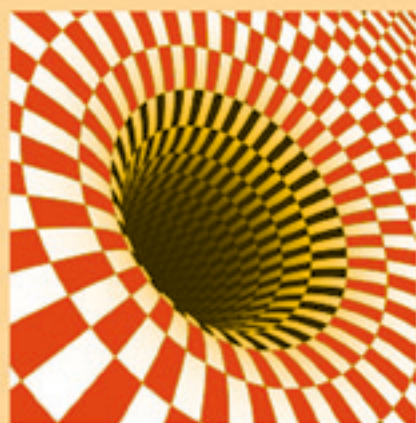


ОФИЦИАЛЬНОЕ ИЗДАНИЕ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

МИР СЕКСОЛОГИИ



8
2015 год

Издается 2 раза в год

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Е.А. КАЩЕНКО. Разнообразие в сексологии..... 2

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

С.Б. АРТИФЕКСОВ. Психосоматические параллели мужской инфертильности..... 3

Г. С. КОЧАРЯН. Секс после кастрации: клиническое наблюдение..... 9

**Г. С. КОЧАРЯН. Женский оргазм, обусловленный стимуляцией гениталий:
смена и борьба парадигм..... 14**

В.А. ДОМОРАЦКИЙ. Сценарии жизни и сексуальность..... 23

Ю.П.ПРОКОПЕНКО. Наедине с больным..... 27

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

**Р.В. БЕЛЕДА, В.Г. ТАКТАРОВ, В.П. ОВЧАРЕНКО. Новое в лечении половых расстройств у
мужчин репродуктивного возраста..... 35**

ДИСКУССИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

Е.А. КАЩЕНКО. Методы работы в «сексуальном поле»..... 37

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ

НЕБЕЗОПАСНЫЙ СЕКС В ВОЗРАСТЕ 50 ЛЕТ И СТАРШЕ..... 41

ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ЕВРОПЕ..... 43

ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

**Г.И. СЕРГАЦКИЙ. Изнанка любви, или Опыт трепанации греха в толковании
авторитетов..... 47**

Над номером работали:..... 53



КАЩЕНКО
Евгений Августович,

главный редактор

ОТ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

РАЗНООБРАЗИЕ В СЕКСОЛОГИИ

Во все времена россияне стремились выделиться: не желали походить на Европу с Америкой, быть такими, как азиаты, австралийцы или африканцы. Интересно, что эта аксиома нашла подтверждение в сексологии. Поначалу врачи в СССР придумали для лечения больных с сексуальными расстройствами свое название — «сексопатология», отличное от терминов загнивающего тогда капитализма. Но с конца прошлого и начала этого века россияне все же пошли европейским путем, осознав, что функции сексолога намного шире. Таким образом, появились в нашей стране и другие специалисты в области половых отношений: психологи-сексологи, педагоги-сексологи, сексологи-консультанты и т.д. Однако не признание науки сексологии официальными структурами подтолкнуло к возникновению новых самобытных явлений, таких как флиртология, эротология, амурология и т.д.

Соответственно появились сексологи-любители, пропагандирующие эти знания. Среди таких сексологов-любителей выделяются три заметные группы. Первая — «продвинутые». Сексологи-любители данной группы получили хорошее образование, некоторые имеют научную степень или звание, в большинстве своем они работают по специальности, далекой от сексологии. Но исследовательский ум, желание показать окружающим интересную точку зрения на явления сексуальности, подтолкнули их к созданию энциклопедий о сексе, книг о половой жизни и сексуальном воспитании, монографий о любви и сексуальной культуре (А.Сосновский, В.Фадеева, Г.Сергацкий и др.), сподвигли к выступлениям в СМИ с информацией или комментариями по проблемам секса. Вторая группа сексологов-любителей — «теоретики». Их значительно больше: они прослушали краткосрочные курсы А. Полеева или Д. Еникеевой, активно работают на тренингах или семинарах В. Доморацкого, Е. Кащенко, И. Панюковой, Ю. Прокопенко, и др. Но чтобы стать квалифицированным специалистом, необходимо соответствующее образование, желание стать таковым, финансовое подкрепление. И это все понимают.

Самая большая, третья общность сексологов-любителей — «практики». Они посещают семинары в составе выездных групп, учатся практическому применению традиционных или восточных знаний для своего личного и парного благополучия. Востребованность в квалифицированном сексологическом образовании заметно нарастает. Что вселяет определенный оптимизм. Этот оптимизм должен быть подкреплен пониманием руководства страны, депутатами, чиновниками от образования важности и необходимости введения в учебные программы учебных заведений такого курса, как междисциплинарная сексология. А пока профессионалы и любители встречаются на страницах нашего журнала.



АРТИФЕКСОВ
Сергей Борисович

доктор медицинских наук, профессор
ФБУЗ Приволжский окружной
медицинский центр
ФМБА, Нижний Новгород.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ МУЖСКОЙ ИНФЕРТИЛЬНОСТИ

С позиций общей патологии феномен бесплодия нельзя рассматривать с узко дисциплинарных позиций той или иной отрасли медицины (урологии, эндокринологии, гинекологии или андрологии). С другой стороны, «соматизация» репродуктивных расстройств и характерный для современного уровня развития отечественной медицины преимущественно «гинекоцентрический» взгляд на проблемы infertility также не являются достаточно продуктивными из-за практически полного игнорирования специалистами, да и самими пациентами, социально-психологических аспектов фертильности. Хотя неформально ясно и тем и другим, что «в неволе» вероятность воспроизводства резко ограничена. Основной причиной бесплодия и по сей день считается осложнение того или иного органического патологического процесса в организме мужчины и/или женщины, а не вариант утраты сексуального здоровья в целом, предполагающее состояние физического, психического и социального благополучия. Результаты наших исследований в этой области представлены ниже.

Поначалу наше внимание привлек тот факт, что у достаточно большого количества пациентов жалобы, свидетельствующие о возможном наличии того или иного синдрома ассоциированного с бесплодием в браке, очевидно, диссоциировали с отсутствием соответствующих объективных клинических и параклинических его признаков. Важно и то, что эти жалобы появлялись и прогрессировали по мере увеличения сроков бесплодия в браке. Особенно существенно, что они находились в прямой зависимости от результатов интерпретации результатов оценки репродуктивного потенциала врачом и половой партнерши мужчины (при его заочном обследовании) после первичного обращения по поводу бесплодия, то есть носили явные черты психосоматического генеза. Позже нами было установлено, что такое прогрессирующее увеличение числа жалоб сопровождается у 18,6% (52 человека) мужчин достоверным ($p < 0,001$) ухудшением показателей спермограмм и, в первую очередь, увеличением числа сперматозоидов с патологией головки и снижением процента прогрессивно перемещающихся гамет категории А. Напротив, на момент первичного обследования подавляющее большинство мужчин не имели жалоб, указывающих на патологию репродуктивной системы, не находились под наблюдением врача уролога или эндокринолога и не проходили никакого лечения, направленного на поддержание или восстановление репродуктивного статуса. Мы предположили, что именно жизнь в условиях бесплодного партнерства и последующее длительное неэффективное обследование и лечение создают патогенетическую основу для развития ятрогенной патологии репродуктивной системы мужчин, имеющую очевидную психосоматическую окраску. В наших исследованиях

подтверждением этому явился тот факт, что в случае своевременного (в течение года) решения проблемы бесплодия методом искусственной внутриматочной инсеминации спермой мужа (ВИСМ — 24 наблюдения) или развития беременности в результате естественного зачатия в период обследования партнерской пары (35 наблюдений), у 83,3% мужчин отмечалась постепенная редукция раннее предъявляемого спектра жалоб без проведения какого-либо лечения. Патогенез подобных сдвигов может быть объяснен с привлечением результатов многочисленных исследований влияния хронического стресса на показатели фертильности мужских особей млекопитающих, в том числе и человека, указывающих на патогенетическую роль психоэмоционального напряжения в развитии патоспермии. Представленные данные свидетельствуют о том, что мужская инфертильность включает в свою структуру весьма разнообразные и сложные, вплоть до психосоматических, этиологические и патогенетические механизмы. Это сочетается с неполным обследованием, последующими гипо- или гипердиагностикой и эмпирическим лечением, при котором психосексуальный статус партнерской пары нередко остается вне сферы внимания специалистов репродуктологов и сопровождается, кроме всего прочего, очевидной «соматизацией» первоначально незначительных эмоциональных реакций на факт выявления репродуктивных проблем в семье.

Половая и эякуляторная дисфункции включены экспертами ВОЗ в перечень факторов, способных послужить причиной бесплодия у мужчин. Однако в литературе имеются лишь единичные исследования, посвященные проблеме этиологической и патогенетической значимости сексуальных дисфункций у мужчин, ассоциированных с бесплодием в браке. Повторимся, что наличие бесплодия должно рассматриваться как утрата сексуального здоровья в целом и, что особенно важно, является показанием для всесторонней оценки сексуального статуса половых партнеров. В то же время в доступной для анализа литературе существует ограниченное количество работ по проблеме состояния сексологического статуса при инфертильности. Мы попытались изучить причины этой тенденции.

Проведенное ретроспективное исследование показало, что при предшествующем вне «центровом» обследовании пациентов, включенных нами в протокол данной работы, оно коснулось лишь 8% мужчин и 5% женщин. Таким образом, алгоритм обследования супружеских пар с бесплодием, как и с любой другой соматической патологией, как правило, игнорирует оценку сексуального статуса пациентов. Между тем известно, что сексуальные расстройства встречаются в общей врачебной практике достаточно часто: по различным данным они имеются у 10–70% людей и нередко вызваны внутренними болезнями или приемом лекарственных средств. Более того, самостоятельно обращается к врачам лишь 10–15 % из их числа. Люди не всегда прямо говорят о сексуальных расстройствах; часто они обращаются к врачу с другими жалобами. Догадаться об истинных причинах обращения обычно нетрудно, но чтобы не обидеть консультируемого и не оттолкнуть его от себя, нужно потратить на разговор больше времени, чем обычно. Многие даже не подозревают о том, что предъявляемые ими жалобы обусловлены сексуальными расстройствами, хотя сегодня известно, что именно эти расстройства нередко являются причиной или ведущим звеном патогенеза той или иной соматической патологии. Распространенные в современном обществе представления о половой жизни могут сильно деформировать взаимоотношения супругов. Выяснение их взглядов на те или иные вопросы половой жизни нередко помогает врачу вскрыть причины сексуальных расстройств.

Нами была выявлена еще одна причина низкой акцентуации обследованных пациентов на проблемах в сексуальной сфере, которые они не ассоциировали с бесплодием в браке. Так, при изучении сексуальной осведомленности наших пациентов лишь 15% мужчин получили удовлетворительный балл. Приобретенные нами данные подтверждают справедливость беспокойства Европейского общества сексуальной медицины на этот счет. Мужчины, состоящие в бесплодном браке, в процессе проведения первичного консультирования самостоятельно жалоб на наличие проблем в сексуальной сфере также не предъявляли в 100% случаев. Однако при углубленном консультировании с использованием модели СИСЛ (Annon, 1974), которая, как известно, предполагает на первом этапе формирование доверительной атмосферы в общении с пациентом (С — снятие запрета и И — предоставление информации, обычно ограниченной), нами были получены совершенно другие результаты, указывающие на то, что около трети (34%) наблюдаемых мужчин, состоящих в бесплодном браке, имели те или иные отклонения в сексуальной сфере. У обследованных нами пациентов полноценное либидо сохранялось лишь у 60%, у 40%, в зависимости от длительности бесплодия, оно было снижено или отсутствовало, достигая при увеличении длительности бесплодия в 6–10 лет 85% ($p < 0,001$). Удовлетворение половым актом испытывали только 55,7%, $p < 0,001$, а неудовлетворенными в той или иной степени себя считали в зависимости от длительности бесплодия — 84,6% мужчин. Общее удовлетворение ощущали 53,21%, $p < 0,001$, тогда как у 91,7% , в зависимости от длительности бесплодия, оно было недостаточным, на их взгляд, или вообще отсутствовало. При бесплодии эректильная дисфункция была выявлена нами в разные периоды бесплодия у 24% мужчин. Нарушения оргазма выявлены у 36,4%, $p < 0,001$. Лишь в единичных случаях отмечалась ретардированная эякуляция. Преждевременная эякуляция при бесплодии была выявлена нами в 35% случаев $p < 0,001$. Полученные данные стали основанием для более углубленного исследования мотивационного уровня организации влечения и удовлетворения и его патогенетической значимости в развитии сексуального статуса мужчин при инфертильности. Это особенно важно для супружеских бесплодных пар, которых отличает как нарушение взаимоотношений, так и возникновение технических препятствий для ведения регулярной и свободной в своих проявлениях половой жизни, обусловленных необходимостью медицинского обследования, нередко включающих периоды принудительного воздержания или нередко неоправданной регламентации в процессе диагностики и/или лечения. На негативную роль таких воздействий указали 75% обследованных нами пар. Проведенное нами исследование уровня социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары с помощью специального опросника показало, что по мере увеличения длительности бесплодия в браке происходят существенные и достоверные изменения и даже нарушения психофизиологического единства сексуальной жизни супружеской пары. Так, уже на втором году с момента идентификации факта бесплодия мужчины демонстрируют все больший негативизм в отношении проявления сексуальности партнерш и их внешности, при этом сами женщины в большей степени были удручены снижением числа сексуальных контактов в первую очередь из-за опасений невозможности зачатия, но не достижения сексуального удовлетворения. Приведенные выше данные свидетельствуют о развитии семейно-сексуальной дисгармонии, которая прогрессирует преимущественно в период 2–6 года совместной жизни в бесплодном браке. При этом именно проявления неудовлетворенности в характере сексуальных отношений со стороны мужчин объясняет выявленную нами тенденцию к формированию выраженного снижения мотивационной составляющей полового влечения у них и формирования устойчивой общей неудовлетворенности

(46,8%) и неудовлетворенности половым актом у 44,3% пациентов. При увеличении сроков бесплодия в браке наблюдается увеличение частоты выявления случаев эректильной дисфункции с 0,05% до 24%. При этом в большинстве случаев ее развитие не было ассоциировано с гипогонадизмом и /или сосудистой патологией. Еще одним аргументом в пользу преимущественно психогенной природы эректильной дисфункции у мужчин с бесплодием явился неудовлетворительный результат от использования перечисленных выше фармакологических средств для лечения расстройств эрекции у наших больных. Из литературы известно, что примерно 50% мужчин отказываются по разным причинам от систематического приема ингибиторов фосфодиэстеразы 5 в процессе лечения. В нашем исследовании от него отказались 90% из общего числа пациентов с ЭД, объясняя это в первую очередь отсутствием стабильного эффекта от приема препарата, ассоциированного с ситуационными проблемами, приводящим к отсутствию влечения и возбуждения, и указывает в первую очередь на селективный характер расстройства и характерно именно для сексуальных дисфункций психогенной природы. Следующим этапом явилось изучение этиологических и патогенетических особенностей развития расстройств оргазма у пациентов. Проведенное нами исследование показало, что только у 6 мужчин (~13%) преждевременная эякуляция могла быть объяснена наличием органической патологии в виде абактериального простатита конгестивного генеза, обусловленного нерегулярностью половой жизни как ятрогенного (обследование по поводу бесплодия), так и социо-патологического (семейно-сексуальная дисгармония) генеза. В остальных случаях речь шла преимущественно о психогенном генезе расстройства, о чем свидетельствовало отсутствие объективных признаков патологии, в частности, воспалительной природы в соответствующих органах (простата, семенные пузырьки, уретра). Подтверждением чему являлись также жалобы пациентов дисморфофобического характера, выявленные нами более чем у половины пациентов и не нашедшие в последующем клинического и параклинического подтверждения. Наряду с этим все пациенты демонстрировали адекватную по длительности фазу фрикций при получении эякулята в процессе мастурбации для лабораторного исследования. Наконец, жалобу на ускоренное семяизвержение предъявляли сами пациенты, а не их партнерши, что считается по современным представлениям наиболее веским аргументом в пользу их психогенной и даже психопатологической (невротической) природы.

Проведенная нами оценка качества жизни свидетельствует о достоверном снижении показателей здоровья мужчин, у которых бесплодие в браке было ассоциировано с наличием на момент обследования сексуальной дисфункции в виде расстройств эрекции и нарушений оргазма (преждевременная или ретардированная эякуляция). Различия в параметрах КЖ шкалы SF-36 у этих мужчин и группы сравнения были статистически значимыми: по таким параметрам как социальное функционирование ($p < 0,005$) и восприятие общего состояния здоровья ($p < 0,005$), энергичность, психическое здоровье, ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем ($p < 0,001$). Эти данные указывают на то, что бесплодие в браке влияет прежде всего на эмоциональную сферу мужчин. Это обусловленное, по их мнению, в первую с нарушением взаимоотношений с окружением вследствие отсутствия уверенности в себе, страха падения престижа и появлением угрозы безопасности (финансовой, социальной, культурной). На следующем этапе нами было исследовано непосредственное отношение мужчин к возникшей проблеме бесплодия, поскольку, как известно, именно индивидуальная реактивность и формируемая на ее основе индивидуальная резистентность определяет наряду с этиологическим фактором

особенности патогенеза формирующегося патологического процесса. Использовался личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). В целом в группе обследованных мужчин не было получено достоверного достижения или превышения минимального диагностического значимого числа для каждого типа отношений, что было связано в первую очередь с выраженным разбросом индивидуальных параметров, однако наибольшее число баллов уже на этом этапе обследования демонстрировали тревожный, ипохондрический, обсессивно-фобический и неврастенический типы. Иные результаты были получены при оценке результатов обследования мужчин, у которых бесплодие в браке было ассоциировано с наличием на момент обследования сексуальной дисфункции в виде расстройств эрекции и нарушений оргазма (преждевременная или ретардированная эякуляция). Было установлено, что в этой группе средний балл, характеризующий тревожный тип достоверно превышал минимальное диагностическое число (6 ± 1 ; $p < 0,001$). Аналогичный результат был характерен для неврастенического ($5 \pm 0,8$; $p < 0,001$), ипохондрического (6 ± 2 ; $p < 0,001$), а так же обсессивно-фобического (6 ± 1 ; $p < 0,001$) типов. Нами было установлено, что наиболее часто в 82% случаев выявляется смешанный тревожно-обсессивный и астено-ипохондрический типы. Кроме того, естественно отмечалось достоверное снижение процента обнаружения гармоничного типа, поскольку он может быть диагностирован только тогда, когда не выявляется никакой другой тип. Существенно, что по мере увеличения сроков бесплодия в браке мужчины меняют свое отношение к этой проблеме, о чем свидетельствует преобладание вначале анозогнозического и эйфорического типа реагирования с последующей трансформацией в сенситивный, меланхолический и апатический или эргопатический типы. Выше уже указывалось, что мужчины с бесплодием в браке нередко демонстрируют жалобы в первую очередь на боль, указывающую на наличие воспалительных изменений в органах половой сферы, которые не находят объективного подтверждения при углубленном обследовании, что объясняет их психосоматическую природу. Для идентификации соматизированных расстройств (СР) у наших пациентов мы использовали критерии МКБ-10. Выявленный нами процент СР у мужчин с бесплодием (12%) существенно выше общей распространенности этой патологии в популяции, но находится в рамках частоты его выявления у соматических больных. Патогенетической основой его развития при бесплодии является, на наш взгляд, хронический психогенный стресс, усугубляющийся сложностью внутрисемейных отношений и семейно-сексуальной дисгармонией описанной нами ранее. Существенным патогенетическим звеном в развитии СР является неадекватная или неверная интерпретация результатов обследования врачом, консультирующим мужчину из бесплодной партнерской пары, и недооценка им вероятной психогенной природы жалоб пациента с последующим назначением неоправданной и ориентированной на коррекцию мнимых соматических расстройств терапии, на что указывали и другие исследователи.

Использование госпитальной шкалы оценки тревожности и депрессии (HADS- Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) показало, что степень выраженности их проявлений, наиболее значимо коррелирует с обнаруженной при исследовании эякулята патоспермией ($r = +0,77$) и эректильной дисфункцией ($r = +0,71$), а также нарушениями оргазма ($r = +0,87$). Так, если в контрольной группе показатель тревоги составляли в среднем 5 ± 1 балл, то в группе мужчин, обратившихся по поводу бесплодия в браке, он равнялся уже 12 ± 5 ($p \geq 0,5$); в группе мужчин тестированных после впервые выявленной патоспермии он был равен $12 \pm 1,3$ ($p < 0,05$), тогда как при сочетании патоспермии и сексуальной дисфункции он достигал 15 ± 3 баллов ($p < 0,001$). Показатели депрессии изменялись не столь очевидно, однако и они

достоверно превышали у мужчин, состоящих в бесплодном браке при наличии патоспермии, ассоциированной с сексуальной дисфункцией (нарушение эрекции и/или оргазма) на 2–3 году жизни в бесплодном браке (10 ± 2 ; $p < 0,001$).

Наконец, нами было предпринято исследование возможного наличия признаков астении у мужчин, состоящих в бесплодном браке с использованием шкалы астенического состояния (ШАС), поскольку известно, что длительные и систематические стрессогенные ситуации семейно-бытового характера, включающие эмоционально-значимые психогенные конфликты, являются ее предикторами. Частота проявлений астении среди мужчин, состоящих в бесплодном браке, также чрезвычайно высока и прогрессивно нарастает по мере увеличения сроков бесплодия до 50%. Интересно, что эти данные практически идентичны показателям, выявленным у женщин при бесплодии другими исследователями, но у мужчин обнаружены впервые.

Все выше изложенное позволяет оценить в целом и понять этиологические и патогенетические аспекты формирования расстройств невротического характера у мужчин при бесплодии и, что особенно важно, на наш взгляд, привлечь внимание специалистов к их адекватной и своевременной коррекции. Очевидно, что восстановление качества жизни партнерских пар, страдающих от бесплодия, требует пристального внимания со стороны сексологов, поскольку именно расстройства в сексуальной сфере формируют, как видно из представленных данных, и одновременно наиболее достоверно отражают степень влияния социально-психологического компонента сексуальности на репродуктивный потенциал.



КОЧАРЯН

Гарник Суменович,

доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

СЕКС ПОСЛЕ КАСТРАЦИИ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Кастрация представляет собой удаление или разрушение одного или обоих яичек. Это не удаление полового члена (пенэктомия [penectomy]) и не хирургическое удаление мошонки или ее части (scrotal removal or scrotal reduction)¹. Кастрация применялась и применяется как в медицине, так и с немедицинскими целями. В частности, известно, что ею часто наказывали пленных (Ассирия, Вавилон, Древняя Греция и Древний Рим), одновременно удаляя и мошонку. С ее помощью мужчин превращали в евнухов для гаремов. Для полного исключения возможных сексуальных контактов это подчас сочеталось с удалением полового члена. В средние века оскоплением очень часто наказывали за изнасилование или прелюбодеяние. Иногда по приказу женщин с высоким социальным статусом оскопляли их любовников, которые не смогли их сексуально удовлетворить (королева Франции Фрегонда). Тейше — сестра турецкого султана Селима (XIX в.) приказывала поступать так с имевшими с ней половой акт мужчинами, чтобы остаться последней женщиной в их жизни. В ряде случаев этим дело не ограничивалось, и их топили². Кастрация также проводилась мальчикам с уникальным голосом с целью его сохранения, а также допускалась у мужчин с фальцетом³.

К оскопленю прибегали и скопцы («агнцы Божьи», «белые голуби») — последователи мистической секты «духовных христиан», возводящей операцию оскопления в степень богоугодного дела⁴. В первое время существования в России скопчества операция оскопления

1 Castration. – URL: <http://wiki.bme.com/index.php?title=Castration> (дата обращения: 29.11.2014), ScrotalRemoval. – URL: http://wiki.bme.com/index.php?title=Scrotal_reduction (дата обращения: 29.11.2014).

2 Кастрация мужчин – краткий экскурс. – URL: <http://www.syl.ru/article/72350/kastratsiya-mujchin-kratkiy-ekskurs> (дата обращения: 29.11.2014)

3 Кастрация // Медицинская энциклопедия. – URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/13988/Кастрация (дата обращения: 30.11.2014).

4 Половая функция скопцов. Объем оскопления. – URL: <http://dommedika.com/psixiatria/564.html> (дата обращения: 30.11.2014).

у скопцов состояла в отнятии (ампутации) яичек с частью мошонки («малая печать», «первая печать» и т. д.). Однако такая операция, не лишая скопцов возможности полового соития, некоторым казалась недостаточной, и они решались на удаление полового члена («вторая печать», «царская печать» и т. д.). В царской России и в СССР секта скопцов была запрещена. В настоящее время небольшое количество скопцов осталось в некоторых районах Северного Кавказа. Это так называемые «духовные» скопцы (в их общинах оскотление не производится). От участников этих сект требуется отправление определенного культа, сохранение аскетического образа жизни⁵.

В ряде случаев аутокастрация может иметь место при параноидной шизофрении в связи с крайне насыщенными и тягостными бредовыми переживаниями, относящимися к половой сфере⁶. Известен случай, когда в Харькове брат подростка, которого изнасиловал один парень, кастрировал обидчика.

Кастрация применяется по медицинским показаниям. Она, в частности, может быть гормональной (с помощью гормональных препаратов), лучевой (облучение гонад) и хирургической (хирургическая операция). В ряде случаев кастрация является вынужденной мерой и входит в комплексное лечение некоторых тяжелых заболеваний. Ее проводят при травме яичек с их размождением (травматическая кастрация), злокачественных новообразованиях яичка, придатка и семенного канатика (саркома, рак, хорионэпителиома и пр.), туберкулезе яичка и придатка, гнойных, септических процессах, влекущих за собой гангрену яичка^{7, 8}. При полном размождении яичка его удаляют полностью, а при частичном — лишь нежизнеспособный участок его паренхимы⁹.

Хирургическую кастрацию (орхиэктомию) применяют при раке предстательной железы, так как она является гормонозависимой (андрогенозависимой). Эта операция может быть заменена энуклеацией, в ходе которой осуществляется удаление только паренхимы яичек¹⁰.

В случаях так называемой «инструментальной» мастурбации, когда с целью сексуального самоудовлетворения используются различные вспомогательные

5 Скопцы. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%EA%EE%EF%F6%FB> (дата обращения: 02.12.2014).

6 Аутокастрация // Словарь психиатрических терминов. – URL: <http://enc-dic.com/psyterm/Autokastracija-330.html> (дата обращения: 03.12.2014).

7 Кастрация // Большая медицинская энциклопедия. – URL: <http://bigmeden.ru/article/Кастрация> (дата обращения: 03.12.2014).

8 Кастрация мужчин. – URL: <http://heromantij.ru/imena/koshki/kastraciya-muzhchin.html> (дата обращения: 29.11.2014).

9 Травмы яичек и их придатков. – URL: <http://uroclinic.org.ua/travmy-mochepolovyh-organov/travmy-yaichek-i-ih-pridatkov.html> (дата обращения: 02.12.2014).

10 Энуклеация яичек при раке предстательной железы. – URL: <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/testis-surgery/prostate-cancer> (дата обращения: 30.11.2014).

средства, могут иметь место различные неблагоприятные последствия и повреждения, требующие хирургического вмешательства, вплоть до удаления яичка и ампутации полового члена¹¹.

Хирургическую кастрацию проводят транссексуалам (когда пол — мужской, а гендер — женский). Сексуальным преступникам в настоящее время проводят химическую кастрацию (ципротеронацетат [cyproteroneacetate], медроксипрогестерон ацетат [medroxyprogesteroneacetate] и др.)¹².

Интересна зависимость между выраженностью полового влечения мужчины и последствиями кастрации. Отмечается, что если кастрация проводится до полового созревания, то сексуальное влечение так и не развивается, а если после его завершения — отмечается лишь снижение его интенсивности. Названное обуславливается тем, что гормональные изменения, происходящие в период полового созревания, повышают «чувствительность» мозга, в связи с чем развивается «психический компонент» сексуального влечения, не исчезающий после кастрации¹³.

Следует отметить, что зависимость либидо и сексуальной активности мужчин от андрогенов гораздо меньше, чем у животных. Более того, отмечается, что названная зависимость значительно меньше у людей с более высоким уровнем интеллектуального развития. К. Имелинский¹⁴ в связи с этим пишет: «Снижение уровня сексуального влечения после кастрации обратно пропорционально интеллектуальному уровню. У лиц с высоким психическим развитием, высоким интеллектом снижение сексуального влечения наступает медленно и бывает неярко выраженным. Люди же примитивные реагируют на кастрацию быстрым и резким снижением полового влечения. Это свидетельствует о том, что чем больше развита психика человека, тем в большей мере интенсивность его полового влечения независима от гормональных механизмов». Как с горькой улыбкой выразился в разговоре один молодой скопец, «сколько ни вырезай, а все равно будет...» Однако он (и это очень важно) также отметил, что это не вполне то чувство, «которое испытываете вы, не скопцы, но все-таки женщина во мне всегда что-то вызывает...»¹⁵.

Кастрация, проведенная после полового созревания и даже у зрелых мужчин с большим опытом сексуальной жизни, все равно будет приводить к ослаблению

11 Кочарян Г. С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы / Г. С. Кочарян // Сексология и сексопатология. 2006. №1. С. 3–19.

12 Сексуальные преступления. — URL: http://ilive.com.ua/health/seksualnye-prestupleniya_80238i15956.html (дата обращения: 01.12.2014).

13 Имелинский К. Сексология и сексопатология [пер. с польск.] / К. Имелинский. — М.: Медицина, 1986. — 423 с.

14 Имелинский К. Сексология и сексопатология [пер. с польск.] / К. Имелинский. — М.: Медицина, 1986. — 423 с. — с. 83

15 Половая функция скопцов. Объем оскопления. — URL: <http://dommedika.com/psixiatria/564.html> (дата обращения: 30.11.2014).

полового влечения и ухудшению других сексуальных функций. В частности, если речь идет об оценке полового влечения, то при обследовании необходимо анализировать выраженность различных компонентов либидо, а также сохранность его сексуального компонента.

Приведем пример, свидетельствующей о том, что мужчина с хорошим уровнем интеллектуального развития и большим стажем половой жизни сохранил после кастрации способность к проведению половых актов, хотя, что вполне естественно, у него отмечались различные сексуальные нарушения.

Больной Т., 60 лет, впервые обратился к автору за медицинской сексологической помощью в конце апреля 1998 г. Работает старшим инженером на одном из заводов. Имеет среднее техническое образование (окончил техникум по специальности «техник-электрик»). Отмечает, что по состоянию здоровья ему положена 1-я группа инвалидности, однако для того чтобы не запретили работать, оформил 2-ю группу.

При обращении фиксировалась следующая сексопатологическая симптоматика. Сексуальный компонент либидо отсутствовал, и отмечалась лишь небольшая потребность в ласках и поцелуях. Также оказалось, что по утрам у него иногда возникает неполная эрекция. На момент обращения половой жизнью не живет, однако отмечает, что после двух перенесенных операций (по поводу «аденомы» предстательной железы 4 декабря 1996 г., которая при гистологическом исследовании была идентифицирована как рак, а также последующей двусторонней орхиэктомии 25 декабря 1996 г.) спустя некоторый промежуток времени жил половой жизнью в течение более полугода (8 мес.), но не было ни эякуляции, ни оргазма.

С женой половой жизнью не живет с начала 1995 г., так как после того, как перестал получать зарплату на работе, она лишила его этой возможности. Из-за отсутствия зарплаты теща однажды ему сказала, чтобы он не приходил рано с работы, так как его надо кормить. Когда он вскоре принял решение уйти из дому, то жена горячо приветствовала его решение, которое он и претворил в жизнь. Ушел жить на городскую квартиру брата, который также имеет дом в деревне и живет там со своей семьей.

До того как это произошло, внебрачных связей не имел, хотя очень часто уезжал в командировки. Еще перед тем, как ушел из дому, узнал от соседей, что пока его нет дома (в командировке), то жена «погуливает». Помимо этого, его супруга отбила любовника у другой женщины и последняя рассказала ему об этом при встрече. В связи со сложившимися семейными обстоятельствами в 1996 г. (еще до операций) начал жить половой жизнью с женщиной, которая приходила к нему 1 раз в неделю, практически до того момента, как ему была произведена первая из указанных операций. После перенесенных операций 8 мес. жил с другой женщиной. Отметил, что в течение этого времени половые возможности постепенно резко уменьшились («не стоит и все»). По утрам, однако, иногда возникала неполная эрекция. В связи с этой проблемой обратился к врачу, который сделал обе операции, и тот сказал ему, что так и должно быть (угасание потенции). По телевизору посмотрел передачу с известным

сексопатологом и поехал к нему для лечения в другой город. Этот врач выписал ему лекарство из настоев трав, которое он принимал в течение 1 мес., однако какого-либо положительного эффекта это не дало. И хотя ему было предложено бесплатное процедурное лечение (физиотерапия, включая ЛД-терапию), однако, сопоставив цену лекарств, которые также необходимо было принимать, и необходимую квартирную плату со своими материальными возможностями, отказался от предложенного курса лечения. Затем приехал в родной город (Харьков) и обратился к нам за лечебной помощью.

О том, когда пробудились платонический и эротический компоненты либидо, не помнит. С большой долей сомнения (точно не может вспомнить) указывает, что сексуальный компонент либидо пробудился приблизительно в 16–17 лет. Также не помнит, в каком возрасте была первая эякуляция. Максимальный эксцесс — 4, но говорит, что «особо не старался». Женился в 28 лет. Половая жизнь с женой в основном была нерегулярной из-за частых командировок, где руководил монтажом и наладкой оборудования. В сентябре 1997 г. познакомился с женщиной, с которой встречается до настоящего времени. Ей 55 лет. Она требовала, чтобы он развелся со своей женой и женился на ней. Более того, заявляла, что только после этого «даст ему». Однако он настоял на своем, и они стали жить половой жизнью. В настоящее время брат, в квартире которого он живет, собирается оперироваться, а затем будет жить с семьей в своей квартире, где сейчас живет пациент. В связи с этим больному в скором времени негде будет жить. Когда его партнерша узнала об этом, то вновь начала ставить ему прежние условия (сексуальные отношения только после женитьбы) и перестала жить с ним половой жизнью. Заявила, что когда он женится на ней, то они будут жить вместе в ее квартире. И раньше (после операций), и сейчас он не уверен в своих сексуальных возможностях. В настоящее время не знает, как долго он сможет жить половой жизнью, поэтому и боится жениться. Эта женщина не осведомлена о том, что ему была проведена двухсторонняя орхиэктомия (мошонка у него есть), и он не собирается ей об этом рассказывать.

Объективно: член 6 см, оволосение на лобке по женскому типу, отсутствие яичек в мошонке, выраженная двусторонняя гинекомастия, развившаяся после двухсторонней орхиэктомии и эстрогенотерапии (хлортрианизен). При опросе пациент отмечает, что до оперативных вмешательств у него было хорошо выраженное оволосение на передней поверхности грудной клетки, а также значительное количество волос на лопатках и шее. Ему даже говорили, что у него «овечья шерсть». Затем постепенно оволосение редуцировалось.

Было назначено следующее лечение: ЛД-терапия — 15 процедур, вигоур 1 т 2 раза в день, а после окончания приема вигоура гериатриксфарматон 1 т 1 раз в день, иохимбин 1 т 3 раза в день (Харьковского производства), прозерин 1 т (0,015) 2 раза в день. После проведения 5–6 сеансов ЛД-терапии в сочетании с названным выше медикаментозным лечением провел половой акт, который характеризовался хорошей эрекцией. После проведенной терапии эрекция стала возникать по утрам 2–3 раза в неделю и по выраженности бывает от слабой до сильной. При интимной близости эрекция возникает «тогда, когда возьму ее за грудь».



КОЧАРЯН

Гарник Суменович,

доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ЖЕНСКИЙ ОРГАЗМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ ГЕНИТАЛИЙ: СМЕНА И БОРЬБА ПАРАДИГМ

Вопрос о разграничении клиторального и вагинального оргазма давно является предметом многочисленных споров ученых. Можно выделить три парадигмы относительно генитально активированного оргазма¹.

Парадигма 1. «Оргазм, обусловленный клиторальной стимуляцией, — инфантильный, а вагинальной — зрелый»

3. Фрейд утверждал, что клиторальные оргазмы свидетельствуют о психологической незрелости, инфантильной сексуальности женщин. В то же время вагинальные оргазмы, возникающие при половом акте, по его мнению, являются «зрелыми», поскольку они свидетельствуют о завершении нормального психосексуального развития². В своем эссе «Некоторые психические следствия анатомического различия полов» З. Фрейд (1925) писал, что «условием для развития женственности является устранение сексуальности, связанной с клитором». В литературе, однако, отмечается, что еще в 1905 г. З. Фрейд заявил, что клиторальный оргазм чисто подростковое явление, которое по достижении половой зрелости сменяется оргазмом вагинальным³. Данная мысль, в частности, была высказана им в его работе «Три очерка по теории сексуальности».

Хотя З. Фрейд не представил доказательств этого предположения, последствия высказанной им точки зрения были значительными. Авторитет З. Фрейда был велик, особенно среди психоаналитиков. Поэтому идея незрелости клиторального оргазма получила большое распространение. Даже появились рекомендации, как перевести клиторальный тип оргазма в вагинальный⁴.

1 Кочарян Г. С. Женский оргазм: смена и борьба парадигм / Г. С. Кочарян // Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і

соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання) – 2014: матеріали науково-практичної конференції, 16 – 17 жовтня 2014 р., курорт «Березівські мінеральні води». – Харків, 2014. – С. 75–76.

2 Мастерс У. Основы сексологии [пер. с англ.] / У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.

3 Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (дата обращения: 20.07.2014).

4 Lux E. Szexualpszichologia / E. Lux. – Budapest: Medicina Kanjukiado, 1981. – 240 l.

С мнением З. Фрейда, которое было чисто умозрительным и не основывалось на каких-либо доказательствах, не согласились не только ученые, которые не относились к психоаналитическому направлению, но даже ряд психоаналитиков. Первое крупномасштабное исследование сексуального поведения женщин было проведено в США А. Кинси (A. Kinsey) и соавторами. Его результаты были опубликованы в 1953 г. [10]. Альфред Кинси был первым исследователем, который жестко критиковал идеи Фрейда о женской сексуальности и оргазме. Он и его коллеги опросили 5940 представителей женского пола и обнаружили, что большинство женщин не могли испытать вагинальный оргазм. А. Кинси подверг критике идею З. Фрейда и других теоретиков, которые проецировали конструкции мужской сексуальности на женщин, и считал клитор «главным центром сексуальной реакции», а роль влагалища в сексуальном удовлетворении относительно незначительной. В качестве доказательства приводилось то, что немногие женщины при мастурбации вставляют пальцы или какие-либо предметы во влагалище⁵.

Приводятся и данные других авторов, которые также свидетельствуют о том, что наиболее распространенным способом для достижения оргазма у женщин является физическая сексуальная стимуляция клитора. Так, сообщается, что, согласно статистическим данным, 70–80% женщин требуют прямой стимуляции клитора, хотя косвенной стимуляции клитора (например, с помощью вагинального проникновения) также может быть достаточно. В связи с этим отмечается, что клиторальный оргазм легче достижим, так как головка клитора и клитор в целом имеют более 8000 сенсорных нервных окончаний, что равно или в некоторых случаях даже больше числа нервных окончаний мужского полового члена или его головки⁵. В одной из публикаций сообщается, что клитор имеет около 8000 нервных окончаний, что в два раза больше, чем в головке пениса⁶.

Критикуя представление З. Фрейда о преимуществе вагинального оргазма над клиторальным, W. H. Masters, V. E. Johnson⁷ отмечали, что, независимо от источника сексуальной стимуляции, физиологически оргазмы у женщин всегда протекают как рефлекторная реакция одного и того же типа. Оргазм, который достигается в результате потирания клитора, физиологически ничем не отличается от оргазма, вызванного половым актом или просто поглаживанием груди. Это, однако, не означает, что все оргазмы ощущаются женщинами одинаково, обладают равнозначной интенсивностью или приносят одинаковое удовлетворение. Ощущения и их интенсивность зависят от личного восприятия, а на степень удовлетворенности оказывают влияние многие факторы⁸.

⁵ по Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (дата обращения: 20.07.2014).

⁶ 6 amazing things you didn't know about your clitoris. – URL: <http://www.yourtango.com/experts/susun-weed/six-amazing-things-you-didn-t-know-about-your-clitoris#.VHRH8DtX1nM> (дата обращения: 25.11.2014).

⁷ Masters W. H. Human sexual response / W. H. Masters, V. E. Johnson. – Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.

⁸ Мастерс У. Основы сексологии [пер. с англ.] / У. Мастер. В. Джонсон, Р. Колодни. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.

Интересно отметить, что в течение долгого времени среди населения также бытовало мнение, что если оргазм не наступает при вагинальном половом акте, а только в результате стимуляции клитора, то это ненормально. Раньше за лечебной помощью обращались женщины, которые по этой причине считали себя больными. Однажды к нам за консультацией обратилась крайне озабоченная красивая молодая женщина («кровь с молоком») из пригорода, которая предъявила такую жалобу и сообщила, что при стимуляции клитора «мне хорошо». После непродолжительной разъяснительной беседы она вышла из нашего кабинета в хорошем настроении с высоко поднятой головой. В настоящее время такие жалобы, дискредитирующие клиторически активированный оргазм, женщинами практически не предъявляются.

Парадигма 2. «Существует лишь один генитально активированный оргазм — оргазм, обусловленный стимуляцией клитора»

С течением времени клиторальный оргазм, однако, стали считать не только равноценным оргазму вагинальному, но, более того, заговорили о том, что на самом деле существует только клиторальный оргазм, а вагинальный является мифом, так как все оргазмы (даже при вагинальной интромиссии) являются результатом непосредственной или опосредованной стимуляции клитора. Так, Р. К. Вестхеймер⁹ отмечает: «Теперь считается, что клитор является главным органом, участвующим в женском оргазме. Ранее считалось, что существует оргазм высшего порядка, известный как «вагинальный». Однако доказано, что это миф и, как стало известно в настоящее время, все оргазмы прямо или косвенно являются результатом стимуляции клитора. Обычно женщины достигают оргазма от прикосновения к клитору и в результате его стимуляции. Даже женский оргазм, вызванный проникновением во влагалище, связан со стимуляцией клитора. При сношении малые губы и влагалище обычно растягиваются. Поскольку посредством соединительной ткани они сообщаются с клитором, растягивание вызывает стимуляцию клитора. Такая стимуляция ответственна за последующий женский оргазм...»

Исследование австралийского уролога Н. Е. О'Connell и соавторов с использованием МРТ, результаты которого были опубликованы в 2005 г.¹⁰, также указывает на связь между оргазмами, испытываемыми при воздействии на влагалище и клитор, исходя из того, что клиторальные ткани распространяются на переднюю стенку влагалища. По мнению этих авторов, следовательно, клиторальный и вагинальный оргазмы имеют то же самое происхождение¹¹. Ими при исследовании трупов также было установлено, что некоторые женщины имеют «более обширные клиторальные ткани и нервы, чем другие», что в большей степени отмечается у трупов молодых женщин по сравнению с пожилыми¹². Следовательно, в то время

9 Вестхеймер Р. К. Энциклопедия сексуальности человека [пер. с англ.] / Р. К. Вестхеймер. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.— с. 151

10 О'Connell Н. Е. Anatomy of the clitoris / Н. Е. О'Connell, К. V. Sanjeevan, J. M. Hutson // The Journal of Urology. – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.

11 О'Connell Н. Е. Anatomy of the clitoris / Н. Е. О'Connell, К. V. Sanjeevan, J. M. Hutson // The Journal of Urology. – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.

12 Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (датаобращения: 20.07.2014).

как большинство женщин могут достичь оргазма только путем прямой стимуляции внешних частей клитора, стимулирование его внутренних частей при половом акте может быть достаточным для других женщин¹¹. Несмотря на то, что при некоторых ультразвуковых исследованиях было найдено доказательство существования G-пятна (G-spot) у женщин, которые сообщают о связанном с ним вагинальном оргазме при половом акте, Н. Е. О'Connell предполагает, что взаимоотношения между клитором и влагалищем предоставляют физиологическое объяснение роли предполагаемого G-пятна. Чувствительность G-пятна в данном подходе объясняется вовлечением клитора при стимуляции этого пятна.

Французскими исследователями Odile Buisson (Одиль Бюиссон) и Pierre Foldès (Пьер Фолдес) были получены сходные результаты. В 2008 г. они опубликовали результаты первого полного 3D УЗИ, где осуществлялась стимуляция клитора, а в 2009 г. результаты нового исследования, демонстрируя способы, когда эректильная ткань клитора наливается кровью и окружает влагалище. Исходя из этого, они заявляют, что женщины могут достичь вагинального оргазма посредством стимуляции G-пятна потому, что богато иннервируемый клитор подтягивается близко к передней стенке влагалища, когда женщина сексуально возбуждена во время вагинального проникновения. Авторы утверждают, что, поскольку передняя стенка влагалища неразрывно связана с внутренними частями клитора, стимулирование влагалища без стимуляции клитора «может быть почти невозможно»¹². В своем исследовании, результаты которого были опубликованы в 2009 г., они продемонстрировали тесную связь между корнем клитора и передней стенкой влагалища. Buisson и Foldès предположили, «что особую чувствительность нижней части передней стенки влагалища можно объяснить давлением и движением корня клитора во время вагинального проникновения и последующего сокращения промежности»¹².

В своей статье 2013 г. О. 1. Buisson, Е. А. Jannini¹³ отмечают, что женщины описывают, по крайней мере, два типа оргазма: клиторальный и вагинальный. Тем не менее, различия, если таковые имеются, вызывают споры. Для того чтобы выяснить функциональную анатомию этого феномена, чаще всего достигаемого за счет стимуляции клитора, исследователи использовали УЗИ с целью визуализации движений клитороуретровлагинального комплекса (clitorourethrovaginal [CUV] complex) как при внешней, прямой стимуляции клитора, так и во время вагинальной стимуляции. УЗИ было проведено у трех здоровых волонтеров с применением the General Electric® Voluson® sonographysystem (General Electric Healthcare, Vélizy, France), используя 12-МГц плоский зонд и вагинальный датчик. Осуществлялась сонография стимулируемого клитора во время ручной самостимуляции «внешнего клитора» или во время влагалищного проникновения с помощью влажного тампона. Результаты проведенного исследования показали, что корень клитора не связан с внешней стимуляцией клитора. В отличие от этого, при вагинальной стимуляции (из-за движений и перемещений) фиксируется вовлечение всего CUV комплекса и, в частности, корней клитора, демонстрируя функциональные различия в зависимости от типа стимуляции. Цветовой сигнал указывает на скорость потока в венах, отражая анатомические изменения. На основании проведенного исследования, авторы делают

13 Buisson O. 1. Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation / O. 1. Buisson, E. A. Jannini // J Sex Med. – 2013. – 10 (11). – P. 2734–2740.

вывод, что существование двух типов возбуждения можно объяснить вовлечением различных частей клитора (внешней и внутренней) и CUV комплекса.

В одном материале^{14, 15} сообщается, что за более чем пять миллионов лет эволюции человека появился только один орган — клитор, единственным назначением которого является сексуальное удовольствие. Однако изучением его анатомии углубленно практически никто не занимался, чего нельзя сказать о мужском половом члене. Поэтому у многих сложилось впечатление, что клитор — это только его головка. Спросив у первой встречной, где расположен клитор, вы, скорее всего, получите следующие ответы: «это маленькая шишечка в верхней части моих половых губ» или «это бугорок, спрятанный под капюшоном». Однако интересно то, что на самом деле большая часть клитора находится внутри таза, то есть он гораздо более внутренний, чем внешний. Внутренняя часть клитора состоит из двойного пещеристого тела (лат. *corpuscavernosumclitoridis*), двух ножек (лат. *crusclitoridis*) и двух клиторальных луковиц (лат. *bulbusvestibulivaginae*). Головка клитора переходит в тело внутреннего клитора, которое в свою очередь расходится в два пещеристых тела. В возбужденном состоянии пещеристые тела охватывают влагалище с обеих сторон, как если бы они крепко обнимали его! Пещеристые тела уходят еще глубже, сходясь и вновь раздваиваясь, чтобы сформировать две ножки (см. рис.1). Около каждой ножки с обеих сторон от входа во влагалище расположены клиторальные луковицы. Они находятся под большими половыми губами.

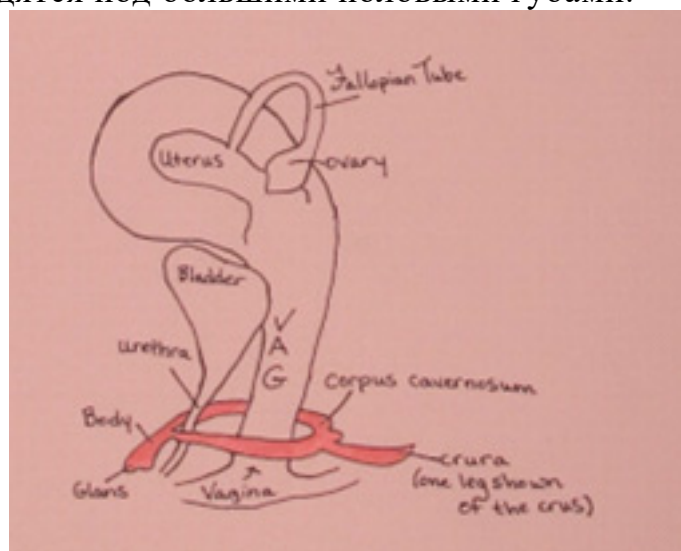


Рис.1. Клитор в возбужденном состоянии

Надписи на рисунке: *vagina* или *vag* — влагалище, *uterus* — матка, *fallopiantube* — фаллопиева труба, *ovary* — яичник, *bladder* — мочевой пузырь, *urethra* — уретра, *glans* — головка клитора, *body* — тело клитора, *corpuscavernosum* — двойное пещеристое тело клитора, *crura* — ножка клитора).

14 Внутренний клитор. Feb. 28th, 2013 at 11:30 AM. – URL: <http://meravelha.livejournal.com/184270.html> (дата обращения: 15.11.2014).

15 The Internal Clitoris. Posted on November 30, 2011. – URL: <http://blog.museumofsex.com/the-internal-clitoris/> (дата обращения: 15.11.2014).

Далее в цитируемой публикации обсуждается вопрос о том, возможно ли возникновение сексуального возбуждения при стимуляции влагалища^{16, 17}. Отмечается, что в 1953 г. Кинси (Kinsey) писал: «У подавляющего большинства женщин стенки влагалища практически нечувствительны... Нет никаких доказательств того, что для женщин влагалище является единственным источником возбуждения или даже первостепенным фактором эротического возбуждения». В противовес этому приводится мнение Жермен Грир (Germaine Greer) — автора книги «Женщина-евнух» (The Female Eunuch) (1970), в которой она раскритиковала Кинси. Она писала: «Это глупость — говорить, что женщина ничего не чувствует, когда в ее влагалище двигается член мужчины». Далее для разрешения этого заочного спора, где, как отмечается, каждый из этих двух авторов был по своему прав, в цитируемой публикации сообщается, что, к сожалению, только в 2009 г. французская исследовательница доктор Одиль Бюиссон (Dr. Odile Buisson) и доктор Пьер Фольде (Dr. Pierre Foldès) предоставили медицинскому сообществу первые трехмерные УЗИ стимулированного клитора. Исследования проводились без какого бы то ни было должного финансирования в течение трех лет. «Благодаря им мы теперь понимаем, как пещеристая ткань клитора наполняется кровью и охватывает влагалище — настоящий прорыв, который показывает, что то, что раньше считалось вагинальным оргазмом, на самом деле является внутренним клиторальным оргазмом»^{16, 17}. В связи с обсуждаемой проблемой интерес представляют данные, согласно которым по величине клитор такой же, как и пенис (они равны по размеру и весу)¹⁸.

Однако обсуждаемая парадигма не ограничивается только тем, что при стимуляции влагалища происходит опосредованная стимуляция клитора, что и приводит к оргазму. С такой стимуляцией клитора связывают и оргазм, который возникает при стимуляции анальной зоны. Сообщается, что у женщин «анальное удовольствие» может быть достигнуто не только при стимуляции нервных окончаний, найденных в анусе и прямой кишке, но также за счет опосредованного стимулирования ножек клитора. Косвенное стимулирование клитора посредством анального проникновения может быть вызвано вовлеченными чувствительными нервами, особенно ветвями срамного нерва (the pudendal nerve), который в настоящее время чаще называют половым (n. pudendus, n. pudendalis): нижними анальными нервами (the inferior anal nerves), промежностным нервом (the perineal nerve) и дорзальным нервом клитора (the dorsal nerve of the clitoris). G-пятно, которое считается связанным с клитором¹⁹, также может быть доступно через анальное проникновение. Помимо этого, оргазм путем стимуляции клитора или области G-пятна посредством анального проникновения возможен из-за непосредственной близости между вагинальной полостью и полостью прямой кишки²⁰.

16 Внутренний клитор. Feb. 28th, 2013 at 11:30 AM. – URL: <http://meravelha.livejournal.com/184270.html> (дата обращения: 15.11.2014).

17 The Internal Clitoris. Posted on November 30, 2011. – URL: <http://blog.museumofsex.com/the-internal-clitoris/> (дата обращения: 15.11.2014).

18 6 amazing things you didn't know about your clitoris. – URL: <http://www.yourtango.com/experts/susun-weed/six-amazing-things-you-didn-t-know-about-your-clitoris#.VHRH8DtX1nM> (дата обращения: 25.11.2014)

19 O'Connell H. E. Anatomy of the clitoris / H. E. O'Connell, K. V. Sanjeevan, J. M. Hutson // The Journal of Urology. – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.

20 Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (дата обращения: 20.07.2014).

Несогласие с позицией З. Фрейда высказывали и представители феминистского движения. Так, в классической статье Нью-Йоркской феминистки Anne Koedt «The Myth of the Vaginal Orgasm» («Миф вагинального оргазма») З. Фрейд даже назван отцом вагинального оргазма²¹. Цитируемый автор связывает мнение Фрейда, который не основывал свою теорию на изучении анатомии, с его общим отношением к женщинам как существам более низкого порядка по сравнению с мужчинами. Anne Koedt приводит высказывание последователя идей Фрейда психоаналитика Frank S. Caprio, который в своей работе «The Sexually Adequate Female» («Сексуально адекватная женщина») заявил: «... всякий раз, когда женщина неспособна к достижению оргазма посредством коитуса (если муж — адекватный партнер) и предпочитает клиторальное возбуждение любой другой форме сексуальной деятельности, она может быть расценена как страдающая от фригидности и требует психиатрической помощи»²². В данной статье можно, в частности, встретиться со следующими утверждениями:

- хотя переживание оргазма может отличаться, все оргазмы клиторальные;
- влагалищный оргазм — оргазм, который фактически не существует;
- женщины не нуждаются в какой-либо анестезии влагалища при операциях, что свидетельствует о его малой чувствительности;
- единственная функция клитора — доставлять сексуальное наслаждение.

Таким образом, из приведенных выше различных данных следует, что оргазм может быть связан только с прямой или опосредованной стимуляцией клитора. В этом подходе роль влагалища в возникновении оргазма сводится к нулю, и оно объявляется «немой» зоной — Золушкой, которая останется таковой навсегда²³. Данное утверждение, в частности, базируется на том, что в ряде публикаций прошлых лет сообщалось о полной нечувствительности влагалища, что не соответствует реальной действительности.

Парадигма 3. «Существуют различные равноценные генитально активированные оргазмы».

Как известно, «полюсовое» мышление практически всегда ведет к искажениям. Интересные исследования были осуществлены в США. В. Р. Komisaruk²⁴ и соавторами, которые провели специальное исследование, чтобы картировать ответы головного мозга на стимуляцию, исходящую из различных областей женских половых органов и сосков молочной железы. Авторы отмечают, что о проекции

21 The Myth of the Vaginal Orgasm by Anne Koedt (1970). – URL: <http://www.uic.edu/orgs/cwlherstory/CWLUArchive/vaginalmyth.html> (дата обращения: 11.11.2014).

22 Caprio F. S. The Sexually Adequate Female. – Fawcett Gold Medal Books, 1966. p. 64

23 Кочарян Г. С. Женский оргазм: смена и борьба парадигм / Г. С. Кочарян // Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання) – 2014: матеріали науково-практичної конференції, 16 – 17 жовтня 2014 р., курорт «Березівські мінеральні води». – Харків, 2014. – С. 75–76.

24 Komisaruk V. R. Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence / V. R. Komisaruk, N. Wise, E. Frangos, W-C. Liu, K. Allen, S. Brody // J Sex Med. – 2011. – 8 (10). – P. 2822–2830.

влагалища, шейки матки и сосков в сенсорной коре людей не сообщалось. Цель данного исследования — картировать сенсорные корковые области клитора, влагалища, шейки матки и сосков молочной железы для объяснения роли нервных механизмов, лежащих в основе сексуального ответа. Используя функциональную магнитно-резонансную томографию, ученые картировали сенсорные корковые ответы на клиторальную, влагалищную, шеечную и мамиллярную самостимуляцию. Для ориентации также картировались ответы на стимуляцию большого пальца руки и большого пальца ноги. Полученные результаты свидетельствовали о том, что клиторальная, влагалищная и цервикальная самостимуляция активизировала дифференцируемые сенсорные корковые области, которые были сгруппированы в медиальной коре (парацентральной дольке) и связаны с иннервацией различными центростремительными нервами и разными поведенческими коррелятами. Самостимуляция сосков активизировала генитальную сенсорную кортикальную (так же как и торакальную) область миниатюрной карты. Активация генитальной сенсорной коры при самовозбуждении сосков была неожиданной. Отмечается, что генитальная сенсорная кора, идентифицированная в классической модели человека Пенфилдом (Penfield) при электрическом возбуждении мозга только у мужчин, была впервые идентифицирована при проведении характеризуемого исследования у женщин²⁵.

Помимо этого, было выявлено, что женщины даже с полным поперечным поражением спинного мозга в ряде случаев могут испытывать оргазм при вагиноцервикальной стимуляции, однако стимуляция клитора к этому не приводит. Это связывают с различием в иннервации клитора и матки. В частности, в чувствительной иннервации матки участвует блуждающий нерв, который достигает головного мозга, минуя спинной мозг. В иннервации же клитора данный нерв не участвует^{25, 26}. Этот факт также свидетельствует против того, что генитально активированный оргазм может быть только клиторальным.

Проблема возможности возникновения вагинально активированного оргазма (ВАО) стала предметом дискуссии 6 ученых. В 2012 г. она нашла отражение в *Journal of Sexual Medicine*²⁷. Эксперт № 1, наряду с экспертом № 2, рассмотрели данные специальной литературы, демонстрируя анатомическую возможность для ВАО. Эксперт № 3 представил валидизированные сообщения женщин о приятных сексуальных реакциях и адаптивной значимости ВАО. Эхографическое динамичное доказательство было представлено экспертом № 4 (описывался оргазм, полученный от стимуляции либо внешнего, либо внутреннего клитора (во время вагинального проникновения). Эксперт № 5 представил свои изящные опыты, показывая однозначно различные сенсорные ответы на клиторальную, вагинальную и цервикальную стимуляцию. Наконец, последний эксперт представил находки относительно психологического сценария, свидетельствующего о ВАО.

25 Komisaruk B. R. Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence / B. R. Komisaruk, N. Wise, E. Frangos, W-C. Liu, K. Allen, S. Brody // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (10). – P. 2822–2830.

26 Komisaruk B. R. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves / B. R. Komisaruk, B. Whipple, A. Crawford, S. Grimes, W-C Liu, A. Kalnin, K. Mosier // *Brain Res.* – 2004. –1024 (1-2). – P. 77–88.

27 Jannini E. A. Female orgasm(s): one, two, several / E. A. Jannini, A. Rubio-Casillas, B. Whipple, O. Buisson, B. R. Komisaruk, S. Brody // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (4). – P. 956–965.

По нашему мнению, попытка дискриминации влагалища как возможного источника возникновения оргазма выглядит тем более несостоятельной, так как хорошо известно о возможности возникновения оргазма при негенитальной стимуляции (соски грудных желез, оральная зона, внутренняя поверхность правого коленного сустава и др.) и психического оргазма, возникающего при сексуальных фантазиях и даже, более того, спонтанно. Не вызывает сомнений, что в этих случаях клитор никоим образом не получает какой-либо стимуляции. Непонятно, почему стимуляция, например, коленного сустава, может вызвать оргазм, а стимуляция влагалища — нет, тем более, что во влагалище есть ряд эрогенных зон. В заключение следует отметить, что, по-видимому, невозможность возникновения оргазма при стимуляции влагалища является научно необоснованной сексуальной дискриминацией этого органа²⁸.

Следует отметить, что оргазмы могут быть смешанными. В. R. Komisaruk et al²⁹ сообщают, что различия в ощущениях при стимулировании клитора, влагалища и шейки матки наиболее вероятно обусловлены отличиями в их иннервации. Клитор главным образом иннервируется срамным нервом (the pudendal nerve), влагалище — в основном тазовым нервом (the pelvic nerve), а шейка — главным образом подчревной (hypogastric), тазовым (pelvic) и блуждающим (vagus) нервами (nerves). Стимулирование каждой из этих областей может продуцировать оргазмы, отличающиеся по своим ощущениям. Комбинированная же стимуляция всех трех областей имеет совокупный эффект, порождая «смешанный оргазм» («blendedorgasm») (I. Singer, 1973; Ladasetal., 1982, 2005)²⁹.

Необходимо отметить, что различные виды генитально активированного оргазма требуют использования различных техник для его достижения³⁰.

В заключение хотелось бы высказать ряд соображений, имеющих отношение к терминологии женского оргазма. По нашему мнению, такие определения как «вагинальный оргазм», «клиторальный оргазм», «цервикальный / шейный оргазм» и т. п. являются семантически несостоятельными. При всех названных и не названных видах оргазма в процесс вовлекаются различные органы и системы. Даже если определять только вовлеченность в оргазм гениталий, то при так называемом клиторальном оргазме в процесс вовлекаются и влагалище, и матка. Поэтому для разграничения различных видов оргазма (не только связанного со стимуляцией гениталий) следует использовать следующие термины: «оргазм, обусловленный стимуляцией клитора», «оргазм, обусловленный стимуляцией влагалища», «оргазм, обусловленный стимуляцией шейки матки», «оргазм, обусловленный оральной стимуляцией» и т. д. Также может быть использована вышеупомянутая терминология западных авторов («вагинально активированный оргазм» [the vaginally activated orgasm] и т. д.)³¹.

28 Кочарян Г. С. Женский оргазм: смена и борьба парадигм / Г. С. Кочарян // Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання) – 2014: матеріали науково-практичної конференції, 16 – 17 жовтня 2014 р., курорт «Березівські мінеральні води». – Харків, 2014. – С. 75–76.

29 Komisaruk V. R. The science of orgasm / V. R. Komisaruk, C. Beyer-Flores, B. Whipple. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – x + 359 p.

30 Кащенко Е. А. Женская аноргазмия: как преодолеть половую холодность / Е. А. Кащенко – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 216 с.

31 Jannini E. A. Female orgasm(s): one, two, several / E. A. Jannini, A. Rubio-Casillas, B. Whipple, O. Buisson, V. R. Komisaruk, S. Brody // J Sex Med. – 2012. – 9 (4). – P. 956–965.



ДОМОРАЦКИЙ
Владимир Антонович

доктор медицинских наук, профессор
Белорусского государственного университета,
г. Минск

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ **СЦЕНАРИИ ЖИЗНИ И СЕКСУАЛЬНОСТЬ**

В ряде случаев сексуальные проблемы клиента можно рассматривать через призму жизненных сценариев, описанных Э. Берном. С точки зрения транзактного анализа сценарии создаются, чтобы проводить время жизни. Они основаны на твердых детских решениях и родительском программировании, которое постоянно возобновляется, например, при телефонных разговорах, в переписке или при регулярных контактах с родителями. Когда родители умирают, их инструкции часто помнятся еще более живо.

Выделяют шесть основных классов скриптов (сценариев), структурирующих время всего жизненного пути индивида. Их легче всего понять на примерах из греческой мифологии, где основные варианты жизненного пути человека описаны в виде мифов.

1. Скрипт НИКОГДА.

Миф о Тантале, который вечно страдает от голода и жажды, потому что, даже видя воду и пищу, он не имеет возможности напиться и поесть. Людям с таким жизненным сценарием запрещено делать те вещи, которые им больше всего хочется делать. Они проводят жизнь в искушениях и танталовых муках. Они несут родительское проклятье, потому что ребенок в них боится того, чего ему больше всего хочется. Хочется, но нельзя, даже если очень хочется.

Сексуальный аспект скрипта «никогда»: этот сценарий запрещает любовь или секс, или и то и другое. Если запрещена любовь, но не секс — это своеобразная лицензия на неразборчивость в половых связях. Скрипт формирует проституток и альфонсов. Если же запрещен секс, но не любовь — получаются монахи, католические священнослужители. Люди посвящают себя богу, отказываясь от плотских удовольствий. Скрипт создает убежденных холостяков и старых дев, которые целиком посвящают себя каким-то социально значимым вещам, например, карьере или общественной работе.

У людей, следующих сценарию «никогда», существует соблазн перепрыгнуть через запрет. Например, проститутки тоскуют по настоящей любви, как главная героиня в фильме «Красотка». Сценарий «никогда» создает женщин никогда не испытывающих оргазма или мужчин-импотентов, которые будут состоятельны лишь в том случае, если к сексуальному партнеру у них нет любви. Классический случай

был описан еще Фрейдом — молодой мужчина не мог совершить половой акт с женой, которую боготворил, но был вполне potentен с проститутками. Потому что там, где секс — там не может быть любви и наоборот. Где настоящая любовь — там нет места низменным плотским чувствам. Объект большой любви возводится на пьедестал, ему поклоняются, им любят, но со статуями не спят.

Или не столь уж редкий современный вариант: мужчина женат без любви, или любовь уже прошла, супружеский секс вызывает скуку, но есть привычка и все всегда получается. Влюбляется в другую женщину, очень хочет с ней близости, но ничего не получается. Один из московских сексологов работал с такими случаями через растаптывание большой любви, низведения ее до обыденного плотского удовольствия с той другой — тогда у мужчины все получалось, но быстро надоедало.

2. Скрипт ВСЕГДА.

Миф об Арахне, которая посмела бросить вызов богине рукоделия Минерве и та, в отместку превратила Арахну в паука, вечно плетущего свою паутину. Такой сценарий создают недоброжелательные родители, которые внушают: «Если ты хочешь делать именно это, ты можешь провести всю оставшуюся жизнь за этим занятием». Это их послание: «Хочешь делать это? Ну и делай всю жизнь!». Это вариант вынужденного воспроизводства, который создают родители, произвольно связывая личность ребенка с каким-то отдельным жизненным фактом: «Если ты пьешь, так продолжай и дальше в том же духе». «Ты забеременела — так твое место на панели!». В результате человек обречен делать то, к чему его приговорили. Он считает, что ничего изменить нельзя. Он обречен так жить дальше. Скрипт «всегда» порождает мужчин и женщин, склонных к беспорядочным половым связям, т. е. промискуитету, проводящих свою жизнь в бесконечной погоне за надеждой на успех в личной жизни.

3. Скрипт ПОКА НЕ (До тех пор пока).

Миф о Язоне, который не мог стать царем до тех пор, пока не выполнит всех заданий. Геркулес не мог стать богом, пока 12 лет не пробыл рабом. «Я не буду счастлив, пока не закончу университет». «Ты не должна иметь сексуальных отношений, пока не выйдешь замуж». Скрипт «пока не» порождает задержанных бытом домохозяек и усталых мужчин-служащих, которые не способны к половому возбуждению и удовлетворению, пока не будет все сделано по дому, пока не улажены дела фирмы. У одного нашего пациента при попытке коитуса часто возникали яркие воспоминания о работе в офисе, ситуациях переговоров с партнерами, и дальше ничего не получалось. Даже если возникло возбуждение, оно легко могло быть прервано мелочами, которые нужно немедленно сделать или что-то проверить. У Жванецкого есть миниатюра: «Когда я закончу институт, потом аспирантуру, защищу сначала кандидатскую, а потом докторскую, вот тогда я, наконец, заживу и смогу гулять, веселиться, тратить много времени на женщин, что я делаю уже сейчас, причем без всяческих подобных хлопот». Сценарий пока не может также побуждать к легкомысленным знакомствам,

сексуальным играм, чтобы убить время, пока, наконец, не появится тот, с которым навсегда. Но время идет, а тот единственный, которого ждут, так и не появляется...

4. Скрипт НО ПОТОМ.

Миф о Дамокле, который был царем и наслаждался жизнью до тех пор, пока не увидел, что над головой висит меч, подвешенный за конский волос. Основная идея скрипта: «Ты можешь веселиться сколько угодно, но уж потом, когда начнутся неприятности, тебе не поздоровится. За всем этим последует расплата, ибо таково предписание свыше». Страх пред грядущими неприятностями заставляет таких людей бояться, когда все идет слишком хорошо: «Что-то у меня все в порядке. Как бы чего не случилось...» Родительское влияние выражено в скрипте в угрозах типа: «Вот когда выйдешь замуж, пойдут дети — хлебнешь горя». Это означает: «Добрые времена пройдут, как опадают лепестки роз, поэтому спеши насладиться цветами пока не поздно». Страх будущих неприятностей, как дамоклов меч висит у них над головой, мешая жить в настоящем, «здесь и теперь». Нередко у женщин с таким сценарием из-за опасений возможного негатива, связанного с половой жизнью (аборты, беременности и дети, от которых не будет житься) снижено половое влечение и сексуальная возбудимость, имеются проблемы с достижением оргазма.

5. Скрипт ОПЯТЬ И ОПЯТЬ.

Миф о Сизифе, который тащил камень в гору, но когда он был уже за шаг до вершины, камень падал вниз, и ему приходилось все начинать сначала. «Вот я уже почти достиг в жизни того, чего хотел, оказался в одном шаге от цели и вот опять. Почему это всегда со мной случается?» Так создаются вечные девушки на выданье и старые холостяки. Или другой вариант: повторные браки, в которых снова и снова возникают старые проблемы. «Почему каждая последующая жена хуже предыдущей?», — вопрошал один наш пациент. В этом случае вроде достиг некой вершины, но по инерции покатил камень дальше, к новой вершине. Так и скачут, но радости от этого мало. В сексуальном плане сценарий «снова и снова» — это плач многих женщин, которым опять чуть-чуть не хватило до оргазма. В последний момент мужчина эякулирует или делает что-то не то, возможно, не без помощи партнерши и она снова остается ни с чем. Это может продолжаться годами.

6. Скрипт ОТКРЫТЫЙ КОНЕЦ.

Миф о Филимоне и Бовкиде — супружеской чете, которая прожила всю свою жизнь согласно предписаниям богов. За это боги в награду превратили их в лавровые деревья. Окончание жизни некоторых людей напоминает тихое шелестение листьев на деревьях. Это сценарий тех людей, которые выполнили свою жизненную программу и начинают вести растительный образ жизни. Они живут тихо и мирно, заботясь только о еде, о том, какой сериал будут показывать сегодня по телевизору. Идея скрипта: «Мы все в жизни уже сделали, а теперь будем ждать, когда нас в рай заберут». Они ничего не хотят видеть впереди, а живут лишь воспоминаниями. Вот раньше были времена,

а теперь ничего хорошего. Уйдя на пенсию, часто чувствуют себя обделенными. Они всегда были законопослушными гражданами, делали все, что предписывало государство, а что взамен? Они доживают, тихо шелестя листочками, не знают, чем им заняться в старости и ждут смерти как избавления. Этот сценарий создает быстро стареющих мужчин и женщин, довольствующихся лишь воспоминаниями о прошлом сексуальном опыте. Такие люди расценивают секс в пожилом возрасте как усилие, как утомительную обязанность. Они считают, что слишком стары для этого. Это соображение позволяет им дезертировать с сексуального фронта. Но в норме сексуальность может сохраняться до преклонного возраста, более того, регулярная половая активность, как мы знаем, часто коррелирует с более высоким жизненным тонусом и лучшими показателями здоровья.

Сценарии могут подавлять, преувеличивать или искажать естественные сексуальные потребности, т. к. содержат очень много наносного (мнения родителей, предосторожности взрослых, детские решения, социальное давление). Это следует учитывать при выработке стратегий психотерапии сексуальных дисгармоний и дисфункций.

Следует помнить, что людей, привязанных к сценарию, можно разделить на 2 типа:

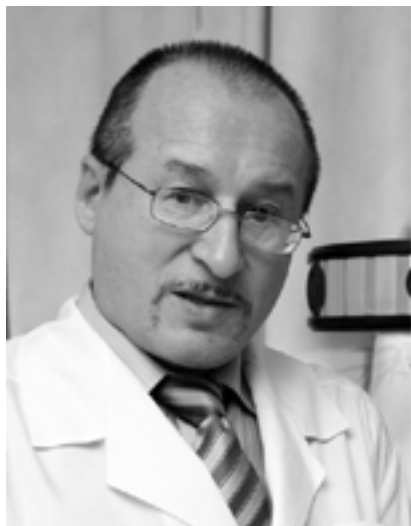
1. Люди, руководимые сценарием (у них есть много разрешений, которые позволяют проявлять достаточную гибкость в рамках сценария). Исполнив необходимые сценарные па, они могут позволить себе и поразвлечься.

2. Люди, одержимые сценарием. Они реализуют свой сценарий любой ценой. Типичный пример — деградированный алкоголик или наркоман. Они буквально мчатся навстречу собственной гибели, потому что они — жертвы рокового сценария.

Приведем пример последней степени послушания (буквального следования сценарию). Мать всегда говорила ей, чтобы она берегла себя и носила резиновые сапоги, чтобы не промочить ноги. Она также часто говорила дочери: «Чтоб ты провалилась!» Будучи хорошей девочкой, она была в резиновых сапогах, когда свалилась с моста.

Задача психотерапии в подобных случаях заключается в использовании различных стратегий, которые позволяют людям, привязанным к сценарию, расширить свои горизонты и из одержимых сценарием превратиться в руководимых сценарием. Это уже позволяет им использовать более гибкие и адекватные поведенческие стратегии, в том числе и в супружеских отношениях.

Антисценарии предполагают поведение прямо противоположное сценарию. Делай все наоборот! Мать сыну говорит: «Не пей» — начинает пить еще больше. «Сынок, учись прилично!» — бросают учиться. Любым способом добиваются неудачи, обращаясь при этом к родительской программе с точностью до наоборот, перевертывая ее на другую сторону. Люди с подобными деструктивными антисценариями также нуждаются в психотерапевтической помощи.



ПРОКОПЕНКО
Юрий Петрович

к.м.н., ст. научный
сотрудник отдела
сексопатологии
филиала «Федеральный
центр медицинских
исследований
психиатрии и
наркологии»
Министерства
здравоохранения
Российской Федерации

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ СЕКСОЛОГИЯ: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА ЕДИНЕ С БОЛЬНЫМ

Общение врача и пациента нередко становится серьезным испытанием для обеих сторон. Непонимание жалоб врачом, непонимание вопросов или рекомендаций пациентом снижают качество лечения. При этом доступность общения затрудняются при наличии у пациента определенных психических состояний или заболеваний, объяснений на неродном языке, использование терминологии, имеющей ограниченное распространение в связи с местом проживания, воспитанием, средой обитания и т.д.

Понимание смысла понятий, вкладываемых больным в жалобы и не менее четкое понимание больным сказанного врачом, становится гарантией объективного определения одних и тех же дефиниций, несмотря на то, что большинство пациентов используют бытовую лексику или неверно истолкованные специфические термины, а врачи — медицинскую.

Особенно это касается сексологического контингента, у которого смущение, неумение выразить тонкие различия между близкими понятиями или действиями, отсутствие понимания основных сексологических явлений может стать препятствием к получению объективной информации обеими сторонами и, как следствие, привести к снижению эффективности медико-психологического воздействия.

Язык, на котором больной декларирует свои жалобы, обычно представляет собой конгломерат основных медицинских понятий, житейских слов и выражений, детского языка, различных жаргонов, собственных неологизмов и новояза. При этом доля участия каждого из компонентов может значительно варьировать у людей примерно одинакового интеллектуального уровня.

Более выраженные различия могут быть отмечены в словарях мужчин и женщин: если мужчины стремятся к использованию более точных (с их точки зрения) механических аналогий, то женщинам присуще использование языка намеков, непрямых аналогий, цветастых выражений, замещающих биологическую природу происходящего психологическими рассуждениями.

Сложность понимания состояния пациента может быть связана с попытками предъявить не жалобы, а их интерпретацию в виде диагноза, поставленного другими специалистами или самодиагностики, а также использования сравнений вместо описаний.

В связи с указанными особенностями врач-сексолог должен не только владеть медицинской терминологией, но и понимать бытовые и жаргонные термины, чтобы представлять, что именно пациент может иметь в виду, для последующего уточнения.

Между тем, естественные различия в словарях врача и пациента нередко затрудняют сбор анамнеза, а в ряде случаев могут способствовать неверной интерпретации полученной информации.

Врач использует медицинский язык — точный, подробный, вкладывающий строго определенное значение в каждый термин. Попытки пациента изъясняться на этом же языке, как правило, встречаются врачом негативно: использование диагностической единицы вместо жалоб не дает уверенности в том, что пациент реально оценивает свое состояние или ситуацию, поскольку уровень профессиональной подготовки к нему, как правило, минимальный. Поэтому врачи более позитивно расценивают употребление пациентом бытового, детского или любого другого языка, а в ряде случаев настаивают на исключении из рассказа профессиональной терминологии.

Таким образом, врач и пациент оказываются в примерно равном положении: оба могут интерпретировать одни и те же слова в произвольном понятии, если нет договоренности об их значении.

Клиническое мышление, стремление перейти с симптоматического уровня жалоб пациента на нозологический уровень заставляет сексолога углубляться в тонкости анамнестических данных пациента и договариваться о едином значении отдельных терминов и выражений.

В то же время, вполне возможна ситуация, когда одно и то же слово обеим сторонам кажется интуитивно понятным — но при этом выражает разный смысл. В таком случае возможно ложное понимание значения, что создает риск ошибки при постановке диагноза, или при понимании смысла назначений врача.

Существует множество медицинских, психологических, социологических и других словарей, содержащих сексологическую лексику^{1,2,3}. Кроме того, существуют

1 Васильченко Г.С. Общая сексопатология. М., Мед., 1977, 547 с.

2 Кон И.С. Введение в сексологию. М., Медицина, 1989.

3 Прокопенко Ю.П. Медицинский словарь-справочник (сексология, урология, гинекология, психиатрия, эндокринология, психология, андрология). М., Рипол-классик, 2004, 352 с.

словари, содержащие обсценную лексику и матерную речь, которые также используют пациенты для выражения сексуальных жалоб^{4, 5, 6, 7, 8}.

В этой области есть весьма экзотические случаи: в 2001-2005 гг. А. Плущер-Сарно издал два первых тома 12-томного словаря русского мата под названиями «Лексические и фразеологические значения слова „хуй“»⁹ и «Лексические и фразеологические значения слова «пизда»»¹⁰.

Медицинские словари, из которых пациенты могут почерпнуть определенные объективные термины, рассматривают, в основном, достаточно абстрактные понятия — например, «сексуальное возбуждение», «копулятивный цикл» и др., что не позволяет пользоваться этими знаниями для описания сиюминутных жалоб и понимания тонких различий в рекомендациях врача.

В то же время, словари различных жаргонов, как правило, толкуют дефиниции через эмоциональное значение, либо через использование в узком кругу, либо в иносказательном смысле, что совершенно недостаточно для определения объективного значения понятий.

Кроме того, для создания целостной картины психологического отношения пациента к сексуальности вообще и к насущной проблеме, в частности, необходимо также понимать эмоциональный контекст объяснений пациента. Например, обозначение женщины, профессионально занимающаяся сексом в целях заработка: презрительно (шлюха); культурный и бытовой язык (проститутка); бюрократически (женщина, часто меняющая половых партнеров); фамильярно (женщина легкого поведения); вульгарно-презрительное (потаскуха); разговорное, обесценивающее (девка, пчелка, наложница, соержанка, шлюха); эвфемизм (жрица любви); современное (работница секс-индустрии); резкое, грубое (подстилка, сушилка) и т.д.¹¹

4 Drummond D.A., Perkins G. Dictionary of Russian Obscenities. 3-d, revised edition. Oakland, 1987, 94 s.

5 Ахметова Т. В. Русский мат. Толковый словарь. М., СП «ВМ», 1992, 211 с.

6 Балдаев В.К., Исупов И.М. Словарь тюремно-лагерно-блатного жаргона (речевой и графический портрет советской тюрьмы). М., «Края Москвы», 1992, 526 с.

7 Кудрявцев А.Ю., Куропаткин Г.Д. Англо-русский словарь сленга и ненормативной лексики. АСТ, Торсинг, 2004, 384 с.

8 Флегон А. За пределами русских словарей. Лондон, Флегонпресс, 1973.

9 Плущер-Сарно, А. Большой словарь мата. Т. 1: Лексические и фразеологические значения слова «хуй». СПб.: Лимбус Пресс, 2001, 392 с.

10 Плущер-Сарно, А. Большой словарь мата. Т. 2: Лексические и фразеологические значения слова «пизда». СПб.: Лимбус Пресс, 2005, 544 с.

11 Кон И.С. Язык и секс. Иллюстрированная сексологическая энциклопедия. <http://www.neuronet.ru/bibliot/b003/sx26006.html>

Подобные особенности могут создавать объективные и субъективные сложности в общении врача и пациента. Поэтому врачу необходимо заранее планировать анализ высказываний пациента, какими бы интуитивно понятными они ни казались.

Например, фраза мужчины «При этом я испытываю возбуждение...» требует уточнения, что именно мужчина пытается донести до врача:

А. наличие эмоциональной (аффективной) реакции и желания иметь близость в какой-то форме (но без особых телесных реакций);

В. наличие экстрагенитальных телесных реакций — ощущения тепла внизу живота, реакций сосков, покраснение кожи;

С. наличие генитальных реакций в виде эрекции или хотя бы воллюста, набухания яичек, выделений из уретры, эякуляции.

Кроме того, пациенты могут мельком неспецифически обозначить, что означает для них само понятие желания, в чем выражается, как часто появляется, как проявляется в действиях, как подавляется. Стандартные вопросы врача на эту тему нередко встречают непонимание, поскольку слишком стандартизованы и выражают общие понятия.

Разъяснив пациенту, что именно означают те или иные понятия, врач может вместе с ним проследить динамику стадии полового возбуждения во времени и по мере развертывания сексуального эпизода: например, наличие эмоционального настроя (п. А) во время общего контакта в присутствии посторонних; присоединение телесных экстрагенитальных и невыраженных генитальных реакций (п. В) при создании условий, в которых возможна близость; появление эрекции в результате фантазий, или ласк партнёрши, или при уверенности в осуществлении сексуального контакта. При нарушении I фазы копулятивного цикла динамика будет иная, что позволит предположить наличие провоцирующих моментов, приводящих к сексуальному расстройству в дебюте близости.

Жалобы пациента. Наиболее частые жалобы у мужчин касаются ускоренного семяизвержения и/или ослабления эрекции. При этом эрекция нередко называется стояком, торчком, могут быть использованы как существительные, так и глаголы. В то же время для невротизированных пациентов упоминание об эрекции могут быть некомфортными, что заставляет их избегать любых упоминаний и уточнений состояния пениса, в связи с чем описание близости начинается как бы с середины, создавая впечатление полного отсутствия I стадии возбуждения.

Релизеры — стимулы, вызывающие половое возбуждение: женщина, как таковая; ее действия, ее вид, ее активность, ее выделения, ее возбуждение; собственные фантазии; и др. Пояснения на эту тему, как правило, требуют помощи со стороны врача и понимания им высказываний пациента. Часть мужчин не понимают собственные стимулы и реакции, часть скрывает информацию, расценивая ее как постыдную или

ненормальную, часть затрудняется в понятийной передаче. Терминология колеблется от романтической и натужно-романтической (как следствие собственного опыта общения с женщинами) до физиологической и механистической. Часть мужчин расценивают необходимость участия женщины в процессе возбуждения как некую постыдную подробность, что выражается в соответствующих эмоциональных оттенках или в умолчании о факторах, способствующих возбуждению.

Отдельные затруднения могут возникать при описании поведения женщины, ее вида, активности, ее физиологических и психологических особенностях в процессе разворачивания копулятивного цикла. Любой фактор может трактоваться как позитивный или как угрожающий, что выражается в подборе слов и эмоциональных оттенков.

Анти-релизеры — факторы, негативно влияющие на половое возбуждение мужчины на протяжении всей близости: поведение женщины, ее вид, ее активность\пассивность, собственные страхи, некомфортность обстановки, некомфортность ситуации, как таковой и др. В высказываниях мужчины могут содержаться страх, злость, пренебрежение, отчаяние и другие отрицательные эмоции. В то же время от врача требуется активная позиция для выяснения этих негативных факторов, даже несмотря на часто использование пациентом матерных слов и обсценных выражений, которые проявляют эмоциональное отношение мужчины к существующей проблеме.

Пенис. Могут быть использованы любые существительные, как-то связанные с твердостью, длиной, вертикальным положением (а при слабой эрекции — с горизонтальным). Нередко пенис персонифицируют, называя малыш, малый, дружок и т.д., что может привести к представлению о наличии группового полового сношения («я был возбужден, а младшенький не захотел»). Это связано с желанием дистанцироваться от проблемы, назначить ответственным за эрекцию и за неудачу в сексе пенис, который как бы не принадлежит мужчине, действует против него и вопреки его желаниям, обладая собственной, причем, злой, волей.

Отдельно мужчина может упоминать о состоянии мошонки: ее набухании, тепле в яичках, подтягивании мошонки кверху, появлении пульса в промежности. В зависимости от ситуации и от личного понимания физиологии данных процессов, мужчина может употреблять слова как позитивного, так и негативного регистра, а также не придавать значения этим изменениям.

Эрекция. Пациенты, как правило, способны передать различия в выраженности эрекции, не смешивая воллюст и полноценную эрекцию. В то же время, выражения типа «член стоял на 60 процентов» является субъективным и требует от врача определенного упорства для получения более объективных показателей явления. Выражения «как торчок», «ствол», «размазня», «пипилек» и др. как правило, проявляют субъективную оценку происходящего и, при наличии разных определений

для одной ситуации (например, состояние эрекции перед имиссией) может потребовать создания некоей «шкалы измерений», чтобы понимать, когда речь идет о большей или меньшей эрекции в разных эпизодах.

Упругость эрекции, длительность эрекции в различных условиях может выражаться одними и теми же словами или разными, несущими оттенки отношения к данной ситуации: при мастурбации, при ласках со стороны женщины, при фрикциях, при бытовых ситуациях и др. Это создает необходимость дополнительной оценки ситуации врачом, поиска невротизирующих моментов, особенностей личности и др.

Половой акт. И мужчины, и женщины могут использовать любой активный глагол, в том числе, и несуществующие в русском языке, типа «влындрить», «впендюрить», «вдолбать», а также существительные типа «действие», «работа», «отдых», «наслаждение» и производные от них глаголы. Возможны определения собственного изобретения, происхождение которых может быть неопределенным, например, «лимпампация». Кроме того, женщины могут избегать упоминаний о половом акте, как таковом, что создает впечатление петтинга без коитуса. Понятие коитуса может заменяться понятиями позы при сношении или названием заместительной формы половой активности: «мы поласкались, потом минет, потом наездница, а трахать ее я так и не стал». Выражения типа «отхарил», «раздолбал», «тюкнул» могут нести негативный оттенок, что может послужить определенным диагностическим признаком.

Активность мужчины как часть общения и взаимопонимания с партнершей иногда преувеличивается, иногда рассматривается как имеющая отношение к основной жалобе, а потому не самостоятельно не раскрывается. Между тем, для врача важно, является ли эта активность собственной или инициированной женщиной, является приятной и возбуждающей частью любовной игры и сношения или становится поводом для сексуального нарушения. Эмоциональные оттенки высказываний мужчины могут стать отправной точкой для проведения рациональной психотерапии или супружеской секс-терапии. Для многих мужчин собственная активность и является исчерпывающим содержанием понятия сексуальности, в связи с чем описание собственных действий не производится: мужчине интуитивно кажется естественным не говорить о том, что есть у каждого — как дыхание или пищеварение. В противоположность этому, описание активности женщины может быть объемным и нести любые эмоциональные оценки, но, как правило, не объективную оценку того, к чему приводит эта активность.

Длительность сношения от имиссии до семяизвержения выражается либо четко в единицах времени («25–28 секунд», «от одной до двух с половиной минут» и т.д.) — что само по себе дает определенные представления о характере пациента; либо в сравнениях, которые могут иметь самых различных характер: «пять-десять кликов, и всё», «как петушок прокукарекал», «только к горлу подкатит, как не могу сдержаться», «два раза простонет — и я спёкся» и т.д.

Позы при сношении чаще описываются в рамках бытового жаргона («раком», «она сверху», «амазонка»), либо в терминах эротико-порнографических источников, начиная с Кама-сутры. При этом, как правило, не упоминаются активность партнеров, желательность или нежелательность именно такой позы, цель ее применения (например, «единственная возможная для достижения оргазма»), удобность для каждого из партнеров и др. Между тем, обоснование определенной активности каждого из партнеров и их взаимодействия может быть важным для понимания внутренних отношений в паре, особенностей личности и психики партнеров.

Эякуляция чаще описывается терминами, имеющими отношение к окончанию действия: кончил, тренькнул, спустил, выдал, приплыл и др. В ряде случаев разные слова касаются обстоятельств эякуляции: при вагинальном, или оральном, или анальном секса и при мастурбации. Необходимо понять, насколько это разнообразие имеет отношение к обстоятельствам или к параметрам семяизвержения (длительность, наполненность и др.).

Желание женщины в ответ на активность мужчины или собственное, в том числе, спонтанное. Как правило, мужчины не могут быстро охарактеризовать эти показатели, поскольку, в основном, ориентируются на собственные догадки и предположения. В то же время даже открытое признание женщины, например, «я хочу тебя», могут трактоваться мужчиной по-разному, что отражается в словаре и в эмоциональных оттенках речи.

Внешние проявления **возбуждения женщины** наиболее часто характеризуются словосочетанием «она вся текла, была мокрая, влажная и т.д.», однако, оценка состояния партнерши чаще базировалось на ее внешнем виде, словах, но не на объективной проверке. В ответ на прямые вопросы врача мужчина чаще всего перечисляет большинство признаков женского варианта стадии возбуждения копулятивного цикла, используя как прямые определения, так и опосредованные эмоциональные оценки.

Описание собственных реакций в ответ на возбуждение партнерши вызывает затруднение у большинства мужчин. Общий ответ, касающийся всего комплекса психологических и физиологических проявлений, слишком абстрактен и, как правило, не включает в себя упоминание особенностей, вызывающих затруднения при близости. Врачу необходимо последовательно отследить все варианты развития процесса, включая эмоциональные колебания, партнерские взаимоотношения, физиологические изменения и физические поступки.

Аналогичные затруднения возникают и на приеме женщины.

Возбуждение женщины, описываемое ею самой, как правило, маскируется эмоциональными аргументами, трактуется исключительно как следствие

влюбленности, аффективного состояния, романтических переживаний. В то же время, жалобы, касающиеся слабого возбуждения, сложностей в достижении оргазма, декларированные как причина обращения к сексологу, могут декларироваться в чисто физиологических терминах: «я сухая», «нет смазки», «грудь нечувствительная», «лежу как бревно» и др.

Оценивать возбуждение женщины необходимо, также ориентируясь на наличие экстрагенитальных и генитальных реакций, а также наличия внутренней потребности в сношении или в желании отдаться именно данному мужчине.

Активность женщины в рамках подготовительного этапа коитуса, предварительных ласк, периода фрикции, нередко выражается в сравнениях с своеобразно трактуемыми образами животных — кошечка, тигрица, тюлень, бабочка и т.д. Прямые вопросы врача и объяснения значений терминологии должны способствовать построению более объективной картины происходящего.

Таким образом, врач, как сторона, обладающая большими знаниями, чем пациент, должен стремиться к полноценному пониманию больного, а также и его слов пациентом. Достижение взаимного понимания, несмотря на определенные трудности в каждом конкретном случае является обязанностью врача и повышает уровень оказания медицинской помощи.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Р.В. БЕЛЕДА,

В.Г. ТАКТАРОВ,

В.П. ОВЧАРЕНКО

Московский
городской центр
сексопатологии

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Многолетние клинические наблюдения и опыт работы с большим количеством пациентов с различными нарушениями копулятивного цикла позволили разработать и внедрить высокоэффективный комплекс реабилитации данного контингента. Нами разработан подход, учитывающий как самые современные медицинские технологии, так и традиционную практику даосской и тантрической йоги. Основными моментами являются:

Представление о возможности стимуляции спинальных и корковых центров эрекции и эякуляции у мужчин при восходящем баромассаже и активации т.н. крестцовой и черепной помпы.

Существование на стволе и головки полового члена зон точно локализованного представительства гипофиза, эпифиза, надпочечников, тимуса, предстательной железы и пр., что позволяет активировать гипофизарно-гипоталамно-надпочечниково-тестикулярный комплекс рефлекторно-терапевтическим воздействием на половой член.

Возможность непосредственного неинвазивного, либорефлекторно-сегментарного воздействия на органокомплекс, имеющий отношение к реализации всех фаз копулятивного цикла (печень, толстый кишечник, простата и семенные пузырьки, плюригландулярный комплекс).

Описываемая методика показала хорошие результаты у мужчин молодого и среднего возраста при комбинированном использовании патентованных препаратов аюрведической и/или китайской традиционной медицины. Хороший эффект получен при снижении либидо, ослаблении силы и частоты адекватных эрекций, либо при их сочетании.

Для проведения восходящего баночного баромассажа использовались цилиндрические мини-барокамеры из оргстекла, диаметром 5–8 см и высотой 10–12 см соответственно. Режим пульсирующей декомпрессии создавался с помощью серийно выпускаемого прибора типа АЛИ–01 для лечения импотенции.

В соответствии с представлениями о локализации спинальных центров эрекции и эякуляции мини-барокамеры накладывались в проекции остистых отростков позвонков на уровне крестца 81–83, Т2 — соответственно точке цзи-чжун (точка надпочечников) и С7 — соответственно точке да-чжуй (зона ответственности

щитовидной железы, симпатических ганглиев, эпифиза). Создавалось разряжение до 0.4–0.5 кгс/кв.см, поддерживаемое в течение 1 минуты, либо одновременно во всех барокамерах, либо в режиме бегущая волна в направлении снизу вверх. После сброса разряжения и 2–3 секунд перерыва воздействие повторяли. Количество подобных подъемов довели до 9 на первых сеансах до 18 на последующих. Курс лечения — до 12–15 процедур. В ряде случаев при проведении процедуры в проекции барокамер образовывались гематомы, что рассматривалось как благоприятный и допустимый момент. В последующем происходила адаптация капилляров к баровоздействию и гематомы рассасывались.

По завершении баночного массажа производится точечный массаж т.н. нефритовой подушки — проекции точки гипофиза, соответствующей точке я-мень заднесрединного меридиана. Массаж производится в положении пациента стоя, с максимально запрокинутой назад головой — глаза при этом отведены кверху, а язык прижат к верхнему небу. Врач располагается сзади от пациента. Воздействие на точку, находящуюся под затылочным бугром на 1–1.5 см выше линии роста волос, осуществляется подушечками больших пальцев рук по направлению перпендикулярному полу. Воздействие осуществляется в течении 3–4 секунд 9–12 раз в тоническом режиме.

Рефлексотерапевтическое воздействие на представительские зоны полового члена осуществляли с помощью гелий-неонового лазера с красной полосой пропускания и длиной волны 0,63 мкм установки типа УЛФ–0.1 «Ягода» потоком мощности до 200 мВт/кв.см расфокусированный лучом до 1 см в диаметре, мощностью 150 мВт облучали головку полового члена и наружное отверстие уретры с расстояния 0,5–1,0 см по лабильной или стабильной методике на протяжении 2–5 минут. При этом происходит активация эпифиза, гипофиза, надпочечников, тимуса, щитовидной и предстательной желез. Кроме этого, на дорзальную поверхность головки воздействовали последовательно излучением ИК-лазера типа «мустанг» модель 021 с длиной волны 0.89 мкм в импульсном режиме с частотой 1500 Гц с мощностью в импульсе 7–9 Вт на протяжении 2–3 минут. Уже во время воздействия большинство пациентов начинали ощущать пульсацию и тепло в половом члене, яичках и промежности. Часто такое воздействие сочетали с проведением барофаллостимуляции (ЛОД-терапией) полового члена ранее описанной методике.

Для воздействия на ряд органов, участвующих в реализации акта эрекции и семяизвержении, воздействовали на проекцию органов и сосудисто-нервных пучков на поверхности тела ИК — Излучением установок типа «Мустанг» или «Узор-2К» время воздействия по 30–60 сек с частотой 80–150 Гц и мощностью 10 Вт в импульсе. Усиление кровоснабжения органов и нормализация симпато — парасимпатического равновесия — происходила при облучении проекции печени, области солнечного сплетения, области бифуркации аорты, проекции простаты трансабдоминально или чрезпромежностно. Транскутанно облучались бедренные артерии и пенильные артерии соответственно.



КАЩЕНКО
Евгений Августович

доктор
социологических
наук, профессор,
заведующий
междисциплинарной
кафедрой
сексологии ГЭТИ,
ученый секретарь
Российского научного
сексологического
общества (РНСО)

ДИСКУССИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ

МЕТОДЫ РАБОТЫ В «СЕКСУАЛЬНОМ ПОЛЕ»

Как известно, клиническая сексология занимается лечением пациентов с сексуальными расстройствами, а практическая психология сексуальности — оказанием необходимой психологической помощи клиентам через призму действенных методов. Знание и умение применять эти методы работы является основой профессии, как врача-сексолога, так и психолога-сексолога. Врачи-сексологи и психологи-сексологи трудятся на одном поле с той лишь разницей, что в случае самостоятельной работы с клиентами психологам достаются исключительно проблемы психогенного характера, а врачу добавляются соматические проблемы. Вместе они наиболее продуктивно способны оказывать помощь в поддержании сексуального здоровья граждан.

Казалось бы, эта аксиома не подлежит сомнению, однако в последние годы обнаружилось никому не нужное размежевание на этом поле, где некоторые отечественные врачи-сексологи пытаются отстоять свою незаменимость и цитируют Приказы Минздравсоцразвития РФ N 210н от 29.04.2009 года и N 415н от 07.07.2009 года. Лидерами в этом перетягивании каната в интернет пространстве выступает доктор медицинских наук, профессор Б. Е. Алексеев (см.: «Мир сексологии», №5) и несколько примкнувших к нему докторов (<http://doctors-sexologists.ru/>). Их смущает конкуренция урологов, андрологов, гинекологов, терапевтов, не нравится появление психологов-сексологов. Но действующий Приказ МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 года «О дальнейшем совершенствовании сексопатологической помощи населению» не позволяет перешагнуть «Положение о психологе отделения семейного врачебно-психологического консультирования».

Это похвально, когда специалисты отстаивают свои законные права. Но так ли на самом деле складывается ситуация? Неужели у современных врачей-сексологов особенные, только им известные методы работы, которым они учатся длительное время в медицинских институтах и ординатуре? И эти методы не под силу освоить психологам?

Может быть, такие универсальные специалисты прежде и существовали. Сегодня в ходе очередного реформирования большинство российских регионов остались вовсе без сексологов. В Москве по «народному рейтингу» ведут прием только 24 сексолога плюс несколько человек, которые не попали на известный сайт, но стали

популярны благодаря интернету, СМИ и красивым ярлыкам, которые повесили себе на груди: Полеев А., Кульгавчук Е., Еникеева Д., Казанцева А. и др. На сайте Профи.ру и некоторых других появились несколько десятков специалистов от медицины и психологии, которые называют себя сексологами и даже членами РНСО, хотя никакого отношения не имеют к профессиональной работе сексолога и не состоят в нашей организации. Назвать себя «сексологом-любителем», специалистом без лицензии или диплома, тщеславие не позволяет.

Эта ситуация напоминает анекдот:

- Почему ты пишешь действительный член академии с двумя «н» в конце?
- Для солидности...

Между тем, большинство врачей-сексологов заявляют о применении каждым из них методов психотерапии в работе с пациентами. Но в классификации этих методов психотерапевтического лечения, разработанной еще в конце прошлого века (см.: И.З. Вельвовский и соавторы, 1984), нет особых методов сексологии, а только следующие разделы:

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоционально-позитивная, игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия при электросне и др.).

3. Психотерапия при стрессе, вызванном:

- психическим путем — испугом, острым положительным или отрицательным переживанием;
- фармакологическими или болевыми агентами;
- физическими агентами (прижигание термокаутером);
- «нападением врасплох», посредством эфирной маски, по А.М. Свядоцу, усиленным гиперпноэ, по И.З. Вельвовскому и И.М. Гуревичу.

Из всего многообразия методов психотерапии в начале нынешнего века у сегодняшних практических врачей наиболее распространены следующие:

1. суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия);
2. самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона);
3. рациональная психотерапия;
4. групповая психотерапия;
5. игровая психотерапия;
6. семейная психотерапия;
7. условно-рефлекторная психотерапия.

На основании этого, врачи-сексологи апеллируют к своим, особым методам работы, которые применяет в консультативной практике. Однако, многие из них не различают методы, методики, техники и упражнения, сваливая все в кучу для пущей убедительности в исключительности своей работы на собственных сайтах. Например, у Кульгавчука Е.А. на сайте перечислены: семейная психотерапия, психоанализ, НЛП, психологические процедуры, проективный рисунок, психологическое зеркало, психогимнастика чувств, социотерапевтические процедуры, музыкотерапия, библиотерапия, арттерапия, ЛОД-терапия, комплекс физиотерапевтических процедур и релаксационная гимнастика. В Научно-методическом Центре медицинской сексологии и сексопатологии в Москве — основном лечебном заведении страны в области сексологии — все выглядит еще солиднее благодаря добавлению традиционных и восточных методов психотерапии, аутотренинга, супружеской секс-терапии, лекарственной и физиотерапии.

Между тем, многообразие методов и методик, которые используются сексологами в своей практической работе и находится в определенной взаимосвязи, представлено в монографиях профессора, доктора медицинских наук Владимира Доморацкого «Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств» (2008), профессора, доктора медицинских наук Льва Щеглова «Основы сексологии» (2010), профессора, доктора социологических наук Евгения Кащенко с соавторами «Теория и практика психологического консультирования в сексологии» (2012) и ряда других ученых. Так вот, судя по этим авторам, наиболее популярные методы работы сексолога: психотерапевтические, психоаналитические, бихевиористский и экзистенциально-гуманистический методы, методы секс-терапии, суггестивной, игровой, семейной психотерапии, музыкотерапия, РОИКСИТ, саморегуляция и многие другие. Среди методик и техник: внушение в состоянии бодрствования, в состоянии гипнотического сна, методики косвенного (опосредованного) внушения, плацебо-терапии, поведенческой психотерапии, ДПДГ, реципрокного торможения, НЛП (различные варианты интеграции; якорей, ВКД, взмах), разрушение триггера (мыслей, образов и ощущений), тактика мнимого запрета, техника «ассоциирование в переживание», мысленная тренировка, техники когнитивной терапии, когнитивное переструктурирование, лингвистический рефрейминг (переопределение), смена ярлыка (релейбинг), коррекция автоматических мыслей; секс-терапевтические приемы по У. Мастерс, В. Джонсон, Х. Каплан и многие другие.

Где здесь «особенные» медицинские техники? Это же инструменты работы психотерапевта и психолога, у которых чаще отличие в наименовании специальности, а не в содержании работы! Один только этот неполный перечень методов, техник и методик говорит в пользу современных психологов-сексологов, которые оказывают психологическую (психотерапевтическую) помощь свои клиентам тем лучше, чем эффективнее они владеют специальностью. Прогрессивные врачи-сексологи осваивают эти и новые техники, приемы психотерапии и психологии, применяют психоанализ, транзактный анализ, гештальт-терапию и пр. Появление новых методик и техник в каждом методе они объясняют своим честолюбивым желанием создать

нечто необычное, внести свой оригинальный вклад в историю и развитие сексологии. Наверное, больше всего патентов на этом поприще защитили специалисты Научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии и предложили преподаватели кафедры междисциплинарной сексологии ГЭТИ.

Сложнее всего на этом поле урологам, андрологам, эндокринологам, гинекологам, которые часто не владеют перечисленными методами, приемами, техниками. Они могут прописать лекарства, порекомендовать «Виагру» и «Сиалис» и озадачить повышением или снижением гормонов. Не случайно поэтому на междисциплинарной кафедре сексологии в ГЭТИ создана программа повышения квалификации этих специалистов, и совместно с НИИ урологии ведется работа по переподготовке андрологов и урологов.

Пять лет назад И.С. Кон писал в своих заметках: «Подход психолога-сексолога уникален тем, что он не рекомендует уникальных и дорогих таблеток от всех сексуальных проблем. Он работает индивидуально с каждым пациентом, находит причину недуга и вместе с ним пытается найти решение для возвращения сексуального влечения и счастья в отношениях». Поэтому спор врачей различных специальностей и психологов бесперспективен в современной сексологии: только вместе, плечом к плечу они могут оказать наиболее качественную и эффективную помощь своим пациентам и клиентам.

Manjula Lusti-Narasimhan, MD,
Департамент
репродуктивного
здоровья и
исследований,
Штаб-квартира ВОЗ,
lustinarasimhanm@
who.int

John Beard,
MD, Директор,
Департамент по
вопросам старения и
жизненного цикла,
Штаб-квартира ВОЗ
beardj@who.int

Marleen Temmerman,
MD, PhD, Директор,
Департамент
репродуктивного
здоровья и
исследований,
Штаб-квартира ВОЗ
temmermanm@who.int

50–54 лет составляла 10,8%, среди людей 55–59 лет — 4,5%, а в возрасте 60 и старше — 3,9%². Увеличивающаяся доступность и охват антиретровирусной терапией означают, что бремя ВИЧ перекладывается на пожилые группы населения. К сожалению, сейчас мало что известно о принципах столь специализированного адекватного лечения пожилого населения³. Более того, пожилые люди, уже страдающие от одного хронического или инфекционного заболевания, особенно уязвимы к новым инфекционным заболеваниям⁴.

Последствия

Итак, несмотря на распространенное в обществе представление о низкой сексуальной активности среди пожилых, люди старше 50 лет вступают в половые отношения и остаются уязвимыми к риску заболевания СТИ, включая ВИЧ⁵. Например, Европейский опрос пожилых мужчин (EMAS) указывает на то, что почти половина мужчин старше 70

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ

НЕБЕЗОПАСНЫЙ СЕКС В ВОЗРАСТЕ 50 ЛЕТ И СТАРШЕ

В 2008 г. во всем мире было зафиксировано 498 млн новых случаев сифилиса, гонореи, хламидиоза и трихомоноза у населения в возрасте 15–49 лет¹. Скорее всего, реальная цифра значительно выше. К сожалению, крайне недостаточно информации об этих и других сексуально-трансмиссивных инфекциях (СТИ) в возрастной категории от 50 лет.

Оценка распространенности сексуальных отношений высокого риска в основном ориентирована на население репродуктивного, а не пожилого возраста. Но, тем не менее, имеются исследования, которые говорят о росте частоты случаев СТИ и среди пожилых людей. К примеру, в Великобритании 32% всех новых выявленных случаев сифилиса и 11% всех новых выявленных случаев герпеса приходится на лиц старше 45 лет. О случаях ВИЧ данных больше, хотя, опять-таки, наблюдение, лечение и уход в первую очередь ориентированы на население репродуктивного возраста. Согласно данным Агентства по борьбе со СПИДом (UNAIDS) в 2006 г. число зараженных ВИЧ людей в возрасте 50 лет и старше составляло 2,8 млн. Распространенность ВИЧ в Южной Африке среди населения

1 Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections – 2008: Overview and estimates. Geneva: WHO, 2012.

2 <http://www.who.int/ageing/preing/hiv/en/index.html>

3 Bendavid E, Ford N, Mills EJ. HIV and Africa's elderly: the problems and possibilities. AIDS. 2012 Jul 31; 26 Suppl 1:S85-91

4 Global Health and Aging/Geneva: WHO, 2011

5 Work Group for HIV and Aging Consensus Project. Summary report from the Human Immunodeficiency Virus and Aging Consensus Project: treatment strategies for clinicians-managing older individuals with the human immunodeficiency virus. J Am Geriatr Soc. 2012;60:974-979

подтверждает наличие как минимум одного полового контакта в неделю⁶.

Несмотря на то, что главным фактором заболеваемости и смертности среди пожилого населения являются неинфекционные заболевания, инфекционные заболевания как результат небезопасного секса становятся все более тревожным вопросом⁷. Почти в каждой стране количество людей старше 60 лет увеличивается быстрее, чем в какой-либо другой возрастной группе. Это результат большей продолжительности жизни и снижающегося уровня фертильности. Данную ситуацию можно рассматривать как историю успеха политики общественного здравоохранения и социальноэкономического развития, но также требует предоставления им адекватной медицинской помощи.

К 2050 году 80% пожилых людей будут проживать в странах, чей уровень доходов на данный момент низкий или средний⁸. Во многих из этих стран отсутствуют инфраструктура и система здравоохранения, способные решать проблемы сексуального и репродуктивного здоровья во всех возрастных группах; к тому же наблюдается тенденция исключения людей старше 50 из многих программ здравоохранения, в том числе программы скрининга на ВИЧ, или консультативной помощи по вопросам сексуального поведения⁹. В дополнение, масштабы смертности и заболеваемости пожилых людей могут увеличиваться по причине недостаточной обученности персонала, ответственного за сексуальное образование пожилых.

Рекомендации

Для достижения службами здоровья максимальных результатов в решении проблем профилактики и лечения СТИ и ВИЧ в будущем, а также адаптации к меняющейся во всем мире демографической ситуации, ВОЗ предоставляет следующие рекомендации по борьбе с ВИЧ/СПИДом, которые также применимы к случаям других СТИ:

- предоставить пожилым людям конкретную помощь (например, в виде социальных пенсий);
- провести обучение сотрудников ВИЧ/СПИД-службы вопросам геронтологии;
- предоставить психологическую и медицинскую помощь пожилым людям, проживающим вместе с больными членами семьи;
- включить пожилое население в консультации по вопросам сексуальности и программы образования/обучения, посвященные проблеме ВИЧ/СПИДа.

Исследования показали, что пожилые люди могут долго сохранять свое здоровье. А если они живут в среде, позволяющей им оставаться активными участниками общественной жизни, то это благоприятно сказывается на благосостоянии всего государства. Это также означает, что пропаганда безопасного секса должна быть нацелена и на пожилое население, так как поддержание крепкого здоровья подразумевает и сохранение сексуального здоровья.

6 Lee DM et al. Cohort Profile: The European Male Ageing Study. Int. J. Epidemiol. Dyr234 first published online February 7, 2012 doi: 10. 1093/ije/dyr234

7 Good Health Adds Life to Years: Global brief for World Health Day 2012.2012. Geneva: WHO, 2012. Ref Type: Report.

8 UNDES A. World population prospects: the 2008 Revision Population Database. Video Recording: United Nations Population Division; 2010.

9 Negin J, Nemser B, Cumming R et al. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. ADIS Behavior 2012; 16:63-68.

KevanWylie,
MD, Professor,
Шеффилдский
университет,
Великобритания
и Университет
Сиднея, Австралия.
Вице-президент
Европейской
ассоциации
сексологии, k.r.wylie@
sheffield.ac.uk

AlisonWood, MD,
Фонд национального
здравоохранения
и социальной
поддержки (SHSCNHS
Foundation Trust)
Alison.Wood@
shsc.nhs.uk

YasirAbbasi, MD,
Фонд национального
здравоохранения
и социальной
поддержки (SHSCNHS
Foundation Trust)
Yasir.Abbasi@
shsc.nhs.uk

ДАЙДЖЕСТ АКТУАЛЬНЫХ НОВОСТЕЙ ВОЗ ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ЕВРОПЕ

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время наблюдается резкое нарастание медицинского и социологического интереса к сексуальности пожилых людей, что является отражением культурного сдвига в отношении к сексу и старению.

ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В СТРАНАХ

Количество и качество сексуального опыта среди 70-летних людей в Швеции увеличилось за последние 30 лет¹. Доля 70-летних, сообщивших о сексуальных отношениях, увеличилась среди всех групп. Среди женатых мужчин составило от 52% до 68%, среди замужних женщин от 38% до 56%, среди неженатых мужчин от 30% до 54% и незамужних женщин от 0,8% до 12%. Мужчины и женщины, родившиеся позже, сообщают о большей удовлетворенности от сексуальной жизни, меньших количествах нарушений в половой сфере и более позитивном отношении к сексуальности, чем те, кто родились раньше.

В европейском исследовании по старению мужчин², крупнейшем популяционном исследовании такого рода в Европе (случайная выборка из населения: 3369 человек в возрасте от 40 до 79 лет) более чем 50% субъектов отмечали одно или более распространенных заболеваний, включая гипертонию (29%), ожирение (24%) и сердечную недостаточность (16%). 30% мужчин отмечали эректильную дисфункцию (ЭД) и 6% — сильное ослабление оргазма; оба этих явления были тесно связаны со старением. 55% мужчин, выразивших недовольство по поводу ЭД, были в старшей возрастной группе (старше 70 лет), в то время как 49% отмечали по крайней мере один половой контакт в неделю (на 20% чаще, чем раньше). 24% практиковали мастурбацию, 58% петтинг и более 75% думали о сексе в предыдущие четыре недели.

В результате телефонного опроса 1500 респондентов в Великобритании среди людей среднего и пожилого возраста было обнаружено, что 69% мужчин

1 Beckman N et al. Secular trends in self reported sexual activity and satisfaction in Swedish 70 year olds: a cross sectional survey of four populations, 1971-2001. BMJ. 2008; 337 (7662): 151-154.

2 Corona G et al. Age related changes in general and sexual health in middleaged and older men results from the European male ageing study (EMAS). J SEX MED. 2009; 6 (57): 1743-6095.

и 56% женщин отмечают наличие половых контактов в течение последнего года. Наиболее распространенными проблемами для мужчин были ранняя эякуляция (20%) и ЭД (18%), в то время как для женщин — отсутствие полового влечения (34%) и недостаточное удовольствие от секса (25%). Только 26% мужчин и 17% женщин обсуждали свои проблемы с врачом³.

В исследовании со средним возрастом участников 81 год, где 56% были женщины, 18% женщин и 41% мужчин были сексуально активны; наиболее часто сообщаемой формой активности были половые контакты в случае мужчин и мастурбация в случае женщин. Наиболее часто называемая причина сексуальной неактивности у женщин было отсутствие желания, в то время как у мужчин это была ЭД. Только 4% женщин (по сравнению с 36% мужчин) сообщали об обсуждении сексуальной функции с врачом за прошедший год, в то время как 7% женщин (по сравнению с 32% мужчин) сообщали, что их врач интересовался этим вопросом в текущем году. 32% женщин (и 86% мужчин) считают, что врач должен интересоваться сексуальной функцией пациента⁴.

ВАЖНЫЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Недавний анализ мнений практикующих врачей-терапевтов в Великобритании показал, что многие из них имеют тенденцию считать, что сексуальное здоровье (СЗ) может быть не вполне «легитимным» вопросом для обсуждения в старшей возрастной группе⁵, в то время как исследования показывают, что значительная доля пожилых людей приветствуют интерес к их сексуальному благополучию³.

Оценка важности интимной близости участниками, отобранными в соответствии с параметрами общей практики в Великобритании, показала, что участники, которые не считают секс чем-то важным, не имеют ни сексуального партнера, ни ощущения, что они могли бы иметь его в своей жизни. Те участники, у которых был сексуальный партнер, признавали, по меньшей мере, некоторую важность интимных отношений, но при наличии препятствий в половой жизни они отводили сексу менее важное место, особенно при наличии проблем со здоровьем или в случае вдовства⁶.

Пожилые люди при наличии сексуального партнера и/или сексуальной активности чаще, чем те, кто сексуально не активен, для оценки важности (приоритетности) секса в их жизни использовали эпитеты «очень» или «исключительно». Когда сексуальная активность становится редкой, многие пожилые люди считают, что это «нормальная

3 Moreira ED et al. Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU International*. 2008; 101:1005–1011.

4 Smith LJ et al. Sex after seventy: A pilot study of sexual function in older persons. *J SEX MED*. 2007; 4 (5): 1247 — 1253

5 Kratzik CW et al. How much physical activity is needed to maintain erectile function? Results of the Androx Vienna Municipality Study. *European Urology*. 2009; 55(2): 509-516.

6 Gott M, Hinchliff S. How important is sex in later life? The views of older people. *SOC SCI MED*. 2003; 56:1617– 1628.

часть старения» или «нормально, при столь длительных взаимоотношениях», что, возможно, позволяет им справиться с изменениями в их сексуальной жизни⁷.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛИЯНИЕМ СТАРЕНИЯ НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ

В работе Lima и соавт.⁸ показано, что степень ожирения, особенно у людей с массивным телосложением, имеет связь с низким уровнем свободного тестостерона. В этом случае врач может посоветовать такое изменение образа жизни, как уменьшение объема ежедневного приема пищи. Также благоприятно сказывается увеличение физической активности. В исследовании, проведенном среди мужчин среднего возраста (45–60 лет), была найдена положительная корреляция между эректильной функцией и калориями, потраченными на физическую активность⁹.

Эти исследования подкрепляются перспективным исследованием факторов риска развития ЭД, в котором сравнивались показатели, полученные после 2000 года у 22086 мужчин, которые до 1986 г. имели хорошую или очень хорошую эректильную функцию. Ожирение (многовариационный относительный риск (ОР 1,9) и курение (ОР 1,5) были связаны с увеличенным риском ЭД, в то время как физическая активность (ОР 0,7) ассоциировалась с уменьшенным риском ЭД. Авторы заключили, что снижение риска ЭД может быть полезной и неиспользованной мотивацией для здорового образа жизни у мужчин¹⁰.

Полные женщины (индекс массы тела более 30) отмечают существенно меньшую удовлетворенность их сексуальной жизнью, у них наблюдаются более частые симптомы недержания мочи при сексуальном контакте, более частые опасения, вызванные подтеканием мочи во время акта, и более высокая тенденция избегать сексуального контакта. Кроме того, они более часто ощущают чувство вины или отвращения.

Недержание мочи было наиболее частым и значительным фактором, оказывающим влияние на сексуальную функцию у полных женщин¹¹. В обзоре Eden&Wylie¹² был проведен анализ с целью понимания того, как симптомы и психологические аспекты менопаузы и возрастных изменений могут оказать влияние на общее качество жизни женщин, подчеркивая связь с сексуальным благополучием, и тем, как эти факторы

7 Gott M, Hinchliff S, Galena E. General practitioner attitudes to discussing sexual health issues with older people. *SOC SCI MED*. 2004; 58:2093–2103.

8 Lima N et al. Decreased androgen levels in massively obese men may be associated with impaired function of the gonadostat. *Int J ObesRelatMetabDisord*. 2000; 24(11):1433-1437

9 Kratzik CW et al. How much physical activity is needed to maintain erectile function? Results of the Androx Vienna Municipality Study. *European Urology*. 2009; 55(2): 509-516.

10 Bacon CG et al. A prospective study of risk factors for erectile dysfunction. *J Urol*. 2006; 176(1): 217-221.

11 Melin I et al. Sexual function in obese women: impact of lower urinary tract dysfunction. *Int J Obes*. 2008; 32(8): 1312-1318.

12 Eden K, Wylie KR. Quality of Sexual Life in Menopause. *Women's H*

связаны с проблемами женской сексуальности для определения того, что в настоящее время известно о взаимосвязи между менопаузой, возрастными изменениями и качеством сексуальной жизни.

Многие заболевания могут ослабить сексуальную функцию: эндокринные заболевания, включая заболевания щитовидной железы и сахарный диабет; проблемы с сердечно-сосудистой системой, такие как повышенное кровяное давление, нарушения кровотока, сердечные приступы, инсульты и потеря эластичности сосудов; артриты и боли в спине, проблемы с суставами или мышцами. Поскольку возбуждение регулируется нервной системой, неврологические заболевания могут повлиять на сексуальную функцию, вовлекая различные механизмы. Не исключено, что сексуальные нарушения могут быть результатом медикаментозного влияния.

Ослабленное психическое здоровье может влиять на сексуальную функцию в результате снижения энергичности и мотивации для сексуальной активности, а также понижения самооценки, или косвенно, например, вследствие постоянного применения антидепрессантов. Изменения во взаимоотношениях, переоценка интимной близости и перемены, связанные с уменьшением интереса к сексуальной близости у пациентов с прогрессирующей деменцией — это те области, которые требуют дальнейшего изучения. В некоторых случаях это может быть сексуальная агрессия, излишний интерес к половой близости или неуместное сексуальное поведение. Неправильное отношение к домашнему насилию может привести к затруднениям для обоих партнеров и других лиц, оказывающих медицинские услуги.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сексуальная функция и активность могут с возрастом снижаться. Сопутствующие заболевания и другие факторы, такие как постоянный прием медикаментов, изменения стиля жизни и взаимоотношений, могут повлиять на сексуальную жизнь и степень удовлетворенности ею. Культура, религия и образование также могут влиять на сексуальную функцию, равно как и финансовые ограничения, возможности здравоохранения и доступ к различному лечению.

Печатается по материалам «EntreNous» — европейского журнала по сексуальному и репродуктивному здоровью. No.72 — 2011, С.17



ПРЕЗЕНТАЦИЯ КНИГ

Г.И. СЕРГАЦКИЙ. ИЗНАНКА ЛЮБВИ, ИЛИ ОПЫТ ТРЕПАНАЦИИ ГРЕХА В ТОЛКОВАНИИ АВТОРИТЕТОВ

Чикаго, 2014. – 600 с.: илл.

Автор Сергацкий Георгий Иванович — доктор технических наук, в душе гуманитарий. Овдовел и стал зол не только на жизнь, которая конечна, но и на человечество, которое порочно. Вслед за Фрейдом нашел, что отомстить больше некому.

Книга представляет собой систематизированную антологию высказываний философов, писателей, поэтов, психологов, амурологов о скрытной, постыдной стороне половой любви. Собран материал экзистенциальной направленности: душа, похоть, стыд, привязанность, одиночество, смерть. Акцент сделан на конфликте похоти с совестью, вызванным анально-генитальным характером совокупления, что поборникам вселенской справедливости дает основание утверждать: изнанка любви — ненависть. Проникновение в суть этого противоречия позволяет глубже понять неочевидные для многих стороны взаимоотношений полов, начиная с глобальной лжи, пронизывающей и прелюдию, и сам половой акт, и кончая бешенством ревности.

Красной нитью через всю книгу проходит мысль о несовместимости понятия добра с похотью, порождающей интригу сокрытия полового сношения от посторонних глаз и чрезмерное любопытство к нему. Однако для чувствительных людей соитие — источник нравственной болезни и причина неприязни к другим таким же носителям скверны.

Предлагаемая антология — популяризация идей З. Фрейда и его единомышленников, взявших на себя смелость разоблачения половой любви как преступления против совести и осуществивших прорыв в самые потаенные уголки человеческой психики.

Цитаты в каждом разделе выстроены по принципу: «Стоит расположить уже известные мысли в ином порядке — и получится новое сочинение, равно как те же, но по-другому расположенные слова образуют новые мысли» (Б. Паскаль). Центральные темы снабжены комментариями выдающихся священнослужителей и ученых-психологов мира: «по-пастырски», «по-научному».

Книга адресована читателям, интересующимся психологией половых отношений.

На страницах нашего журнала предлагается предисловие к этой книге.

...Мы говорим «люблю», когда хотим выразить свое отношение к стране, где родились, к работе, которую избрали и делаем, к друзьям и близким, с которыми нам хорошо и спокойно. Мы говорим «люблю» и о местах, где хочется бывать, и о вкусной

Предисловие к книге «Изнанка любви, или Опыт трепанации греха в толковании авторитетов»



Алехин А.Н.,
доктор медицинских
наук, профессор,
заведующий
кафедрой
клинической
психологии и
психологической
помощи Российского
государственного
педагогического
университета им.
А.И.Герцена

еде, и о произведениях искусства. И все же есть в этом слове какой-то первичный, базовый смысл, запечатлевший особого рода отношения мужчины и женщины. Приходится уточнить: речь пойдет о «половой любви», о «сексуальном», о той стороне жизни мужчины и женщины, которая вряд ли когда еще была предметом столь пристального внимания, интенсивного познания, как в наше время.

Кажется, мы уже и так знаем о ней все. Что можно сказать нового? Уж сколько исписано писателями, воспето поэтами, пропето певцами, воплощено скульпторами в камне и в бронзе, запечатлено в живописных полотнах, а теперь вот и на глянцевых фотографиях и в видеофильмах с высоким качеством разрешения.

Любовь во все времена, как мираж в пустыне, манит жаждущих путников, подобно пению сказочных русалок влечет путешественников по океану жизни. И любой из нас живущих познал или снова и снова познает это волнительное состояние души. И каждый несет в себе свой уникальный опыт этого переживания, и такое простое и расхожее понятие — «любовь» всегда имеет собственные смысл и значение для каждого.

И оттого так трудно подступиться к очевидному, так трудно высказать этот чрезвычайный опыт! Ощущение недомолвленности, невысказанности, неприступности любовного переживания словам отзывается неясным томлением в душе влюбленного и жаждущего любви. Такой вот неперемный и загадочный атрибут человеческой жизни.

Для одних любовь человеческая — «плотский грех», для других — источник вдохновения, она же — маховик и движущая сила человеческих поступков, и основной инстинкт. Любовь — это и импульс для «души прекрасного порыва», это и кратчайший путь к наслаждению, это — и счастье, и неизбежное зло, и предмет любознательного изучения, и цель творческих исканий.

О любви скромно размышляли древние, ее воспевали в темные времена, ее пытливо изучали в Новое время. Любовь всегда была «непознанным», тем самым пробным камнем для литературных, философских и научных изысканий. Кто и как только в письменной истории человечества не высказался по этому очевидному и неизбежному факту человеческого существования. Кто, потрясенный, пропел свою «Песнь Песней», кто, испугавшись и негодуя, увидел в ней смертный грех и заклеил любовь, другие, отринув метафизику, взялись пролить свет истины на суть этого непостижимого в своей полноте влечения одного человеческого существа к другому. Ведь понять —

значит совладать, победить, преодолеть, избавиться от этой напасти и жить иначе, по-другому как-то.... Люди 20-го столетия особенно усердствуют в этом своем желании. Воодушевленные иллюзией, будто бы наука даст, наконец, ответы на все вопросы жизни и сделает ее понятными человеческую суть и существование, естествоиспытатели бодро двинулись на этот укрытый бастион. О любви мужчины и женщины, о той любви, которая была доселе лишь предметом возвышенного, заговорили хором. Врачи и философы, антропологи и социологи, математики и химики, физики и биологи поспешили высказать свои собственные суждения на ее счет.

Сейчас покажется нелепым, но каких-то 150 лет назад выдающийся немецкий психиатр Рихард фон Крафт-Эббинг поплатился кафедрой за свою врачебную честность. Его смелая попытка описать и систематизировать разнообразие открывшихся ему форм сексуального поведения людей тогдашним обществом была воспринята как непристойность. Он покусился на запретное. Позже, в конце того же века гениальный Отто Вейнингер, проделав титаническую работу для исследования «мужского» и «женского», создал свой бессмертный труд — «Пол и характер» и заложил тем самым фундамент научной сексологии. И уже почти в то же время венский невролог Зигмунд Фрейд без тени смущения эпатировал публику волнующими рассуждениями о сексуальности ребенка и своего рода художественными интерпретациями разнообразных психических состояний, в основе которых он видел неудовлетворенность сексуального желания. Его сподвижник Вильгельм Райх заявил без околичностей о «Функции оргазма»... Любовь приобрела новое измерение: человеческая сексуальность ворвалась в культуру, как джин из распечатанного кувшина. О ней стали думать и говорить, говорить и думать, посредством нее стали объяснять то, что доселе не объяснялось. Сексуальность, сексуальное поведение уже вне связи с «Душой», а как самостоятельные сущности стали предметом философских дискуссий, новых художественных исканий, предметом научных исследований. И даже стыдливые представительницы «слабого пола» поспешили внести свою лепту в это познание сложного (С. де Бовуар, К. Хорни). В середине прошлого столетия любознательные естествоиспытатели У. Мастерс и В. Джонсон скрупулезно, с использованием хитроумных приборчиков исследовали вдоль и поперек всю «психофизиологию» человеческой любви и написали большую книгу «про это». Казалось бы, тайн больше нет, и нас теперь ничем не удивить. О «сексе» знают уже и взрослые и дети, дискурс сексуальности плотно пропитал наш язык и культуру. Мы постигли «Таинственное либидо» (Ю.И. Новоженев), нам известны функции оргазма (В. Райх) и издержки мастурбации (М.В. Екимов), роль сексуальности в цивилизации (Г. Маркузе) и в познании (М. Фуко). Мы уже смело рассуждаем о «бисексуальной революции» (Л.В. Жаров) и сочувственно относимся к «людям лунного света» (В.В. Розанов, И.С. Кон). И даже в сказках для детей стали с легкостью усматривать аллюзии сексуального: «входит и выходит» (В. Руднев). И будто бы стало как-то спокойнее: рыцари уже не воспевают од своим прекрасным дамам, дамы, правда, пока еще призывно поют кандидатам на роль рыцарей, но и это уже, истончается и, похоже, скоро отпустит. Но стало как-то скучно, как-то понятно все, «сексуальная революция свершилась, товарищи!». Исчезла тайна, любовь прочно вписана в перечень физиологических потребностей человеческого организма («займемся любовью»), ну а для удовлетворения оных уже ничто не препятствует современному человеку.

Однако по-прежнему «люди встречаются, люди влюбляются, женятся». И все так же, как и всегда раньше, для одних это становится ярким праздником жизни, для других — тягостным страданием, для третьих — любопытным экспериментом. И все так же благодаря любви на свет рождаются дети, хоть рядом и кипит работа по экстракорпоральному оплодотворению и конструированию потомства. И все те же сюжеты вдохновляют поэтов-песенников, сценаристов телесериалов, театральных режиссеров и хореографов. И пока так будет, жизнь человека, несмотря на все мнимые и реальные прогрессы остается человеческой, вот с этим врожденным изъяном, с «проклятой проблемой», имя которой — любовь.

Ну а если всерьез. Так ли уж в действительности мы продвинулись на пути познания любви? Объяснение — штука, конечно, полезная, когда я тревожусь от того, что знаю, что ничего не знаю. Но уж больно умозрительно, зыбко, уязвимо для критики и непрочно во времени любое объяснение. Можно объяснять происхождение Вселенной большим взрывом, как это делают физики-космологи, а можно ведь и Творением, как об этом давно уже сказано в Писании. Тайна остается тайной, а объяснения, подобно транквилизаторам, сменяют одно другое.

Пол, мужское, женское, секс, сексуальность, сексуальные отношения, теперь еще вот и гендер и гендерные отношения. Не так уж много слов даже и для скромных объяснений. Да и что там, за этими словами? Другие слова, и так до бесконечности. Вот, например, попробуйте определить, что отличает мужчину от женщины? Не в анатомическом, конечно, аспекте, по сути! Что влечет их друг к другу? Почему влечение это — всегда сражение? Почему половое влечение и его неизбежная цель так тщательно укрывались во всю новую историю человечества (П. Киньяр. Секс и страх)? А какова роль этих отношений в эволюции человека (Ю.М. Бородай. Эротика, смерть, табу)? Да и что мы вообще можем сказать об отношениях любви? У нас ведь и слов особых для этого нет. Вот древние греки, говорят, различали семь, как минимум, форм любви. А мы в своем великом и могучем много ли найдем достойных слов для описания интимных отношений мужчины и женщины? То-то. И не случайно, например, М. Эпштейн, озаботившись этим недоразумением — скудостью тезауруса любви, решил создавать специальный словарь. Так что приходится смириться с тем, что изобилие текстов еще не знание, а если и знание, то как его выверить на истинность? Но пусть не знание, пусть хотя бы описание «феномена», артикуляция опыта. Так ведь и опыт любви у каждого свой, и как втиснуть его в немногословие?!

Кажется, уже невозможно даже просто обобщить все возможные суждения по поводу человеческой любви, не помышляя уже о том, чтобы систематизировать существующие представления и вынести суждение с претензией на истину.

Но вот передо мной преинтереснейшая книга Георгия Ивановича Сергацкого. У нее четкое и ясное заглавие: «Изнанка любви», и речь в ней, не трудно догадаться, идет о той самой потаенной, изнаночной стороне опыта, который привычно видится нам и желанным и прекрасным. Да и подзаголовок книги: «Опыт трепанации греха в толковании авторитетов» говорит за себя. Автор как бы приглашает читателя в «анатомический театр», в секционный зал, к патологоанатомическому столу, проще говоря — на вскрытие

прекрасного, ставшего объектом восхищения и поклонения многих, знавших его. Что и говорить, зрелище не для слабонервных. Да и способ использован причудливый! Г.И. Сергацкий скрупулезно и систематически отсылает нас к суждениям прошлых и нынешних авторитетов, будто приглашая их высказаться, а нас задуматься и продолжить, вступить в диалог. Нет, это не антология и не компиляция высказываний «авторитетных умов». За потоком цитат при внимательном и возвратном чтении постепенно проступает собственная логика автора, его личное понимание проблемы, его озарения, для которых суждения писавших и говоривших до него — лишь свидетельские показания. Будто бы сам он, хоть и не хочет участвовать в этом анатомическом исследовании, фартука не надевает и к секционным ножам не прикасается, со вниманием энциклопедиста вникает он в протоколы этих показаний именитых предшественников, засвидетельствовавших свое видение этого сложного предмета: человеческой любви. Из этих тщательно систематизированных протоколов как бы сами собой и проступают описание, анализ этиологии и патогенеза главной болезни человечества, неминуемо поражающей каждого живущего. Последовательно цитируя одного корифея за другим, он шаг за шагом, от главы к главе препарирует любовь, добираясь до самой ее потаенной — неприглядной стороны, той, которую стыдливо прячут от сторонних глаз, но роль которой становится все очевиднее во всем многообразии душевных явлений, называемом любовью. Патолого-анатомическое вскрытие, известно, имеет определяющее значение для того, чтобы лучше познать изменения органов и функций тела, явленные в симптомах болезни прижизненно. Это затем, чтобы врачу лучше уяснить суть заболевания и совершенствовать себя в распознавании и лечении недуга. И, двигаясь в этом направлении, автор достигает цели.

Тщательно систематизировал он все, что касается причин, механизмов и симптомов этого заболевания. И предстает перед взором такая картина — клиническая картина хронического недуга. Непорочная Душа человеческая, стесненная в теле и плененная демоном плоти Эросом, не может реализовать свою сущностную способность воспарить. От этого Душа страдает и переживает мучительный Стыд. Но Стыд является и побуждением к очищению, благу, коли сможет Душа человека вырваться из этого порочного круга, где влечение, гнев, стыд сменяют друг друга в монотонной пляске. Должно смириться человеку с тотальным своим одиночеством. Лишь поняв иллюзорность и тщету слияния с другим, смирившись с одиночеством, сможет он сдвинуться туда, где и надлежит быть ему, туда, где Истина и Красота и иная уже, божественная Любовь. Все равно Смерть — неизбежный спутник человека в его земной юдоли разорвет этот круг. Но подлинность человека состояла бы в том, чтобы, приняв и взвалив на себя бремя неизбежного одиночества, самостоятельно и осознанно выступить из этого круга, обустроившись в царстве Духа, где уготовано ему место. Так, а может быть и не совсем так представляется «проклятая проблема» читающему. Тексты снабжены примечаниями автора — от философа, от пастыря, от ученого, и это открывает достаточно простора читателю, чтобы верить или не верить, принимать или не принимать, пробовать или не пробовать. И пусть не всегда призванные голоса вторят хором. При таком объемном материале sobлюсти четкую поступательную системность изложения вряд ли вообще возможно.

И мне увиделось еще, что книга Г.И. Сергацкого многослойна и несет в себе множество смыслов, и каждый думающий может найти что-то свое и для себя. Меня, например, заинтриговал методологический аспект предьявленного способа думания. Но можно ли,

хоть как пристально взглядевшись в изнанку, увидеть полотно целиком? Можно ли по части судить о целом, а если можно, то где границы для умозрения, в чем допущения и каковы ограничения для выводов? В этом смысле любовь человеческая — безусловно, больше, нежели «сексуальное», совершенно особый опыт целостного переживания, где желание-чувство-мысль не различимы. Конечно, телесный аспект любви, хоть и укрывался стыдливо до поры до времени, явлен в этом опыте со всей своей очевидностью. Спасибо естествоиспытателям, мы знаем теперь все о соитии. В этом ракурсе, где любовь — проникновение-трение тел и их частей, конечно, трудно усмотреть нечто поэтическое. Но ведь любовь и не сводится к такому взаимодействию. А как же нежная дружба, и искренняя привязанность, и преданность и много чего еще, составляющего суть и смысл человеческих отношений? А человеческие отношения — это ли не сокровенное содержание нашей жизни, исключите из нее эти отношения, и что останется?! И не тот ли самый Эрос, повергающий Душу в стыд, по меткому замечанию Отто Вейнингера, питает светлыми чувствами дружбу, братство, справедливость в человеческих отношениях. Здесь мы со всего маху натываемся на проблему, ставшую неодолимым препятствием для всей современной философии и для науки. Проблему, которую и узреть-то не просто. Интуитивно понимая, что всякий раз, говоря о феноменах жизни, мы пытаемся ухватить целостность, мы чувствуем, хотя и редко доверяем этому чувству, что средства нашего языка не приспособлены для такого схватывания. Мы принуждены членить и дробить целостность, чтобы думать и высказаться о ней. Как поступаем мы с пищей, чтобы она могла быть усвоена. Но, члени и дробя, не уничтожаем ли мы саму суть явления? И, собирая потом из нарезанных мышлением кусков реальность, ту ли реальность мы воссоздаем? Ведь целое больше, чем сумма его частей (Платон), и «Мир ограничен возможностями языка» («Божественный» Людвиг Витгенштейн), и жизнь всегда больше, нежели мы можем помыслить или высказать о ней. Вот такая незадача. Нам всякий раз хочется добраться до сути, но суть целостна, а пробираемся мы к ней своим способом, шажками протаптывая тропинку, по которой, кажется нам, пробираемся к сути. Но пробравшись, видим лишь то, что видим, и судим о том, что стало доступно нашему видению с этого нашего укромного места, наивно полагая, что ухватили суть. Вот и любовь, увиденная нами с этого укромного места, представляется лишь непристойным. Возможно, так она и представлялась нашим недавним предкам, озабоченным томлением духа и стремлением к совершенству, к тому идеалу человеческого, которое задано было всей историей Духовного. Возможно, так она представляется и сейчас людям пожившим, пережившим все перипетии трудного движения навстречу друг другу столь сложных и непонятных вещей, как человек-мужчина и человек-женщина.

Но все ли этим вычерпано в любви? А если двинуться «сверху»? Что, если напротив, Душа третирует тело своим неукротимым эротизмом? А вдруг и Эрос не часть одухотворенного тела, но является лишь там и тогда, где и когда назначенные друг другу судьбой и промыслом люди встречаются? А проблема половой любви, как неперемного условия деторождения, не отсылает ли нас к проблеме смысла жизни человеческого, ведь сказано было: «Плодитесь и размножайтесь»?

А что думает о любви нынешнее племя молодое? Как они, захотев, скажут о ней? И не мы ли ввели их в заблуждение своими изысканиями? Зачем им любовь? Пока нам доступны лишь опросы социологов, которые, конечно, не знание, лишь вешки для

познания. Но и они свидетельствуют о том, что в новом мире происходят существенные подвижки и в отношениях полов, и Эрос нашел себе множество новых путей: «то, что было пороками, стало нравами» (С.И. Голод), перестав быть основанием любви, семьи и брака. А сколько всего еще произойдет?!

Но станет ли мир лучше и чище, если любовь человеческая, пусть и движимая таким незатейливым механизмом, канет в Лету. И появятся ли новые творцы вечного среди удовлетворенных сполна всезнающих, не знающих любви? Но главное! Останется ли интересен человеку человек, если в результате чуда или научно-технического прогресса Эрос почит в Бозе? И не явятся ли на смену человечеству люди, узнающие друг друга лишь посредством проводов, к которым подключены их мониторы. Не будет ли скучна и отвратительна эта обезжизненная жизнь? Дальше пусть уже читатель разворачивает в себе свои размышления.

Я же благодарен Георгию Ивановичу за побуждение меня думать сейчас и в этом направлении, и другим рекомендую внимательно читать и перечитывать представляемую книгу.

**Книгу можно заказать на AMAZON.COM (печать по требованию)
или по E-mail: gsergatskiy@gmail.com
(Киев, «Альфа-реклама», 2015 — 665 с., ил. 107,
изд. исправленное и дополненное).**



НАД НОМЕРОМ РАБОТАЛИ:

Кащенко Е., Пружинина А., Черепанова Е., Прокопенко Ю., Быкова Е.