мир» думает о том, что ему не чужды сексуальные чувства, ощущая при этом положительные эмоции? Оказывается, что даже задумываться об это им бывает порой очень нелегко. Особенно людям, которые стали инвалидами в результате повреждения спинного мозга или перенесенных заболеваний — артрита, полиомиелита, диабета, рассеянного склероза, ракового заболевания. Часто они относятся к своей сексуальности не более, как прошлому. Вот выдержки из бесед с молодыми еще людьми, получившими травмы спинного мозга: «Секс и инвалид — две вещи несовместимые!»; «Многие из нас пытаются подавить в себе сексуальные стремления и уйти от законов природы, а отсюда и негатив при любом упоминании о сексе. Все становятся святошами с эротическими снами». Грустно!

Зачем подавлять в себе прекрасные порывы, если медицина утверждает, что секс у инвалидов возможен, просто этот процесс немного сложнее. (Для справки. Так как позвоночник передает сигналы из мозга по многим нервным ходам, потеря функциональности зависит не только от высоты повреждения позвоночника, но и от количества поврежденных нервных ходов).

У мужчин два различных центра ведут к наступлению эрекции. Первый центр лежит в области между грудным и поясничным отделами и активизируется путем психогенных стимулов — грезами, фантазиями, воспоминаниями. При неполном повреждении позвоночника сигналы из мозга могут проникнуть через поврежденную область, и психогенная эрекция не исключена. Второй центр — это центр рефлексогенной эрекции, возникающей при непосредственной стимуляции полового члена или области вокруг него. Эякуляция невозможна при повреждении нервных отростков в крестцовых сегментах позвоночника. Но иногда бывает, что человек лишь годы спустя узнает о том, что способен эякулировать.

Женщины с травмами позвоночника могут обнаружить, что внешний признак возбуждения — увлажнение вагины уменьшился или полностью отсутствует. В таких случаях помогает лубрикатор.

Мужчины и женщины с повреждениями спинного мозга испытывают оргазмы.

Те, у кого больше не бывает традиционных оргазмов, могут научиться испытывать новый тип оргазма — эмоциональный. Этот вид оргазма наступает в результате прилива расслабления и покоя во всем теле, похожего на приятное ощущение после оргазма.

Женщины часто испытывают «параоргазмы». Они отличаются от генитальных, хотя тоже могут быть очень сильными, иногда могут приводить к сильным перепадам давления.

Важно понимать, ведь если вы сами себя не ощущаете сексуальным человеком, то и другие никогда в вас не увидят объект для сексуальных отношений.

Я давно заметила по своим здоровым клиентам, что сексуальная составляющая часто подавляется, как нечто постыдное, неприличное, с определенного возраста об этом вообще не следует говорить, а уж имея физические недостатки и немощность, и думать нельзя. Набила оскомину фраза «Секса в нашей стране нет», тем не менее, новые поколения появлялись на свет, видимо, неся в сознании этот «девиз». Я задала вопрос родителям детей-инвалидов — разговаривали они со своими детьми о сексуальности. В мой адрес полетела «груда камней» с обвинениями в желании развратить и без того несчастных и обделённых. Привожу приличную цитату одной мамы, которая отражает суть вещей: «Вам же, наверное, известно, что родители детей-инвалидов зачастую ограждают своих детей от таких тем. И я — не исключение, потому, что для меня секс=брак, а брак — это, прежде всего, бытовые обязанности, которые инвалидам выполнять сложно. Поэтому, я не понимаю инвалидов, которые думаю только о сексе». Родители детей-инвалидов не хотят просвещать своих детей в вопросах сексуальных отношений. И я считаю, что это нелепо — именно отсутствие навыков поведения в любой области жизни делает человека неполноценным. Более

того, такие дети нередко становятся жертвой развратника или насильника именно потому, что их родители не объяснили им особенностей интимных отношений.

Другой важный момент. Если человек — инвалид с детства, то как ему развивать свою сексуальность? Его недееспособность помешает ему достичь зрелости и вести себя как ответственный взрослый. Как недееспособный подросток может проходить обычные этапы завоевания независимости, если ему трудно самостоятельно встать и одеться без помощи родителей? Или он живет в реабилитационном центре и никак не может уединиться, чтобы исследовать свою сексуальность, как это делают другие дети. Но взрослея, эти люди приобретают такие же сексуальные стремления и желания. Однако эти люди могут и не знать подходящих способов удовлетворения своих сексуальных нужд. И тогда они их начинают подавлять, а это прямой путь к депрессии. Поэтому вопрос сексуального воспитания и просвещения так важен. Родителям необходимо прививать подросткам чувство привлекательности для лиц противоположного пола и правильного понимания своей роли будущих мужчин и женщин. Особенно это важно для подрастающих девочек, которые иначе свыкнутся с мыслью о своем будущем одиночестве и невозможности иметь детей. И прежде всего самим родителям надо отбросить мысль, что их дочь недостойна любви только потому, что ущербна физически. Если самим родителям трудно переступить через барьер, препятствующий откровенным беседам, можно попросить об этом других близких родственников, а лучше обратиться к специалистам в психологические службы. И не надо препятствовать общению своих детей со здоровыми сверстниками, это обогатит обе стороны.

Поднятая мною тема секса вызвала раздоры между участниками интернет-форума для инвалидов, многих эта тема рассердила. Но были и такие, кто поддержал меня, хотя они и не в большинстве. Многие инвалиды приходят к осознанию, что они также сексуальны, как и здоровые люди, но некоторые все еще продолжают заблуждаться.

Одна из основных проблем инвалидов, желающих сексуальных отношений — найти сексуального партнера. Сами инвалиды стараются не назначать свиданий другим инвалидам. Многие из них питают ненависть к другим инвалидам, им хочется сказать: «Я не такой, как они!»

Главный вопрос, который задают люди с ограниченной дееспособностью «Могу ли я быть привлекательным, если сижу в инвалидном кресле?» Часто, если человек немощен в течение длительного времени, его представление о своем теле начинает включать инвалидное кресло, подпорки, катетер, памперсы. И тогда это мешает чувствовать себя привлекательным. Чтобы вести полноценную сексуальную жизнь, люди с ограниченной дееспособностью нуждаются в помощи врачей и специальной секс-терапии. Такая секс-терапия должна поставить перед собой следующие задачи: просвещение этих людей в половой жизни; помощь в решении проблем сексуального самовыражения; принятие своего тела; развитие чувствительности тела и поиск

новых эрогенных зон, применение новых техник и приемлемых поз, использование предметов секс-индустрии — фаллоимитаторы, вибраторы, вакуумные помпы-тренажеры, фаллопротезы. Инвалидной сексопатологией занимаются специалисты в ряде наших клиник, но эта работа не считается первостепенной, и практически не выходит за рамки научных исследований. Со мной поделилась одна девушка, которая проходила реабилитацию в Канаде. «В один из реабилитационных центров Ванкувера попала через месяц после аварии. Так там видела, что с людьми работает врач-сексолог. Его кабинет открыт для приема целый день, туда мог войти любой желающий как по записи, так и без. Каждый вечер обязательно лекции с просмотром фильмов. Я однажды заехала в зал, а на экране чуть ли не порно. Хотя я не ханжа, и меня трудно чем-либо удивить».

На западе многое делается для информирования и обучения инвалидов сексуальности, издаются специальные пособия, выпускаются видеокассеты с лекциями сексопатологов, рассказами супругов, снимаются фильмы, где герои — пары инвалидов, которые делятся своим личным опытом секса, в фильмах есть места, где пары занимаются сексом обнаженные. Наверное, именно такие моменты фильма девушка окрестила порнографией.

Кстати, каждые два года в Москве проходит фестиваль «Кино без границ», посвященный проблемам инвалидов. На одном фестивале был показан фильм «Невысказанные желания» (Untold Desires) австралийского производства. Это серия интервью о сексе с инвалидами с разной степенью недееспособности. Этот документальный фильм удостоен множества международных призов. Но найти у нас его невозможно. А подобные фильмы достойны показа по центральным каналам. Искренность и честность людей, рассказывающих о себе в фильме, помогут здоровым людям воспринимать инвалидов реалистично, а самим инвалидам понять, что физическая недееспособность не является причиной отказа от секса.

Существует еще одна категория людей с ограниченными способностями. И мне хочется привести цитату одного инвалида, который переживает в течение длительного времени последствия родовой травмы. Он практически неподвижен и страдает от сильной спастичности. «Говоря о сексуальных проблемах инвалидов, вы имеете в виду, прежде всего, людей, подобных себе, т.е. тех, у кого нелады с физиологией, но которые внешне более или менее привлекательны или, во всяком случае, не отталкивают. А задумывались ли вы о людях с ДЦП? Их мимика, речь, произвольные движения требуют долгого привыкания окружающих. В то же время мы не только полноценные мужчины и женщины, но более того, у молодых церебральников часто бывает повышенное влечение. Но наши интимные связи друг с другом затруднены просто физически, — представьте двух любящих людей в колясках с непослушными руками и ногами, сжатыми спастикой. Страдания, которые мы испытываем от невозможности не просто полноценной, но и любой формы близости бывают столь непереносимыми, что я знаю случаи, когда люди от этого вынужденного воздержания попадали в психиатрические больницы».

Оторванность от общества здоровых людей, стеснительность и страх общения с ними, семейное воспитание и запреты, — все это приводит к возникновению нестандартных форм половых отношений. Например, когда инвалид решается на связь со значительно более старшим партнером, когда между женщинами возникает однополая любовь, и очень часто молодому инвалиду сексуальная помощь оказывается со стороны одного из здоровых членов семьи. В домах-интернатах, где годами живут тяжелые инвалиды обоих полов, на помощь им в решении сексуальных проблем приходят ночные дежурные няньки, кто за мзду, а кто за свою долю удовольствия от созерцания. Общепринятая мораль здесь должна отступить. Ведь, по сути, у нас ничего не делается для этой категории людей.

Во Франции в марте этого года вышла газета «Libération» с заглавной темой — сексуальная помощь инвалидам, и как инвалиды решают свои сексуальные проблемы. Заголовок к статье «Инвалиды. Секс для всех». В статье обсуждался фильм «Суррогат», основанный на реальных событиях. В фильме идет речь о поэте и журналисте, который в возрасте 38 лет решил потерять девственность с официальным ассистентом или суррогатным секс-партнером. Герой болел полиомиелитом и мог выходить из своего металлического бокса только на 2-3 часа в день. Он сделал это в США, где такие секс-ассистенты — это официальная профессия.

Терапия с суррогатным партнером впервые была начата в 70-е годы в США. Теперь такая помощь распространена в Израиле, Австралии, Дании и Швеции. Подобная терапия приносит хорошие результаты в работе с людьми, перенесшими сексуальные травмы в детстве или во взрослом возрасте, с людьми, утратившими доверие и неспособных к партнерским отношениям, и, конечно, с инвалидами. Это помощь для тех, кто не может по состоянию здоровья вступить в половой контакт или не может удовлетворить себя сам. Причем для тяжелых инвалидов такой секс в США покрывает страховка. Суррогатный секс-партнер работает совместно с психотерапевтом, выполняя всю физическую часть работы. Он владеет массажем, развивает эрогенные точки на теле, подбирает допустимые позы для инвалида, вступает в половой контакт. Но количество таких встреч строго ограничено. Между клиентом и сексуальным ассистентом возникают настоящие чувства и отношения. Это чувства привязанности, нежности, иногда гнев, разочарование, т.е. все чувства, присущие людям. Это становится сердцевиной психотерапевтической работы. Может такая форма терапии — это и есть гуманность?

А вот как фантастично звучат слова германского эксперта в области социального обеспечения Аниты Тыш: «Я не знаю, распространен ли такой опыт по всему миру, но я знаю, что если наши инвалиды имеют право на то, чтобы автобусы были оборудованы специальными подъемниками, чтобы им предоставляли бесплатные лекарства и снабжали свежими продуктами, т.е. обеспечивали им достаточно высокое качество жизни, то они, разумеется, имеют право и на то, чтобы мы субсидировали их интимную жизнь». Часть лицензированных проституток в Германии уже

прикреплены к местным органам социальной опеки, которые оплачивают их визиты к инвалидам.

Было бы гуманнее, если наше общество перестало прикрываться своеобразной моралью и говорить о падении нравственности. Нравственность — это уважение и забота о людях. Она не имеет никакого отношения к тому, каким образом люди получают сексуальное наслаждение, если своими действиями они не попирают прав других людей и не нарушают особых обязательств.



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

Кащенко Е.А., Матевосян С.Н., Пружинина А.А., Черепанова Е.В.