
СПРАВОЧНИК



СЕКСОПАТОЛОГИЯ

МЕДИЦИНА

ББК 56.14

С28

УДК 616.69-008.1+618.17-008.1] (035)

Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. Алешин А. В., Белледа Р. В., Борисенко Ю. А., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С., Герасимов В. Б., Голубева И. В., Горячев Б. А., Дейнега Г. Ф., Доморацкий В. А., Журавель А. П., Козлов Г. И., Кротовский Г. С., Маслов В. М., Нохуров А., Полищук Ю. И., Решетняк Ю. А., Рожановская З. В., Хожайнова Г. П.

Составитель: канд. мед. наук А. В. Бруенок

Рецензент: проф. А. М. Свядоц

Сексопатология: Справочник/Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. и др.; Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.: ил.

ISBN 5-225-01179-9

Данный справочник освещает основные вопросы оказания помощи больным, страдающим сексуальными нарушениями. Рассматриваются возрастные особенности половых проявлений у представителей обоих полов, методика сексологического обследования, этиология, патогенез, клиника, диагностика, систематика расстройств половых функций. Особое внимание уделяется лечебно-реабилитационным приемам, которые излагаются в специальных разделах по каждой из составляющих копулятивного цикла и при описании отдельных синдромов.

Для врачей-сексопатологов и специалистов смежных дисциплин — эндокринологов, урологов, гинекологов, психиатров и др.

С $\frac{4108110100-200}{039(01)-90}$ Без объявл.

ББК 56.14

ISBN 5-225-01179-9

© Коллектив авторов, 1990

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АГС	— адреногенитальный синдром
ВАГС	— врожденный адреногенитальный синдром
ВДКН	— врожденная дисфункция коры надпочечников
ГСИК	— гормон, стимулирующий секрецию интерстициальных клеток
ГТ — РГ	— гонадотропин-рилизинг-гормон
ЗПР	— задержка психосексуального (пубертатного) развития
ИРЗ	— инверсия рефлексогенной зоны
K_a	— конституционально обусловленный индекс уровня половой активности
K_r	— генотипический индекс половой конституции
K_ϕ	— фенотипический индекс половой конституции
17-КС	— 17-кетостероиды
ЛГ	— лютеинизирующий гормон
ЛД	— (ЛД-терапия) — локальная декомпрессия
МДП	— маниакально-депрессивный психоз
17-ОКС	— 17-оксикортикостероиды
ПЛА (синдром ПЛА)	— синдром персистирующей лакторен—аменореи
ППР	— преждевременное психосексуальное (пубертатное) развитие
ПЦД (синдром ПЦД)	— парацентральные доли
РДТ	— разгрузочно-диетическая терапия
СТГ	— соматотропный гормон
СТФ	— синдром тестикулярной феминизации
СФЖ	— сексуальная формула женская
СФМ	— сексуальная формула мужская
ТИ	— трохантерный индекс
УФР	— условно-физиологический ритм
ХГ	— хорионический гонадотропин
ФСГ	— фолликулостимулирующий гормон

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сексуальные расстройства, резко нарушающие душевное равновесие больных и вносящие разлад в межличностные семейные отношения, могут возникать при многих заболеваниях, но чаще они отягощают первичные специфические сексологические расстройства. Специфика конкретных приемов врачебного обследования, характерных для сексопатологии и смежных с ней специальностей, создает определенные затруднения при диагностике и лечении данного контингента больных. Поскольку оказание сексологической врачебной помощи на современном уровне предусматривает обязательную оценку у обследуемых состояния урогенитального аппарата, эндокринного и неврологического (рефлекторного) обеспечения половой сферы, а также индивидуальных особенностей психики каждого из сексуальных партнеров, структура данного справочного руководства несколько отклоняется от общепринятых шаблонов и предусматривает изложение оптимальных сведений, необходимых для свободной ориентации во всех аспектах диагностики и лечения сексуальных расстройств как для врачей-сексопатологов, так и для специалистов смежных дисциплин — эндокринологов, урологов, гинекологов, ангиохирургов, невропатологов, психотерапевтов, психиатров, а также психологов, педагогов и юристов, причастных к семейно-брачному консультированию и санитарно-просветительной работе.

*Руководитель Всесоюзного научно-методического
центра по вопросам сексопатологии
профессор*

Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО

1. СЕКСОПАТОЛОГИЯ И ЕЕ МЕСТО СРЕДИ ДРУГИХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Сексопатология, или медицинская сексология,— область клинической медицины, изучающая половые расстройства, прежде всего их функциональные, эмоциональные, личностные, социально-адаптационные и другие аспекты, и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

Различия в представлениях о месте сексопатологии среди других клинических дисциплин оказывают непосредственное влияние на практику врачевания. При отсутствии налаженной сексопатологической службы больные с функциональными нарушениями половой сферы обращаются за помощью к урологам, венерологам, эндокринологам, невропатологам, психиатрам и другим специалистам. В связи с этим постепенно обозначились три основных методологических подхода к решению возникавших задач и сформировались соответствующие им три концепции сексопатологии — моно-, мульти- и междисциплинарная (рис. 1)

При монодисциплинарном методологическом подходе, в лечении больных с функциональными нарушениями половой сферы, когда диагностировалась «подведомственная» данному специалисту патология (например, невроз или хронический простатит), врач проводил соответствующую терапию, рассчитывая на то, что после ликвидации невротических проявлений или санации предстательной железы восстановятся и нарушенные сексуальные функции. И хотя подобное «самовосстановление» происходило лишь у части больных, некоторые представители данной концепции рассматривали сексопатологию как раздел той специальности, которую они представляли, и считали, что любой квалифицированный специалист данного профиля (уролог, эндокринолог, психиатр и т. д.) одновременно является и сексопатологом (см. рис. 1, а).

Сторонники мультидисциплинарной концепции сексопатологии, исходя из того, что в физиологическом обеспечении половой функции принимают участие и психика, и нервные механизмы более элементарного порядка, и железы внутренней секреции, и уrogenитальный аппарат, считают, что проблема обслуживания сексологических больных должна решаться «комплексно», а именно путем организации сексологических диспансеров, в которых работали бы представители различных специальностей. При несомненной прогрессивности второй концепции по сравнению с первой практическая реализация схемы «комплексного» обслуживания этого контингента больных наталкивается на непреодолимые препятствия, которые при их внешнем разнообразии имеют общий источник — недооценку специфики сексуальных расстройств.

На первых этапах развития сексопатологии считалось, что каузальные корни сексуального расстройства вскрываются и исчер-

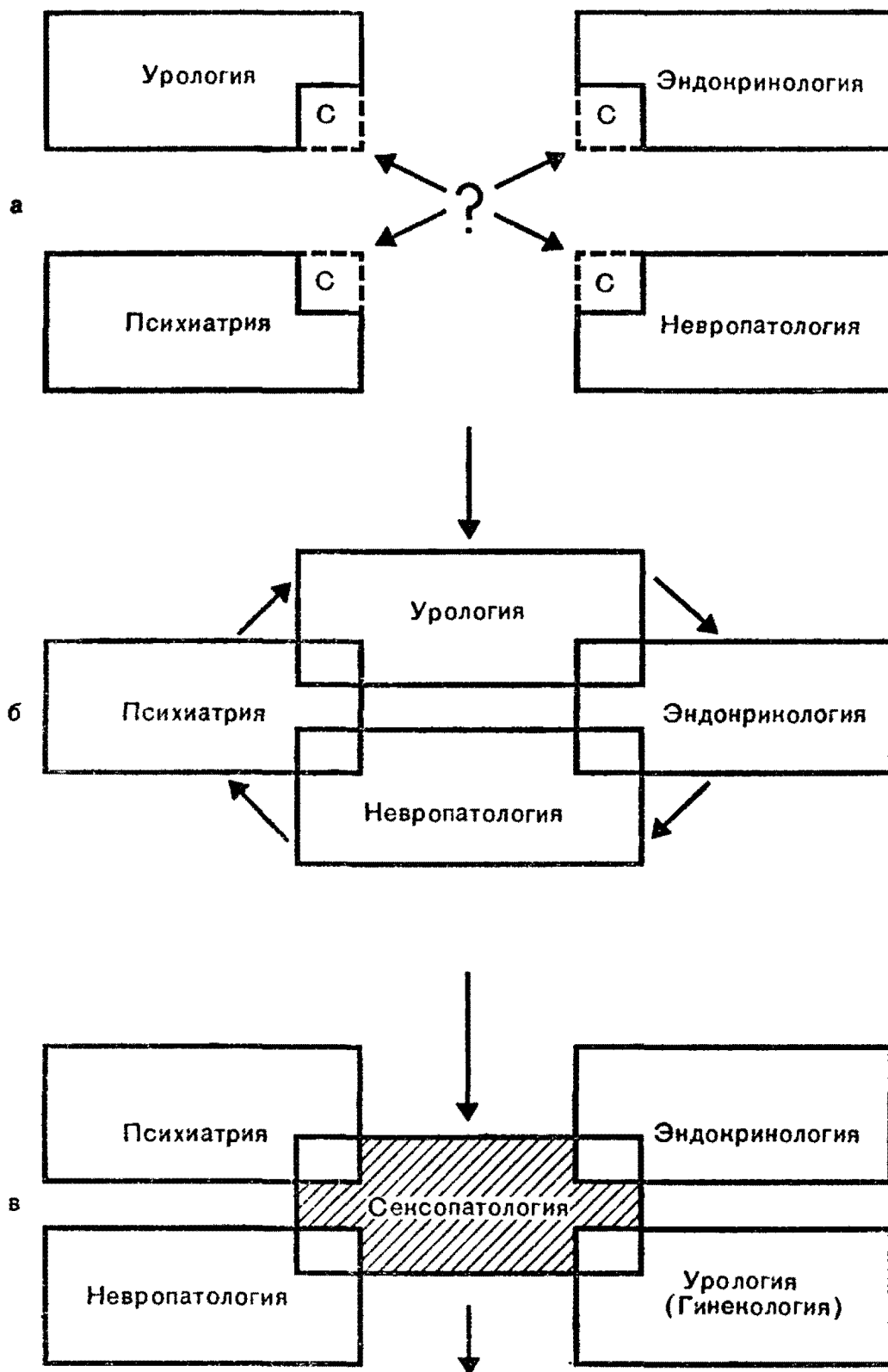


Рис. 1. Три концепции сексопатологии.

а — монодисциплинарная, или редуционистская, концепция в представлении уролога, эндокринолога, невропатолога и психиатра (досистемный этап: отдельные аспекты сексопатологии в конечном счете растворяются в рамках ряда смежных дисциплин); б — мультидисциплинарная, или концепция «комплексного обслуживания» (псевдосистемный этап: сексопатологии как таковой нет, а роль сексопатолога редуцирована до обязанностей диспетчера); в — междисциплинарная, или интегральная (системная), концепция: сексопатология определяет собственный контингент больных, формирует собственный категориальный аппарат (феноменология и приемы исследования, качественно отличные от таковых всех смежных специальностей — обозначены штриховкой) — и выделяется в самостоятельную клиническую дисциплину.

пываются фактом наличия какого-либо тяжелого заболевания (эндокринного, урологического, психического и др.) и любое сексуальное расстройство — лишь осложнение этого заболевания. В ходе дальнейшего развития сексопатологии накопились наблюдения, свидетельствующие о том, что больные, страдающие тяжелейшими сосудистыми, травматическими и наследственно-дегенеративными формами неврологических заболеваний, а также многолетними хроническими простатитами и далеко зашедшими эндокринными заболеваниями, способны до преклонных лет поддерживать уровни половой активности, свойственные далеко не всем практически здоровым людям. Наряду с этим наиболее выраженные и терапевтически резистентные формы специфических сексуальных расстройств наблюдаются у пациентов без каких-либо нарушений, которые не выявляются даже при самом тщательном обследовании с использованием традиционных критериев клинической эндокринологии, урологии, невропатологии и т. д. Все это доказывает, что сексуальная патология отличается качественным своеобразием и не может быть сведена ни к прямому следствию какого-либо первичного заболевания, ни даже к совокупности первичных не-сексологических синдромов. Таким образом, несостоятельной оказалась и мультидисциплинарная концепция, при которой сексопатология растворяется в водовороте смежных клинических дисциплин (см. рис. 1, б).

Весь накопленный опыт, свидетельствуя о том, что сексуальная патология отличается спецификой, понимание которой не обеспечивает ни одна из смежных клинических специальностей, требовал создания адекватных этой специфике приемов, как практических (сбор анамнеза и проведение объективного обследования), так и методологических (осмысление причин и механизмов сексуальных расстройств, следуя от жалоб и выявленной симптоматики к синдромам и эффективным лечебно-реабилитационным воздействиям). На этом пути, заимствуя из пограничных дисциплин традиционные диагностические и лечебные приемы, соответствующие характеру наблюдающихся проявлений, модифицируя их применительно к специфике сексуальных расстройств и дополняя принципиально новыми, междисциплинарная сексопатология формирует собственную понятийную платформу (см. рис. 1, в).

1.1. Основные этапы становления сексопатологии

Основные этапы становления сексопатологии соотносятся с рассмотренными тремя методологическими подходами. На первом, наивно-механистическом, или локализационистском, этапе все сексуальные расстройства связывались с заболеваниями половых органов. Успешное применение урологических инструментов позволило производить внутриуретральные манипуляции под непосредственным визуальным контролем, в связи с чем утвердилось мнение [L'Allemand C., 1836; Drysdale Ch., 1854, и др.], что все сексуальные расстройства являются прямым результатом местных урологических нарушений, а ликвидация патологического очага (например, гипертрофии или воспаления семенного бугорка) должна автоматически обеспечить ликвидацию сексуального расстройства. В дальнейшем, на волне успехов экспериментальной и клинической эндокринологии, породивших веру во всемогущество половых гормонов, на монопольное доминирование в сексопатологии

претендовали эндокринологи; вскоре такого рода претензии приняли широкий характер, и многие практики стали считать, что эпицентр сексологии располагается в той специальности, которую они представляют (см. рис. 1, а). Живучесть рассматриваемой концепции подтверждается тем фактом, что до последнего времени публикуются монографии, связывающие всю сексуальную патологию с болезнями половых органов (мужских или женских).

Основным достижением второго, энциклопедического, этапа, знаменовавшего переход на мультидисциплинарные методологические позиции, явилось преодоление односторонности локализационизма и торжество идеи полиэтиологичности сексуальных расстройств, которые могут возникать при разнообразных формах не только урологической, но и эндокринной, нервной и психической патологии [Якобсон Л. Я., 1915; Ellis H., 1897; 1898; Fogel A., 1905]. Высшим достижением мультидисциплинарного подхода явился параметрический этап, первыми предвестниками которого были работы русских гигиенистов, начатые еще в предреволюционные годы [Членов М. А., 1907], но максимального размаха достигшие в 1920-е годы [Гельман И. Г., 1926; Голосовкер С. И., 1925—1927; Бараш М. С., 1925; Васильев В., 1925, и др.]. Свое завершение параметрический этап нашел в работах американских исследователей А. Kinsey (1948, 1953), W. Masters, V. Johnson (1966, 1970). Так, А. Kinsey, отрешившись от религиозной и морализаторской предвзятости, зарегистрировал широчайший диапазон разброса индивидуальных числовых характеристик основных проявлений сексуальности человека, их возрастную обусловленность и наличие коррелятивных зависимостей от некоторых экономических и социально-психологических факторов, а W. Masters и V. Johnson дополнили эти факты физиологическими данными, полученными с помощью новейших регистрационных методик.

Несмотря на то что в лучших работах западных исследователей намечались тенденции к переходу от мультидисциплинарной к междисциплинарной концепции в сексопатологии, выражающиеся в сочетании приемов отдельных смежных специальностей (социологии и математической статистики у А. Kinsey, физиологического и клинического обследования у W. Masters и V. Johnson), парциальность и эклектизм такого рода попыток делали их слишком односторонними, при этом был невозможен учет состояния всех вовлекаемых в сексуальные расстройства систем организма. В отличие от этого в работах советских исследователей закладываются фундаментальные предпосылки для построения междисциплинарной сексологии [Геодакян В. А., 1987; Кон И. С., 1988, и др.] и на основе общей теории функциональных систем [Анохин П. К., 1975] и концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла [Васильченко Г. С., 1956] разрабатывается первая междисциплинарная модель сексопатологии, открывающая системный этап ее развития, вооружающий врача специфической методикой сексологического обследования¹ и развернутыми нозологическими характеристиками специфических первично-сексологических нарушений².

¹ Общая сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.

² Частная сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.

1.2. Особенности сексуальных расстройств и тактики их лечения

К сексуальным расстройствам относят болезненные изменения половых проявлений — направленности и выраженности полового влечения, степени половой возбудимости (легкость возникновения половой доминанты, состояние порогов эрогенных зон, характеристика оргазма), а также ряда феноменов (любрикация влагалища у женщин, эрекция и эякуляция у мужчин). Особо учитывается влияние имеющихся отклонений на взаимную сексуальную адаптацию партнеров.

Сексологические нарушения наблюдаются как при различных психоневрологических и общесоматических (в том числе урологических, гинекологических, эндокринологических) заболеваниях, так и при их отсутствии. Однако у всех больных, обратившихся по поводу половых расстройств, при полном сексологическом обследовании устанавливаются специфические сексологические отклонения, а также отклонения, рассматриваемые специалистами смежных дисциплин как индивидуальные особенности, не относящиеся к числу патологических проявлений (типичный пример — акцентуации характера). Сравнительный анализ частотных характеристик и патогенной роли отклонений этого класса, а также признанных нозологических форм, входящих в Международную классификацию болезней (МКБ), свидетельствует о преобладании в патогенезе сексуальных расстройств именно пограничных отклонений. Так, у исследованных Л. И. Голубцовой (1988) двух групп женщин, статистически тождественных по возрасту, семейному положению, давности и выраженности имевшейся у них невротоподобной шизофрении, наличие сексуальных расстройств коррелировало с частотой и выраженностью признаков задержки или дисгармонии пубертатного развития.

Одной из наиболее характерных особенностей сексуальных расстройств является выраженная их полисиндромность. При современной диагностике число дискретных синдромов (если с известной мерой условности обозначить этим термином все симптомокомплексы — от пограничных состояний типа акцентуаций характера до таких нозологических форм, как шизофрения и диабет), по данным сексологических архивов учреждений различного профиля: Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, поликлинического отделения Научно-исследовательского НИИ экспериментальной эндокринологии и химии гормонов АМН СССР [Козлов Г. И., Камалов К. Г., 1988], отделения сексопатологии и сперматологии Киевского научно-исследовательского института урологии и нефрологии [Горпинченко И. И., 1986], составляет у каждого больного в среднем от 3 до 5, а моносиндромные нарушения являются казуистической редкостью.

Отмеченная полисиндромность порождает значительные трудности в лечении сексологических больных, поскольку отдельные синдромы относятся к различным областям клинической медицины. В примере, составленном из статистически самых частых синдромов, у больного с диагнозом «Невроз ожидания неудачи у личности с субкомпенсированной психопатией шизоидного круга на фоне задержки пубертатного развития, маскированной синдромом парацентральных долек, осложненной хроническим простатитом

(II стадии)» основу расстройства составляют пять синдромов, из которых три — психоневрологического профиля (невроз, психопатия и синдром парацентральных долек), один — эндокринологического (задержка пубертатного развития) и один — урологического (хронический простатит). Если следовать мультидисциплинарной модели сексопатологии, такого больного должны вести три или четыре специалиста.

Однако там, где налажена сексологическая служба в соответствии с приказом МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 г., лечение этого больного осуществляет один специалист — сексопатолог.

В других случаях, несмотря на более чем 15-летний опыт функционирования сексологической службы в стране, организаторы здравоохранения, а иногда и сами сексопатологи все еще испытывают затруднения при определении тактики взаимодействия специалистов различного профиля. Подобные затруднения нередко возникают в отношении больных, у которых доминируют нарушения не гипофункционального регистра (снижение, ослабление, срыв некоторых парциальных сексологических механизмов), а поведенческого характера с дезорганизацией или расторможением обычно сдерживаемых и подавляемых желаний и действий. Такого рода нарушения могут быть прямым результатом психических расстройств, а поскольку излечение психоза и нормализация общего поведения у части подобных больных приводят к нормализации и сексуального поведения, такие пациенты, если рассуждать формально, подлежат наблюдению у психиатров. А в связи с тем, что подавляющее большинство больных с психотическими расстройствами, дебютирующими нарушениями сексуального поведения, избегают психоневрологических диспансеров и обращаются за помощью в сексологические кабинеты, сексопатолог должен владеть диагностикой ранних форм психических заболеваний, строго индивидуализировать и обосновывать каждый случай привлечения психиатра, а тем более передачи обратившегося к нему больного под дальнейшее наблюдение психоневрологического диспансера.

Наиболее четко затруднения в тактике взаимодействия специалистов различного профиля обозначились в связи с успехами в изучении сосудистых форм эрекционной недостаточности. Определенная часть этих расстройств, обусловленная поражением сосудов, требует ангиохирургических операций, поэтому возникла необходимость тесного контакта и четкой координации действий ангиохирурга и сексопатолога, каждый из которых сам по себе не в состоянии обеспечить полную функциональную реабилитацию. Начальная модель взаимодействия этих специалистов, предусматривающая два этапа — сексологический (отбор больных, нуждающихся в хирургическом вмешательстве) и хирургический (выполнение операции), себя не оправдала, так как после операции, несмотря на улучшение кровоснабжения кавернозных тел, проведение половых актов многим больным по-прежнему не удавалось. В результате была разработана и апробирована трехэтапная модель [Карпов А. С. и др., 1986, 1987]: I этап (начальный сексологический) — отбор больных на основе сексологического обследования; II этап (ангиохирургический) — оперативное вмешательство; III этап (заключительный сексологический) — функциональная реабилитация.

2. ФЕНОМЕНОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ СФЕРЫ

Характерная для сексопатологии предельная функциональная направленность (выражающаяся не столько в ликвидации патологических симптомов, сколько в восстановлении функций) настоятельно диктует необходимость доскональной ориентации сексопатолога во всем многообразии сексуальных проявлений здоровых мужчин и женщин, т. е. в нормативной феноменологии сексуальной сферы человека.

2.1. Раздельнополость.

Уровни и механизмы детерминации пола

Раздельнополость — самый первый, самый облигатный и самый глобальный феномен сексуальности человека. Разделение человеческих особей на мужчин и женщин предполагает у каждого индивидуума полное соответствие анатомического строения половых органов, мужских или женских пропорций тела (рост, соотношение ширины плеч и таза, выраженность и распределение подкожного жирового слоя и т. д.), полового самосознания (т. е. ощущения себя представителем определенного пола) и, наконец, адекватную направленность полового влечения и наличие соответствующих стереотипов полового поведения. Абсолютная норма подразумевает однозначную направленность всех компонентов перечисленного ряда без единого исключения, однако в реальной сексологической практике наблюдается крайняя вариативность состава человеческих популяций, определяемая многомерностью, системным характером детерминации пола. Даже если опустить крайний вариант сексуальной дифференцировки, т. е. явную патологию, при которой трудно решить, к какому полу принадлежит обследуемый, то все равно останется широкий вариационный ряд, в котором наряду с мужеподобными женщинами и женоподобными мужчинами выделяются совершенно самостоятельные категории. К ним относятся трансвеститы — лица с навязчивым стремлением носить одежду противоположного пола и транссексуалы, стремящиеся изменить пол избавлением от физических признаков собственного пола. Наконец, с учетом психосексуальной ориентации можно выделить по крайней мере три категории лиц — гетеросексуальные, бисексуальные и гомосексуальные. Это многообразие определяется сложностью механизмов детерминации пола, в основе которых лежит система иерархических отношений, располагающаяся в диапазоне от генетических влияний до психологического выбора сексуального партнера.

Становление этой системы начинается с детерминации *генетического пола*, определяемого набором половых хромосом. Генетический пол в свою очередь обуславливает *гонадный* (или *истинный*) пол, идентифицируемый по основному показателю половой принадлежности — гистологическому строению половой железы (рис. 2). Истинным его называют потому, что, определяя *гаметный пол*, т. е. способность половой железы образовывать сперматозоиды или яйцеклетки, гонады тем самым выявляют роль данного индивидуума в процессе воспроизведения. Наряду с этим гонадный пол определяет также и *гормональный пол*, т. е. способность половой железы секретировать специфические половые гормоны (в эмбриональном периоде функционируют только семенники, в пубертатном же пе-

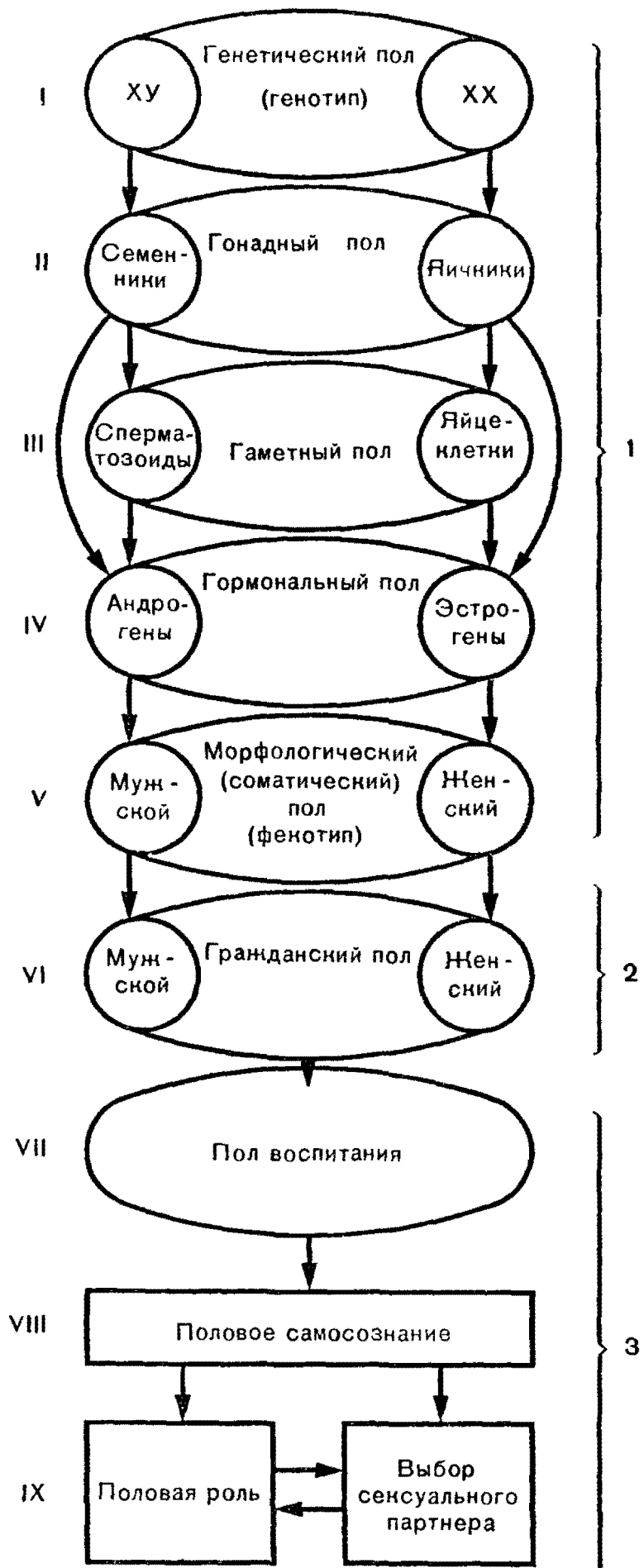


Рис. 2. Формирование пола у человека.
 I — физикальные детерминанты половой принадлежности; 2 — промежуточная (первая конвенциональная) детерминанта; 3 — социально-психологические детерминанты.

риоде начинается регулярное продуцирование специфических половых гормонов как в семенниках, так и в яичниках). В свою очередь уровень и доминирующая направленность гормональных воздействий определяют *морфологический* (или *соматический*) *пол* (фенотип) субъекта, т. е. строение и развитие его внутренних и наружных половых органов, а также вторичных половых признаков.

Все рассмотренные уровни могут быть объединены в группу *физикальных детерминант* половой принадлежности индивидуума, которыми в значительной мере определяются и его *социально-психологические детерминанты*. Однако, как об этом свидетельствуют клинические наблюдения, связь эта не носит характера жесткой функциональной зависимости, а в некоторые критические периоды оказывается настолько рыхлой, что порождает ряд диссоциаций между соматическими и социально-психологическими детерминантами половой принадлежности, на почве которых и формируются некоторые нарушения. Возникновению таких нарушений, в особенности при наличии изначальных аномалий физикальных детерминант, способствует *конвенциональность гражданского пола*, выводимого обычно акушером непосредственно из пола морфологического.

Этот пол, наиболее тесно примыкающий ко всем предыдущим уровням, играет роль важной функциональной перемишки между детерминантами физикальными и социально-психологическими (см. рис. 2).

Принципиальное отличие указанных уровней половой дифференцировки от остальных уровней заключается в том, что физикальные детерминанты обуславливают саму половую принадлежность, в то время как уровни VI—IX (см. рис. 2) — определенные формы полового поведения. Свойственная физикальным детерминантам ригидность имеет глубокий биологический смысл, определяя невозможность изменения пола гонады вследствие изменения концентрации половых гормонов, что в свою очередь определяется необходимостью защиты плода от феминизирующего влияния гормонов матери.

На терминальных уровнях половой дифференцировки в норме наблюдается та же каузальная последовательность, что и на начальных: гражданский пол, определяя *пол воспитания* (от выбора формы одежды, прически и игр до применения наказаний за неконформное сексуальное поведение), тем самым формирует *половое самосознание*, которое в свою очередь определяет игровую индивидом *половую роль*, прежде всего — *выбор сексуального партнера*.

Однако указанные отношения, характерные для нормы, могут деформироваться на различных этапах при патологических воздействиях, и приведенная схема (см. рис. 2) облегчает труд сексопатолога, в частности, при толковании механизмов формирования гомосексуализма, обусловленного нарушением адекватного выбора сексуального партнера в одном из критических периодов становления сексуальности.

В заключение следует подчеркнуть особую важность двух основных видов гормонального воздействия физикальных детерминант, выявляющегося в двух критических периодах полового развития — эмбриональном и пубертатном. Эти воздействия обозначаются [Мицкевич М. С., 1957; 1974] как *организующее* (или *морфогенетическое*) и *активационное*. Первое проявляется на ранних этапах онтогенеза, когда гормоны действуют как

организаторы (индукторы) роста и дифференцировки, и это носит необратимый характер, а активационный тип гормонального действия связан с изменением интенсивности, уровня функционирования и обычно имеет обратимый характер.

2.2. Основные проявления нормальной сексуальности у мужчин

2.2.1. Эрекция

Эрекция — увеличение полового члена в объеме по сравнению с состоянием покоя и приобретение им механической твердости, необходимой для введения во влагалище и проведения полового акта.

Эрекция — самый элементарный, самый стойкий и в то же время самый уязвимый феномен мужской сексуальности. Относительная элементарность механизма эрекции определяется наименьшим количеством интегрируемых анатомо-физиологических структур и преобладанием в их числе изначально периферических образований, сохраняющих значительную долю автономности (спинальные, параспинальные и приорганые вегетативные узлы и сплетения). Значительная устойчивость эрекции, обусловленная их защищенностью от повреждающих факторов «органической» природы, определяется их опорой на самые древние филогенетические структуры. Именно поэтому из всех проявлений мужской сексуальности они формируются и выявляются первыми — задолго до либидо, эякуляции и оргазма, наблюдаясь у мальчиков уже в грудном возрасте. Но в то же время именно эрекции отличаются чрезвычайной чувствительностью ко всякого рода психотравмирующим воздействиям, что определяется их подконтрольностью высшим церебральным механизмам, например вследствие отрицательных эмоций. Наряду с этим сознание того, что именно эрекции, мифологизированные и фетишизированные у многих народов (в виде фаллического культа), являются своеобразным символом мужественности и мужского достоинства, усугубляет их ранимость.

Эрекция — рефлекторно-сосудистый акт; основной механизм эрекции объясняется усилением притока артериальной крови, а замедление оттока крови по венам играет при этом лишь вспомогательную роль; в то же время благодаря сокращению *mm. ischio-cavernosi*, действующих наподобие рычага, сосудистый эффект усиливается лишь механическим приподниманием полового члена.

Ряд существенных различий в архитектонике пещеристых тел полового члена, с одной стороны, и губчатого тела уретры — с другой (по относительному содержанию мышечных и эластических волокон, мощности белочной оболочки, расположению мышечных пучков и пещеристых лакун), заставляют проводить разграничение между собственно пещеристыми телами полового члена (*corpora cavernosa penis*) и губчатым парауретральным телом уретры (*corpus spongiosum urethrae*). Указанные различия проявляются в том, что спонгиозное тело уретры и головка полового члена даже на высоте эрекции оказываются менее напряженными, что создает благоприятные условия для прохождения семени через уретру и придает го-

ловке полового члена роль буфера, предотвращающего травматизацию женских половых органов передними заостренными концами кавернозных тел.

Рефлекторная природа эрекции доказывается возможностью вызывания эрекции раздражением полового члена у животного с перерезанным спинным мозгом, а также прямым электрическим раздражением nn. erigentes. Сосудодвигательные нервы полового члена берут начало от крестцовых корешков и от веточек, идущих от plexus mesentericus inferior и n. pudendus internus. Таким образом, сосудодвигательный иннервационный аппарат полового члена связан с крестцовым и поясничным отделами, а его нервы большей частью заканчиваются в plexus hypogastricus. Возбуждение n. erigentis communis вызывает расширение сосудов полового члена; возбуждение n. erigens posterior (от S₂) может вызвать тот же эффект, что же касается n. erigens anterior, то этот нерв содержит как симпатические, так и парасимпатические волокна и в зависимости от способа раздражения может быть и вазоконстриктором, и вазодилататором.

Действие nn. erigentes на половой член сравнивают с действием n. vagi на сердце: в покое, при отсутствии сексуального возбуждения, артерии полового члена находятся в состоянии среднего сокращения, поддерживаемого тонусом мелких нервных узлов; в ситуациях, вызывающих сексуальное возбуждение, импульсы с церебральных уровней, воздействуя в конечном счете на парасимпатические nn. erigentes, приводят к тому, что тонически сокращенные артерии полового члена расширяются и обильная волна крови вливается в сосудистую сеть пещеристых тел, заполняя и растягивая их. В ситуациях, неблагоприятных для половых проявлений, а также по окончании полового акта нервные импульсы, напротив, поступают на симпатический конечный путь и через подчревное сплетение воздействуют на вазоконстрикторы полового члена, подавляющие эрекцию. Таким образом, периферические ганглии, расположенные в пограничном симпатическом стволе, нижнем брыжеечном, подчревном и других сплетениях, являются «центрами» сосудистого тонуса, уровень активности которых в различных ситуациях то повышается, то понижается подобно тому, как изменяется влияние блуждающего нерва на деятельность сердечных узлов. Однако высшую инстанцию, которая интегрирует все «низшие» механически-рефлекторные центры, выполняющие лишь «черную работу» сближения, представляет головной мозг.

2.2.2. Эякуляция

Эякуляция, или семяизвержение,— выделение эякулята (продуктов деятельности семенников и придаточных половых желез) Эякуляция, как и эрекция,— акт рефлекторный, но гораздо более сложный, ибо относительно однозначному сосудистому компоненту эрекции здесь соответствует ряд компонентов двигательной и выделительной природы, развертывающихся в определенной последовательности, способствующей смешиванию различных секретов, что является необходимым условием для обеспечения жизнеспособности и активности сперматозоидов. У человека в серии эякуляций, следующих друг за другом с короткими перерывами, сперматозоиды исчезают в третьей или четвертой порции и вновь обнаруживаются в эякулятах, полученных после 2—3 сут полового покоя.

Эякуляция начинается с активного мышечного сокращения семявыносящих протоков и имеет две фазы. Первая фаза — выведение семени — совершается произвольно под действием импульсов, следующих из сегментов Th₁₂—L₄ спинного мозга по соединительным ветвям (*rami communicantes*) симпатического ствола и пп. *hypogastrici*, через нижний брыжеечный узел и подчревное сплетение; постганглионарные волокна распределяются по семявыносящим протокам на всем протяжении, начиная от придатков и включая ампулярную часть и частично семенные пузырьки, а также обеспечивают внутренний сфинктер мочевого пузыря и констрикторы артерий полового члена. Секрет яичек, скопившийся до этого в *ductus deferentes* в результате пассивного и медленного проталкивания выделенных ранее порций яичкового секрета новыми, поступающими из придатков (под влиянием свойственной им перистальтики), с началом первой фазы эякуляции вследствие сокращения мышечных стенок семявыводящих протоков активно перемещается в предстательную часть уретры. Поступление же эякулята в *pars prostatica urethrae*, действуя как стимулятор парасимпатической и соматической иннерваций, вызывает вторую фазу — фазу выбрасывания (изгнания, извержения) уже не яичкового секрета, а эякулята.

Вторая фаза эякуляции совершается еще более энергично, так как в ней к действию произвольных парасимпатических импульсов, следующих из сегментов S₂ — S₄, проходящих через пп. *erigentes* и через внутренние срамные нервы, а также через интрамуральные сплетения некоторых тазовых органов (в частности, через *pl. prostaticus* и *pl. cavernosus penis*) и воздействующих на гладкую мускулатуру семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются мощные сокращения поперечнополосатой мускулатуры, начинающиеся с *m. constrictor urethrae*, *mm. bulbo- et ischio-cavernosi* и вовлекающие всю произвольную и произвольную мускулатуру тазового дна.

Действие аппарата эякуляции у отдельных лиц достигает такой силы, что семенная жидкость извергается на расстояние более 1 м.

Психосенсорный эквивалент первой фазы эякуляции описан W. Masters и V. Johnson (1966): в отличие от острого переживания оргазма, синхронного с энергичными мышечными спазмами поперечнополосатых мышц, извергающих эякулят и коррелирующих со второй фазой эякуляции, в первой фазе оргазма как такового еще нет, а возникает лишь ощущение его неотвратимости. Этот момент наступает за 2—4 с до выброса эякулята из *meatus penis*.

Хотя эякуляция произвольна, влияние на нее корковой регуляции прослеживается и в случаях наступления ее под влиянием чисто психического возбуждения, без воздействия на эрогенную зону *glans penis* и при кортикально обусловленном функциональном асперматизме, когда коитус с определенной женщиной никогда не заканчивается эякуляцией независимо от длительности фрикций. В клинко-физиологическом анализе механизмов кортикального обеспечения половых функций особого упоминания заслуживают парацентральные дольки, синдром поражения которых свидетельствует о непосредственном их участии у человека в регулировании эякуляции.

E. Voss, E. Comagg (1960), исследовав 529 больных с травматическими повреждениями спинного мозга и (или) конского хвоста, констатировали сохранение эрекции при центральном параличе у

85—90% больных, а при периферическом — у 25% больных. Эякуляции сохранялись при центральном параличе у 8% больных и при периферическом — у 19%.

2.2.3. Оргазм

Оргазм — высшая степень сладострастного ощущения в момент завершения полового акта (или заменяющих его форм половой активности).

Прежние гипотезы, объяснявшие природу оргазма, основывались на периферическом или центральном происхождении его. Первые связывали формирование оргазма с сокращением семяизвергающих мышц или с активным преодолением семенной жидкостью узких устьев семявыносящих протоков, открывающихся в заднюю уретру на семенном бугорке. Вторые связывали формирование оргазма с раздражением центров спинного мозга или параспинальных образований вегетативной нервной системы либо с существованием в головном мозге особого центра, который при возбуждении изливает на остальные мозговые клетки специфическое «одурманивающее вещество».

Системная сексология объясняет оргазм как результат сложного взаимодействия ряда структурных образований, расположенных на различных уровнях (тазовом, спинальном, диэнцефальном и корковом). Активное преодоление узких устьев семявыносящих протоков и поступление в простатическую часть уретры их содержимого (т.е. завершение первой фазы эякуляции) порождают афферентные импульсы, которые поступают в высшие центры головного мозга и воспринимаются вначале как ощущение неотвратности, невозможности остановить надвигающуюся волну оргазма, но еще не как сам оргазм. Во второй фазе оргазма афферентные импульсы из простатической части уретры поступают в церебральный центр, расположенный в парацентральных долях либо в непосредственной близости к ним, сенсibilизированный предшествовавшей суммацией центростремительных импульсов с эрогенной зоны головки члена. Интеграция этих афферентных импульсов предварительно сенсibilизированным церебральным центром после преодоления порога наступления оргазма вызывает цепную реакцию, проявляющуюся в сильнейшем нервном разряде, двигательный компонент которого реализуется в серии мышечных спазмов, пробегающих по наружной уретре с интервалами 0,8 с, и сопровождается сильнейшим сенсорным аккомпанементом, чрезвычайно витальная, подчас гиперпатическая окраска которого с несомненностью свидетельствует об участии зрительных бугров.

Для удобства анализа системная концепция допускает условное выделение из рассмотренного функционального единства двух уровней: а) церебрального (объединяющего все корковые условнорефлекторные комплексы половой сферы, парацентральные доли и связанные с половой сферой отделы межучного мозга, в том числе зрительных бугров); б) сегментарного (поясничные и крестцовые отделы спинальных центров эякуляции с их экстраспинальным, в том числе приорганым, обеспечением). Сегментарный уровень, представляющий по существу функциональный субстрат эякуляции, непосредственно связан с двигательными проявлениями, обеспечивающими переход первой, преоргастической, фазы эяку-

ляции во вторую фазу, не только тесно связанную с оргазмом, но и управляемую им при нормальном ее протекании. В противоположность этому церебральный уровень более непосредственно и во времени, и функционально связан не с двигательными, а с сенсорными реакциями, осуществляя их восприятие, оценку и интеграцию.

Системное толкование механизмов оргазма позволяет объяснить все разнообразие диссоциаций между оргазмом и эякуляцией, начиная с облегченного наступления непроизвольных семяизвержений во время сна при ночных поллюциях (когда снижается сдерживающее влияние кортикальных отделов), во многих случаях не сопровождающихся оргазмом и устанавливаемых лишь по наличию следов эякулята на белье. Такого же рода переходными различиями в функциональном состоянии сегментарных и церебральных уровней объясняются и другие случаи эякуляции без оргазма.

В противоположность этому в случаях оргазма без эякуляции имеют место обратные соотношения: резкое снижение (вплоть до полного функционального паралича) возбудимости нижнего, сегментарного, подотдела наряду с функциональной сохранностью, а нередко с повышением возбудимости (т. е. понижением порогов) церебрального уровня. Чаще всего подобные отношения наблюдаются при наличии запущенного хронического простатита.

Биологическое значение оргазма не ограничивается ролью мотива, побуждающего к проведению коитуса. В его основе лежит безусловный рефлекс, который подкрепляет всю предшествующую последовательность сексуальных реакций, тем самым формируя из множества разрозненных проявлений целостный психофизиологический акт. В этом закреплении сливающихся в процессе интимной близости непроизвольных компонентов биологического порядка, с одной стороны, и индивидуальных личностных проявлений поведенческого порядка — с другой, и заключается основная роль оргазма.

2.2.4. Половое влечение (либидо)

В формировании полового влечения мужчины принимают участие по существу те же уровни, что и в формировании оргазма, однако степень участия каждого из них различна. Если в оргазме супраспинальные (церебральные) механизмы играют роль инстанций, осуществляющих главным образом сенсорное восприятие заключительных фаз оргазма и их оценку, то в формировании либидо именно церебральные образования выполняют все основные задачи на протяжении всего жизненного цикла.

В половом влечении мужчины выявляются три функциональных компонента. Первый, энергетический, имеет врожденный характер, и его анатомио-физиологический субстрат включает глубокие структуры головного мозга: (лимбический комплекс, зрительные бугры, гипоталамус, нейрогипофиз) и периферические железы внутренней секреции: семенники, надпочечники и др. В общем виде физиологическая роль подкорковых структур была охарактеризована И. П. Павловым (1930). Он отмечал, что главный импульс для деятельности коры идет из подкорки и если исключить эти эмоции, то кора лишится главного источника силы. Именно субкортикальный компонент либидо обеспечивает пробуждение и развертывание полового инстинкта, наличие и степень выраженности

всех специфически сексуальных проявлений, особую, витальную, обостренность сексуальных переживаний, активационное воздействие на эрекционный, эякуляторный и оргастический центры, снижение порогов которых облегчает наступление эрекции, эякуляции и оргазма. Несмотря на то что начальные этапы формирования энергетического компонента либидо относятся к эмбриональному периоду индивидуального развития, первые его внешние проявления наблюдаются в норме лишь с пубертатного возраста.

Второй компонент, свойственный зрелому половому влечению, — селективность как в выборе самого объекта полового влечения, т. е. его направленность, так и в конкретных формах осуществления сексуальных актов, а также в восприятии и оценке своей роли в осуществляемых формах сексуального поведения. Анатомо-физиологический субстрат второго компонента наряду с некоторыми субкортикальными структурами обязательно включает кортикальные образования и поэтому носит характер не чисто врожденный, как энергетический компонент, а врожденно-приобретенный. И хотя начальные этапы формирования селективно-поведенческого компонента, так же как начальные этапы формирования энергетического компонента, могут относиться к пренатальному периоду и также быть подверженными эмбриотропным воздействиям, в возникновении патологических форм либидо, как правило, играют роль патогенные влияния, приходящиеся и на ранние фазы постнатального развития (например, критические этапы препубертатного периода).

Третий компонент мужского либидо, определяющий периодичность его подъемов и спадов, по существу является подвидом первого, энергетического, компонента. Он проявляется в очень узких временных рамках: если первый и второй компоненты стойко удерживаются на протяжении десятилетий (первый — между пубертатным периодом и угасанием половых интересов, а второй — между осознанием себя как личности и угасанием сознания), то колебания данного компонента укладываются в интервалы, измеряемые днями или неделями.

В основе этой периодичности лежат две закономерности, описанные отечественными исследователями. Первая из них элементарно проста: накопление эякулята механическим давлением на первные окончания в стенках растягиваемых резервуаров (выводные протоки, семенные пузырьки) повышает половую возбудимость, а выбросы эякулята, снижая и снимая это давление, тем самым приводят и к снижению выраженности либидо. Однако у человека в отличие от тех экспериментальных животных, на которых впервые установлен этот феномен [Тарханов И. Р., 1885], постулируемая линейная зависимость (чем длительнее воздержание, тем неудержимее половое возбуждение) осложняется другим феноменом, в основе которого лежит механизм простатотестикулярного взаимодействия. [Белов Н. А., 1912]. Предстательная железа, являющаяся мышечно-железистым органом с внешней секрецией, в периоде полового воздержания, когда секрет не выводится через уретру, а всасывается и поступает в кровяное русло, превращается в факультативную железу внутренней секреции. При этом в противоположность прямому влиянию яичек на предстательную железу (повышенная выработка андрогенов стимулирует функции и ускоряет анатомическое развитие предстательной железы, а понижение концентрации андрогенов снижает функции и при значительной степени снижения приводит к ее атрофии) интенсивность поступления секрета предстательной железы в кровяное русло

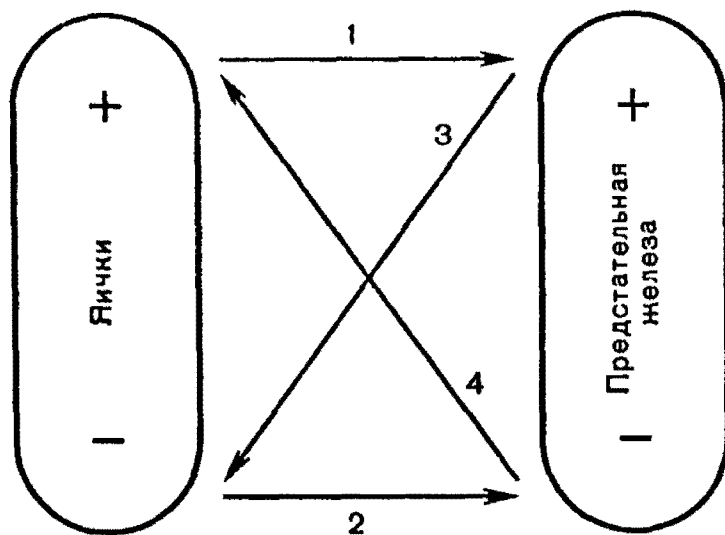


Рис. 3. Простатотестикулярное взаимодействие (феномен Белова). 1 — повышение секреторной активности яичек стимулирует функции и развитие предстательной железы; 2 — понижение секреторной активности яичек подавляет функции предстательной железы и может привести к ее атрофии; 3 — повышенное поступление секрета предстательной железы в кровяное русло (в периоды полового воздержания) тормозит секреторную активность яичек; 4 — снижение секреторной активности предстательной железы (при учащении половых актов) стимулирует деятельность яичек. Знаком «+» обозначено повышение внутрисекреторной активности, знаком «-» — понижение.

оказывает на функцию яичек обратное действие (рис. 3), усиливая деятельность семенников в периоды повышенной половой активности и подавляя их тонус в периоды полового воздержания.

При изменении привычного ритма половой активности, в особенности при резком прекращении половой жизни (например, выход моряка в рейс), вначале сказывается феномен Тарханова: сексуально-эротические воспоминания с каждым днем принимают все более яркую окраску и возникают по все более ничтожным поводам, учащаются спонтанные эрекции, ночные поллюции происходят с короткими интервалами, облегчая тягостность сексуальной абстиненции лишь на короткое время (все это, естественно, при отсутствии мастурбации). Однако вслед за этим сексуальные фантазии постепенно утрачивают первоначальную яркость и возникают реже (так же как и спонтанные эрекции), а интервалы между ночными поллюциями возрастают — наступает естественная адаптация, в основе которой — феномен Белова. При изменении же установившегося низкого уровня половой активности в сторону его повышения обычно сказывается тот же феномен Белова: так, жены многих моряков, возвращающихся из рейса, безо всяких к тому оснований подозревают своих мужей в неверности, потому что сразу установить тот уровень активности, который имел место перед выходом в плавание, им не удастся, и привычная интенсивность восстанавливается лишь постепенно (по миновании периода, обозначаемого как «период раздаивания»).

Будучи тесно связанным с сознанием, либидо также претерпевает длительную индивидуальную эволюцию, постепенно усложняясь и совершенствуясь. У мужчин можно выделить следующие его стадии.

1. *Понятийная* стадия целиком связана с формированием у ребенка сознания и к либидо как таковому на данном этапе никакого

отношения не имеет (поэтому ее обозначают также как *долибидиозную*). На этой стадии, поскольку все окружающие ребенка люди разделяются не только на мальчиков и девочек, а, как выясняется, на более емкие категории — мужчин и женщин (мама и папа, бабушки и дедушки, тети и дяди), ребенок постепенно осознает факт раздельнополости и относит себя к одному из двух полов. Эта стадия лишена какой бы то ни было специфической чувственной окраски, ей присуща единственная положительная эмоция, испытываемая ребенком, — радость от решения непростой интеллектуальной задачи.

2. *Романтическая (или платоническая)* стадия характеризуется главным образом фантазиями, в которых совершаются воображаемые подвиги в честь идеализируемого объекта первой влюбленности. Характерные черты этой стадии — высокий накал чувств с элементами сладостного трагизма, самоотречения и жертвенности, убежденность в уникальности переживаемого (никто и никогда не переживал ничего подобного). Значение платонической стадии — в возвышении физиологического инстинкта до истинно человеческой любви.

3. *Эротическая* стадия выражается в стремлении к нежности и ласкам (словесным и тактильным). Эта стадия, чрезвычайно характерная для женской сексуальности, чужда природе подавляющего большинства молодых мужчин и чаще наблюдается у них при задержках психосексуального развития.

4. *Сексуальная* стадия протекает на фоне специфических эмоций низшего порядка, которые, возникнув в периоде полового созревания, поддерживаются затем постоянной стимуляцией продуктами внешней секреции (феномен Тарханова). Проявления этой стадии обычно превышают индивидуальную физиологическую норму (так называемая юношеская гиперсексуальность), сопровождаются рядом не поддающихся контролю и произвольных феноменов — избирательным любопытством к любой сексуальной и генитальной тематике, спонтанными эрекциями с выраженным половым возбуждением, ночными поллюциями и мастурбаторными эксцессами, что порождает душевные кризисы и конфликты между успешными сложившимися морально-этическими установками и оценкой собственного «Я».

5. Стадия *зрелой сексуальности* характеризуется гармоничным соотношением понятийного, возвышенно-романтического, эротического и сексуально-чувственного элементов со всей системой морально-этических ценностных ориентаций личности. С достижением зрелости мужчина обретает полный контроль над своим сексуальным поведением и в противоположность предыдущей стадии успешно подавляет сексуальные тенденции, когда их проявление не соответствует времени и обстоятельствам, а также противоречит его личностным морально-этическим установкам.

2.2.5. Копулятивный цикл мужчины как единое целое

Весь комплекс проявлений, наблюдающихся у мужчин в процессе совокупления, подвергнут тщательному объективному исследованию [Masters W., Johnson V., 1966] и описан до мельчайших парциальных реакций, как генитальных (эрекция полового члена,

выделение 2—3 капли мукоидного секрета бульбоуретральной, или куперовой, железы, подтягивание мошонки, подъем яичек, увеличение их объема и разворот до 30—35°, мышечные сокращения семявыносящих путей и уретры, детумесценция), так и экстрагенитальных (эрекция грудных сосков, «половое покраснение» кожи туловища, произвольные спазматические сокращения отдельных мышечных групп лица, туловища, конечностей и ректального сфинктера, изменения глубины и ритма дыхания, тахикардия, подъем артериального давления, гипергидроз). Таким образом, реакции, выявляющиеся на протяжении интимной близости, чрезвычайно разнообразны и включают практически все физиологические системы организма. При этом как специфические сексуальные проявления функционального регистра (либидо, эрекции, эякуляции, оргазм), так и перечисленные парциальные феномены, их сопровождающие, представляют собой не более чем отдельные фрагменты единой поведенческой реакции чрезвычайной биологической и социально-психологической значимости. А в связи с тем что в широко принятом житейском употреблении выражение «половой акт» подразумевает только совокупность действий с момента введения полового члена во влагалище (при этом игнорируется ряд важнейших проявлений, нарушение которых исключает возможность осуществления «полового акта»), в научной сексологии с давних пор отмечается тенденция замены этого выражения понятиями *копулятивный цикл* [Васильченко Г. С., 1952] или *половой цикл* [Masters W., Johnson V., 1966]. В отечественной сексологии последнее понятие не употребляется вследствие его излишней биологической акцентуации.

2.2.5.1. Стадии копулятивного цикла мужчины

Естественную последовательность разворачивания копулятивного цикла с включением одного за другим всех функциональных элементов, обеспечивающих физиологическое протекание совокупления, можно представить наглядно в виде кривой (рис. 4).

Здоровому мужчине свойствен некоторый исходный уровень сексуальной напряженности, который впервые возникает в период полового созревания и сохраняется на протяжении всей жизни, вплоть до угасания половой активности. Этот исходный уровень, как правило, даже не осознается, так как в условиях повседневной жизни не имеет специфического сексуального оттенка и субъективно воспринимается как состояние физиологического комфорта. На рис. 4 этот период обозначен как *состояние предварительной нейрогуморальной готовности*, но это еще не стадия копулятивного цикла. Непосредственно за этим следует первая, *психическая*, стадия, началом которой является момент возникновения *половой доминанты*. Определяющий признак возникновения этой стадии — осознание полового желания, направленного на конкретный сексуальный объект, половая же доминанта, ориентирующая поведенческие реакции на овладение этим объектом, является ее физиологической основой. В этой стадии половое поведение разворачивается таким образом, чтобы склонить сексуальный объект к интимной близости. Для достижения этой цели мобилизуется прежде всего направленное речевое воздействие, которое затем подкрепляется тактильными раздражениями различных эрогенных

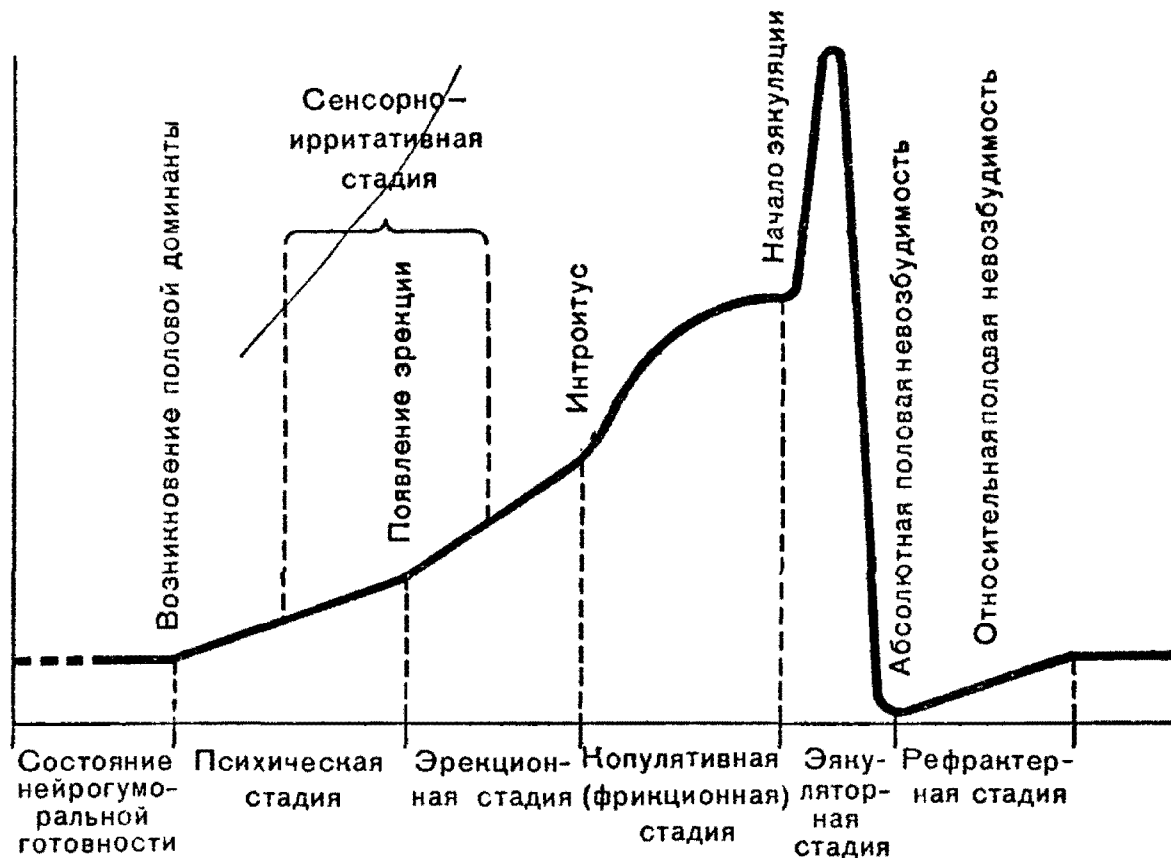


Рис. 4. Типовая кривая копулятивного цикла мужчины.

зон. Если развертывание копулятивного цикла происходит без помех, первое возбуждение постепенно нарастает, пока в какой-то момент не возникает эрекция, знаменующая наступление следующей, эрекции, стадии. Когда эрекция используется для интроитуса (интродукции, интродукции, или иммиссии), начинаются копулятивные фрикции, определяющие начало следующей, копулятивной, или фрикционной, стадии. Интенсивность нервного возбуждения продолжает нарастать, как показано на рисунке, сначала круто, а затем несколько уплощаясь (физиологически — следствие феномена сенсорного насыщения). Однако после продолжающейся суммации фрикций наступает резкое возрастание остроты сексуального возбуждения, совпадающее во времени с эякуляцией, — стадия эякуляции. Вслед за этим происходит спад нервного возбуждения, в большинстве случаев до субнормальных величин, наступает заключительная, рефрактерная, стадия копулятивного цикла.

На рис. 4 видно, что рефрактерная стадия делится на две подстадии — абсолютной и относительной невозбудимости. Это вызвано тем, что состояние постэякуляторной рефрактерности отличается широкой вариантноностью, определяемой индивидуально-конституциональными, возрастными и ситуационными моментами. У некоторых мужчин рефрактерная стадия настолько замаскирована, что они способны производить повторные половые акты, не извлекая половой член после первых эякуляций; у большинства же мужчин зрелого возраста после эякуляции наступает период абсолютной половой невозбудимости, в течение которого никакие воздействия не способны вызвать эрекцию. После оргазма в течение определенного времени мужчина остается безразличным к действию сексуальных возбудителей и чаще всего просто засыпает, если его оставить в покое. Вслед за этим, однако,

наступает период относительной половой невозбудимости, когда становится возможным вызвать эрекцию, а следовательно, и повторение полового акта. В этот период мужчина способен к сексуальному возбуждению только под влиянием интенсивных, форсированных воздействий

Посторгастическая невозбудимость получает свое объяснение в свете эволюционного развития. Тот факт, что у мужчины рефрактерность нарастает сразу по нескольким каналам (сексуальная анестезия кортикального генеза в виде безразличия к женским прелестям; ослабление эрекции; нарастание сенсорной гиперпатии при касании основной эрогенной зоны до степени протопатической чувствительности) по сравнению со способностью женщины к множественному оргазму без развития у нее явлений психосексуальной анестезии и сенсорной гиперпатии, надо рассматривать с точки зрения биологической роли совокупления в процессе эволюции: биологическая роль мужчины в акте совокупления — отдача полноценной спермы (после же первой эякуляции в эякуляте все более преобладают секрет придаточных половых желез и слабоподвижные и морфологически незрелые сперматозоиды), а биологическая задача женщины — восприятие спермы, и поэтому она выигрывает при отсутствии феномена рефрактерности, так как если бы после первого оргазма у женщины развивалась протопатическая болезненность к продолжению коитуса, это уменьшило бы возможность оплодотворения.

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

Связь между стадиями, наступление новой стадии определяется прежде всего законом суммации раздражений.

Отдельный раздражитель психической стадии (обонятельный или слуховой) чаще всего не в состоянии вызвать эрекцию. Суммация же отдельных раздражений (обонятельных, слуховых, зрительных и тактильных) во взаимодействии с раздражениями нейрогуморальными, постепенно возрастая, достигает порога возбудимости эрекционного центра и вызывает эрекцию. В свою очередь после интроекции, в копулятивной стадии, суммация отдельных раздражений, порождаемая длительным рядом последовательных фрикций, достигает порога возбудимости эякуляторного центра и вызывает эякуляцию и оргазм.

Из сказанного следует, что основным физиологическим фактором, определяющим очередность наступления стадий копулятивного цикла, является высота порогов взаимодействующих центров. Эрекционная стадия предшествует эякуляторной прежде всего потому, что в норме порог возбудимости центра эрекции ниже порога возбудимости эякуляторного центра.

Сенсорно-ирритативная стадия (см. рис. 4) отражает важную особенность женской сексуальности — выраженность эротического компонента либидо, определяющего потребность женщины в интенсивных тактильных ласках, направленных на экстрагенитальные и генитальные эрогенные зоны (см. ниже). Однако реальный копулятивный цикл в отличие от идеального один и для мужчины, и для женщины, поэтому наблюдательный, внимательный мужчина идет навстречу ожиданиям женщины, интенсифицируя тактильные ласки (т. е. включает в мужской тип копулятивного

цикла свойственный женскому циклу этап) Этот дополнительный (или дополнительно акцентулируемый) этап охватывает часть психической и эрекционной стадий (поскольку тактильные воздействия могут производиться как до, так и после появления эрекции).

2.2.5.2. Составляющие копулятивного цикла мужчины

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

Четко обозначенное на кривой (см. рис. 4) неуклонное возрастание уровня полового возбуждения с момента возникновения половой доминанты до высшей точки оргазма обусловлено увеличением массы вовлекаемого в деятельное состояние нервного субстрата, т. е. иррадиацией процесса возбуждения на новые анатомические структуры, с вовлечением на каждой последующей стадии все новых и новых нервных клеток.

Вначале, пока мужчина не вышел за пределы состояния предварительной нейрогуморальной готовности, процесс слабого (тонического) возбуждения не выходит за пределы лимбико-ретикулярного комплекса, гипоталамо-гипофизарного отдела и собственных интрамуральных нервных образований гонад и надпочечников. С момента же формирования половой доминанты и начала действий, направленных на то, чтобы склонить женщину к коитусу, по мере перехода от зрительных восприятий и речевого общения к непосредственным ласкам (т. е. контактному воздействию на обширные зоны тактильного анализатора) процесс возбуждения распространяется на различные области коры головного мозга. Однако до появления эрекции ее отсутствие свидетельствует о том, что возбуждение еще не захватило спинальный центр эрекции и, следовательно, психическая стадия еще не сменилась эрекционной. В свою очередь сколь угодно длительное пребывание в эрекционной стадии без интроекции ограничивает круг нормативной сексологической феноменологии тем минимумом, который определяется достигнутой стадией. Поэтому переход из одной стадии в следующую невозможен без присоединения новых клеточных формирований (например, на эякуляторной стадии таковыми являются нейронные ансамбли аппарата эякуляции в парацентральных долях коры, поясничном и крестцовом отделах спинного мозга).

Если при переходе в новую стадию к уже оформившейся до этого констелляции клеточных ансамблей присоединяется новый клеточный субстрат, естественно связать его с той задачей, выполнение которой он обеспечивает. Это позволяет ввести в арсенал диагностических приемов сексопатолога испытанные невропатологами средства топической диагностики. Для осуществления этой привязки, абстрагировавшись от понятия стадии как отрезка времени, смысловой акцент переносится на анатомо-физиологический субстрат и выполняемую им задачу. Это сочетание обозначается термином **с о с т а в л я ю щ а я**.

После исключения из анализа субстрата, связанного с копулятивными фрикциями (т. е. зрительных бугров, поскольку их патология в практике сексопатолога исключительно редка), в единой половой системе, задачей которой является обеспечение процесса

размножения, необходимого для сохранения вида, выделяются четыре функциональных комплекса (или подсистемы), каждый из которых имеет свою частную задачу.

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

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

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

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

В распространении процесса возбуждения при половом акте на все более обширные области нервной системы есть важная закономерность: иннервационные элементы, однажды включившиеся в разворачивающуюся констелляцию, при нормальном течении полового акта не только сохраняют достигнутый уровень активности, но и интенсифицируют его вплоть до завершения цикла эякуляцией и оргазмом. Взаимодействие стадий и составляющих копулятивного цикла представлено на рис. 5. Важность отмеченной закономерности заключается в том, что в норме каждая из последующих составляющих моделируется только при опоре на предыдущие и ни одна из составляющих не отключается вплоть до завершения копулятивного цикла эякуляцией и оргазмом. Нейрогуморальная составляющая после подключения психической составляющей не только продолжает ее сопровождать, но и активно поддерживает. Точно так же, когда подключается эрекционная составляющая, психическая не отключается, а степень возбуждения ее рефлекторных комплексов продолжает нарастать. Таким образом, копулятивный цикл можно сравнить с эстафетой, к финишу которой все ее участники должны прийти одновременно. В тех случаях, когда этого не происходит, наблюдаются синдромы дезинтеграции — эякуляция без эрекции, эякуляция без оргазма, оргазм без эякуляции, приапизм и т. д.

Зависимость каждой из составляющих от предшествующих может быть иллюстрирована примерами раннего евнухоидизма. В подобных случаях чрезвычайно низкий уровень функциональной активности нейрогуморальной составляющей исключает возможность формирования психической составляющей; сексуальные тенденции других мужчин остаются для больного непонятными и чуждыми в течение всей его жизни, эрекции же вследствие сохранности спинномозговых сегментарных механизмов отмечаются, хотя они редки, слабы, кратковременны и не сопровождаются либидинозными проявлениями. При этом эрекции вызываются чисто механическими агентами и никогда — под влиянием психических представлений.

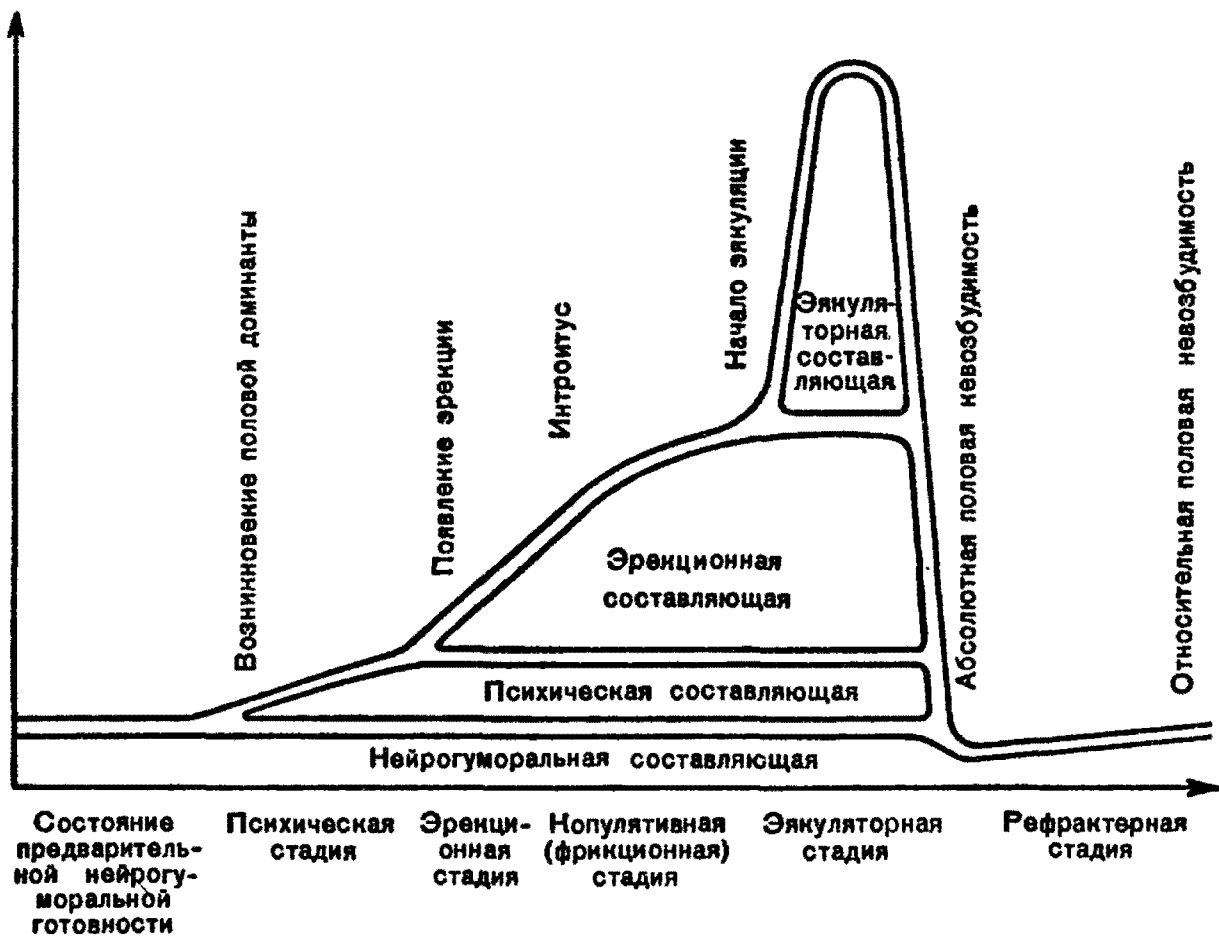


Рис. 5. Взаимодействие стадий и составляющих копулятивного цикла. В то время как каждая из стадий с переходом в последующую прекращает свое существование, каждая составляющая функционирует с момента своего включения в общую констелляцию до завершения копулятивного цикла.

Вследствие отсутствия либидо ни попыток к осуществлению интимной близости, ни онанистических действий не предпринимается. Предстательная железа подвергается вторичной аплазии, эякуляции ни при каких условиях не наступают. В противоположность этому при поздней кастрации у мужчин, ранее живших половой жизнью, может наблюдаться компенсация недостаточности эндокринной стимуляции вследствие повышенной функции кортикальных условнорефлекторных половых комплексов. В подобных случаях может наблюдаться относительно редкий вариант обратной диссоциации, когда адекватные эрекции превосходят по силе спонтанные; это объясняется мобилизацией эрекции у подобных больных в результате психических механизмов.

2.2.5.3. Роль аппаратов афферентного синтеза и акцептора результатов действия в обеспечении копулятивного цикла

Несмотря на четкую отграниченность таких феноменов, как эрекция, интроитус, фрикции, эякуляция и детумесценция, весь копулятивный цикл протекает как единое целое. В основе этой интеграции физиологических компонентов в последовательную поведенческую реакцию лежат специальные механизмы, в частности те, которые обеспечивают взаимодействие нейрогуморальной и

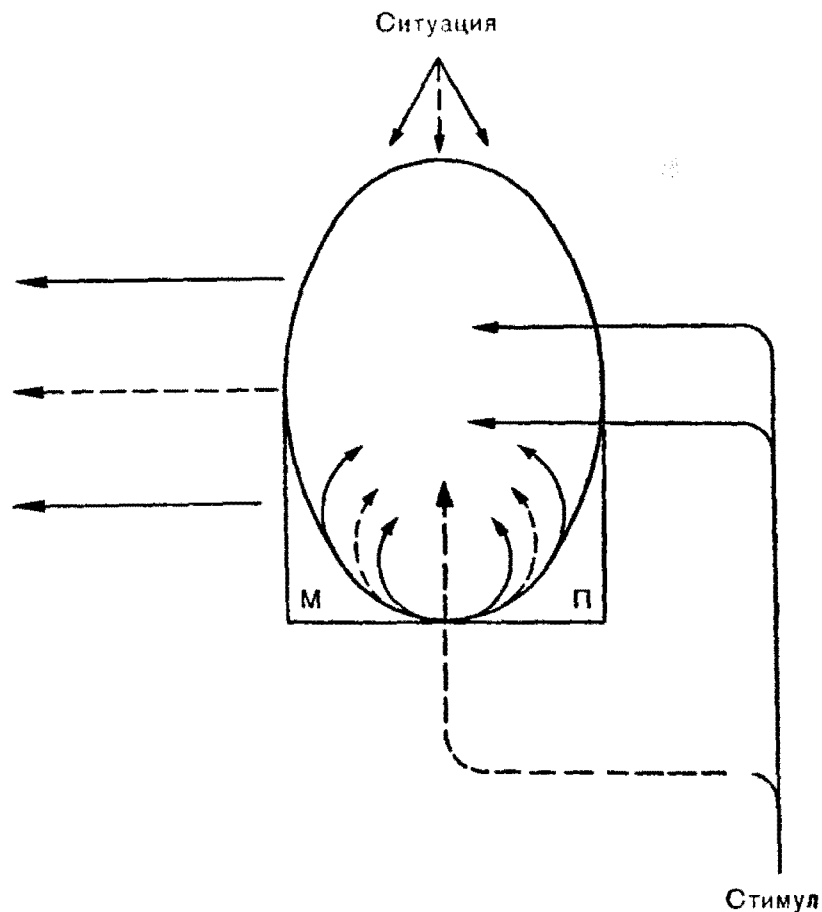


Рис. 6. Афферентный синтез по П. К. Анохину.
 М — доминирующая мотивация; П — память. Сплошные линии — положительные импульсы, пунктирные — тормозные.

психической составляющих. Обе эти составляющие настолько тесно спаяны с самого начала индивидуального формирования сексуальности, что не всегда можно разграничить в половом влечении его наследственно обусловленный, филогенетический компонент от приобретенного, онтогенетического.

Физиологической основой тесного взаимодействия двух первых составляющих копулятивного цикла является то, что они объединены в одну функциональную систему.

П. К. Анохин, на протяжении многих лет развивавший концепцию функциональной системы как основы интегративной деятельности мозга, ставит особый акцент на результате как наиболее важном моменте, определяющем и пространственные параметры, и характер деятельности каждой из рассматриваемых функциональных систем. При этом основными структурными единицами любой функциональной системы являются два «блока»: 1) аппарат афферентного синтеза и 2) аппарат акцептора результата действия.

На рис. 6 представлена функциональная структура аппарата афферентного синтеза, которая в конкретном примере обеспечения начальных фаз копулятивного цикла у человека определяется следующими воздействиями.

1. Двумя потоками воздействий, исходящих из внутренних механизмов индивидуума:

1) доминирующей мотивацией, возникающей на основе той потребности, которая в данный момент является ведущей. Доминирующая мотивация связана с нарушением гомеостатического равновесия, которое проявляется нейрогуморальными сдвигами, вос-

принимаемыми как чувство жажды, голода, полового возбуждения и т. д.;

2) памятью, т. е. совокупностью энграмм, приобретенных как в результате личного опыта на основе физиологических актов, имевших место ранее в сфере данной функциональной системы, так и энграмм, приобретенных, например, в результате общения или чтения.

II. Двумя потоками воздействий, исходящих из внешней среды:

1) ситуацией, обусловленной совокупностью разрешающих и тормозных компонентов;

2) стимулом, обычно выполняющим роль пусковой афферентации; в наиболее типичном случае сексуального поведения — прямым воздействием женщины.

Поскольку воздействия могут носить конкурирующий характер (положительные и отрицательные), конечным результатом афферентного синтеза является либо подавление, либо реализация определенной поведенческой реакции, и в последнем случае в складывающуюся констелляцию включается второй структурный блок функциональной системы — акцептор результата действия. Как показали П. К. Анохин и его сотрудники, любая эффекторная реакция сопровождается формированием в центральной нервной системе особого физиологического аппарата, предназначенного для оценки успешности данной реакции. Если выявляется рассогласование действительного результата с ожидаемым, этот аппарат (акцептор результата действия) тотчас же включает корректирующие механизмы, направленные на устранение рассогласования.

В течении копулятивного цикла у мужчин выделяются два момента, определяющие промежуточный и конечный физиологический результат: первым моментом, подлежащим параметрированию с участием акцептора результата действия, является наличие эрекции, степень которой должна быть достаточной для обеспечения интроекции; вторым моментом является окончательный результат всего цикла — эякуляция, сопровождаемая оргазмом. Совершенно очевидно, что функциональная система, обеспечивающая копулятивный цикл, претерпевает постоянные динамические изменения на всем его протяжении; однако в этой непрерывно меняющейся констелляции различные структурные элементы изменяются в разной степени, и наряду с элементами более стабильными можно выделить элементы, меняющиеся коренным образом. Разделив весь копулятивный цикл на две фазы (первая фаза — от возникновения половой доминанты до начала момента интроекции, вторая — от завершения интроекции до завершения эякуляции и оргазма), можно отметить, что если аппарат афферентного синтеза подвергается лишь частичной перестройке, то в аппарате акцептора результата действия изменения более радикальны.

В схематическом изображении первой фазы цикла (см. рис. 6) находит отражение теснейшая связь нейрогуморальной составляющей — мотивации — с психической составляющей, расчлененной здесь на три составные части: память, ситуацию и стимул. При этом следует еще раз подчеркнуть, что термин «память» в применении к аппарату афферентного синтеза включает в себя не только энграммы событий, наблюдавшихся в прошлом, но и элементы вероятностного прогнозирования, моделирование алгоритмов опережающего характера, т. е. предварительного построения целенаправленных иннерваторных последовательностей, еще не отмечавшихся в индивидуальном жизненном опыте данной особи. Каждый

молодой мужчина, совершая первый половой акт, еще не располагает при этом личным опытом и опирается только на более или менее расплывчатые представления, основанные на различных источниках. Как показывает сексологическая практика, преодоление этого психологического барьера неведения для некоторых мужчин оказывается непосильной задачей.

Часто встречающаяся в практике сексопатолога физиологическая коллизия между акцептором результата действия, зафиксировавшимся вследствие многолетней мастурбации, и тем качественно новым акцептором результата действия, который экстренно формируется при изменении условий благодаря включению комплекса натуральных воздействий при попытке полового сношения с женщиной, имеет экспериментальную модель. Например, когда в опыте с собакой по условию рефлекторной методике П. К. Анохин и Е. Ф. Стреш (1933) заменили слабое, но привычное подкрепление в виде 20 г сухарей на мясо, у экспериментального животного возникли подчеркнутая ориентировочная реакция, двигательное беспокойство и преходящий отказ от пищи. В большинстве клинических случаев неудач при попытках переключения на новую последовательность событий, свойственную коитусу, эти попытки предпринимались на фоне ослабления нейроэндокринного обеспечения, когда у пациентов имелись признаки задержки пубертатного развития в виде редукции как интенсивности, так и экстенсивности периода юношеской гиперсексуальности (т. е. позднего его начала и раннего окончания). Редукция же этого периода, устраняя натуральную гиперкомпенсацию, необходимую для преодоления барьера неизвестности, превращала незначительные помехи в непреодолимые препятствия.

Так, у одного из больных утрата эрекции последовала за состоянием растерянности, вызванным тем, что в первую брачную ночь жена сразу легла на спину и развела бедра, в то время как в той предполагаемой последовательности действий, которая сложилась в представлении пациента, «все должно было начаться с ласки, т. е. с объятий и поцелуев». Понятно, что единственным физиологическим механизмом, способным преодолеть рассогласование вероятностной модели, построенной самим пациентом, с соблюдением всех этических нюансов, и той натуралистической моделью, с которой он столкнулся, мог бы послужить только сильнейший либидинозный напор, доходящий до похотливого ослепления, в норме как раз и обеспечиваемый периодом юношеской гиперсексуальности. Ослабление нейрогуморального обеспечения у значительной части пациентов при чрезмерной склонности к абстрактно-логической переработке впечатлений в ущерб непосредственно-чувственному восприятию окружающего придавало их переживаниям и действиям столь чуждую сексуальной сфере интеллектуализацию. Именно от такого рода больных часто приходится слышать, что задолго до брака они «сохраняли» себя для будущей жены, не позволяя себе ни добрачных связей, ни даже мастурбаторных актов. После брака, когда выявились непреодолимые препятствия к осуществлению половой жизни, подобные мотивы нередко приобретали еще более четкое звучание, тем самым демонстрируя свой защитный (как психологическое самооправдание) генез. Весьма красноречив как пример взаимной адаптации тот факт, что нередко в подобных случаях жена активно воспринимает ту же мотивацию.

Например, супруга одного из больных, прожившая с ним в «невинном» браке («как брат и сестра») 8 лет, так формулировала свое

понимание проблемы семейных отношений: «Человек — это высшее существо, и физическая близость только опошляет взаимоотношения».

Тесная взаимосвязь механизмов первичной (нейроэндокринное обеспечение), вторичной (безусловнорефлекторное подкрепление условных сигнальных комплексов) и третичной (чисто психологическое обоснование определенной линии поведения) мотивации с механизмами чисто ситуационными отражается в значительной распространённости среди сексологических больных выработки сначала угасательного, а затем условного торможения на сумму тех натуральных сигнальных комплексов, носителем которых является женщина.

2.3. Основные проявления нормальной сексуальности у женщин

Если общие нейрофизиологические закономерности копулятивного цикла (непрерывное возрастание уровня возбуждения и вовлечение новых структурных единиц вплоть до наступления оргастической разрядки) свойственны как мужской, так и женской сексуальности, то конкретные проявления женских сексуальных реакций существенно отличаются от мужских, а некоторые напрашивающиеся аналогии (эрекция полового члена и клитора) по существу необоснованны из-за их удельного веса в реализации сексуального поведения. Весь комплекс отличий в морфологии, физиологии, психологии, социальных ролях мужчин и женщин объединяется понятием психосексуального диморфизма. При этом задача обеспечения процесса воспроизводства вида предопределяет необходимость диаметральных различий. Этот принцип встречной ориентации «мужского и женского начал» обозначается как принцип комплементарности, или дополненности. Благодаря этому женская сексуальность, являясь фактором, модифицирующим сексуальные проявления мужчины, в то же время во многом определяется спецификой мужской активности.

Основные особенности женской сексуальности в отличие от мужской следующие.

1. Большинство сексуальных расстройств не препятствуют интимной близости женщины.

2. Женская сексуальность отличается большей психологичностью, что обуславливает значительную индивидуализацию различных оттенков сексуальных переживаний и сексуального поведения женщины.

3. В динамике становления полового сознания у женщин отмечается тенденция к «застреванию» в эротической фазе, причем у многих женщин пробуждение сексуального компонента либидо и возможность переживать оргазм не наступают вообще.

4. Если переживание оргазма у юноши в норме всегда связано с периодом полового созревания, то у представительниц женского пола возникновение оргазма иногда оказывается смещенным либо на более ранние периоды жизни, либо (гораздо чаще) на периоды, следующие за началом регулярной половой жизни.

5. Если эрогенные зоны мужчины в основном локализованы в области половых органов, то у женщин экстрагенитальные эрогенные зоны играют значительно большую роль, а иногда даже доминируют над генитальными в процессе нарастания возбуждения.

6. Ведущую роль в формировании полового поведения женщины играет не сексуальное либидо, т. е. стремление к половому акту, а эротическое, тесно связанное с оценкой личностных качеств сексуального партнера.

7. Сексуальное удовлетворение у женщин менее тесно связано с оргазмом, чем у мужчин. Так, при глубокой взаимной привязанности супругов женщина может вполне довольствоваться *satisfactio sine orgasmo* в течение многих лет. Даже при достаточном сексуальном опыте в условиях пробудившейся сексуальности часть половых актов завершается без наступления оргазма у женщины, и если при этом отсутствуют признаки фрустрации и эмоциональной неудовлетворенности, нет оснований относить подобные случаи к патологии.

8. В отличие от мужского женский копулятивный цикл не имеет финальной рефрактерной стадии, необходимой мужчине для накопления зрелых сперматозоидов в эякуляте. Эволюционная логика женского сексуального поведения в качестве реципиента оплодотворяющего начала предполагает максимальное использование копулятивного цикла для наступления беременности, т. е. обеспечивает возможность непрерывной серии копулятивных циклов.

Многие из названных особенностей женской сексуальности объясняются тем, что ее рекреационные аспекты более жестко, чем у мужчины, подчинены прокреационным, и если функциональная активность полового поведения мужчины ограничивается «доставкой» оплодотворяющего начала, то для женского организма сам половой акт является лишь начальным звеном сложной цепи биологической трансформации оплодотворенной яйцеклетки в зрелый плод. Помимо того, ряд особенностей женщины связан с циклическим характером регуляции сексуальных функций, влияющим на уровень возбудимости соответствующих структур. В целом функциональная система женского копулятивного цикла имеет значительно более открытый внешний контур, т. е. индивидуальный опыт женщины оказывает весьма существенное влияние на функциональную активность сексуальной сферы, причем эта особенность, по всей видимости, является отголоском сформировавшейся в ходе эволюции представителей животного мира избирательности сексуального предпочтения у самок в интересах естественного отбора.

При выделении основных проявлений нормальной сексуальности у женщин неизбежно возникает ряд трудностей, ибо при богатстве физиологических проявлений сексуальных реакций у женщин, представленных в лабораторных экспериментах W. Masters и V. Johnson, внешние их атрибуты в условиях клинической практики регистрировать необычайно сложно. Например, такие чрезвычайно важные проявления женской сексуальной реактивности, как дилатация влагалища, формирование оргастической манжетки и наличие оргазма у женщины, «распознаются» по-разному: одни — только женщиной (оргазм), другие — только мужчиной (сокращение оргастической манжетки), третьи же вообще не поддаются четкой идентификации вне лабораторных условий (дилатация влагалища). Исходя из этого, феноменология нормальных проявлений женской сексуальности может быть ориентирована лишь на те признаки, которые достаточно устойчиво регистрируются хотя бы одним представителем большинства супружеских пар и включают: эрогенную реактивность, смазку, оргазм и половое влечение.

2.3.1. Эрогенная реактивность

Под эрогенной реактивностью понимают способность индивидуума воспринимать сексуальные стимулы и отвечать на них специфическими физиологическими реакциями, сопровождающимися стремлением к близости и сладострастно окрашенными переживаниями. Эрогенная реактивность представляет собой единый рецепторный процесс, в котором интегрируются внешние («ситуация», «стимул») и внутренние («доминирующая мотивация», «память») условия. Восприятие внешних раздражителей осуществляется посредством дистантных (аудиовизуальных, обонятельных) и контактных (осязательных и вкусовых) анализаторов, причем в структуре женской сексуальности внешним воздействиям принадлежит более важная роль в силу относительной слабости мотивационного возбуждения.

Превращение элементарных ощущений в специфические эротические стимулы происходит благодаря интегративной деятельности ЦНС, направляющей значимость этих ощущений в русло доминирующей мотивации в конкретной ситуации. Так, созерцание полубогаженной натуры в балетном спектакле вызывает преимущественно эстетические чувства, в условиях же интимного общения — специфические эротические переживания. Некоторые авторы не исключают возможности восприятия тактильных стимулов посредством специфических рецепторов половой чувствительности, так называемых генитальных телец, однако воздействие на них вне ситуации интимного общения, например во время медицинского осмотра и манипуляций, к развитию сексуального возбуждения не приводит.

Подобная условность эрогенной реактивности в ответ на тактильную стимуляцию является своеобразным предохранителем в эволюционном аспекте, препятствующим межвидовым контактам и обеспечивающим стабильность вида, а в обществе — предотвращающим инцест и определяющим микросоциальную избирательность полового поведения.

Вместе с тем роль различных участков кожи и слизистых оболочек в возникновении и наступлении полового возбуждения неоднозначна, что позволяет выделить так называемые эрогенные зоны, воздействие на которые с большим постоянством вызывает возникновение и быстрое нарастание полового возбуждения.

Различают генитальные и экстрагенитальные эрогенные зоны, которые у женщины в отличие от мужчин играют весьма важную роль, подчас даже более значимую, чем генитальные. Если генитальные эрогенные зоны (область лобка, клитор, малые половые губы, вход во влагалище, нижняя треть передней стенки влагалища, обозначенная А. М. Святошем как S-зона, шейка матки, в меньшей степени — своды влагалища и другие отделы) являются универсальными, т. е. в той или иной степени реактивны у всех женщин, то экстрагенитальные зоны индивидуальны и динамичны.

В этом аспекте В. И. Здравомыслов (1972) выделил два вида патологии: *эктопию* — выключение зоны, полное отсутствие полового возбуждения при воздействии на нее, и *гетеротопию* — перенос эрогенной зоны, возникновение ее в ранее ареактивной области.

Функциональная значимость эрогенных зон при их стиму-

Таблица 1

Характеристика важнейших эрогенных зон

Зона	Показатели реактивности эрогенных зон								
	+3	+2	+1	0	?	A-1	B-2	C-3	ЭП
Рот	80	115	105	73	2	23	2	—	1,38
Язык	70	49	30	46	111	74	16	4	0,76
Нос	—	6	59	139	192	4	—	—	0,29
Ухо	11	45	65	78	183	12	4	2	0,76
Веки	9	6	152	117	110	6	—	—	0,61
Шея	7	66	125	75	95	11	—	1	1,06
«Кошачье место»	7	11	22	319	39	2	—	—	0,78
Молочные железы	46	132	110	75	7	24	5	1	1,21
Соски	134	59	51	37	63	28	14	5	1,56
Пальцы рук	3	17	128	101	149	1	0	1	0,66
Поясница	6	18	77	116	178	4	1	—	0,54
Крестец	4	12	62	112	207	2	1	—	0,48
Ягодицы	15	75	87	117	73	31	3	—	0,75
Пупок	7	31	58	52	237	13	1	1	0,75
Низ живота	15	52	102	57	167	6	1	—	1,04
Клитор	176	104	41	32	20	23	3	1	1,96
Интроитус	97	127	85	41	24	23	2	1	1,33
Шейка матки	101	37	13	17	142	77	12	1	1,11
Задний свод	101	37	12	16	140	81	11	2	1,08
Задний проход	11	12	15	108	128	83	35	8	—0,37
Внутренняя поверхность бедер	17	86	127	105	59	6	—	—	1,01
Вкус	8	37	28	237	85	4	1	—	0,38
Обоняние	9	26	51	167	45	74	24	4	—0,01
Зрение	16	48	49	144	77	58	7	1	0,37
Слух	38	116	97	47	90	11	—	1	1,38
Осязание	28	55	43	120	96	46	11	1	0,55

Условные обозначения: 0 — индифферентно; +1 — приятно, но не возбуждает; +2 — очень приятно и несколько возбуждает; +3 — резко возбуждает; ? — не знает; A-1 — неприятно. B-2 — противно; C-3 — очень противно; ЭП — эрогенный показатель.

ляции также неоднозначна: различают эрогенные зоны первого порядка, воздействие на которые создает лишь эмоционально-эротическую установку на близость, и эрогенные зоны второго порядка, воздействие на которые приводит к оргазму.

По данным А. М. Свядоца (1974), индивидуальная архитектура эрогенной реактивности зон второго порядка позволяет различать генерализованный, вагинальный, клиторический и ареактивный типы оргазма. Усредненная оценка реактивности эрогенных зон у 400 женщин по шкале в диапазоне от + до -3 баллов [Здравомыслов В. И., 1972] представлена в табл. 1.

Характеристикой «эффективности» каждой зоны является эрогенный показатель — сумма всех положительных и отрицательных баллов, разделенная на число обследованных женщин. Наиболее высокие значения эрогенного показателя обнаруживают соски молочных желез, клитор и вход во влагалище. В онтогенезе сексуальности у женщин формирование эрогенных зон происходит путем сочетания безусловных эмоционально положительных стимулов с более или менее случайными воздействиями на индифферентные участки тела, и в этом смысле эрогенные зоны, особенно первого порядка, представляются как следствие индивидуального сексуального опыта, позитивных и негативных сексуальных переживаний. Реактивность эрогенных зон непостоянная и зависит от самочувствия, эмоционального состояния, фазы менструального цикла и характера воздействия на эрогенную зону со стороны партнера. В инициальном периоде близости более реактивны эрогенные зоны первого порядка, а воздействие на зоны второго порядка, весьма желательное в финале близости, может в инициальном периоде привести к спаду возбуждения. Помимо того, модальности воздействия (интенсивность, продолжительность, повторяемость, приемлемость) также являются индивидуальными, и обычно во время близости на определенном уровне возбуждения эффективность стимуляции поверхностных зон снижается и пропорционально нарастает потребность женщины в стимуляции глубоких эрогенных зон.

2.3.2. Любрикация

Термином «любрикация», или «любрификация», обозначают увлажнение половых путей женщины под влиянием эротической стимуляции. Вагинальная смазка образуется за счет трансудации мукоидного секрета через стенки влагалища в результате переполнения кровеносных сосудов. Бартолиниевы железы (большие железы преддверия) и добавочные железы преддверия играют в увлажнении половых путей женщины менее значительную роль, однако, по некоторым данным, секрет бартолиниевых желез, количество которого у нерожавших женщин составляет 1 каплю и не более 2—3 капель у рожавших женщин, облегчает трение при продолжительном половом акте, так как появляется перед наступлением у женщины оргазма. Увлажнение влагалища появляется обычно через 10—30 с после начала стимуляции эрогенных зон и физиологически указывает на готовность половых путей женщины к интродекции полового члена. Избыточная lubricация иногда порождает предрассудок о выделении жидкости при оргазме у женщины. Недостаточная lubricация создает болезненность при попытках интродекции и трениях и нередко приводит неопытных супругов к мысли об анатомическом несоответствии половых органов. Возникнув в инициальном периоде возбуждения, lubricация сохраняется на протяжении всего копулятивного цикла и иногда продолжается и в фазе посторгастической релаксации, что свидетельствует о наличии у женщины остаточного возбуждения и является характерным для мультиоргастичности. Имеются наблюде-

ния, что количество слизистой жидкости значительно возрастает в фазе оргазма, а при спаде полового возбуждения — резко уменьшается, так как стенки влагалища обладают свойством двусторонней проницаемости. Незнание этих закономерностей иногда приводит к тому, что некоторые ревнивые мужья пытаются установить неверность супруги, навязывая половой акт сразу после ее возвращения домой и принимая увлажненность половых путей за свидетельство недавней измены, а некоторые мужчины, считающие себя искушенными, отождествляют легко наступающую смазку с распушенностью женщины, хотя эта физиологическая реакция может характеризовать лишь темпераментность партнерши вне каких-либо моральных оценок.

2.3.3. Оргазм

В современных стереотипах восприятия сексуальных достоинств женщины оргазму принадлежит ключевая роль, эквивалентная эрекции у мужчины. Помимо ярких эмоциональных переживаний кульминации интимной близости, сопровождающихся сладострастными ощущениями, наличие у женщины оргазма является косвенной характеристикой сексуальной компетентности мужчины. В эволюционном аспекте оргазм представляет собой специфическую психофизиологическую «награду», получаемую при завершении поведенческого цикла, направленного к продолжению рода. Способность женщины испытывать оргазм считается специфическим человеческим приобретением в ходе эволюции. Подобная разрядка для самки в животном мире вряд ли является эволюционно целесообразной, так как ограничивала бы ее фертильность, особенно в условиях кратковременной сезонной активности. Поэтому механизм торможения сексуального поведения у самки в интересах сохранения вида должен вступать в действие лишь с наступлением беременности. У высших животных процессы продолжения рода усложняются, возникает необходимость дифференцировки полового поведения с учетом стадно-иерархических отношений, возрастает роль дополнительных стимулов сексуального поведения, особенно с утратой сезонного характера сексуальной активности. С появлением общественных отношений возникает социальная регламентация сексуальной активности, рекреативные аспекты сексуальности приобретают самостоятельную ценность и отрываются от прокреативных, в длительном моногамном браке возникает тенденция к синхронизации женских сексуальных реакций с копулятивным циклом мужчины, в развитом обществе резко возрастает социальная, а вместе с ней и сексуальная активность женщины. Это обуславливает высокую индивидуальную значимость оргазма у многих современных женщин и тесно увязывается ими с представлениями о благополучии семейно-брачных отношений.

В физиологическом аспекте, как показали исследования W. Masters и V. Johnson, субстратом оргазма являются ритмичные сокращения половых органов, более выраженные в нижней трети влагалища, но наблюдаемые также и в матке, с интервалом 0,8 с. Обычно регистрируется от 3 до 10 подобных сокращений, причем яркость оргастических ощущений зависит от интенсивности и количества сокращений. В отличие от однообразного оргазма у мужчин оргастические ощущения у женщин могут варьировать от самых легких, представленных, по А. М. Свядоцу, чувством завершения полового акта с кратковременной задержкой дыхания и

несколькими глотательными движениями, до бурных и неистовых проявлений страсти с аффективным сужением сознания, неконтролируемыми движениями и звуками. Чрезвычайно темпераментные натуры, склонные к демонстративности, во время оргазма могут проявлять парадоксальные реакции: рыдание, безудержное говорение, агрессию. Так, одна чрезвычайно скромная и благопристойная женщина в момент наступления оргазма к собственному ужасу начинала произносить хульные слова, о которых в спокойном состоянии боялась даже подумать. Интенсивность оргастических ощущений у женщин может варьировать даже с одним партнером в зависимости от возраста, опыта, характера ласк, фазы менструального цикла, применения контрацептивных приемов. А. М. Свядош (1984) различает следующие виды оргазма.

I. По источнику возникновения: 1) коитальный; 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, миокомпрессионный, петтинговый, случайный).

II. По локализации: 1) клиторический; 2) вагинальный; 3) неопределенной локализации.

III. По течению: 1) кратковременный (пикообразный); 2) затяжной (волнообразный); 3) однократный; 4) многократный.

IV. По интенсивности: 1) сильный; 2) умеренный; 3) слабый.

Данная классификация содержит широкий спектр феноменологических вариаций оргазма, объединенных единым нейрофизиологическим процессом, ассимилировавшим ряд ситуационных условий. Так, по преимущественному источнику возникновения оргазма можно судить о технической стороне интимных отношений супругов и о степени адекватности сложившегося сексуального стереотипа, в обычных условиях сводящего к минимуму экстрагенитальные пути достижения оргазма. С точки зрения терминологического определения возможных источников оргазма устаревшим является лишь термин «поллюционный» (в применении к женщинам более адекватно понятие «эротические сновидения с оргазмом»). По аналогии с ситуацией, вызывающей неожиданную эякуляцию у мужчины вне эротических сновидений, мастурбации и петтинга, у женщины можно выделить адекватный ситуационный (непроизвольный) оргазм, возникающий хотя и неожиданно для женщины, но в условиях эротической стимуляции извне, и неадекватный ситуационный (непроизвольный) оргазм, возникающий при действии стимулов, не несущих эротической нагрузки, а подчас и совершенно несовместимых с традиционными эротическими переживаниями (страх, гнев и др.). Популяционные исследования [Шнабль З., 1971; Кратохвил С., 1975] свидетельствуют о том, что клиторический оргазм наблюдается у 40—56% женщин, т. е. чаще, чем вагинальный (33—37%) и смешанный (27%).

Вариации течения оргазма обнаруживают значительную индивидуальную устойчивость, будучи тесно связаны с конституциональным типом сексуальной реактивности. У большинства женщин в отличие от стандартного пикообразного оргазма у мужчин наблюдается сглаженный, куполообразный тип разрядки, продолжающийся до 20—30 с и дольше. Иногда наблюдается несколько волнообразных подъемов и спадов возбуждения, позволяющих говорить о мультиоргастичности женщины. По мнению Л. В. Тимошенко с соавт. (1980), число мультиоргастичных женщин достигает 5%, и достаточное сексуальное удовлетворение возможно у них после завершения всей индивидуальной оргастической серии.

2.3.4. Либидо

Различие в полоролевых стереотипах поведения мужчины и женщины сказывается прежде всего на структуре полового влечения. Если активная мужская роль детерминирует наличие постосянной, хотя и не всегда осознаваемой, готовности к близости, то рецепторная направленность женского сексуального стереотипа определяет известную индифферентность вне ситуации интимного сближения. Вместе с тем в отличие от низших млекопитающих, у которых признаки полового поведения самок наблюдаются только при введении гормонов, у высших млекопитающих самки активно участвуют в сексуальных играх до наступления половой зрелости, и лишение их этой возможности приводит в дальнейшем к дезинтеграции полового поведения.

Уже в понятной стадии формирования либидо у девочек возникают элементы сексуального поведения — игра в куклы, дочка-матери, дом. Приоритетное развитие материнского инстинкта над собственно сексуальными тенденциями сохраняется на всех этапах формирования либидо и даже при значительных задержках последнего женщина остается прекрасной матерью и женой. Романтическая стадия отчетливо прослеживается в стремлении нравиться, обратить на себя внимание, появлении фантазий, основным содержанием которых является бескорыстная забота со стороны прекрасного и храброго «рыцаря». Любые попытки разрушить эти иллюзии житейскими поучениями со стороны родных или сокращением дистанции со стороны юноши воспринимаются как грязные и оскорбительные. В отличие от стремительного развития сексуального либидо у юноши у девушки черты романтической стадии могут сохраняться долгое время, тесно сплавляясь с эротическими элементами. В связи с этим четкие возрастные границы каждой стадии, столь характерные для юношей, у девушек как бы «размываются», допускают плавные взаимопереходы. Эротическая стадия сопровождается появлением волнующего интереса к эротическим ситуациям в кино, литературе и окружении девушки. Фантазии приобретают более чувственный характер, в них все отчетливее проступают эротика прикосновений, возвышенная красота тела, стремление стать объектом ухаживания, явное удовлетворение от смущения и даже вожделения молодых людей, которым симпатизирует девушка. Уединение с юношей, танцы, переживание первой влюбленности наполняют эротическую стадию яркими и незабываемыми чувствами и надеждами, многим из которых не суждено оправдаться в жизни. Однако проявляемое юношами недвуммысленное стремление к интимной близости может вызывать чувство омерзения. Сексуальная стадия либидо, характеризующаяся появлением влечения к близости и способности к переживанию оргазма, наступает, как правило, после начала регулярной половой жизни. Незначительная часть женщин, начинающая испытывать оргазм до полового созревания (по данным А. Кинзи — 9%), характеризуется наличием патологически высокой возбудимости с заинтересованностью парацентральных долек коры головного мозга. Бурное пубертатное развитие у женщин сопровождается более ранним и интенсивным проявлением эротического либидо, но без регулярной половой жизни или мастурбации пробуждение сексуального либидо в этих случаях наблюдается крайне редко. Отсутствие сексуального либидо в течение всей жизни А. М. Святощ отмечает у 22,4% обследованных им

женщин, причем в большинстве случаев такая задержка связана не с соматическими факторами, а с подавлением полового чувства в результате дефектов воспитания или некомпетентности сексуального партнера. Подобные задержки в формировании женской сексуальности, помимо физиологических оснований, имеют довольно веские социальные причины. С учетом того, что женская сексуальная активность имеет и иную цель — материнство, общество всегда терпимо относилось к сексуальной активности мужчин и с осуждением — к добрачной половой жизни женщин.

Большинству женщин свойственны циклические колебания интенсивности полового влечения, причем, по А. Kinsey и др., повышение либидо у большинства женщин приходится на параменструальный период; W. Masters и V. Johnson связывают эти колебания влечения с психическим состоянием женщины, а не с уровнем гормонов. С наступлением инволюции у женщин половое влечение обычно несколько снижается, в других же случаях остается неизменным или даже возрастает в менопаузе.

2.3.5. Копулятивный цикл женщины как единое целое

Адекватная систематика психофизиологических процессов, лежащих в основе женского копулятивного цикла, должна учитывать рецептивную направленность женской сексуальности, т. е. ориентироваться на психосексуальные реакции, возникающие в ответ на специфическую стимуляцию со стороны партнера, и отражать при этом не только качественное своеобразие этих реакций, но и различия в физиологических механизмах их развития. Как известно, возбудимость всех функциональных систем (составляющих) копулятивного цикла определяется активностью нейрогуморальной составляющей. Собственно же копулятивный цикл начинается с ассимиляции ряда факторов психического порядка (стимуляция со стороны партнера, адекватность внешней обстановки, уместность близости, оживление в памяти опыта сексуальных отношений), поэтому первая его стадия и обозначается как психическая. Психическая стадия копулятивного цикла охватывает промежуток времени от осознания женщиной желания близости до принятия решения о ее осуществлении. Физиологической основой психической стадии женского копулятивного цикла является афферентный синтез, причем в отличие от аналогичной стадии копулятивного цикла у мужчин средовые факторы («ситуация» и «стимул») играют для женщины значительно большую роль, чем «доминирующая мотивация» и «память». Возникновение и осознание желания близости с конкретным мужчиной происходят под влиянием эротической стимуляции с его стороны (комплименты, ласки, прикосновения, интимные интонации, другие формы символизации стремления к близости). При их адекватности настроению женщины и внешним условиям афферентный синтез завершается формированием половой доминанты, отсекающей конкурирующие возбуждения и запускающей всю последующую физиологическую программу копулятивного цикла. Продолжительность психической стадии у женщин существенно разнится в зависимости от степени сексуальной зрелости, предшествующего опыта половой жизни и взаимопонимания с партнером в сфере интимных отношений. Так, в начале половой жизни продолжительность психической стадии обычно значительна и требуется интенсивная эротическая сти-

муляция для преодоления страха перед неизвестностью, запретов, опасений возможной боли при дефлорации и т. д. В сложившихся браках продолжительность психической стадии постепенно убывает, что отражает важнейшую закономерность развития любой функциональной системы — усиление пусковой роли стимула по мере стабилизации деятельности системы.

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

Третья стадия копулятивного цикла характеризуется появлением несомненных признаков активации генитосегментарной составляющей, имевших во второй стадии латентный характер на уровне перцепторных процессов. Наиболее ярким из этих признаков является lubricация, позволяющая обозначить эту стадию как секреторную. Другие признаки локальных генитальных изменений (гиперемия и набухание слизистой оболочки, колбообразное расширение влагалища) также свидетельствуют о наступлении готовности половых путей женщины к интроитусу. Поскольку интроитус и последующие фрикции являются привилегией партнера, они относятся лишь к косвенной характеристике копулятивного цикла, функции женщины по существу должны быть включены именно в секреторную стадию, облегчающую их выполнение. Секреторная стадия завершается формированием оргастической манжетки и «обжимом» полового члена. В зависимости от индивидуальных особенностей реактивности женщины продолжительность этой стадии варьирует в пределах нескольких минут.

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

Пятая, последняя, стадия женского копулятивного цикла характеризуется постепенным спадом возбуждения и обратным развитием генитальных изменений. В отличие от соответствующей рефрактерной стадии копулятивного цикла у мужчин эта стадия характеризуется большей продолжительностью и некоторым уровнем остаточного возбуждения, как правило, обеспечивающим пов-

торное достижение оргазма при возобновлении эротической стимуляции, что позволяет обозначить ее как резидуальную. Физиологической основой резидуальной стадии женского копулятивного цикла является обратная афферентация, сигнализирующая о достижении конечного результата деятельности системы.

Подобная модель реализации женского копулятивного цикла, характерная для зрелой сексуальности и гармонии супружеских отношений, иллюстрирует сложность процессов психосексуальной адаптации в браке и облегчает выделение первично пораженного звена при развитии сексуальной дезадаптации супружеской пары. Так, при позитивной установке на партнера и сохранности физиологических механизмов неадекватность эрогенной стимуляции тормозит наступление и развитие преимущественно секреторной стадии копулятивного цикла, лишь вторично влияя на межличностные отношения супругов. Наоборот, значительные коллизии в сфере межличностных отношений задерживают развертывание психической стадии копулятивного цикла у женщины, и тогда даже сексуальная изощренность партнера оказывается не в состоянии вызвать последующие физиологические реакции и удовлетворенность женщины.

Так же как и у мужчин, полнота и качество реализации сексуальных реакций у женщины обеспечиваются последовательной активацией трех морфофункциональных комплексов, или составляющих, женского копулятивного цикла [Ботнева. И. Л., 1977]. Некоторые из этих морфофункциональных комплексов у мужчин и женщин имеют одинаковую природу. К ним относится нейрогуморальная составляющая, связанная с деятельностью всей эндокринной системы и регуляторных центров в глубинных структурах мозга; она обеспечивает энергетическую сторону сексуальности. Столь же идентична мужской и женская психическая составляющая, связанная с деятельностью коры головного мозга; она обеспечивает адекватную направленность полового влечения, избирательность в удовлетворении индивидуальных сексуальных потребностей и соответствие сексуального поведения сложившимся социальным традициям и нормам. Другие составляющие имеют существенные анатомо-физиологические различия у мужчин и женщин. Так, если у мужчин выделяют эрекционную и эякуляторную составляющие, то у женщин имеет место так называемая генитосегментарная составляющая, связанная с рецепторным, секреторным и нервно-мышечным аппаратом гениталий и цереброспинальными нервными центрами с их проводящими путями и непосредственно обеспечивающая описанный спектр сексуальных реакций у женщин.

2.4. Половая жизнь человека

Под половой жизнью подразумевается совокупность соматических, психических и социальных процессов, в основе которых лежит и посредством которых удовлетворяется половое влечение. В обиходной речи выражение «половая жизнь» употребляется также как синоним, обозначающий половую активность.

При сравнительно-эволюционном анализе по мере продвижения к более высокоорганизованным видам в обеспечении половой активности наблюдаются уменьшение роли гормональной регуляции, возрастание роли высших отделов ЦНС и перенос акцента с инстинктивных, наследственно обусловленных реакций на формы

поведения, приобретаемые в процессе индивидуального развития. Крысы и морские свинки, выращенные в условиях полной изоляции, проявляют в последующем нормальную половую активность, инстинктивно находя адекватные своему виду формы поведения как при спаривании, так и при уходе за потомством. В отличие от этого у приматов аналогичные эксперименты вызывают глубокие расстройства полового поведения, выраженные тем ярче, чем более высокое положение занимает животное на эволюционной лестнице [Haglow H., 1958, 1975]. У них индивидуальный опыт приобретает решающее значение для организации отдельных компонентов полового поведения в единую функциональную систему. И хотя влияние на половую активность таких элементарных факторов, как механическое переполнение семенных пузырьков (феномен Тарханова) и уровень гормонов в крови, сохраняется даже у высокоорганизованных видов, однако по мере усложнения организации происходит уменьшение их роли и на уровне *Homo sapiens* вся структура мотивационных отношений претерпевает качественную перестройку, в результате которой решающую роль в определении форм полового взаимодействия получает система морально-этических взглядов личности. Наряду с этим происходит высвобождение от влияния сезонных биоритмов, и в конечном счете свойственный животным половой инстинкт, служащий целям воспроизводства вида, дополняется человеческой сексуальностью, назначение которой — создание глубокого личностного объединения между мужчиной и женщиной. Таким образом, у человека в понятие полноценной половой жизни входит как обязательный компонент и общенное духовное.

Одна из главных особенностей человеческой сексуальности состоит в том, что переживания, связанные с удовлетворением половой потребности, эмансипируются, отделяются от ее первоначальной биологической цели — продолжения рода. Эта автономизация рекреативности от прокреативных задач и послужила принципиальной основой превращения элементарного полового влечения в человеческую любовь.

2.4.1. Основные формы половой жизни человека

Копулятивный цикл, в основе которого лежит нормальная модель гетеросексуального коитуса, не является единственно возможной формой половой жизни человека. Основные проявления сексуальности (либидо, эрекции, эякуляции, оргазм) могут складываться в самые разнообразные формы полового удовлетворения, среди которых А. Кинзи с сотр. выделяют шесть основных форм: гетеросексуальный коитус, гомосексуальный коитус, поллюция, мастурбация, петтинг, «половые контакты с животными других видов», относя все эти формы к норме. По-видимому, абсолютно нормативной моделью можно считать только гетеросексуальный коитус; поллюции должны быть отнесены к विकарным проявлениям, мастурбация и петтинг к суррогатным, а гомосексуальная практика и половые контакты с животными — к сексуальной патологии. Принципиальным недостатком классификации А. Кинзи является то, что она ограничивается только генитальными проявлениями, игнорируя психологические аспекты полового общения. Поскольку же у человека в понятие полноценной половой жизни наряду с генитальным взаимодействием в

качестве обязательного компонента входит и общение духовное, различные формы половой жизни человека можно классифицировать следующим образом.

- А. Экстрагенитальные формы половой жизни.
 - 1. Платоническая любовь.
 - 2. Танцы.
 - 3. Гейшизм.
- Б. Генитальные формы половой жизни.
 - I. Суррогатные и викарные (заместительные) формы половой активности.
 - 1. Поллюции.
 - 2. Мастурбация.
 - 3. Петтинг.
 - II. Суррогатные формы коитуса.
 - 1. Вестибулярный коитус.
 - 2. Coitus intra femora.
 - 3. Нарвасадата (coitus intra mammae), подмышечный коитус и др.
 - 4. Coitus per anum:
 - а) гетеросексуальный (paedicatio mulierum);
 - б) гомосексуальный.
 - III. Нормативный гетеросексуальный коитус.
 - IV. Орогенитальные (лабиогенитальные) контакты (кейра, фелляция, куннилингус).
 - V. Сексуальные действия с животными.

Формирование гармоничной половой жизни — процесс сложный, длительный, неравномерный и противоречивый, на пути к завершению которого, например, могут сочетаться платоническая влюбленность и мастурбация.

Платоническая влюбленность и танцы чаще всего играют роль переходных форм, обеспечивающих знакомство, выбор и первые этапы предварительной адаптации к сексуальному партнеру; однако для определенного круга лиц платоническая влюбленность составляет единственную форму половой активности в течение значительного периода (любовь Петрарки к Лауре), а то и всей жизни, а танец — единственную форму сексуально окрашенного телесного общения.

Этапность формирования полового сознания с акцентуацией на любой из описанных выше четырех стадий, сочетаясь с особенностями темперамента и других компонентов структуры личности, обуславливает естественное многообразие отношений мужчины к женщине. Однако в этом многообразии можно выделить чрезмерную идеализацию («образ мадонны») и «низкий взгляд» («образ вульгарной женщины»), когда мужчину возбуждают только доходящая до вульгаризации подчеркнутость внешних форм и развязность поведения женщины. Уравновешенная сексуальность, которой чужды обе эти крайности, обеспечивает гармоничное сочетание возвышенного, опозитизированного любовного чувства с сильнейшим телесным влечением к одной единственной женщине. Крайности же психологического отношения служат одним из источников неудовлетворенности. При этом психологическая односторонность второго типа провоцирует такие ситуации, когда мужчина от своей интеллектуальной и эстетически одаренной жены уходит к вульгарной любов-

нице. При психологической неудовлетворенности другого типа мужчина ищет на стороне женщину — носительницу нежного очарования, эстетизма, грации и изящества. Удовлетворению этой потребности в духовной стороне общения с женщиной в древней Греции служит институт гетер, а в Японии — институт гейш.

Поллюции (от лат. *pollutio* — мараение, пачканье) — произвольные эякуляции (условно противопоставляемые произвольным при коитусе, мастурбации и петтинге), происходящие большей частью во сне. Ночные поллюции обычно сопровождаются сновидениями эротического содержания, которые, однако, при глубоком сне могут не сохраняться в памяти. Поллюции служат одним из объективных проявлений полового созревания; вне пубертатного периода они приобретают значение викарного механизма, обеспечивающего периодическую эвакуацию эякулята. Наличие этого «предохранительного клапана сексуальности» облегчает тягостные проявления сексуальной абстиненции (фиксация психики на сексуальной сфере, спонтанные эрекции и др.). По выражению Иноевса (1850), ночная поллюция «производит некоторую бодрость и веселое расположение духа: мысли после нее делаются чище и яснее, а тело как бы облегчается от какой-то тяжести».

Мастурбация (от лат. *manus* — рука и *stupro* — оскверняю), *онанизм* (от имени библейского персонажа Оана), или *рукоблудие*, — преднамеренное вызывание оргазма путем искусственного раздражения эрогенных зон, чаще собственных половых органов, хотя практикуется и взаимная мастурбация (например, между гомосексуалами). Феноменология, генез и семиологическое значение мастурбации будут подробно освещены ниже.

Очень близок феномену взаимной мастурбации *петтинг* (англ. *pet* — баловать, ласкать, а также раздражать). В русском языке слово «петтинг» употребляется только как сексологический термин и обозначает преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключая непосредственное соприкосновение гениталий. Различают две разновидности петтинга — поверхностный и глубокий, понимая под поверхностным петтингом непосредственное раздражение эрогенных зон, в повседневной жизни обычно обнаженных, другие же эрогенные зоны (в том числе генитальные) раздражаются только через одежду. Наиболее частый случай поверхностного петтинга — сознательное форсирование поцелуев и тесных объятий до получения эякуляции и оргазма. Глубокий петтинг предполагает прямое мануальное раздражение эрогенных зон, обычно прикрытых одеждой. Таким образом, взаимная мастурбация представляет феномен, который может быть расценен как частный случай глубокого петтинга.

Вестибулярный коитус обычно применяется в одном из трех случаев: 1) как средство предотвратить нарушение девственной плевы и наступление беременности; 2) когда ослабленная эрекция не позволяет осуществить интроитус (в подобных случаях производится ритмичное сдавливание члена между *vestibulum vulvae* и лобком мужчины до наступления эякуляции и оргазма); 3) когда оргазм у женщины наступает только при интенсивном воздействии на клитор и малые губы, а вагинальные фрикции не дают ей полного удовлетворения, безразличны или даже неприятны.

Coitus intra femora обычно применяется для достижения целей, идентичных первому случаю использования вестибулярного коитуса.

Кейра является родовым понятием, обозначающим орогенитальные (лабиогенитальные) контакты вне зависимости от разделения ролей между мужчиной и женщиной. *Кумбитмака* (cunnilingus, cunnilingus s. cunnilingus) — вызывание полового возбуждения воздействием на вульварную область (главным образом клитор) губами и языком. Антипод куннилинкции — *фелляция* (fellatio, irrumatio) — вызывание полового возбуждения воздействием ртом и языком на половой член.

Формы половой жизни определяются как привходящими обстоятельствами (недаром А. Kinsey подчеркивает, что половые действия с животными распространены именно в штатах с развитым скотоводством), так и прежде всего индивидуальными особенностями структуры личности; выделяя некоторые наиболее типичные корреляции, можно сказать, что поллюции — удел робких и боязливых, онанизм — застенчивых, а петтинг — свехосторожных.

3. ПОНЯТИЕ НОРМЫ В СЕКСОЛОГИИ

Определение понятия нормы в сексологии имеет специфические трудности, обусловленные тесным переплетением биологических, личностных и социальных факторов, а также чрезвычайной вариативностью индивидуальных отклонений. Так, по данным А. Kinsey (1948), вариативный размах крайних проявлений сексуальности определяется цифрой 1 : 45 000. В том же исследовании вскрыта и на огромном фактическом материале продемонстрирована статистически достоверная связь между принадлежностью к определенным социальным группам и моральными установками в отношении различных форм сексуального поведения. Так, представители экономически менее обеспеченных и менее образованных слоев населения, резко осуждая мастурбацию, положительно относились к добрачным половым связям и частой смене сексуальных партнеров. Представители же экономически более обеспеченных и более образованных слоев населения, половая практика которых характеризовалась более поздним началом половых связей (обычно после или накануне вступления в брак) и стойкостью установившихся отношений, проявляли терпимость в отношении мастурбации, в том числе ранней, и в собственной сексуальной практике применяли ее в течение многих лет.

Практическая значимость уяснения понятия «нормы» в половой жизни и отражения этого понятия в представлениях людей, в том числе считающих себя сексологически больными, определяется тем, что часть пациентов обращается за сексологической помощью именно из-за превратных представлений о нормах половой жизни, ибо у них обычно не обнаруживается каких бы то ни было расстройств половой сферы. Так, «сексологические» архивы хранят документы, свидетельствующие, с одной стороны, о длительном и упорном «лечении» по поводу ejaculatio praesox при продолжительности копулятивных фрикции 5—10 мин и, с другой — случайно выявляемые факты, когда наступление эякуляции после 3—5 фрикции, наблюдаемое на протяжении многих лет семейной жизни, не вызывает никакого беспокойства ни у одного из супругов.

К выделяемым И. С. Коном (1967) трем аспектам определения нормы сексологических проявлений — моральному, статистическому и физиологическому — следует добавить еще два — возрастной и конституциональный.

3.1. Продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла

Данный феномен имеет особую важность для практической работы врача-сексопатолога, так как жалобы на изменение продолжительности полового акта предъявляют около 52% сексологических пациентов [Васильченко Г. С., 1969] и от 45% [Schpabl S., 1972] до 56% [Hertoft P., 1968] здоровых мужчин. Основные показатели фрикционной стадии копулятивного цикла приведены в табл. 2.

Приводимые в табл. 2 цифры, характеризующие продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла, получены у группы мужчин, сексуальные проявления которых соответствовали принятым в научной сексологии представлениям о безупречном состоянии здоровья. При половых актах, совершаемых в привычной обстановке, определялась (секундомером и количеством фрикций) длительность копулятивной стадии от момента интродекции до момента эякуляции. В отдельных случаях параметры снимались только женщиной и мужчина вообще не знал о проводимом исследовании. Если имели место эксцессы, учитывался только первый половой акт. Из общего расчета исключались отдельные случаи истинной пролонгации. В числе других сведений предусматривалась фиксация времени суток, положения, в котором проводился коитус, длительность предшествующего периода абстиненции (интервала между данным и предыдущим половым актом), кто проводил параметрирование, был ли оргазм у женщины, на какую фазу менструального цикла женщины приходился данный коитус.

Наименьшая продолжительность полового акта оказалась равной 1 мин 14 с (при 68 фрикциях), наибольшая — 3 мин 34 с (при 270 фрикциях), средняя продолжительность — 2 мин 2 с (при

Таблица 2

Основные параметры фрикционной стадии копулятивного цикла

Параметры	Значения параметров		
	наименьшее	наибольшее	среднее
I Основные			
Продолжительность всей фрикционной стадии (t)	1 мин 14 с	3 мин 34 с	2 мин 2 с
Общее количество фрикций на протяжении коитуса (i)	26	270	62
II Относительные			
Продолжительность одной фрикции в секундах (t/i)	2,84	0,79	2,52*
Количество фрикций в секунду (i/t)	0,35	1,26	0,51*

* Средневзвешенные значения.

62 фрикции). За одну фрекцию при этом принималось лишь поступательное движение полового члена. Наименьшее число фрикции равнялось 26 (при длительности копулятивной стадии 1 мин 30 с), наибольшее — 270 (при длительности 3 мин 34 с).

Кроме того, были определены переходные коэффициенты, позволяющие по количеству фрикции определить ориентировочную продолжительность полового акта в секундах и наоборот. Для этого вычислялись отношения f/t и t/f (где f — количество фрикции, t — продолжительность копулятивной стадии в секундах).

Эти отношения закономерно изменялись в зависимости от индивидуальной продолжительности коитуса: обследуемые, у которых эякуляция наступает быстро, практиковали замедленные фрикции, напротив, обследуемые с несколько затрудненным наступлением эякуляции отличались более энергичными, быстрыми фрикциями (см. табл. 2).

Для проверки влияния интервалов между двумя половыми сношениями на продолжительность копулятивной стадии коитуса, следующего за этим интервалом, был вычислен коэффициент корреляции между длительностью полового акта (в секундах) и продолжительностью предварительной абстиненции (в сутках). Он оказался равным $-0,73$ ($r \pm m_r = -0,73 \pm 0,070$).

Проведение параметрирования (т. е. включение и остановка секундомера и счет фрикции) вызывало у большинства мужчин удлинение копулятивной стадии (на 10—20%). При этом изолированная хронометрия (без счета фрикции) сказывалась в меньшей степени, чем счет фрикции или счет в сочетании с хронометрией. У одного из мужчин эти отклонения не выходили за пределы его индивидуальных вариантов, а в части случаев имели противоположный знак. У женщин любое вмешательство в нормальное течение полового акта (даже запуск и остановка секундомера без счета фрикции) полностью исключало наступление оргазма. Отмеченный эффект выявлялся вне зависимости от типовой принадлежности и наблюдался даже у женщин мультиоргастичных.

Из полученных данных очевидно неизмеримо большее значение для возникновения оргазма у женщин качественной стороны полового акта над количественной: у одной и той же пары оргазм у женщины отсутствовал при половом акте, который продолжался 5 мин 44 с (мужчина провел истинную пролонгацию и насчитал 213 фрикции), в другое же время имел место повторный оргазм при половом акте, продолжавшемся 3 мин (55 фрикции). Кроме поведения мужчины и настроения женщины, значительную роль в наступлении оргазма у женщины играет отношение коитуса к менструальному циклу — у большинства женщин чем ближе фаза активного кровотечения, тем легче при других равных условиях наступал оргазм.

3.2. Возрастная динамика формирования сексуальности

В отличие от всех других физиологических функций половые функции, в частности их ядро — прокреация, детерминированы возрастом. Благодаря работам швейцарского ученого А. Jost (1974) была обнаружена активность семенников уже во внутриутробном периоде развития, однако следует заметить, что до наступления полового созревания большая часть сексуальных проявлений пребывает в латентном (хотя и достаточно активном) состоянии, затем развертывается в пубертатной фазе и по миновании репродуктивно-

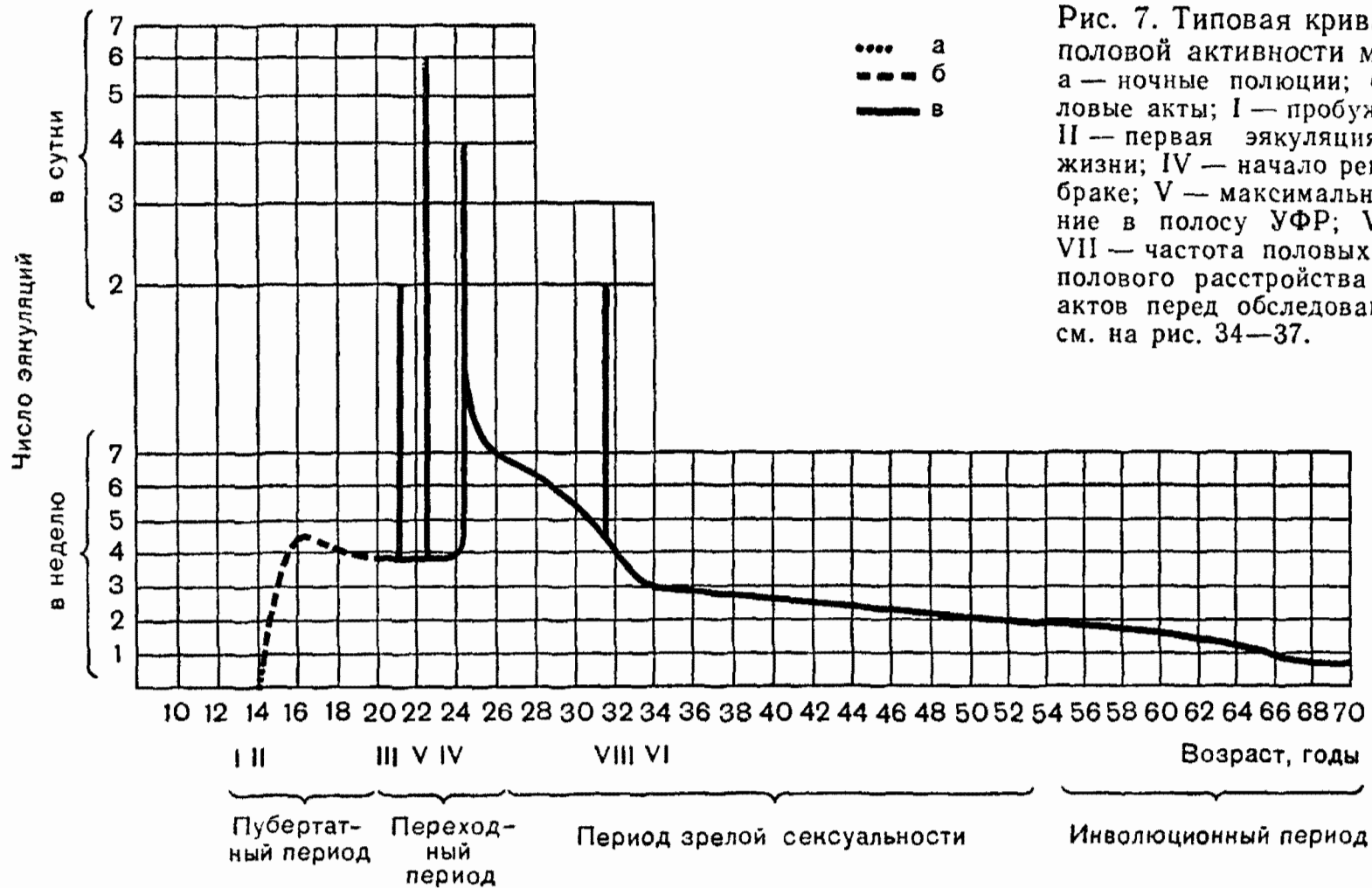


Рис. 7. Типовая кривая возрастной динамики половой активности мужчины.

а — ночные полюции; б — мастурбации; в — половые акты; I — пробуждение полового влечения; II — первая эякуляция; III — начало половой жизни; IV — начало регулярной половой жизни в браке; V — максимальный эксцесс; VI — вхождение в полосу УФР; VIII — последний эксцесс; VII — частота половых актов за год до начала полового расстройства и IX — частота половых актов перед обследованием (III пункт СФМ) — см. на рис. 34—37.

го периода постепенно, но неуклонно редуцируется. Подобная динамика возрастных изменений предопределяет необходимость соотнесения любого проявления сексуальности с возрастом обследуемого. Еженедельные ночные поллюции, представляющие естественный викарный механизм у 30-летнего участника геологической экспедиции, не могут быть отнесены к норме у 7-летнего мальчика; в данном случае этот сексологический феномен именно из-за несоответствия возрасту приобретает столь же тревожный характер, как и полное отсутствие поллюций у 26-летнего молодого человека, не знающего, что такое половая жизнь и мастурбация. Для решения подобных задач сексолог должен знать основные закономерности динамики возрастных изменений половой сферы.

На основе статистического анализа сексологически здоровых мужчин (табл. 3 и рис. 7) весь диапазон явных специфически сексологических проявлений мужчины можно разделить на четыре пе-

Таблица 3

Основные параметры возрастных проявлений сексуальности мужчины *

Сексуальное проявление	Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, $M \pm m$	Примечания
Пробуждение либидо	$12,8 \pm 0,24$	При поллюции — 51%; при мастурбации — 45%; при коитусе — 4%
Первая эякуляция	$14,2 \pm 0,13$	
Начало мастурбации	$14,3 \pm 0,10$	Никогда не мастурбировали 26,5% обследованных
Продолжительность периода мастурбации	$5,5 \pm 0,37$	
Максимальная интенсивность мастурбации (число мастурбаторных актов в неделю)	$4,4 \pm 0,46$	
Начало половой жизни	$18,9 \pm 0,25$	
Начало регулярной половой жизни в браке	$24,6 \pm 0,30$	
Первый эксцесс	$21,1 \pm 0,33$	
Максимальный эксцесс (возраст)	$22,5 \pm 0,32$	
Максимальный эксцесс (число повторных половых актов на протяжении суток)	$5,9 \pm 0,19$	
Последний эксцесс	$31,6 \pm 0,64$	
Начало полосы УФР (2—3 сношения в неделю)	$34,1 \pm 0,69$	
Продолжительность полосы УФР	$16,6 \pm 1,27$	

* При отсутствии специальных оговорок средняя арифметическая характеризует возраст в годах.

риода: пубертатный, переходный, зрелой сексуальности, инволюционный. Каждый из этих периодов имеет свои особенности. В *пубертатном периоде* пробуждается сексуальное либидо, а затем наступают первые эякуляции (чаще при ночных поллюциях), что у большинства (73,5%) служит толчком к началу мастурбации. Основная тенденция пубертатного периода — стремление к самоутверждению всех сторон личности — находит проявление и в половой сфере, в большинстве случаев завершаясь началом половой жизни (у большинства обследованных — в возрасте около 19 лет).

Переходный период характеризуется беспорядочными, случайными половыми связями. Для него наиболее типично чередование эксцессов с более или менее длительными абстиненциями, протекающими на фоне суррогатных (мастурбации, петтинг) или викарных (ночные поллюции) форм половой активности. Этот период у большинства молодых мужчин завершается вступлением в брак. Переходный период в большинстве случаев накладывает свой отпечаток и на начальный период брачных отношений, что проявляется эксцессами медового месяца.

Период зрелой сексуальности характеризуется установлением уровня половой активности, приближающегося к индивидуальным данным, определяемым половой конституцией, системой взглядов и условиями жизни. Этому способствует наличие постоянной возможности иметь интимную близость практически в любой момент (в большинстве случаев этот момент определяется мужчиной, и женщина обычно подчиняется той «мелодии любви», которую ведет мужчина). Хотя в постоянной доступности коитуса и лежит, казалось бы, легкий путь к эксцессам, именно этот фактор и несет в себе противодействие: если при случайных встречах переходного периода молодой мужчина сначала стремится «вознаградить» себя за предшествовавший период полового воздержания, а затем тут же старается создать какое-то подобие противоядия от явлений лишения на последующий период абстиненции, то в браке само исключение длительных периодов абстиненции служит достаточным психологическим противовесом.

И наконец, *инволюционный* период характеризуется постепенным снижением половой активности, ослаблением интереса к половой сфере.

Однако наряду с явными специфически сексологическими проявлениями задолго до собственно пубертатного периода у юных представителей обоих полов происходят психофизиологические процессы, которые на первый взгляд имеют лишь косвенное отношение к сексуальной сфере, но в действительности играют чрезвычайно важную роль в формировании сексуальности. Эти процессы разворачиваются в *парапубертатный* и *препубертатный* периоды.

3.2.1. Парапубертатный период

Парапубертатный период (1—7 лет) соответствует первому этапу психосексуального развития, на котором происходит формирование полового самосознания. Полное соответствие возрастных периодов и этапов психосексуального развития характерно для гармоничного созревания сексуальности. Процесс формирования полового самосознания в парапубертатном периоде можно разделить на две фазы: в первой из них происходит осознание собственной половой принадлежности, а во второй — возникает любопытство, направленное на половые признаки. Именно на этом этапе

сексуальная аутоидентификация приобретает законченный и необратимый в последующем характер. Правильное представление о своей половой принадлежности формируется к 1,5—2 годам, причем осознание пола происходит вне связи с какими-либо конкретными признаками по механизму установки. К 3—4 годам постепенно складывается комплекс дифференциации людей по внешним признакам (одежде, длине волос, тембру голоса и т. д.) Если до этого возраста в речи ребенка встречались родовые аграмматизмы, то после 3—4 лет даже иронические попытки взрослых исказить половую принадлежность ребенка встречают с его стороны бурный эмоциональный протест и негодование. С этого времени возникает своеобразное любопытство, направленное на половые признаки, исследовательские манипуляции с половыми органами, наблюдение за поведением животных и взрослых с констатацией элементов сексуального взаимодействия. Характерны адресованные взрослым вопросы о строении тела, деторождении, суиружестве, а также игры с имитацией сексуального взаимодействия — «в дом», «в доктора» и т. п. Не менее чем у 50% детей подобные игры связаны с обнажением, демонстрацией и созерцанием половых органов. Встречающаяся в этом возрасте ранняя допубертатная мастурбация выходит за рамки сексуальной любознательности и является обычно реакцией на эмоциональную депривацию, заброшенность ребенка или деспотичное обращение с ним со стороны взрослых. Формирование полового самосознания в паранубертатном периоде происходит не только под влиянием психосексуальных факторов, но и в результате динамических эндокринных сдвигов. Если до 1 года эндокринная секреция связана преимущественно с антенатальным принципом регуляции, то в 1—3 года регуляция осуществляется на уровне биогенных аминов, а в 3—6 лет возрастает центральная регуляция эндокринной деятельности [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1986]. Сексологическое значение паранубертатного периода, помимо редкой, но фатальной угрозы нарушения полового самосознания, заключается в том, что в этом периоде неокрепшая сексуальность может столкнуться с запредельными тормозными ситуациями (наказание и осуждение за сексуальные игры, восприятие близости родителей в качестве сцены насилия, развратные действия старших и т. д.) При этом конкретное содержание подобных ситуаций обычно амнезируется, но их аффективная насыщенность может создавать условия для развития парциальных психических задержек, по прошествии многих лет препятствующих становлению гармонии в браке.

3.2.2. Препубертатный период

Препубертатный период (7—13 лет) характеризуется формированием стереотипа полоролевого поведения. Индивидуальный стереотип полоролевого поведения складывается в континууме маскулинности—фемининности на основе психофизиологических возможностей ребенка под влиянием групповых ценностей микросоциального окружения. Последние оказывают свое влияние как посредством целенаправленного формирования взрослыми ожидаемых качеств мужественности или женственности, так и посредством имитативной интериоризации наблюдаемых ребенком стандартов маскулинного или фемининного поведения. В начальной школе однородный коллектив детского сада распадается на «враждующие» группировки девочек и мальчиков. Игровая меж-

групповая агрессия со взаимными обвинениями («все мальчишки хулиганы и драчуны...», «все девчонки плаксы и ябеды») является типичным проявлением дифференциации половых ролей, т. е. групповым отказом от типичных функций противоположного пола. Во второй половине препубертатного периода отмечается так называемая половая гомогенизация или вторая идентификация с представителями своего пола. По мнению Д. Н. Исаева и В. Е. Кагана (1979), в этот период происходит всплеск привязанности к родителю своего пола. Межполовые контакты в этот период носят конкретно-имитативный характер, часто утрированно пародируя мужской или женский стереотип в кругу сверстников, чего никогда не наблюдается, если мальчик и девочка остаются вдвоем. Таким образом, мнение сверстников выступает в качестве важнейшего социализирующего фактора, девальвирующего фемининные стереотипы у мальчиков и маскулинные — у девочек. В этом возрасте около половины детей получают информацию о половом акте и не менее трети из них принимают участие в сексуальных играх с участием детей противоположного пола. В отличие от гетеросексуальных коммуникаций у взрослых игры препубертатного периода совершаются под влиянием не либидинозных, а исследовательских мотивов, которые удается проследить даже при невысоком социокультурном уровне группы. Имеются данные о значительной распространенности в этом возрасте мастурбации как у мальчиков, так и у девочек, причем первые вовлекаются в нее по механизмам подражания, а вторые отличаются ускоренным вариантом развития либо повышенной возбудимостью генитосегментарной составляющей в результате резидуального органического поражения нервной системы.

Эндокринное обеспечение препубертатного периода заключается в повышении секреции гонадотропинов гипофиза к 10—11 годам с одновременным усилением гонадной секреции. Хотя гормональный уровень недостаточен для появления вторичных половых признаков, соотношение тестостерона и эстрадиола приближается к их пропорции у взрослых, что обеспечивает реализацию пубертатного периода и облегчает адаптацию в этот период к кризисным явлениям.

Сексологическое значение препубертатного периода заключается прежде всего в дифференцировке мужского и женского полового стереотипа, что находит отражение как в привлекательности стиля общения для лиц противоположного пола, так и в создании условий для последующей адаптации в браке.

3.2.3. Пубертатный период

Пубертатным периодом развития (лат. *pubertas* — половая зрелость) принято обозначать возрастной период, на протяжении которого в организме происходит внутренняя перестройка, завершающаяся достижением половой зрелости, т. е. способности к размножению.

Процесс полового созревания контролируется гипоталамическим отделом мозга; при этом сначала в него вовлекаются гипофиз, а затем и другие отделы гормональной регуляции, перестройка которой сопровождается изменениями физического облика и психической сферы [Донован Б. и др., 1972]. Важный признак пубертатного развития — установление регулярной активности гонад, которая проявляется у девушек менструациями, а у юношей — эякуляциями. Внутрисекреторная активность гонад у обоих полов про-

является также фазовыми изменениями темпов роста отдельных сегментов скелета, в результате чего устанавливаются дефинитивные пропорции тела и формируются вторичные половые признаки.

Вторичные половые признаки включают главным образом изменения кожи (в частности, мошонки) и ее дериватов (именно в период созревания происходит рост гривы у льва, развитие так называемой половой кожи у обезьян, рогов у оленя). Первыми признаками пубертатного развития у мальчиков наряду с увеличением размеров яичек и ускорением тотального роста являются интенсификация оволосения и изменения мошонки (табл. 4).

Таблица 4

**Основные периоды полового созревания у мальчиков
[Голубева И. В., 1973]**

Признаки полового созревания	Периоды			
	1-й	2-й	3-й	4-й
Возраст (годы)	11—13	13—15	15—16	16—18
Яички (см)	2,1×1,2	2,8×1,5	3,2×1,8	3,5×2,0
Мошонка	Появление легкой пигментации, начало отвисания	Истончение кожи, усиление отвисания, усиление складчатости, усиление пигментации	Дальнейшее истончение кожи, усиление отвисания, складчатости, пигментации, появление волос на коже мошонки	Мошонка сформировалась полностью. Грубая складчатость, пигментация, оволосение
Половой член (см)	5—6×1,5—2	6,8×2,5	8—10×3	10—12×3,5
Оволосение	Усиление пушкового оволосения голени, предплечий, у корня полового члена	Лобковое — женского типа. Усиление пушкового оволосения у углов рта и на верхней губе	Лобковое оволосение переходит на паховые складки, появляется пушок на подбородке, подмышечное оволосение	Лобковое оволосение по мужскому типу, оволосение средней линии живота, появление волос на груди, подмышечное оволосение хорошо выражено. Появление волос на щеках
Голос	—	Начало ломки	Ломка	Стойкий мужской тембр
Прочие	Ускорение роста (до 12 см в год)	Ускорение роста (6—8 см в год)	Замедление роста (3—5 см в год)	Выраженное замедление роста (2—3 см в год)

Таблица 5

Средние возрастные показатели и последовательность появления признаков пубертатного развития у обоих полов [Seckel H., 1946]

Возраст (годы)	Мальчики	Девочки
9—10	—	Рост костей таза, округление ягодиц. Рост сосков
10—11	Начало роста яичек и полового члена	Начало роста молочных желез. Рост волос на лобке
11—12	Активность секреции предстательной железы	Рост наружных и внутренних гениталий. Изменения эпителия влагалища и мазков
12—13	Рост волос на лобке (сначала по женскому типу)	Пигментация сосков. Увеличение молочных желез
13—14	Быстрый рост яичек и полового члена. Уплотнение околососковой области	Рост волос в подмышечных впадинах. Начало менструации (в среднем 13,5 лет, колебания от 9 до 17 лет). Первые менструации несколько лет могут быть без овуляции.
14—15	Рост волос в подмышечной области, пушок на верхней губе. Начало изменения голоса	Самая ранняя нормальная беременность
15—16	Зрелые сперматозоиды (в среднем — 15 лет, колебания — от 11 лет 3 мес до 17 лет)	Угри. Более низкий голос. Менструации принимают регулярный характер. Остановка роста скелета
16—17	Волосы на лице и туловище. Мужской тип растительности на лобке. Угри.	
21	Остановка роста скелета	

По данным В. Г. Сидамон-Эристави (1975), первым признаком полового созревания у 46% обследованных мальчиков было изменение (ломка, или мутация) голоса, у 17% — оволосение лобка. Средний возрастной период появления отдельных признаков у 50% обследованных составлял: мутация голоса — 12 лет 3,5 мес, оволосение лобка — 12 лет 9,5 мес, увеличение щитовидного хряща гортани — 13 лет 3,5 мес, оволосение подмышечных впадин — 13 лет 9,5 мес и оволосение лица — 14 лет 2 мес. Изучая продолжительность и темпы формирования вторичных половых признаков, В. Г. Сидамон-Эристави нашла, что скорость развития отдельных признаков полового созревания имеет свои «пикн». Например, мутация голоса происходит в возрасте 12—14 лет (с наибольшим темпом к 13 годам), оволосение лобка и увеличение щитовидного

хряща гортани — в 13—15 лет (с наибольшим темпом к 14 годам), оволосение подмышечных впадин — в 14—16 лет (с максимальным темпом к 15 годам) и оволосение лица — в 15—17 лет.

Средние возрастные показатели и последовательность появления отдельных признаков пубертатного развития у обоих полов представлены в табл. 5.

Пубертатный кризис носит крайне сложный, интегральный характер, определяясь как гормональной, так и главным образом коренной перестройкой психической сферы. Именно психика в пубертатном периоде наиболее ранима. Это определяется переходным характером ее развития; подросток внутренне уже не удовлетворяется пассивной ролью опекаемого ребенка, а внешнее окружение отрицает его право на принятие ответственных ролей взрослого, на каждом шагу давая ему почувствовать и его социальную незрелость, и экономическую зависимость.

На фоне общей ранимости психики особой уязвимостью отличается сексуальная сфера: именно в пубертатном периоде половое сознание должно совершить сложный переход от романтической стадии через похотливое ослепление сексуальной фазы с ее неумолимо навязчивой фиксацией психики на генитальной сфере к стадии зрелого полового сознания, гармонически сочетающего провоцируемую феноменом Тарханова чувственность с высочайшими идеалами человеческой любви.

Отмечая неопределенность юридических граней перехода от детства к взрослости и еще большую неопределенность этих граней «в общественном мнении, которое зачастую и двадцатилетнего человека не считает за взрослого», И. С. Кон (1966) подчеркивает, что в современном обществе «правовая и моральная неопределенность юности отражает сдвиги в реальном положении вещей, и прежде всего удлинение периода юности за счет, с одной стороны, более раннего полового, а с другой стороны — более позднего социального созревания».

Под *акцелерацией* понимают ускорение роста и развития детей и подростков, а также абсолютное увеличение размеров тела взрослых. Феномен акцелерации, наблюдающийся на протяжении последних десятилетий, проявляется в том, что по средним статистическим показателям современные дети уже к моменту рождения имеют большую массу, раньше происходит «скрещивание» величин окружности головы и груди, наблюдается более раннее прорезывание молочных и постоянных зубов, к концу ростового периода достигаются большие размеры тела при более ранней стабилизации роста и отмечается более раннее половое созревание. Так, средний возраст наступления первой менструации у норвежских девушек, равнявшийся в 1850 г. 17 годам, к середине XX в. приблизился к 13 годам 9 мес.

3.2.3.1. Психологические проявления пубертатного периода

Специфическое стечение воздействий биологических и социальных факторов в пубертатном периоде рождает ряд типичных изменений в психике подростка, которые в первую очередь связаны с формированием характера, личностных свойств. Именно в пубертатном периоде наблюдается «пик» индивидуально-типологических проявлений в диапазоне от мягкой акцентуации характера до

выраженных психопатических девиаций [Личко А. Е., 1983]. Кроме того, известен круг типичных переживаний подросткового периода, среди которых особое место занимают дисморфофобические опасения, переживания комплекса «гадкого утенка» в рамках непатологических возрастных реакций [Коркина М. В., 1984]. Конкретное содержание этих переживаний включает недовольство пропорциями тела, недоразвитием мышц, формой носа или молочных желез у девочек, представления о малых размерах половых органов у мальчиков. В этом периоде подросток является настоящим «рабом нормы» и малейшее отклонение от групповых стандартов в манере держаться, причёске, одежде резко обостряет его чувство несостоятельности. Одновременно с развитием самосознания, обострением рефлексии, ощущением собственной индивидуальности возникают чувство одиночества, обостренная потребность в сопереживании, дружеском участии, групповом принятии.

В подростковом возрасте завершается последний этап психосексуального развития — формирование психосексуальных ориентаций, т. е. выбор объекта полового влечения с его индивидуальными особенностями (половой принадлежностью, типом внешности, телосложением, индивидуальным «рисунком» поведения и т. п.). В это время совершается описанная выше эволюция от романтической стадии либидо к эротической, а затем — сексуальной, причем каждая из стадий протекает обычно в двух фазах: выработки установки (появление желания, усвоение информации, проигрывание в фантазиях) и ее упрочения в процессе контактов с лицами противоположного пола. Для подростков-юношей характерно интенсивное половое влечение, обеспечивающее реализацию возникающих психосексуальных установок. У подростка-девушки физиологические проявления пубертатного периода (менструации) и последствия сексуальной активности (дефлорация, беременность, роды, аборт) нередко ассоциируются с негативными эмоциональными переживаниями и дискомфортными ощущениями и тормозят переход эротической стадии в сексуальную. Кроме того, меньший либидинозный эффект женских половых гормонов и более строгое отношение общества к ранней сексуальной активности девушки также способствуют задержке женской сексуальности на эротической стадии. Вместе с тем формирование психосексуальных ориентаций, построение эталонного образа партнера свойственны как юношам, так и девушкам. Хотя образ идеального партнера первоначально ориентирован на внешние признаки и является эклектическим сплавом эротически значимых, но разнородных качеств, его формирование завершается появлением влюбленности в объект, похожий по нескольким признакам на образец идеала. Одновременно происходит упрочение установки в эротических гетеросексуальных контактах (танцы, объятия, поцелун, телесные ласки, вплоть до петтинга). Нередко в юношеском возрасте переживают две-три влюбленности, каждая из которых характеризуется большей дифференцированностью чувств и отношения к партнеру. Наряду с яркой чувственной окрашенностью юношеская влюбленность, по мнению И. С. Кона (1980), не лишена игрового характера, и собственные переживания юноше порой важнее, чем объект привязанности. В выборе объекта влюбленности значительное место принадлежит мнению сверстников, поэтому объекты увлечения нередко имеют групповой характер, поскольку популярность избранника существенно повышает собственный престиж подростка. Сексуальная активность подростка-юноши подчас диссоциирована, т. е. наряду с выраженным обожа-

нием избранницы не исключаются эротические контакты с менее привлекательной, но доступной девушкой.

Свойственный подростковому возрасту интенсивный либидинозный напор нередко устремляется в русло подростковых поведенческих реакций. Так, реакция эмансипации, проявляющаяся яркой влюбленностью и по сути апеллирующая к человечности родителей, позволяет подростку получить немало ранее запрещенных привилегий.

Реакции имитации являются по существу одним из важнейших каналов формирования навыков гетеросексуального общения, начиная со стихотворных посвящений объекту влюбленности и до конкретных форм телесной ласки.

Реакции компенсации прослеживаются в ситуациях, когда претендующий на высокий статус в группе подросток вдруг получает его, если у него появляется «взрослая» связь с лицом противоположного пола.

Таким образом, в пубертатном периоде завершается формирование психосексуальных ориентаций, которые консолидируются в процессе приобретения подростком навыков гетеросексуального общения. Сложившиеся психосексуальные ориентации отличаются высокой стабильностью и их изменение в последующем оказывается возможным лишь в известных пределах при переживании кризисных ситуаций.

3.2.4. Инволюционный период

Границы первых манифестных возрастных периодов половой активности в большинстве случаев определяются без затруднений: *пубертатный* — по возрасту пробуждения сексуального либидо, соотношенному с возрастом первой эякуляции, *переходный* — по моменту начала половой жизни и период *зрелой сексуальности* — по установлению стабильного уровня половых отношений в браке после минования полосы эксцессов «медового месяца». В отличие от этого *инволюционный* период не имеет четкого начала, поэтому его определение требует специальных критериев.

Клиническое изучение динамики инволюционного ослабления нейрогуморальной составляющей позволяет выделить следующие критерии, характеризующие физиологическое возрастное снижение [Васильченко Г. С., 1970].

1. Изменение характера либидо, заключающееся в утрате оттенка настоятельности, неудержимости, хотя и сладостной, но все же мучительности. Вот как рассказывают об этом обследуемые: «Прежде через несколько дней после акта не мог найти себе места от неудержимого желания, а теперь сколько бы времени ни прошло — смотрю на женщину каким-то похолодевшим взглядом, как на прекрасную статую. Глаз восхищается, а того мучительного внутреннего горения, которое было прежде, как и не было никогда»; «Раньше я шел на половой акт тогда, когда не было никакой возможности сдержаться. Теперь я могу сдерживаться сколько угодно, а потому принуждаю себя уже в другом смысле — стараюсь раз в неделю так подстегнуть себя ласками, чтобы провести акт и выполнить свой долг перед женой».

Физиологическим коррелятом этого изменения является перемещение акцента на психическую составляющую в связи с возрастной редукцией нейрогуморального компонента либидо.

2. Утрата психофизиологической целостности в переживании ситуации интимного сближения. Если в пубертатном, переходном и зрелом периодах даже спонтанная утренняя эрекция сопровождается эротической фантазией, а обсуждение с интересной женщиной самых отвлеченных тем способно провоцировать появление эрекций даже в обстановке, далекой от интимности, то с началом инволюционного периода мужчина может, например, испытывать чувство благодарности к женщине и проявить его ласками и поцелуями без того, чтобы у него появилась эрекция. По достижении инволюционного периода утренняя эрекция при совместном нахождении с женщиной в постели может сопровождаться крайне ослабленным *Vorlust* или даже полным его отсутствием.

Другими словами, одним из характерных признаков наступления инволюционного периода является необходимость затрачивать определенные усилия, чтобы пробудить все основные проявления, необходимые для осуществления полового акта, и «подтягивать» либо эмоциональный настрой к эрекциям, либо эрекции к эмоциональному настрою. При запаздывании эрекций наиболее частым (и самым физиологическим) приемом является прежде всего простое удлинение периода предварительных ласк, а затем их интенсификация и включение некоторых дополнительных приемов (переход к коитусу при освещении, применение не использовавшихся прежде положений, расширение круга мануальных манипуляций, в частности на половом члене, либо самим мужчиной, либо женщиной, и т. п.). В тех же случаях, когда при достаточных эрекциях отстает эмоциональная заинтересованность, что проявляется в известной психологической торпидности, затруднении переключения от бытовых и служебных забот к сексуально-эротической настроенности, некоторые мужчины применяют дополнительные раздражители (чтение эротических описаний, использование иллюстрированных порнографических изданий и т. д.).

Физиологическим коррелятом этого изменения, по-видимому, являются парциальные снижения уровней активности на отдельных участках системы обеспечения половых функций.

3. Изменение характера половых абстиненций. Объективно оно проявляется в переходе от парциальных абстиненций (при наличии эякуляций, обусловленных поллюциями, петтингом и т. д.) к абстиненциям абсолютным, или тотальным, субъективно — в утрате тягостного характера периодов вынужденной абстиненции.

Основным физиологическим коррелятом этого изменения следует считать возрастную редукцию нейрогуморальной активности, разыгрывающуюся на урогенитальном уровне (семенники и их придатки, семенные пузырьки и предстательная железа).

3.2.5. Специфически сексологические проявления, характерные для основных манифестных периодов возрастной динамики половой сферы

Каждому манифестному периоду возрастной динамики половой сферы свойственны определенные сексуальные феномены, которые можно считать даже специфическими, хотя они наблю-

даются и в других периодах (как проявление патологии или компенсаторных механизмов). К таким проявлениям относят: в пубертатном периоде — поллюции и мастурбации, в переходном — эксцессы, в периоде зрелой сексуальности — условно-физиологический ритм [УФР], в инволюционном — абстиненции.

3.2.5.1. Мастурбация как проявление возрастного криза пубертатного периода

Генетические корни мастурбации не могут быть поняты только с позиций медицинских. Этому прежде всего препятствуют многочисленность и разнообразие типов и форм мастурбации, вся совокупность которых будет представлена ниже, при изложении диагностического значения данного феномена. Здесь будет рассмотрен лишь генез самого распространенного вида мастурбации, характерного для юношеской гиперсексуальности пубертатного периода.

И. И. Мечников (1913), основываясь на данных произведенного им широкого статистического анализа, сделал вывод, что половая зрелость (*pubertas*), общая физическая зрелость (*pubilitas*) и брачная зрелость (возраст вступления в брак) составляют в жизни человека три важных момента, имеющих одну и ту же цель, — удовлетворение стремлений к поддержанию вида (размножение); в одних случаях (большинство первобытных народов) эти три момента совпадают или почти совпадают друг с другом, в других же случаях они раздвигаются, между ними появляются промежутки, тем более длинные, чем дольше совершается развитие, и поэтому ощутительные у наиболее цивилизованных народов.

Анализируя соотношение сил, порождающее один из самых острых возрастных кризисов, обусловленный чрезмерным усилением нейрогуморальной составляющей в периоде юношеской гиперсексуальности, И. С. Кон (1967) в качестве первого момента, усугубляющего этот кризис, называет увеличение разрыва между половым и социальным созреванием: «Значение этого разрыва очень велико. В докапиталистическом обществе браки обычно заключались, как только дети достигали половой зрелости (согласно иудейско-христианской традиции, этот возраст произвольно устанавливался в 12 лет для женщины и 13 или 14 лет для мужчин)... В новое время брачный возраст заметно повысился. Увеличился период, когда подростки или юноши уже имеют сексуальные потребности, но еще не могут — социально и юридически — вступить в брак. Это ставит как общество, так и личность перед целым рядом проблем. По мнению некоторых сексологов, кульминация сексуальной активности у мужчин достигается уже в 17—19 лет [Kinsey A., 1948]. Половая энергия ищет соответствующего выхода, рождает в юношеской психике внутреннюю напряженность. Дело не только и не столько в физиологических потребностях, сколько в том, что начало активной половой жизни является для юноши важнейшим доказательством вожделенной «взрослости», существенным средством самоутверждения».

Таким образом, *мастурбация пубертатного периода юношеской гиперсексуальности есть порождение биосоциальной дисгармонии, в основе которой лежит тот факт, что биологическая организация половой сферы человека в силу присущей ей консерва-*

тивности не меняется в те отрезки времени, в течение которых происходят значительные социальные изменения, отодвигающие возможность установления регулярных половых отношений на более поздние сроки. Другими словами, мастурбация представляет суррогатное средство, позволяющее снять или смягчить проявления физиологического дискомфорта, порождаемые биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения.

3.2.5.2. Сексуальные эксцессы как типичное проявление переходного периода становления сексуальности

Термин «эксцесс» (лат. *excessus* — выход, уклонение) чаще всего употребляется для обозначения выхода за пределы нормы, излишества, невоздержанности, нарушения общественного порядка. Под выражением *сексуальный эксцесс* подразумеваются повторные половые акты, совершаемые в пределах суток, при непереносимом условии, что каждый акт носит завершенный характер, т. е. заканчивается эякуляцией.

Статистика эксцессивной сексуальной практики в применении к человеку охарактеризована А. Kinsey с соавт. (1948), которые установили, что способность к повторным эякуляциям была самой высокой у 182 обследованных препубертатного возраста, «имевших возможность испытать свои способности»: из них эксцессы удавались 101, что составляет 55,5%. В период пубертатного развития в возрасте до 20 лет эксцессы имелись у 20% обследованных, а в 56—60 лет эту возможность сохраняли только 3%. Большая часть мужчин, обследованных А. Kinsey, утрачивала способность к повторным завершенным половым актам в возрасте 35—40 лет.

Этой физиологической корреляции (чем моложе возраст, тем больше возможности эксцессивной практики) противостоит многообразие мотивов личности. В одних случаях — расчетливость (предельно использовать благоприятную ситуацию, ибо неизвестно, когда она снова представится), в других — мужское тщеславие, в-третьих — душевная щедрость, отвечающая на женское «я — вся твоя» аналогичным «я — весь твой» [Иванов Н. В., 1966].

Полученные при исследовании возрастных параметров у здоровых мужчин (см. табл. 3) средние арифметические данные (первый в жизни половой эксцесс — в возрасте 21,1 года, максимальный эксцесс — в 22,5 года, начало регулярной половой жизни в браке — в 24,6 года), несомненно, свидетельствуют о том, что подавляющее большинство сексуальных эксцессов приходится на переходный период формирования сексуальности, укладываясь в интервал между началом первых половых актов (как добрачных, так и брачных) и завершением «медового месяца» (см. рис. 7).

Встречающееся иногда в литературе отнесение половых эксцессов в разряд патогенных (деструктивных) факторов научно необоснованно, поскольку никогда никому не удавалось вызвать в какой бы то ни было иннерваторной системе стойкого и необратимого нарушения посредством свойственной данной иннерваторной системе формы деятельности, т. е. посредством адекватной ее стимуляции. Как показали работы школ Н. Е. Введенского и И. П. Павлова, на пути подобной «активационной деструкции»

стоит универсальный физиологический механизм охранительного торможения, с неумолимым автоматизмом прерывающий специфическую деятельность, как только нутритивные клеточные органеллы израсходуют свой энергетический запас. Таким образом, с точки зрения физиологии, понятие «половые излишества» требует пересмотра: если мужчина может провести несколько сношений в течение суток, значит, он далек от «истощения», и подобный уровень функциональной активности вполне ему по силам; если же завтра что-то изменится (заболевание, значительная кровопотеря, расстройство питания и т. д.), то задолго до того момента, когда утрата энергетического потенциала примет ноцицептивный характер, наступит функциональная блокада иннерваторной системы, пока внутриклеточные энергетические системы не восстановят свою работоспособность. Следовательно, одного лишь намерения иметь эксцесс еще недостаточно для его реализации, и у лиц со сниженными функциональными возможностями на пути к проведению повторных половых актов возникают такие непреодолимые затруднения, как наступающие после окончания однократного полового акта выраженные и относительно стойкие (у одних измеряемые часами, у других — сутками и у третьих — неделями) снижение либидо и ослабление эрекции. В некоторых же случаях, когда женщине применением особых приемов удается возбудить эрекцию и спровоцировать своего партнера на проведение повторного полового акта, этот последний принимает затяжной, подчас мучительный характер, и эякуляция при самых длительных фрикциях так и не наступает. Понятно поэтому, что способность мужчины провести в течение суток определенное количество завершённых половых актов является бесспорным проявлением его половой конституции.

Сексуальный эксцесс — рабочий термин, характеризующий только сексуальную сферу мужчины. В женской сексологии этот термин вообще не применяется, что обусловлено отсутствием у женщин посторгастического рефрактерного периода, социальной ролью «ведомого» партнера и чисто биологически, казуальной логикой прокреации: если у самца при коротких интервалах между эякуляциями доля зрелых спермиев в каждой последующей порции эякулята неуклонно снижается, то у самки учащение совокуплений с разными самцами повышает все естественные параметры более быстрого и качественно лучшего оплодотворения, способствуя половому отбору и эволюционному развитию вида.

3.2.5.3. Условно-физиологический ритм половой активности как типичное проявление периода зрелой сексуальности

Кривая возрастной динамики половой активности мужчины (см. рис. 7) показывает, что наибольшую часть периода зрелой сексуальности занимает полоса, соответствующая 2—3 сношениям в неделю, на нее приходится более 16 лет (см. табл. 3). Очевидно также, что именно эта частота сношений является самой устойчивой на протяжении всей жизни мужчины (на полосы, соответствующие 3—4, 4—5, 5—6 и 6—7 сношениям в неделю приходится не более чем по 1,5—3 года). Считая, что подобная стабильность вытекает из основной тенденции периода зрелой сексуальности мужчины, — установить такой уровень половой активности, который бы максимально приближался к истинной внутренней

потребности, определяемой конституциональными и физиологическими параметрами, этот уровень был обозначен как условно физиологический ритм — УФР

Близкое соответствие индекса УФР средней статистической, физиологической и гигиенической норме подтверждается прежде всего данными о периодичности спермиогенеза (для полного созревания сперматозоидов требуется от 36 до 72 ч). По данным А. Kinsey (1948), преобладающими вариантами частоты половых актов являются для возраста до 30 лет 3,27 сношения в неделю, старше 30 лет — 2,34

Условность же количественной характеристики индекса УФР определяется тем, что некоторые мужчины постоянно практикуют только эксцессивный коитус, в течение многих лет проводя не менее 2 сношений в сутки. По окончании первого сношения, как правило, они только оживлялись (если была легкая сонливость, она исчезала), и очень скоро наступала сильнейшая эрекция (часто более сильная, чем первая), все сексуальные ощущения заметно обострялись. Обычные признаки сексуальной удовлетворенности (усталость, безразличие к эротическим раздражителям, сонливость) появлялись у подобных индивидуумов не менее чем после 2—3 сношений

3.2.5.4. Сексуальные абстиненции

Половое воздержание, если рассматривать его вне зависимости от возраста, может быть разделено на два периода — начальный, совпадающий с рефрактерной стадией копулятивного цикла, и следующий за ним период вынужденной сексуальной абстиненции

Первый период подавляющим большинством мужчин (в особенности ведущих интенсивную половую жизнь) воспринимается в положительных эмоциональных тонах (как воспринимается в большинстве случаев всякая передышка после любой энергетической траты). Исключение составляют лишь личности астенизированные и отличающиеся крайней вегетативной лабильностью (чаще дизэнцефального происхождения), у них непосредственно за половым актом могут следовать явления общей адинамии, эмоциональной вялости или даже подавленности, сердцебиения, повышенная потливость, преходящие сенестопатии различной локализации и другие симптомы вегетативного дискомфорта. Поскольку все эти проявления держатся около суток, прежде данный феномен нередко обозначали как «однодневную неврастению»

В противоположность этому у подавляющего большинства мужчин в отрицательные эмоциональные тона окрашен второй период — период вынужденной сексуальной абстиненции, когда по миновании рефрактерного периода возникает половая потребность, удовлетворению которой препятствуют какие-либо внешние обстоятельства. В таких случаях возникают различные проявления, которые можно условно сгруппировать в две категории невротических и застойных. Первые выражаются в нарушении равновесности основных нервных процессов, в частности нарастании раздражительности, которая у некоторых может проявляться признаками невротизации. Группа застойных феноменов проявляется в преходящем расширении вен семенного канатика, мошонки, прямой кишки, набухании геморроидальных узлов и т. п. Условность этого деления в том, что явления стаза в урогенитальной

области очень часто сопровождаются неопределенными тягостными ощущениями в промежности, учащенными позывами к мочеиспусканию, порождающими или усиливающими чувство дискомфорта. В свою очередь первично-невротические феномены, обостряя interoцептивные восприятия, привлекают внимание к половым органам, способствуют болезненной фиксации, которая в свою очередь может интенсифицировать выраженность и темп нарастания вазоконгестивных проявлений.

Наибольшей остроты явления вынужденной сексуальной абстиненции достигают в периоде юношеской гиперсексуальности, охватывающей у здоровых молодых мужчин значительную часть пубертатного и переходного периодов. В фазе зрелой сексуальности острота явлений вынужденной абстиненции, как правило, сглаживается, в инволюционном же периоде абстиненции начинают переноситься настолько легко, что у некоторых лиц это даже порождает сожаления об утрате свойственных ранним периодам сексуальности переживаний второго периода абстиненций; при этом совершается перенос акцента — то, что в пубертате воспринималось как мучительно-тягостное, теперь, в воспоминаниях, оценивается как сладостное с незначительным оттенком мучительности.

При клиническом анализе и прогностической оценке выявленных у пациентов особенностей протекания сексуальной абстиненции следует учитывать периодические колебания степени выраженности либидо, в основе которых лежит взаимодействие феноменов Тарханова и Белова (так называемый третий компонент, см. раздел «*Половое влечение*»).

3.2.5.5. Динамика относительной роли основных факторов, влияющих на половую активность человека, в различные возрастные периоды

Уровень половой активности человека является результатом сложного интегрального взаимодействия как синергичных, так и противодействующих факторов. Основными из них необходимо считать феномен Тарханова, механизм простатотестикулярного взаимодействия Белова, влияние системы социально-психологических мотиваций, условия жизни, конкретную ситуацию и, наконец, столь же сложное влияние возрастного фактора.

Если разделить эти факторы на биологические и социальные и в свете этого еще раз взглянуть на типовую кривую динамики половой активности мужчины (см. рис. 7), то необходимо подчеркнуть, что длительность каждого возрастного периода и интенсивность сексуальных проявлений, характерных для этих периодов, определяются сочетанным действием как биологических, так и социальных факторов. При этом, однако, относительное значение названных факторов в различных периодах меняется: если в пубертатном периоде преобладают факторы биологические, то в переходном на первый план выступает влияние социальных и личностных факторов. В периоде зрелой сексуальности наблюдается выравнивание значения указанных факторов и, наконец, в инволюционном периоде вновь отмечается некоторое усиление значимости биологических факторов, хотя в большинстве случаев не столь выраженное, как в пубертатном периоде. Если сопоставить пубертатный и инволюционный периоды, то обнаружим, что сильнейшая

выраженность феномена Гарханова в пубертатном периоде, также как угасание его на терминальных фазах сексуальной эволюции, обуславливает тот факт, что вскрытая Беловым регуляция в периоде юношеской гиперсексуальности дает срывы и компенсируется чаще в направлении недостаточного подавления «гиперфункциональных» проявлений, в инволюционном же периоде обнаруживает тенденцию к «застреванию» на сниженных уровнях половой активности, что придает вынужденным абстиненциям пожилых мужчин крайне рискованный, часто роковой характер.

Оценивая типовую кривую динамики половой активности с гигиенической точки зрения, для каждого возрастного периода можно определить собственную сверхзадачу: в пубертатном периоде — сохранение психоэмоционального равновесия при недопущении ранних форм мастурбации, в переходном — приобретение сексуального опыта с формированием условнорефлекторных рабочих комплексов положительного знака, в периоде зрелой сексуальности — установление режима половой активности, наиболее соответствующего половой конституции и жизненным условиям индивидуума, и в периоде инволюционном — поддержание щадяще-стимулирующего режима половой деятельности, свободного как от непосильных притязаний, так и от длительных периодов абстиненции, чреватых развитием необратимого синдрома детренированности [Грошев С. И., 1969].

3.3. Конституциональные варианты норм половых проявлений

В диагностической и лечебной практике врача-сексопатолога обязательное соотношение интенсивности сексологических проявлений обследуемых с их возрастом, если оно проводится без учета индивидуальных особенностей сексуальной организации пациента, или его половой конституции, не может считаться достаточным. В сфере половой активности то, что для одного представляет эксцесс, у другого вызывает проявления половой абстиненции, и без опоры на критерии, позволяющие оценить половую конституцию обследуемого, сексопатолог в ряде случаев не может объективно ответить на самый, казалось бы, простой вопрос — имеет ли он дело с больным или перед ним представитель конституционального типа, соответствующего крайним нормальным проявлениям зрелой сексуальности. Так, даже опытный сексопатолог испытывает определенные затруднения в ответе на элементарный вопрос пациента — является ли практикуемая им интенсивность половой жизни нормальной, повышенной или пониженной. Ориентировка на самочувствие непосредственно после коитуса и в последующие сутки не может удовлетворить специалиста, в особенности у лиц наиболее темпераментных, поскольку у них амплитуда половых проявлений, не порождающих отрицательных переживаний, характеризуется значительной шириной.

В современной медицине под *конституцией* понимают совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма и определяющих его реактивность [Горизонтов П. Д., Майзелис М. Я., 1966].

Различные классификации конституциональной принадлежности индивидуума смещают акценты либо на морфологический тип телосложения [Kretschmer E., 1921; Sheldon W., 1940, и др.),

либо на функционально-энергетические особенности человека [Черноруцкий М. В., 1928; Штефко В. Г., 1929], либо на его психологические характеристики (выделение Гиппократом основных темпераментов — холерического, сангвинического, флегматического и меланхолического, подвергнутое анализу с позиций общей нейрофизиологии И. П. Павловым). В сексологической практике наиболее оправдало себя понимание конституции как типа функционально-энергетического реагирования. Соответственно этому под *половой конституцией* понимается совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на определенном уровне половой активности и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере.

Для адекватной оценки диагностического и прогностического значения половой конституции необходимо учитывать параллелизм и взаимную обусловленность физического, психического и полового развития. П. Д. Енько (1878) на основании антропометрического обследования 179 воспитанниц Александровского женского училища приходит к заключению, что «в среднем выводе более раннее половое развитие совпадает с более ранним физическим и психическим развитием». Г. П. Сальникова (1968), проведя сопоставление степени полового созревания учащихся с жизненной емкостью их легких, силой сжатия кисти руки и мышечной работоспособностью (по данным эргографии), приходит к выводу, что как у мальчиков, так и у девочек одного возраста, но разного уровня полового созревания средняя разность исследованных показателей была очень значительной. Так, у мальчиков разность показателей жизненной емкости легких достигала 880—1060 мл, а силы сжатия кисти — 10—40 кг. Аналогичные выводы сделал также Ю. М. Арестов (1968, 1970). Приводимые им таблицы наглядно демонстрируют, что во всех возрастных группах подростки с более высокой степенью биологической зрелости организма достигают и более высоких результатов в физических упражнениях по сравнению с ретардированными, т. е. отстающими в биологическом развитии. Так, например, у 14-летних подростков, имеющих нулевую стадию оволосения лобка (P_0), средний результат в прыжке в высоту с места равен 46 см, а со стадиями P_1 , P_2 , P_3^* — соответственно 48,8; 51,2 и 55,1 см, т. е. «чем выше уровень биологической зрелости (в пределах одного года рождения), тем выше достижение».

Однако многочисленные наблюдения над лицами, прошедшими многопрофильное обследование в отделении сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии [Васильченко Г. С., 1970], приводят к заключению, что соответствие физического, психического и полового развития является прерогативой нормы; при наличии же патогенных воздействий, происходящих на критические периоды развития, возрастают частота и размах расхождений как в широком плане — в виде сдвигов между уровнями физического, психического и полового развития, так и в самом узком — например, в виде неоднозначности отдельных

* P_0 , P_1 , P_2 , P_3 — обозначения степени лобкового оволосения, применяющиеся в антропологии.

Таблица 6

Показатели полового созревания и конституциональный уровень половой активности [Kinsey A. и др., 1948]

Начало полового созревания (годы)	Мужчины с наиболее низкой половой активностью (%)	Мужчины с наиболее высокой половой активностью (%)
9—12	2,0	29,4
13	3,0	9,8
14	6,8	9,4
15	6,8	11,0
16 и старше	7,7	7,7

показателей сексологической антропометрии. При этом наряду с клиническими вариантами задержанного и патологически ускоренного развития необходимо учитывать и третий вариант — искаженного, дисгармонического развития.

Наряду с гармоничностью течения пубертатного периода важным параметром является его темп. Н. Волянский (1962) в специальном исследовании, посвященном оценке темпа пубертатного созревания, сделал вывод, что процесс развития надо считать тем более успешным, чем короче путь его прохождения. Определяется это тем, что интенсивность полового созревания сопряжена с его полнотой, завершенностью и четко коррелирует с индивидуальным уровнем половой активности на протяжении всей последующей жизни. Так, А. Kinsey выделяет две группы мужчин (табл. 6), которые устойчиво характеризовались самой низкой и самой высокой сексуальной активностью (в качестве показателя использовалось число эякуляций в неделю, которое в группе с высоким уровнем активности составляло 7—21 и выше). При сопоставлении уровней функциональной активности со сроками начала полового созревания (которое в свою очередь коррелировало с быстрейшим его окончанием) было выявлено четкое преобладание раннего пубертатного созревания у мужчин с высокими показателями половой активности (максимум — 29,4% приходился на возраст 9—12 лет) при явном отставании этого показателя у мужчин с низкой половой активностью (всего 2%).

3.3.1. Интегральная оценка половой конституции

Половая конституция, будучи лишь одним из проявлений общей конституции человека, в то же время отличается собственной спецификой. Поэтому квантифицированная оценка половой конституции, с одной стороны, не должна быть оторванной от объективных показателей общего развития, а с другой — не должна в этих последних «растворяться», утрачивая свойственную ей специфичность.

Непосредственные наблюдения за протеканием пубертатного периода (например, по динамике развертывания вторичных половых признаков), вполне устраивающие антрополога или школьного врача, никак не отвечают практическим нуждам клинициста-сексопатолога (прежде всего потому, что у подавляющего большинства сексологических больных к моменту обследования пубертатный период ушел в далекое прошлое) Не спасает положения и

опора на *реликтовые* антропометрические показатели, пожизненно фиксирующее соотношение отдельных параметров на завершающей фазе пубертатного развития. Так, широко используемая зарубежными сексопатологами методика Ж. Декура и Ж. Думика (1950), основанная на принципе построения морфограмм по пяти антропометрическим показателям, также не обеспечивает всесторонней оценки половой конституции, потому что не учитывает функциональные проявления сексуальности.

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

3.3.2. Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Шкала векторного определения половой конституции мужчины предусматривает учет семи показателей, параметризуемых независимо друг от друга (табл. 7).

Практическое использование шкалы в простейшем варианте предполагает следующее:

1. Определение исходных индексов (1—9 по целым цифрам верхнего числового ряда) для каждого из семи векторов (определение исходных индексов по VI и VII векторам производится только у обследуемых, которые имеют регулярные сношения в течение многих лет, а у холостых мужчин опускается, так же как, например, у представителей «бродячих» профессий, не имеющих возможности поддерживать регулярные половые сношения).

2. Суммирование полученных исходных индексов.

3. Деление полученной суммы на общее число учитывавшихся исходных индексов.

Полученная средняя арифметическая представляет общий индекс, характеризующий половую конституцию обследуемого следующим образом: 1 (1—1,5) — чрезвычайно слабая; 2 (1,6—2,5) — очень слабая; 3 (2,6—3,5) — слабая; 4 (3,6—4,5) — несколько ослабленный вариант средней; 5 (4,6—5,5) — средняя; 6 (5,6—6,5) — сильный вариант средней; 7 (6,6—7,5) — сильная; 8 (7,6—8,5) — очень сильная; 9 (8,6—9) — чрезвычайно сильная.

Оценивая семиологическое значение эксцессов, приходится учитывать преувеличенные представления об их вреде бытующие в сознании некоторых пациентов. Проводя во всех случаях, где к этому есть показания, необходимую психологическую работу по убеждению обследуемых в нежелательности допущения подобных злоупотреблений в будущем, сексопатолог в то же время должен понимать, что значительная часть пациентов уже имели эксцессы в прошлом. В подобных случаях сексопатолог прежде всего оценивает основные параметры эксцессивной практики обследуе-

Шкала векторного определения половой конституции мужчины

Векторы	Конституция		
		слабая	
	1 0—1,5	2 1,6—2,5	3 2,6—3,5
I. Пробуждение либидо (годы)	17 и позже	16	15
II. Первая эякуляция (годы)	19 и позже	17—18	16
III. Трохантерный индекс (ТИ) — отношение роста к длине ноги	$\leq 1,85$	1,86—1,89	1,90—1,91
IV. Оволосение лобка	Редкие пушковые волосы	Горизонталь по женскому типу	Тенденция к горизонтали
V. Максимальный эксцесс, число эякуляций	0	2	3
VI. Время вхождения в полосу УФР после женитьбы (годы)	—	«Медовый месяц»	1
VII. Время вхождения в полосу УФР (абсолютный возраст)	—	До 22	23—26

мого как один из показателей, характеризующих его конституциональные данные. При этом, однако, следует отдавать себе полный отчет в том, что семиологическое значение наличия эксцессов не уравнивается их редкостью или даже полным отсутствием, так как при самой сильной половой конституции, располагая реальной возможностью проведения многократных половых актов, мужчина может никогда в жизни их не практиковать, руководствуясь соображениями внутренней дисциплины.

Введение в шкалу VI и VII векторов продиктовано необходимостью опоры на показатели, характеризующие стабилизированный уровень зрелой сексуальности, максимально приближенный к той индивидуальной, конституционально обусловленной внутренней потребности, которая выявляется по миновании эксцессов медового месяца, с утратой новизны и в ходе постепенного привыкания к ситуации практически неограниченной доступности контуса.

При внимательном сопоставлении всех векторов шкалы можно отметить, что они по ряду признаков естественно разделяются

средняя			сильная		
4 3,6—4,5	5 4,6—5,5	6 5,6—6,5	7 6,6—7,5	8 7,6—8,5	9 8,6—9,0
14	13	12	11	10	9 и раньше
15	14	13	12	11	10 и раньше
1,92—1,94	1,95—1,96	1,97—1,98	1,99	2,0	>2,0
По мужскому типу			По мужскому типу с гипертрихозом		
4	5	6	7	8	9 и больше
2—3	4—5	6—10	11—19	20—29	30 и больше
27—31	32—36	37—40	41—45	46—50	51 и больше

на две категории, резко отличающиеся прежде всего по степени доступности произвольным воздействиям.

Так, наличие эксцессов (вектор V) в значительной степени определяется произвольной установкой (по крайней мере в направлении минимализации). Точно так же и возраст вхождения в полосу УФР (векторы VI и VII) может устанавливаться с ориентировкой не на индивидуальную потребность, а на факторы, хотя и случайные, но отличающиеся достаточной устойчивостью. Чаще всего в подобных случаях сказываются своеобразные представления о нормах половой активности или эгоизм властной женщины, занимающей положение главы семьи; одни из таких женщин требуют ежедневного коитуса как свидетельства достаточного уважения к их супружеским «правам» (некоторые из подобных женщин могут при этом страдать аноргазмией), другие, исходя из собственных подъемов половой возбудимости, разрешают мужу сближение не чаще 1 раза в 2—4 нед.

В противоположность этому векторы I и II (возраст пробуждения сексуального компонента либидо и возраст первой эякуляции),

а также III и IV (трохантерный индекс и характер лобкового оволосения) определяются преимущественно действием внутренних факторов и при выраженной задержке эндогенного развития полностью исключают возможность произвольных воздействий даже в объеме самой незначительной модификации.

Кроме того, обе категории параметров, используемых в шкале, резко дифференцируются и по другому признаку: векторы V—VII проявляются главным образом в переходном и зрелом периодах и характеризуются широким диапазоном вариаций в динамике, векторы же I—IV, выявившись в пубертатном периоде, сохраняют затем свою числовую характеристику неизменной.

Поскольку I—IV векторы тесно связаны с генотипом обследуемого (в то время как векторы V—VII не только показывают более рыхлую связь с генотипом, но и в значительной степени сами по себе отражают половую активность, способную в определенной степени воздействовать на имеющиеся фенотипические проявления половой конституции, укрепляя или расшатывая ее), они могут учитываться как в совокупности, так и в более дифференцированных группировках:

K_r — *генотипический индекс* половой конституции; выражается средней арифметической векторов I—IV;

K_a — конституционально модулированный *индекс половой активности*; выражается средней арифметической векторов V—VII;

K_ϕ — *фенотипический индекс* половой конституции; выражается средней арифметической из всего доступного исчислению набора имеющихся векторов (I—VII).

Для выявления дисгармонических вариантов нарушений темпа пубертатного развития при протоколировании соответствующих индексов (K_r , K_a , K_ϕ) в скобках указывается амплитуда максимальных отклонений изучаемых исходных индексов, т. е. величины наименьшего и наибольшего из учитываемых векторов.

Элементарные вычислительные операции по нахождению средних арифметических для каждого из парциальных индексов облегчаются использованием вспомогательной таблицы (табл. 8).

3.3.2.1. Применение шкалы векторного определения половой конституции в диагностической работе врача-сексопатолога

Одним из основных положений современной сексопатологии являются качественное своеобразие сексуальных расстройств, их несводимость к прямому следствию какой-то иной нозологии или к сумме первичных несексологических синдромов. Более того, даже если сексологические синдромы проявляются изолированно, в частности поражают только одну составляющую, они в течение значительного времени компенсируются сохранными составляющими и для выявления нарушения необходима его значительная глубина. В большинстве же случаев наблюдается сочетание нескольких сексологических синдромов, поражающих одновременно ряд составляющих, и клинически болезнь проявляется только в том случае, если механизмы компенсации оказываются блокированными. При этом сплетаются в тесное единство легкие, подчас едва уловимые отклонения в соматобиологической, личностной и микросоциальной сферах, не способные нарушить нормальное течение сексуальных отправления. Сексуальные расстройства чаще возникают не при грубых, узко локализованных поломках, а при поражении не-

Таблица 8

Вспомогательная таблица для нахождения частных к шкале векторного определения половой конституции

Де-ли-мое	Делитель					Де-ли-мое	Делитель			
	7	6	5	4	3		7	6	5	4
4	0,57	0,67	0,80	1,00	1,33	31	4,43	5,17	6,20	7,75
5	0,71	0,83	1,00	1,25	1,66	32	4,57	5,33	6,40	8,00
6	0,86	1,00	1,20	1,50	2,00	33	4,71	5,50	6,60	8,25
7	1,00	1,17	1,40	1,75	2,33	34	4,86	5,67	6,80	8,50
8	1,14	1,33	1,60	2,00	2,66	35	5,00	5,83	7,00	8,75
9	1,28	1,50	1,80	2,25	3,00	36	5,14	6,00	7,20	9,00
10	1,43	1,67	2,00	2,50	3,33	37	5,28	6,17	7,40	
11	1,57	1,83	2,20	2,75	3,66	38	5,43	6,33	7,60	
12	1,71	2,00	2,40	3,00	4,00	39	5,57	6,50	7,80	
13	1,86	2,17	2,60	3,25	4,33	40	5,71	6,67	8,00	
14	2,00	2,33	2,80	3,50	4,66	41	5,86	6,83	8,20	
15	2,14	2,50	3,00	3,75	5,00	42	6,00	7,00	8,40	
16	2,28	2,67	3,20	4,00	5,33	43	6,14	7,17	8,60	
17	2,43	2,83	3,40	4,25	5,66	44	6,28	7,33	8,80	
18	2,57	3,00	3,60	4,50	6,00	45	6,43	7,50	9,00	
19	2,71	3,17	3,80	4,75	6,33	46	6,57	7,67		
20	2,86	3,33	4,00	5,00	6,66	47	6,71	7,83		
21	3,00	3,50	4,20	5,25	7,00	48	6,86	8,00		
22	3,14	3,67	4,40	5,50	7,33	49	7,00	8,17		
23	3,28	3,83	4,60	5,75	7,66	50	7,14	8,33		
24	3,43	4,00	4,80	6,00	8,00	51	7,28	8,50		
25	3,57	4,17	5,00	6,25	8,33	52	7,43	8,67		
26	3,71	4,33	5,20	6,50	8,66	53	7,57	8,83		
27	3,86	4,50	5,40	6,75	9,00	54	7,71	9,00		
28	4,00	4,67	5,60	7,00		55	7,86			
29	4,14	4,83	5,80	7,25		56	8,00			
30	4,28	5,00	6,00	7,50		57	8,14			

скольких парциальных подсистем. Как свидетельствует клинический опыт, при устойчивой взаимной социобиологической адаптации супругов даже такая выраженная патология, как массивное церебральное кровоизлияние с гемиплегией, нарушает сексуальные отправления лишь на относительно короткий период. В противоположность этому отсутствие общности взглядов и «эрозии», порождаемые своевременно нераспознанной психологической несовместимостью, накладываясь на различия сексуальных темпераментов, приводят к катастрофическим срывам по незначительным поводам.

Хотя и в норме, и в патологии факторы соматобиологические, личностные и микросоциальные взаимодействуют в сексуальной сфере, образуя нерасторжимое функциональное единство, структурный анализ сексуальных расстройств основывается на отдельной оценке каждого из названных аспектов. Половая конституция отражает соматобиологический преморбид, и значение шка-

лы, способствующей решению различных задач, определяется следующим образом.

1. Она позволяет унифицировать оценку исходного (преморбидного) состояния нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла. Практическая значимость этой оценки обуславливается тем, что преморбидное нейрогуморальное состояние представляет собой соматобиологический конституциональный фон при любой форме сексуального расстройства, а задержки и дисгармонии пубертатного развития представляют один из наиболее частых сексопатологических синдромов.

2. Пользование парциальными индексами значительно облегчает дифференцирование патологических состояний, внешне сходных, но отличающихся по существу. Так, если средние арифметические, рассчитанные отдельно по I и II векторам таблицы, с одной стороны, и по векторам III и IV — с другой, оказываются сниженными пропорционально и все лежат ниже 3,5, преморбидное состояние нейрогуморальной составляющей оценивается как задержка пубертатного развития. В случаях же снижения лишь по векторам I и II, при значениях векторов III и IV выше 3,6 состояние оценивается как торможение пубертатных проявлений.

3. Пользование шкалой облегчает дифференциальную диагностику пограничных состояний, располагающихся на стыке мнимых сексуальных расстройств и начальных или клинически благоприятных форм поражения различных составляющих.

4. Применяя шкалу, можно давать гигиенические советы, опираясь на объективные критерии, например, при суждении о степени оптимальности избранного режима половой жизни для данного индивидуума.

5. Показатели шкалы вскрывают мнимую парадоксальность отсутствия прямой зависимости между давностью и выраженностью ряда нозологических форм, с одной стороны, и наличием или отсутствием сексуальных расстройств — с другой (например, при алкоголизме, хронических простатитах, диабете и др.).

6. В сочетании с другими данными шкала помогает более широко и дифференцированно характеризовать некоторые сексопатологические синдромы.

3.3.2.2. Анализ основных показателей половой конституции при наиболее частых расстройствах составляющих копулятивного цикла мужчины

Как показывает табл. 9, из всех представленных в ней клинических групп наиболее высокие индексы отмечаются в группе условной нормы ($K_r=4,70$; $K_a=5,55$ и $K_\phi=5,06$) и при мнимых сексуальных расстройствах ($K_r=4,17$; $K_a=4,50$ и $K_\phi=4,29$). Нетрудно заметить, что все три индекса контрольной группы лежат в диапазоне, характеризующем уравновешенный средний уровень половой конституции, а три индекса группы мнимых расстройств — в рамках несколько ослабленного варианта среднего уровня. Отмеченная «компактность», свидетельствующая о соответствии уровня половой активности конституциональным данным, находит отражение и в дополнительном индексе K_a/K_r , приближающемся к единице.

По величинам индексов за этими группами следуют: обобщен-

Таблица 9

Индексы половой конституции при различных формах сексуальных расстройств у мужчин

Клиническая характеристика группы	Индексы половой конституции *			
	K_r	K_a	K_ϕ	K_a/K_r
Условная норма	4,70	5,55	5,06	1,18
Синдромы нейрогуморальных расстройств	3,01	3,42	3,32	1,17
Первичная задержка пубертатного развития	2,13	1,47	1,87	0,69
Инволюционные формы	2,88	3,55	3,36	1,23
Диэнцефальные синдромы	3,59	4,22	4,04	1,17
Синдромы расстройств психической составляющей	4,15	2,91	3,88	0,70
Формы с преобладанием эндогенных факторов	4,43	2,55	4,03	0,58
Формы с преобладанием экзогенных факторов:				
а) с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы	4,07	3,22	3,85	0,79
б) с вторичным вовлечением сексуальной сферы	3,65	2,71	3,47	0,74
Мнимые сексуальные расстройства	4,17	4,50	4,29	1,08
Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	3,69	3,40	3,66	0,92
Урогенитальные расстройства	3,65	3,84	3,71	1,05
Вторичная патогенетическая дезинтеграция	3,20	2,80	3,30	0,88
Первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром ПЦД)	3,96	2,63	3,71	0,64

* K_r — генотипически акцентуированный индекс; K_a — индекс уровня половой активности; K_ϕ — фенотипический индекс.

ная группа расстройств психической составляющей ($K_r=4,15$; $K_a=2,91$ и $K_\phi=3,88$), а также подгруппы диэнцефальных синдромов ($K_r=3,59$; $K_a=4,22$ и $K_\phi=4,04$) и урогенитальных расстройств эякуляторной составляющей ($K_r=3,65$; $K_a=3,84$ и $K_\phi=3,71$). Однако при самом высоком среди трех сравниваемых клинических форм индексе K_r в группе расстройств психической составляющей (4,15) оказывается сниженным фенотипический индекс (K_ϕ) до 3,88 вследствие низкого индекса уровня половой активности ($K_a=2,91$). Иными словами, в противоположность диэнцефальным синдромам и урогенитальным поражениям ключевые расстройства психической составляющей характеризуются выраженным расхождением между уровнем половой активности и конституциональными возможностями, что находит отражение в индексе K_a/K_r ; этот индекс при диэнцефальных синдромах (1,17) и урогенитальных поражениях (1,05) оказывается близким к индексу K_a/K_r в контрольной группе (1,18) и при мнимых сексуальных расстройствах (1,08), в то время

как при расстройствах психической составляющей отношение K_a/K_r снижается до 0,70. Еще более четко отмеченная закономерность представлена в подгруппе расстройств психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов: здесь индекс K_r , равный 4,43, оказывается самым высоким из всех представленных в таблице (относительно индексов других клинических форм), превышает таковой даже при мнимых расстройствах (4,17) и приближается к индексу в контрольной группе (4,70). Однако чрезвычайно низкая половая активность ($K_a=2,55$), уступающая лишь таковой при первичной задержке пубертатного развития (1,47), блокирует те конституциональные возможности, которыми располагают подобного рода больные, и это несоответствие находит выражение в отношении K_a/K_r , характеризующемся самым низким значением по всему ряду (0,58). Патогенетическая обусловленность снижения половой активности при этих двух формах определяется в случаях задержки пубертатного развития низким уровнем либидо, а в случаях расстройств психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов — наличием психических задержек.

Самая низкая величина индекса K_r (2,13), соответствующая первичной задержке пубертатного развития, характеризует тот критический уровень, за пределами которого формируются функциональные нарушения, позволяющие изначальной слабости половой конституции играть роль структурного стержня всего сексуального расстройства.

Сопоставляя рассматриваемые индексы в клинических подгруппах первичных урогенитальных расстройств эякуляторной составляющей и вторичной патогенетической дезинтеграции, поскольку эти две формы динамически тесно связаны, надо отметить, что как генотипический индекс половой конституции, так и индекс половой активности при этой форме намного ниже по сравнению с соответствующими показателями подгруппы первичных урогенитальных расстройств (K_r в первой подгруппе 3,65 и во второй — 3,20; K_a в первой подгруппе 3,84 и во второй — 2,80). Эти цифры дают основание предполагать, что ослабленная половая конституция и низкий уровень половой активности являются факторами, способствующими реализации механизма титуляризации и переходу из первой подгруппы во вторую.

3.3.2.3. Уровни половой активности и их гигиеническое значение

Широкое расхождение у различных мужчин основных показателей половой конституции, в первую очередь индексов половой активности (K_a), ставит перед сексопатологом множество практически важных вопросов: каковы взаимные влияния различных индексов (например, K_r на K_a и наоборот); каковы типы взаимодействия конституциональных и ситуационных факторов; является ли половая конституция фатальной или ее возможно изменить «разумным» поведением и перейти, например, из слабой группы, если не в сильную, то хотя бы в среднюю; наконец, если такой переход возможен, то какое поведение следует признать целесообразным? На некоторые из этих вопросов сексологическая практика дает однозначные ответы, по-видимому, достаточно близкие к объективной реальности. Большинство как теоретиков, так и практиков «брачных» (или «семейных») консультаций исходят из того, что, как правило, частота и форма сексуальных отношений определяются

мужчиной и что каждый мужчина приспособливает уровень половой активности к своему сексуальному темпераменту (т. е. половой конституции), а если сексуально индифферентный мужчина проводит коитус чаще, чем ему самому хотелось бы, то это обычно определяется чисто ситуационно (конъюнктурно-престижные установки и др.).

В противоположность этому, проблема непосредственного влияния уровня половой активности на функциональное состояние половой системы опирается не на умозрительные постулаты, подкрепляемые житейской мудростью, а на данные экспериментов, проведенных на животных. Так, сформулированное Н. А. Беловым (1912) положение о том, что каждый половой акт вызывает физиологические сдвиги, обеспечивающие лучшие условия для последующего полового акта, подтверждается опытами Э. Эндречи и К. Лишшака (1962), которые выявили у кроликов на протяжении 90 мин после эякуляции 8- или 10-кратное повышение уровня тестостерона и андростендиона в *v. spermatica*, а также возрастание интенсивности кровотока в семенниках подопытных кроликов на 40—60% по сравнению с контрольными животными.

Однако все эти данные характеризуют изменения, наблюдаемые при половой активности лишь на относительно коротких отрезках времени. Для сексопатолога же главный интерес представляет влияние уровня копулятивной деятельности на сохранность функциональных возможностей в более широких рамках — на протяжении всей жизни.

Условившись понимать под динамикой половой активности соотношение уровней сексуальных проявлений на различных возрастных этапах, можно, несмотря на крайнее разнообразие всевозможных сексологических школ и направлений, четко обозначить два полюса, к которым тяготеют взгляды различных авторов при освещении проблемы влияния уровня половой активности на связанное с возрастом снижение половых возможностей. Кредо одной из этих группировок предельно ясно выразил О. Effertz, огласивший в 1894 г. результаты своих подсчетов, согласно которым каждый мужчина «располагает запасом в 5400 эякуляций», и каждое проявление половой активности (ночная поллюция, мастурбаторный акт или коитус), представляя собой невосполнимую трату ограниченных ресурсов, роковым образом приближает наступление момента, когда эти ресурсы окажутся исчерпанными и наступит импотенция. И хотя доктрина Эффертца вследствие механистичности, игнорирования основных положений физиологии и противоречия клиническому опыту вызвала возражения крупнейших сексологов мира, в лекционной пропаганде и отдельных публикациях еще приходится встречать утверждения, что наступление импотенции фатально предопределено, а быстрота ее выявления находится в прямой зависимости от половой активности индивидуума.

Для ответа на поставленный вопрос были подвергнуты корреляционному анализу клинические наблюдения с аутохтонным снижением половой активности на склоне лет, имеющиеся в клиническом архиве Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии (1970, 1977). Все наблюдения были разделены на 3 группы, в 1-й из которых отношение K_a/K_r приближалось к единице (от 0,90 до 1,09), характеризуя наибольшее соответствие между уровнем половой активности и показателем половой конституции, во 2-й — превышало единицу (1,10 и более),

а в 3-й — было <1 (0,89 и ниже). Рассчитанные коэффициенты корреляции оказались следующими: в 1-й группе $+0,80 \pm 0,147$, во 2-й $+0,56 \pm 0,182$ и в 3-й $+0,23 \pm 0,358$. Полученные цифры дают основание полагать, что самым благоприятствующим длительному поддержанию уровня половой активности является режим наиболее тесного соответствия между половой активностью и конституциональными данными (1-я группа), менее благоприятен режим превышения активности (2-я группа) и наиболее неблагоприятен режим, лежащий ниже уровня конституциональных показателей (3-я группа). Статистически последний вариант характеризуется не только низким коэффициентом корреляции, но и значительным увеличением средней ошибки. Клиническим же основанием дезорганизации половой активности в подобных случаях является направленный на снижение вариант срабатывания описанного Н. А. Беловым (1912) механизма простато-тестикулярного взаимодействия, который в пожилом возрасте может привести к развитию синдрома детренированности [Грошев С. И., 1969; Вахания Д. Д., 1969].

3.3.2.4. Оценка уровней половой активности в консультативной практике

В повседневной работе сексопатологу постоянно приходится отвечать на вопрос об оптимальном половом режиме и самому корректировать заведомо превышаемые или занижаемые обследуемыми уровни половой активности.

При этом попытки оценить практикуемый пациентом ритм по отношению K_a/K_r имеют два существенных недостатка. Во-первых, подобная оценка возможна не во всех случаях (например, у холостых мужчин, у которых возраст вступления в полосу УФР не определяется, K_a , выводимый по одному вектору, принимает ориентировочный характер). Во-вторых, даже в тех случаях, когда эта оценка производится при опоре на более полный набор векторов, получаемое отношение дает общую характеристику. Понятно, что рекомендации об изменении режима половой активности могут в подобных случаях считаться обоснованными только при условии значительной стабильности ритма на протяжении многих лет у обследованных, еще не вышедших из периода зрелой сексуальности. В тех же случаях, когда имеют место значительные колебания уровня половой активности или когда появляются признаки наступления инволюционного периода, определение оптимального ритма приходится производить в пределах максимально суженного интервала времени.

В решении этой задачи можно опираться на два вида критериев — субъективные и объективные. К субъективным относятся критерии, характеризующие степень выраженности полового влечения к началу полового акта; проведение его при «первом позыве» или при одном из повторных (когда первый или несколько инициальных подавляются); мотивы проведения полового сношения (следование привычному стереотипу или спонтанно возникающей императивной потребности и т. д.); самочувствие непосредственно по окончании коитуса и на следующий день (или в последующие дни). Объективные критерии учитывают продолжительность копулятивной (фрикционной) стадии. При сохранных силовых отношениях продолжительность копулятивной стадии обратно пропорциональна длительности предшествующего периода половой абстиненции и ле-

жит в пределах от 1 до 3,5 мин. Демонстрируемая приведенными цифрами закономерность позволяет с учетом индивидуальной продолжительности коитуса расценивать сдвиг в сторону его укорочения как сигнал снижения уровня половой активности, и наоборот, когда коитус принимает затяжной характер, выходя за пределы 3—4 мин, определить установленный пациентом половой режим как отклоняющийся от оптимального в сторону превышения и рекомендовать увеличение интервалов между половыми актами.

3.3.3. Шкала векторного определения половой конституции женщины

Для исключения субъективизма при определении сохранности нейрогуморальной составляющей используют векторную шкалу половой конституции женщин, аналогичную разработанной ранее для мужчин. Шкала (табл. 10) позволяет судить не только о половой конституции, но и о характере ее нарушений. У женщин наиболее стабильными параметрами являются менструации и течение беременностей, так как основная биологическая функция женщины — продолжение рода. Материнский инстинкт, в норме присущий всем представительницам женского пола, не только стабильнее и сильнее полового, но и тормозит сексуальность во время беременности и кормления.

Генотип (наиболее стабильная часть половой конституции, не зависящая ни от воспитания, ни от партнера) у женщин определяется по четырем первым показателям: возрасту менархе (а также по наличию или отсутствию нарушений менструаций), беременностям, трохантерному индексу, характеру оволосения. Все эти показатели тесно связаны между собой. Так, у $1/3$ женщин с расстройствами менструаций обнаружены нарушения формирования скелета.

При определении генотипического показателя каждой пациентки вычисляется средняя арифметическая индексов шкалы, так же как и для мужчин. У женщин некоторые показатели «расплываются» по шкале (например, A_3P_3 занимает 3 графы). В подобных случаях генотипический показатель лучше определять по графе, которая ближе к остальным показателям. Например, менархе в 14 лет — 4, менструации нарушались только эпизодически при выраженных неблагоприятных воздействиях — 4, беременность протекала без осложнений — 5—8, характер оволосения A_3P_3 — 4—6. При вычислении «плывущая» цифра беременности берется равной 5, а характер оволосения — 4 (не противоречит стабильным тенденциям «выравнивания» ряда шкалы).

По аналогии с индексом сексуальной активности (K_a) мужчин показатель уровня сексуальности у женщины определяется по возрасту пробуждения эротического либидо, срокам первого оргазма, проценту оргастичности. Первый показатель сексуальной активности (эротическое либидо) ближе к генотипу, меньше подвержен влияниям окружающей среды. Остальные показатели отражают состояние гормонального фона, но оно может быть искажено многими факторами (в основном при поражении психической составляющей). Если показатели генотипа и уровня сексуальности близки, то развитие сексуальности гармоничное, соответствующее половой конституции. Если какой-то один показатель «выбивается» из шкалы или есть большой разброс между несколькими показателями, то характер разброса позволяет определить предполагаемый синд-

Таблица 10

Шкала векторного определения половой конституции женщины

Векторы		Конституция		
		слабая		
		1 0—1,5	2 1,6—2,5	3 2,6—3,5
I Менструальная функция	Первая менструация в возрасте (годы)	17 и позже	16	15
	Регулярность менструаций	Аменорея или единичные редкие менструации	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятных воздействиях (психоэмоциональных, соматических, медикаментозных)
II Детородная функция	Сроки наступления беременности после начала половой жизни	—	10 лет и дольше	3—9 лет
	Характер течения беременности	—	Невынашивание, тяжелая патология беременности. Мертворождение	Угроза прерывания, патологическое течение, токсикозы беременности
III Трохантерный индекс		1,88	1,89—1,93	1,94—1,96
IV Характер оволосения		A_0P_0	A_1P_1	A_2P_2
V Пробуждение эротического либидо (годы)		≥ 17	15—16	14

средняя			сильная		патология и редкие конституциональные варианты
4 3,6—4,5	5 4,6—5,5	6 5,6—6,5	7 6,6—7,5	8 7,6—8,5	9 8,6—9
14	13	12	11	10	9 и раньше
Эпизодические кратковременные нарушения при выраженных неблагоприятных воздействиях	Регулярная без патологии			Нарушения менструальной функции	
1—2 года	3—6 мес	1—3 мес	Даже при контрацепции	—	
Легко протекающие токсикозы беременности	Нормальное течение			—	
1,97—1,98	1,99	2,00	2,01—2,02	2,03—2,04	≥2,05
По женскому типу А ₃ Р ₃			Тенденция к мужскому	Мужское	Мужское : гипертрихозом (гирсутизм)
13	12	11	10	9	8 и раньше

Векторы			Конституция		
			слабая		
			1 0—1,5	2 1,6—2,5	3 2,6—3,5
VI. Ор- га- зм	Пер- вый орга- зм	В возрасте (годы)	—	≥ 35	31—34
		Время после начала регулярной половой жизни	—	10 лет	3—9 лет
	До- сти- же- ние 50— 100% орга- стич- ности	В возрасте (годы)	—	40	35
		Время после начала регулярной половой жизни	—	10—15 лет	5—9 лет

ром поражения. Например, гирсутизм в сочетании с трохантерным индексом выше нормы (длина ног меньше нормы) может наблюдаться при постнатальной форме аденогенитального синдрома (надпочечниковая гиперандрогения); гирсутизм в сочетании с трохантерным индексом ниже нормы (длина ног больше нормы) — при синдроме Штейна—Левенталя (яичниковая гиперандрогения); наконец, если гирсутизм сочетается с нормальной длиной ног, то наиболее вероятна вирильная форма дизэнцефального синдрома. Другая дифференцировка: если «разброс» или равномерное отклонение от нормы не выходит за рамки генотипических показателей, то поражена нейрогуморальная составляющая и следует уточнить синдромы ее поражения, а при грубом несоответствии генотипа и уровня сексуальности поражены другие составляющие (особенности этого несоответствия рассмотрены ниже).

Если в результате сексологического обследования выявляется нарушение нейрогуморальной составляющей, следует установить и обосновать конкретный синдром поражения, для чего нередко требуется дополнительное обследование с помощью эндокринологических методов. В некоторых случаях после общего сексологического обследования выявляются нарушения, в масштабе которых

средняя			сильная		патология и редкие конституциональные варианты
4 3,6—4,5	5 4,6—5,5	6 5,6—6,5	7 6,6—7,5	8 7,6—8,5	9 8,6—9
26—30	21—25	18—20	15—17	12—14	11 и раньше
1—2 года	6—11 мес	2—5 мес	1 мес	До начала регулярной половой жизни или при первом коитусе	До контакта с партнерами
30	25	20	19	18—16	15 и раньше
3—4 года	1—2 года	6—11 мес	2—5 мес	1 мес	Сразу с начала половой жизни

сексуальное расстройство утрачивает актуальность, так как по основному заболеванию требуется лечение у эндокринолога или онколога.

Если в результате сексологического обследования не выявляется никаких признаков нарушений эндокринной системы, не следует расширять обследование больной путем дополнительного определения гормонального фона.

4. МЕТОДИКА

СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

4.1. Основные особенности обследования сексологических больных

Сексологическое обследование, которое должно учитывать повышенную сенситивность и ранимость обслуживаемого контингента и соблюдать конфиденциальность, не менее строго, чем в гинеко-

логии, венерологии и психиатрии, отличается, кроме того, рядом особенностей, не имеющих прецедентов в других клинических дисциплинах.

Прежде всего, поскольку сексопатологическая диагностика предусматривает обязательную оценку состояния урогенитальной сферы, эндокринного обеспечения, психоневрологических и личностных особенностей обследуемых, это расширяет круг подлежащих учету проявлений до многих десятков. Таким образом, от сексопатолога требуется владение разнообразными диагностическими приемами, значительная часть которых принадлежит урологии, эндокринологии, невропатологии, психиатрии, а также специфическими сексологическими приемами, выработанными сексопатологией. Еще большая универсальность требуется на заключительном этапе, когда сексопатолог обязан разобраться во всей системе разноуровневых межсиндромных взаимоотношений и четко определить, какой из диагностических «блоков» играет роль стержня всего страдания, какие синдромы не выходят за рамки предрасполагающих и какие представляют вторичные осложнения, присоединившиеся лишь на заключительных стадиях патологического процесса.

Следующая особенность сексологической диагностики — необходимость постоянно соотносить каждое сексуальное проявление, отмечаемое больным, с соответствующей его возрасту нормой, поскольку весь жизненный регистр половых отклонений разворачивается по скользящему графику, и определенная интенсивность тех или иных сексуальных феноменов, естественная для одного возраста, в другом представляет патологическое отклонение.

И наконец, последняя особенность сексологической диагностики — необходимость обязательного учета индивидуальных черт сексуальной организации обследуемых, т. е. их половой конституции, а также индивидуального стиля сексуального поведения, определяемого структурой личности.

4.2. Карта сексологического обследования мужчин

Приступая к обследованию больного, сексопатолог оказывается перед необходимостью обнаружения и семиологической оценки широкого круга проявлений, характеризующих целый ряд подсистем (от эндокринного обеспечения и состояния урогенитальной сферы до личностных особенностей обследуемого). Без уяснения функциональной характеристики всех этих подсистем невыполнимы ни постановка диагноза, отражающего всю цепь патологических изменений (а не отдельные ее звенья), ни оказание эффективной помощи больному.

Для обеспечения оптимума сведений, необходимых для постановки сексологического диагноза, Всесоюзным научно-методическим центром по вопросам сексопатологии разработана техника обследования, сочетающая приемы традиционного врачебного освидетельствования с элементами анкетирования и выработанными социальной психологией приемами структурированного опроса. Получаемые при обследовании данные фиксируются в стандартной карте сексологического обследования, составленной таким образом, чтобы с целью экономии времени свести до минимума запись трафаретных словесных формулировок. Для этого неизбежные при любом протоколировании стандартные определения заранее отпеча-

тываются в бланке карты, а выявленные при обследовании варианты фиксируются путем подчеркивания или проставления значков типа + или -, цифр, кратких словесных формулировок и др.

КАРТА СЕКСОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Ф. И. О. _____ Дата обследования _____

Возраст _____ лет (19 _____ года рождения)

Образовательный индекс _____

Профессия _____

Адрес _____

Сексуальная формула мужчины (СФМ) _____

Заключительный диагноз _____

1. Жалобы; когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства, динамика и проведенное ранее лечение _____

2. Либи́до. Возраст пробуждения платонического _____
сексуального _____

3. Первая эякуляция в _____ лет (указать обстоятельства)

Дневные поллюции _____

Петтинг _____

Фрустрация _____

4. Оргазм (выраженность в настоящее время) _____

5. Мастурбация с _____ лет Частота (в динамике, указать эксцессы)

Прекратил _____ по причине _____

Отношение к мастурбации _____

Тип мастурбации (по клинической классификации) _____

6. Динамика половой жизни _____

Половая жизнь в _____ лет с (характеристика партнера) _____

Первый коитус (обстоятельства, как протекал) _____

Оценка: а) самого обследуемого _____

б) партнера _____

Связи до женитьбы (количество, длительность, регулярность)

Женат с 19 _____ года (с _____ лет), на девушке, женщине

- Жене сейчас _____ лет _____
- Жена работает _____
- Активность в браке: в 1-й месяц _____
в 1-й год _____
- УФР (2—3 сношения в неделю) с _____ лет _____
- Последний год перед заболеванием _____
- Установившаяся продолжительность половых актов _____
- Сексуальность жены пробудилась через _____
оргастичность (%) _____
- Ее сексуальная притязательность (средняя, высокая, низкая)
- Эмоциональная значимость для обследуемого наступления у
женщины оргазма _____
- Отношения с женой (вне сексуальной сферы — взаимные ин-
тересы и др.) _____
- Ее характерологические особенности _____
- Жена индивидуальным сексуальным вкусам _____ соответствует
- Беременности _____
- Дети _____
- Внебрачные связи (наличие, характеристика, мотивы) _____
- Разведен (причины) _____
7. Формы проведения коитуса _____
- Предпочтительное время суток _____
- Определяющие мотивы _____
- Ласки перед сношением: продолжительность _____
диапазон приемлемости _____
мануальные _____
оральные _____
- Оценка степени готовности партнера к началу акта _____
- Активность партнера (форшиль и коитус) _____
- Неотреагированные сексуальные желания _____
- Отклонения и перверсные тенденции _____
- Периоды абстиненции _____
Продолжительность и частота _____
Их характер (тотальный, парциальный) _____
Субъективная переносимость _____
- Экцессы: максимальный _____ в возрасте _____
последний _____
- Последний коитус (когда, как протекал) _____
- Предпоследний коитус (то же) _____
8. Спонтанные эрекции _____ Ситуационные _____

9. Ночные поллюции _____
Впервые в _____ лет
Их частота (в динамике) _____
Последняя поллюция _____
Эротические сновидения (их характер и связь с поллюциями) _____
10. Мочепускание _____
Энурез _____
Дефекация (отсутствие простаторен) _____
11. Алкоголь _____
Его влияние на половые функции _____
Курит с _____ лет, в среднем _____
Другие наркотики _____
12. Жилищные условия: _____ комнат (_____ кв. м), на _____ человек _____
Отдельной комнатой _____ располагает. Постель общая, раздельная
13. Анамнез жизни
Сведения о родителях и родственниках _____
Родился _____-м ребенком, имеет _____ братьев, _____ сестер _____
Как протекали беременность и роды у матери _____
Раннее развитие (в городе, в сельской местности) _____
14. Перенесенные заболевания (включая травмы) _____
Нервно-психические (включая психотравмы и трудные жизненные ситуации) _____
Урогенерологические _____
Профессиональные вредности _____
15. Личностные особенности и основная невротическая симптоматика _____
Индивидуальные черты характера (с момента его становления со слов обследуемого) _____
Учеба _____
Спорт _____
Военная служба _____
Социальное продвижение _____
Отношение к сексологическому расстройству (адекватное, неадекватное) _____
От кого из супругов исходит инициатива обращения к врачу _____

Личностные особенности и невротические симптомы	Продолжительность		
	всегда	>5 лет	<5 лет
Замкнутость			
Мнительность			
Застенчивость			
Нерешительность, неуверенность			
Сенситивность			
Навязчивость			
Неустойчивость настроения			
Сниженный фон настроения			
Раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля)			
Аффекты, взрывчатость (с потерей контроля)			
Асоциальные (или гиперсоциальные) тенденции			
Ревность			
Общая слабость, утомляемость			
Сужение круга интересов			
Расстройство сна			
Головные боли			
Кардиалгии			

Характеристики нервных процессов	Типы ВНД *			
	М	Х	С	Ф
Возбуждение	-	+	+	+
Торможение	±	-	+	+
Уравновешенность	±	-	+	+
Подвижность	±	±	+	-

Художественный
Средний
Мыслительный

Доминирующие мотивации:
обеспечение жизненных процессов
престиж
творчество

Шкала ценностных ориентаций:
профессиональные интересы
быт
культурные интересы
сексуальная сфера
хобби
здоровье

В досуге доминируют:
развитие
развлечения
отдых
домашние обязанности

* ВНД — высшая нервная деятельность
М — меланхолик
Х — холерик
С — сангвиник
Ф — флегматик

Личностные особенности и невротические симптомы	Продолжительность		
	всегда	>5 лет	<5 лет
Боли другой локализации			
Сосудистая неустойчивость			
Желудочно-кишечные дискинезии			
Потливость			
Краткое заключение _____			

16. Объективные данные

А — окружность грудной клетки

Б — длина ноги _____

В — рост _____ Масса тела _____

Г — ширина таза _____

Д — ширина плеч _____

Трохантерный индекс _____

Диаметр ареол сосков (по горизонтали):

правого _____ левого _____

Преимущественное отложение подкожного жирового слоя _____

—116	—97	—192	—37	48—
—113	—95	—188	—36	47—
—110	—93	—184	—35	46—
—107	—91	—180	—34	45—
—104	—89	—176	—33	44—
—101	—87	—172	—32	43—
—98	—85	—168	—31	42—
—95	—83	—164	—30	41—
—92	—81	—160	—29	40—
А	Б	В	Г	Д

Наличие стрий _____

Оволосение: лицо

лобок

гипертрихозы

седина

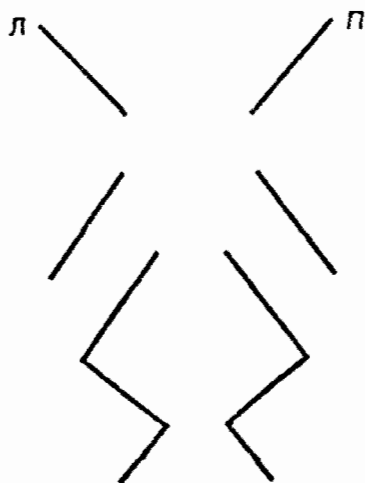
облысение

Эндокринная система _____

Внутренние органы _____

Артериальное давление _____

Нервная система _____



Кавернозный рефлекс _____

Кремастерные рефлексы _____

Ладони _____

Пульс лежа _____, стоя _____

Дермографизм _____

красный — появляется че-
рез _____ с

держится _____ мин
белый

Психический статус _____

Мочеполовая система _____

Половой член: длина _____ см, окружность _____ см
головка (закрытая—открытая)

корригированный индекс _____

Состояние мошонки:

складчатость _____

пигментация _____

Паховые кольца _____

Семенные канатики _____

Яички: правое _____ левое _____

Предстательная железа _____

Лабораторное исследование секрета предстательной железы _____

Общее заключение о состоянии предстательной железы: _____

17. $K_r =$ (—)

$K_a =$ (—)

$K_\phi =$ (—)

K_a/K_r

Динамика выявления синдромов

I			
II			
III			
IV			

18. Предварительный диагноз _____

19. Лечение и последующее наблюдение _____

Так как при постановке сексопатологического диагноза информация, получаемая со слов обследуемого, обычно преобладает над

данными объективного врачебного осмотра, сексопатологу придется изыскивать специальные приемы, направленные на максимальную объективизацию сексологического анамнеза. С этой целью, помимо повторных обследований (проводимых спорадически) и сопоставления данных, полученных от обследуемого, с показаниями его сексуального партнера, используются два контрольных перманентных механизма. Первый из них представляет частичное, сознательно маскируемое дублирование некоторых пунктов информации и «срабатывает» совершенно автоматически, даже при отсутствии сознательной установки со стороны обследуемого. Заключается он в том, что обследуемый дает ответы фактически на один и тот же вопрос, задаваемый в различных формулировках на разных этапах обследования. Например, пункт 3-й (первая эякуляция) неизбежно дублируется либо с 5-м (мастурбация с _____ лет), либо с 6-м (половая жизнь в _____ лет), либо с 9-м (ночные поллюции впервые _____).

Наиболее же существенным контрольным механизмом является системность, связывающая отдельные половые проявления. Этот механизм скрыт в большинстве пунктов квантификационной шкалы СФМ (см. ниже) и связанных с этими пунктами разделах карты обследования (последний коитус, периоды абстиненции, частота поллюций и последняя поллюция, спонтанные эрекции, дневные поллюции, петтинг и др.). Именно системность позволяет быстро выявить те случаи, когда обследуемые дают ложную информацию. Так, больной не всегда знает, что при учащении половых сношений длительность половых актов обычно увеличивается, что в период абстиненции первая ночная поллюция в его возрасте провоцирует вторую, и они следуют не с равномерными интервалами, а своего рода «обоймами» и т. д. Разнобой и противоречия в показаниях обследуемого в подобных случаях не могут обмануть опытного сексопатолога, владеющего знанием закономерностей, связывающих отдельные сексуальные проявления.

4.2.1. Модифицированный (ускоренный) вариант карты сексологического обследования мужчин

Опыт сравнительного изучения различных моделей оказания специализированной помощи свидетельствует о том, что объем первичного обследования не может быть сокращен без снижения качества диагностической и лечебной работы. Практикующееся в отдельных странах исключение урологических и эндокринологических данных либо элиминация психического и неврологического аспекта порождают интуитивизм и дилетантизм, приводя в конечном счете к утрате профессионального уровня оказываемой помощи.

В то же время нельзя не видеть, что последовательное выяснение и запись всего объема данных необходимого минимума антропометрических характеристик и объективных показателей эндокринного, урологического, неврологического и психиатрического статусов представляют в совокупности крайне трудоемкий процесс, который попросту непосилен для врача, ведущего массовый амбулаторный прием и обязанного в течение рабочего дня осуществлять обследование нескольких первичных сексологических больных.

Если без потерь профессионального уровня нельзя сократить объем обследований, то вполне возможно перераспределить заполнение необходимой документации, возложив часть этой задачи на самого пациента. Исходя из этого, был разработан и широко апробирован модифицированный вариант карты сексологического обследования, позволивший сократить время первичного обследования почти вдвое без отказа от того оптимума информации, который необходим для осуществления структурного анализа сексуального расстройства и постановки развернутого сексологического диагноза. С этой целью из стандартной карты сексологического обследования все элементарные сведения, доступные пониманию большинства больных, выделены в анкету, заполняемую пациентом до начала врачебного обследования. Наряду с этим некоторые подразделы и методики, применяемые не ко всем больным, сокращены (так, из числа измеряемых антропометрических данных оставлен только трохантерный индекс, а тотальная морфограмма определяется лишь у больных по особым показаниям как дополнительная методика).

При этом следует четко осознать, что представляемый ниже вариант карты позволяет ускорить сексологическое обследование, не упрощая его: с первым (стандартным) вариантом карты, требующим намного больше времени для заполнения и больших усилий со стороны врача, в заключительной фазе, когда названные трудности преодолены, работать оказывается легче. Объясняется это разрывом ряда логических связей при разноске структурных компонентов стандартного варианта между анкетной и основной частью предлагаемого варианта. Другими словами, этот вариант карты рассчитан на сексопатолога, располагающего значительным профессиональным опытом и ведущего прием больных в условиях жесткого дефицита времени, а стандартная карта предпочтительна в процессе обучения и при научных исследованиях.

Анкета

Уважаемый товарищ! Пусть Вас не смущает необходимость подробно ответить на вопросы настоящей анкеты: это нужно для установления причин, вызвавших расстройство, и назначения наиболее действенного лечения. В Ваших интересах все ответы изложить четко, ясно, а главное — правдиво.

К Вашей анкете и истории болезни, кроме лечащего врача, никто не будет иметь доступа (врачебная тайна гарантируется законом).

Я родился по счету _____ ребенком, имею _____ братьев, _____ сестер

Учеба с _____ лет, в школе _____ классов, в профтехучилище _____ лет, в техникуме (среднем специальном учебном заведении) _____ лет, в институте _____ лет, в других учебных заведениях _____ лет

Трудовая деятельность, кем работал (перечислите): _____

Своей работой в настоящее время полностью удовлетворен, нет (основные причины) _____

Часы работы: только в дневное время; сменная работа, включая и ночное время _____

Работа связана с командировками, нет _____

Служил в армии с 19 _____ по 19 _____ год _____

Демобилизовался досрочно по болезни (какой) _____

Не служил в связи с учебой, болезнью (какой) _____

Курю с _____ лет, по _____ сигарет (папирос) в день _____

Употребляю вина (сухие, крепленые), водку, коньяк и другие крепкие напитки до _____ г _____ раз в неделю, месяц. Влияние алкоголя на половые функции: не влияет; ослабляет, усиливает желание; ослабляет, усиливает напряжение полового члена; удлиняет, укорачивает половой акт _____

Жилищные условия: собственный дом, квартира отдельная, коммунальная, общежитие, снимаю комнату. Всего _____ комнат на _____ человек. Отдельной комнатой (без детей и других родственников) располагаю, нет. Постель с женой общая, раздельная _____

Половой жизнью никогда не жил. Половую жизнь начал в _____ лет с девушкой (девственницей), женщиной _____ лет. Первый половой акт был в отдельной комнате, «на природе» _____; как он протекал: желание (не было, слабое, среднее, сильное), напряжение полового члена (не было, слабое, среднее, сильное). Введение полового члена (не удалось, с помощью рук, с трудом, свободно). Длительность сношения _____

Ощущение сладострастия (не было, было). Семяизвержение (произошло, нет). Удовольствие женщина (не испытала, получила, не знаю). Ваша оценка первого полового акта (плохо, средне, хорошо).

Связи до женитьбы: не были, были. Если были, то перечислите их по порядку:

Ваш возраст	Девушка, женщина	Ее возраст и семейное положение	Сколько времени продолжалась связь	Причина разрыва, по чьей инициативе

Женат с 19 _____ года (_____ лет) на девушке (девственнице), женщине _____

Брак по взаимной любви; любовь только с моей стороны; любовь только со стороны жены; по выбору и настоянию родителей; в силу сложившихся обстоятельств _____ Жене сейчас _____ лет. Она работает (кем) _____

Ее образование _____

Взаимоотношения с женой: конфликтные; натянутые, безраз-

личные с элементами холодности; ровные; теплые, но несколько сухие; глубокая взаимная привязанность. Черты ее характера

Жена моим сексуальным вкусам соответствует, нет. Предпочтительное время суток для проведения половых актов: утро, день, вечер

Методы предупреждения беременности: презерватив; прерванный половой акт; с помощью средств, применяемых женой; «календарный» метод. Беременностей было _____. Дети (их пол, возраст):

Внебрачные связи: не были, были. Если были, то укажите их по порядку:

Ваш возраст	Девушка, женщина	Ее возраст и семейное положение	Мотивы этой связи	Сколько времени продолжалась связь	Причина разрыва, по чьей инициативе

Был разведен _____ раз, по сексуальным мотивам, по несексуальным мотивам: _____

Укажите основные черты Вашего характера (начиная с детства)

Отметьте знаком «плюс» наличие у Вас следующих особенностей	Всегда	Более 5 лет	Менее 5 лет
Замкнутость Мнительность в том числе мысли о возможности заразиться Невозможность отвязаться от какой-либо мысли или мелодии Застенчивость Нерешительность, неуверенность Неустойчивость настроения Сниженный фон настроения (плохое настроение бывает чаще, чем хорошее) Раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля над собой) Раздражительность, вспыльчивость (с потерей контроля над собой) Отношение к несправедливости: за чрезмерное участие в бедах других не страдал приходилось страдать за избыток горячности в отстаивании интересов других Ревность			

Отметьте знаком «плюс» наличие у Вас следующих особенностей	Всегда	Более 5 лет	Менее 5 лет
Общая слабость, утомляемость Расстройства сна: трудности засыпания поверхностный сон кошмарные сновидения Головные боли Боли в области сердца Другие боли (укажите где) Повышение или понижение артериального давления Потливость			

Перенесенные заболевания: _____

Нервно-психические заболевания и потрясения (включая трудные жизненные ситуации) _____

Лечился в психиатрических больницах, нет. Состою на учете в психоневрологическом диспансере, нет, _____

Урологические и венерологические заболевания _____

Профессиональные вредности _____

Спорт (укажите виды, которыми регулярно занимаетесь в настоящее время, а также разряды, если имеете их) _____

Как Вы используете свободное время: _____

в рабочие дни _____

в выходные дни _____

в отпуске _____

Обозначьте цифрами места, соответствующие важности:

Здоровье

Профессиональные интересы

Быт

Культурные интересы

Сексуальная сфера

Хобби (укажите какое)

При смене партнерши (с другими женщинами) половая активность затрудняется; не изменяется; облегчается

Причиной моего полового расстройства я считаю _____

Жена к моему половому расстройству относится (укажите как) _____

Дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут понадобиться врачу _____

Карта сексологического обследования

Ф. И. О. _____
Возраст _____ лет (19 _____ года рождения). Дата обследования _____
Место работы, должность _____
Адрес _____ Телефон _____
СМФ _____
Заключительный диагноз _____
Жалобы _____

Когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о половом расстройстве; динамика и проведенное ранее лечение _____

Либи́до. Возраст пробуждения: платонического _____ лет
сексуального _____ лет
Первая эякуляция в _____ лет, при дневной (адекватной, неадекватной), ночной поллюции, мастурбации, половом акте _____

Мастурбация с _____ до _____ лет
Тип мастурбации I Периода юношеской гиперсексуальности, заместительная
II Фрустрационная, подражательная
III Ранняя допубертатная, персевераторно-обсессивная

Динамика половой жизни _____

Активность в браке в 1-й год _____

УФР (2-3 сношения в неделю) с _____ лет _____

Последний год перед заболеванием _____

Установившаяся продолжительность половых актов _____

(мин), _____ (с), _____ фрикции _____

Сексуальность жены пробудилась через _____
Оргастичность (в процентах) _____

Ласки перед сношением, продолжительность _____
оральные
мануальные

Диапазон приемлемости (ласки и позы) _____

Периоды абстиненции (продолжительностью более месяца) тотальные, парциальные (мастурбация, поллюции), субъективная переносимость _____

Экцессы максимальные _____ в _____ лет, последний _____

Последний коитус когда, как протекал _____

Предпоследний коитус когда, как протекал _____

Спонтанные эрекции _____ Ситуационные _____

Поллюции. Ночные поллюции впервые в _____ лет, в настоящее время _____

Дневные поллюции адекватные, неадекватные; полные, редуцированные

Петтинг _____

Эротические сновидения (их характер и связь с поллюциями) _____

Отклонения и нереализуемые тенденции _____

Энурез до _____ лет

Личностные особенности

Тип ВНД:	В досуге доминируют:	Доминирующие мотивации:
меланхолик, холерик сангвиник флегматик	развитие личности развлечения отдых домашние обязанности	обеспечение жизненных процессов престиж творчество

Объективные данные

Рост _____ см. Длина ноги _____ см. Масса тела _____ (кг)

Трохантерный индекс _____

Оволосение лобка _____

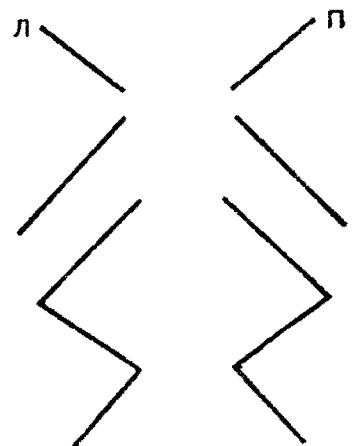
Эндокринная система _____

Гипертрихозы _____

Внутренние органы _____

Артериальное давление _____

Нервная система _____



Пульс: лежа _____ стоя _____

Психический статус _____

Мочеполовая система. Половой член: длина _____ см; окружность _____ см

Состояние мошонки _____

Яички: правое _____, левое _____

Придатки яичек _____

Семенные канатики _____

Предстательная железа: контуры _____ поверхность _____

болезненность _____ консистенция _____

бороздка _____

Лабораторные исследования секрета предстательной железы:

лейкоциты _____ в поле зрения, лецитиновые

зерна _____

Заключение о состоянии предстательной железы

Сексуальное либидо с _____ лет		
Первая эякуляция в _____ лет		
ТИ _____		
Оволосение лобка _____		
Максимальный эксцесс _____		
уФР	после женитьбы	
	абсолютный возраст	

$K_r =$

$\frac{K_a}{K_r} =$

$K_a =$

I			
II			
III			
IV			

Динамика выявления синдромов: _____

Предварительный диагноз: _____

Лечение и последующее наблюдение: _____

4.3. Квантификационная шкала СФМ

Независимо от используемого варианта (ускоренного или стандартного) сексологического обследования оно начинается с того, что пациенту еще до начала беседы с врачом предлагается указать

ряд количественных градиентов по специальному вопроснику СФМ (сокращенно — сексуальная формула мужская):

СФМ _____ женат, холост, разведен
Инициалы _____ Дата _____

В каждом из десяти разделов, отмеченных римскими цифрами, галочкой обозначьте ряд, наиболее отвечающий Вашему состоянию в настоящее время ¹.

I. Потребность в половых сношениях

Как часто возникает настоятельное желание иметь половой акт (вне зависимости от напряжения полового члена)?

- 0 — вообще никогда или не чаще 1 раза в год;
- 1 — несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 — 2—4 раза в месяц;
- 3 — 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 — ежедневно 1 или несколько раз.

II. Настроение перед сношением

- 0 — сильный страх неудачи и поэтому попыток никогда не предпринимал;
- 1 — выраженная неуверенность и поэтому ищу предлог чтобы уклониться от попытки;
- 2 — некоторая неуверенность, но от попытки не уклоняюсь (или — провожу совокупление в угоду жене, без внутреннего побуждения; или — провожу сношение, чтобы испытать себя);
- 3 — главным образом желание наслаждения, овладения женщиной, к сношению приступаю без опасений;
- 4 — всегда только жажда наслаждения женщиной, никогда не испытываю ни малейших сомнений.

III. Половая предприимчивость

Провожу действия, направленные к непосредственному осуществлению полового акта:

- 0 — вообще не провожу или с интервалами не менее года,
- 1 — несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц,
- 2 — несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 — 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 — ежедневно 1 или несколько раз.

IV. Частота осуществления полового акта

Мне удастся провести половое сношение (хотя бы и не совсем полноценное по форме, т. е. кратковременное или при неполном напряжении полового члена)

- 0 — вообще никогда не удавалось,
- 1 — очень редко;

¹ В бланке, выдаваемом больному, арабские цифры отсутствуют

- 2 — в большинстве случаев;
- 3 — в обычных условиях всегда;
- 4 — в любых условиях и всегда, даже если обстоятельства этому не благоприятствуют

V Напряжение полового члена (эрекция):

- 0 эрекция не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 1 — вне обстановки полового акта эрекция достаточная, однако к моменту сношения ослабевает, и введение члена не удается;
- 2 — приходится применять усилия или местные манипуляции, чтобы вызвать достаточную для введения эрекцию (или же эрекция ослабевает после введения, но до семяизвержения);
- 3 — эрекция неполная, но введение удается без труда;
- 4 — эрекция наступает в любых условиях, даже самых неблагоприятных.

VI. Длительность сношения

Семяизвержение:

- 0 — не наступает ни при каких обстоятельствах;
- 0,5 наступает не при каждом половом акте; сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер;
- 1 еще до введения полового члена или в момент введения;
- 2 через несколько секунд после введения;
- 2,5 примерно в пределах 15—20 движений;
- 3—4 через 1—2 мин или дольше (указать примерную длительность).

VII. Частота половых отправлений

Сямизвержение происходит при сношениях (или ночных поллюциях, онанизме и др.) в среднем:

- 0 вообще не происходит или не чаще 1 раза в год;
- 1 несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц;
- 2 несколько раз в месяц, но не чаще 1 раза в неделю;
- 3 2 раза или несколько чаще в неделю;
- 4 ежесуточно 1 или несколько раз.

VIII Настроение после сношения (или неудавшейся попытки):

- 0 — крайняя подавленность, ощущение катастрофы (либо отвращение к жене);
- 1 разочарование, досада;
- 2 — безразличие (или некоторый осадок от сознания, что женщина чувствует себя неудовлетворенной);
- 3 — удовлетворенность и приятная усталость;
- 4 — полная удовлетворенность, душевный подъем.

IX. Оценка успешности половой жизни:

- 0 — женщина не хочет иметь со мной близости;
- 1 — женщина высказывает упреки;
- 2 — половая жизнь происходит с переменным успехом;
- 3 — половая жизнь в общем успешна;

4 — способен в любых обстоятельствах удовлетворить женщину.

Х. Длительность полового расстройства:

0 — с начала половой жизни;

1 — дольше полугода;

2 — менее полугода;

3 — в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни);

4 — не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни

Если проявления варьируют очень широко (например, продолжительность половых актов), обследуемому предлагается обозначить крайние пределы колебаний.

В первой фазе обследования врач проверяет заполнение вопросника, убеждаясь, что обследуемый правильно понял все адресованные ему вопросы и дал адекватные ответы. При обнаружении явных несообразностей задаются контрольные вопросы вносятся соответствующие поправки (предварительная коррекция). По завершении анамнестической части обследования в нужных случаях производится заключительная коррекция СФМ, сводящаяся к исправлению неточностей, выявившихся в ходе основного обследования. После этого полученные цифры вписываются в соответствующую строку первой страницы карты сексологического обследования.

Цифры от 0 до 4 в каждом из десяти показателей шкалы представляют числовые градиенты, характеризующие степень выраженности той функции, которую они отражают. При этом цифры 0, 1 и 2 характеризуют различные степени снижения, цифра 3 соответствует средней статистической норме для мужчины средних лет, а цифра 4 характерна для периода возрастной гиперсексуальности или для сильной половой конституции. Что же касается самих показателей, то они группируются в три функциональные (структурные) триады; показатель X является внеструктурным и характеризует давность расстройства. Структурные показатели отражают I — состояние предварительной нейрогуморальной готовности; II — настроение перед сношением (т. е. состояние психической составляющей); III — результат их интегративного взаимодействия, проявляющийся сексуальной активностью (предприимчивостью). В целом же первая триада характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту. В противоположность этому вторая триада (показатели IV, V и VI) отражает объективные параметры реализации полового акта (IV — интегративный показатель, характеризующий общую результативность, вне зависимости от качественной стороны; V и VI — показатели, дающие отдельную характеристику состоянию эрекции и аппарата эякуляции). И наконец, заключительная триада отражает различные стороны оценки уже имевшей место половой активности, включая абсолютный в своей объективности показатель VII, характеризующий периодичность эвакуации эякулята, наряду с отдельной субъективной оценкой самого обследуемого (показатель VIII) и «оценкой со стороны» (показатель IX).

Таким образом, показатель I (потребность в половых сношениях), отражающий степень «либидинозного напора», характеризует состояние предварительной нейрогуморальной готовности, кото-

рое лежит в основе нейрогуморальной составляющей, и обуславливает само существование и уровень функциональной тонизированности других составляющих, а показатель II — состояние психической составляющей.

Что такое показатель III (половая активность, или предприимчивость)? Дело в том, что и степень либидинозного напора и предварительная психическая настройка — это лишь предпосылки к проявлению половой активности, а насколько действительны окажутся эти предпосылки — это уже интегральный результат взаимодействия этих двух предпосылок. Ведь обстоятельства могут складываться различно: в одном случае, например, человек может оказаться настолько запуганным примитивно вульгаризированной лекцией, трактующей об «истощении спинномозговых центров вследствие онанизма», что откажется от каких бы то ни было попыток к сближению, несмотря на достаточно высокое либидо, а в другом случае — регулярная половая активность поддерживается на протяжении многих лет после полной рентгеновской кастрации. Таким образом, поскольку возможны самые различные взаимодействия I и II показателей, необходимо было выделить показатель, который интегрировал бы эти взаимодействия, давал бы их обобщенную, векторную характеристику. Такую результирующую и представляет показатель III.

Во второй триаде, так же как и в первой, выделяются два частных показателя, характеризующих состояние эрекции (V), быстроту наступления эякуляций (VI), и один интегральный показатель (IV). В данном случае интегральный показатель предшествует частным, поскольку его характеристика логически следует за характеристикой последнего показателя первой триады (половая предприимчивость).

Столь же интегративен и VII показатель (частота половых отправлений): он показывает, с какой интенсивностью осуществляется преимущественно соматическая сторона периодической эвакуации эякулята вне зависимости от таких психических факторов, как страх и неуверенность; именно с этой целью учитывается эякуляция как таковая, будь то при сношениях, онанизме, поллюциях или петтинге.

4.3.1. Техника пользования шкалой СФМ и семиологическое значение ее различных типовых профилей

После соответствующей коррекции и разбивки шкалы на триады производится определение суммарных показателей триад, а также общего (или прогностического) показателя, и весь профиль СФМ в гипотетическом случае средней статистической нормы приобретает следующий вид.

СФМ.	333 / 333 / 333 / 3—	9 / 9 / 9 / 3—	30
Пер- вая три- ада	Вто- рая три- ада	Тре- тья три- ада	Суммарные показатели триад
			Общий (прогностиче- ский) показатель

Поскольку получаемые при обследовании реальные профили СФМ всегда отличаются от идеального, при диагностической об-

работке маркируются подчеркиванием снизу самые низкие показатели во всем ряду (одной, двумя и тремя чертами) и сверху — наиболее высокие показатели. Подобная маркировка помогает выявить наиболее пораженные ингредиенты, в большинстве случаев непосредственно указывающие на самое уязвимое место всей структуры. В то же время самые высокие показатели характеризуют как общий резерв компенсаторных возможностей, так и наиболее сохраненные структурные единицы, отличающиеся наибольшей устойчивостью, которые могут быть использованы в ходе лечения для конструктивной переконпановки системы.

Первой клинической формой, к которой был применен анализ типовых профилей СФМ (1967), явилась так называемая мнимая импотенция (т. е. расстройство, основу которого составляет неправильная субъективная оценка нормальной половой активности). Вычисление средних арифметических, характеризующих частоту и глубину поражения различных показателей СФМ для каждой из четырех разновидностей «псевдоимпотенции», выявило следующие наименьшие показатели (принимались в расчет только показатели структурные):

в первом клиническом варианте (случаи мнимых сексуальных расстройств, в происхождении и клинической картине которых главную роль играет предъявление к себе чрезмерных требований):

$2,9 - \underline{\underline{2,2}} - \underline{3,1} / \underline{2,7} - \underline{3,3} - \underline{2,5} / \underline{2,9} - \underline{1,7} - \underline{1,6} / \underline{1} - \underline{8,2} / \underline{8,5} / \underline{6,2} / \underline{1} - \underline{23,9}$;

во втором клиническом варианте (где главную роль играет приписывание себе воображаемых изъянов):

$2,7 - \underline{1,7} - \underline{1,5} / \underline{2} - \underline{2,8} - \underline{1,8} / \underline{1,7} - \underline{2} - \underline{1} / \underline{0,3} - \underline{5,9} / \underline{6,6} / \underline{4,7} / \underline{0,3} - \underline{17,5}$;

в третьем клиническом варианте (неадекватная личностная реакция на физиологические колебания сексуальных проявлений):

$2,9 - \underline{\underline{2,1}} - \underline{2,4} / \underline{2,5} - \underline{2,6} - \underline{2,7} / \underline{2,6} - \underline{2,3} - \underline{2,1} / \underline{1,8} - \underline{7,4} / \underline{7,8} / \underline{7} / \underline{1,8} - \underline{24}$;

в четвертом клиническом варианте (неправильное поведение партнеров или сексуальные дефекты женщины):

$3,2 - \underline{2} - \underline{2,6} / \underline{2,4} - \underline{2,8} - \underline{2,8} / \underline{1,9} - \underline{2,6} - \underline{1,8} / \underline{1,2} - \underline{7,8} / \underline{8} / \underline{6,3} / \underline{1,2} - \underline{23,3}$.

Таким образом, наиболее часто и наиболее глубоко при мнимых сексуальных расстройствах снижались следующие показатели:

- IX — во всех 4 группах и во всех случаях — в наиболее выраженной степени;
- II — во всех 4 группах: 1 раз — в наиболее выраженной степени, 3 раза — в легкой степени;
- VIII — в 2 группах, 2 раза — в средней степени;
- III — в 2 группах: 1 раз — в средней степени и 1 раз — в легкой степени;
- VII — в 2 группах: 1 раз — в средней степени и 1 раз — в легкой степени.

Очень характерно, что ни в одном случае выраженное снижение не затронуло показатели IV, V и VI, отражающие параметры фактической реализации полового акта, так же как и выраженность либидо (I).

Таким образом, исходя из частоты и глубины поражения IX, II, VIII, III и VII показателей СФМ, можно сделать вывод, что при мнимых сексуальных расстройствах прежде всего страдает су-

бъективная оценка успешности половой жизни (IX), это поражение вторично сказывается как на настроении перед отношением (II), так и на настроении после сношения (VIII), а эти нарушения в свою очередь приводят у некоторых пациентов к снижению половой активности (III), а следовательно, и частоты половых отправления (VII).

При этом следует обратить внимание на следующую чрезвычайно характерную черту динамики мнимых сексуальных расстройств: начинаясь в ряду чисто субъективном (IX, II и VIII показатели), они развиваются — происходит снижение половой активности (III показатель) и далее — снижение частоты половых отправления (VII показатель, отражающий объективное явление).

Общая формула мнимых сексуальных расстройств, выведенная как средняя величина из четырех групповых формул, очень наглядно демонстрирует, что при них больше всего страдают заключительная (главным образом) и начальная триады копулятивного цикла при наименьшей затронутости центральной его части (см. суммарные показатели триад):

$$\underline{2,9-2-2,4/2,4-2,9-2,5/2,3-2,2-1,6/1,1-7,3/7,8/6,1/1,1-22,3.}$$

В противоположность этому при вычислении средних (M) по 67 наблюдениям «дебютантных» форм импотенции (1972) была получена следующая формула СФМ:

$$\underline{2,5-1-1,2/0-0,8-0,1/1,6-0,9-0,6/0-4,7/0,9/3,1/0-8,7.}$$

Таким образом, при этой форме наиболее низким оказались иные структурные показатели СФМ, которые характеризуют: результативность попыток проведения коитуса (IV); наступление эякуляции (VI); оценку успешности половой жизни (IX); состоящие адекватных эрекций (V)

При анализе суммарных показателей триад четко выступает наиболее глубокое поражение второй триады копулятивного цикла, характеризующей фактические параметры реализации полового акта: ее значение (0,9) оказалось в разительном контрасте с суммарными значениями двух других триад (4,7 и 3,1).

Однако, хотя первые приложения СФМ для структурного анализа двух форм сексуальных расстройств и продемонстрировали возможность более глубокого и аргументированного анализа их патогенетических механизмов, не следует делать вывод, что каждая клиническая форма автоматически получает свой эквивалент СФМ. Отнюдь не преуменьшая перспектив применения СФМ в плане структурного моделирования, не следует, однако, рассчитывать на чисто механическую разработку серии стандартных формул, призванных в конечном счете вытеснить врача с его клиническим опытом и интуицией. В системе «врач — диагностические машинные устройства» последнее решающее слово всегда остается за врачом. Структурное моделирование посредством квантификационной шкалы СФМ, представляющее лишь первый шаг в направлении использования некоторых достижений кибернетики в диагностике и патогенетическом анализе сексуальных расстройств, на данном этапе позволяет дать лишь предварительную характеристику тех основных синдромов, которые выявляются при сравнительном анализе различных клинических групп.

Прежде всего из таких основных типов СФМ четко выделяется паралитический тип, наблюдающийся при поражениях эрекцион-

ной составляющей. В случаях спинальной локализации получен следующий цифровой ряд:

1,0—0—0/0—0—отсут./0,5—отсут.—отсут./0,5—1,0/0/0,5/0,5—2,0;

и в паралитическом варианте экстраспинальной локализации (после травмы):

3,0—2,0—3,0/2,0—0—0,5/1,0—1,0—3,0/1,0—8/2,5/5,0/1,0—16,5.

В качестве основных патологических проявлений здесь четко выступают показатель V — отсутствие эрекции (поражаются без диссоциации как адекватные, так и спонтанные эрекции) и показатель VI — наступление эякуляций (эти последние у одного больного не наступают ни при каких условиях, у другого получаются только при мастурбации, совершаемой при полном отсутствии эрекции, и у одного больного — при вестибулярном коитусе, совершаемом также при полном отсутствии эрекции). Снижение других показателей шкалы является производным, определяемым первичным снижением двух названных элементов.

Заболевания и повреждения полового члена, протекающие более благоприятно и демонстрирующие иное распределение пораженных элементов второго и третьего порядка, все же сохраняют наибольшую глубину поражения на показателе V:

3,2—1,5—2,0/1,7—1,3—2,5/1,8—1,7—1,5/0,3—6,7/5,5/5,0/0,3—17,2.

В рамках тех же расстройств эрекционной составляющей наблюдается ирритативный вариант (клинически характеризующийся приапическими проявлениями экстраспинального генеза); при этом варианте ряд показателей при сопоставлении с основным, паралитическим, вариантом поражения эрекционной составляющей имеет зеркальный характер:

2,6—2,0—2,5/2,0—3,0—2,0/2,2—2,0—1,4/0,8—7,1/7,0/5,6/0,8—20,5.

В этом цифровом ряду основное клиническое проявление характеризуется не минимальным, а максимальным показателем. Обобщенная формула расстройств эрекционной составляющей, получаемая при обработке всех наблюдений данной группы, за исключением ирритативного варианта, сохраняет такие основные черты паралитического типа, как акцент на V, VI и VII частных и 2-м и 3-м суммарных показателях:

2,4—1,2—1,7/1,2—0,4—1,0/1,1—1,3—2,2/0,6—5,3/2,6/4,6/0,6—13,1.

Другим четко выделяющимся основным типом СФМ является тип с ускоренной эякуляцией (**экзальтационный**). Он характерен в первую очередь для всей группы расстройств эякуляторной составляющей (как паралитический для большинства вариантов расстройств эрекционной составляющей). Указанные отношения представлены в табл. II, из которой видно, что чаще всего минимальные значения показателя VI встречаются именно в этой клинической группе, хотя ею и не ограничиваются. Два исключения из этого правила, являющегося кардинальным критерием для отнесения к рассматриваемому типу, заслуживают особого разбора. Это прежде всего относительное ускорение эякуляций (подгруппа IV, 1б), при котором значение показателя VI даже не вошло в число трех наиболее сниженных показателей; однако оно лишь подчеркивает правило, так как и по существу расст-

Таблица 11

Типовые формулы СФМ при основных формах сексуальных расстройств

Группа (форма) расстройств	СФМ													Об- щий сум- мар- ный пока- затель
	частные показатели										суммарные пока- затели триад			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	1	2	3	
I. Нейрогуморальные синдромы:														
1. Инволюционные формы (обобщенная формула):	1,67	1,77	1,73	1,59	1,76	1,82	1,50	1,65	<i>1,16</i>	0,98	5,17	5,17	<i>4,31</i>	15,63
а) вариант спокойного угасания (44,1%)	<i>1,19</i>	1,58	1,57	1,50	1,79	2,31	1,27	1,76	1,36	1,01	<i>4,34</i>	<i>5,60</i>	4,39	15,34
б) экзальтационный вариант с ускорением эякуляций (30,1%)	1,73	1,81	1,52	1,89	1,87	0,94	1,56	1,69	<i>0,91</i>	1,00	5,06	4,70	<i>4,16</i>	14,92
в) ажитированно-невротический вариант (25,8%)	2,46	2,08	2,23	1,48	1,60	1,96	1,85	1,46	<i>1,06</i>	0,92	7,47	5,04	<i>4,37</i>	17,80
2. Обобщенная формула синдромов диэнцефальной импотенции	1,78	1,77	1,75	1,82	2,17	2,00	1,67	1,42	<i>1,39</i>	0,91	5,30	5,99	<i>4,48</i>	16,68
II. Синдромы расстройств психической составляющей:														
1. Дебютантные формы (с нулевым значением IV показателя СФМ)	2,50	1,00	1,20	0	0,80	0,10	1,60	0,90	0,60	0,00	4,70	<i>0,90</i>	3,10	8,70

2. При психопатиях астенического круга (без II, 1)	2,38	1,44	1,52	1,40	1,71	1,23	1,86	1,46	<i>1,00</i>	0,46	5,34	4,34	<i>4,32</i>	14,46
3. При угасании натуральных сексуальных раздражителей	2,80	1,60	2,50	1,10	1,33	1,55	2,15	<i>1,00</i>	1,44	0,35	6,90	3,98	4,59	15,82
4. При выработке условного тормоза на натуральные сексуальные раздражители	2,59	1,37	1,44	0,28	1,03	—	1,87	0,87	0,86	0,28	5,40	<i>1,31</i>	3,60	10,59
5. При неврозе ожидания:														
а) экзальтационный вариант (27,5%)	2,94	1,53	2,06	2,25	2,72	<i>1,28</i>	2,28	2,31	1,37	0,69	6,53	6,25	<i>5,96</i>	19,43
б) тормозный вариант (72,5%)	2,76	1,26	1,59	1,46	1,59	1,94	1,82	2,05	<i>1,19</i>	0,74	5,61	<i>4,99</i>	5,06	16,40
6. При неврастении:														
а) гиперстеническая стадия (38,4%)	3,00	2,15	2,35	2,30	2,45	<i>1,50</i>	2,25	2,15	1,75	0,80	7,50	6,25	<i>6,15</i>	20,70
б) гипостеническая стадия (61,6%)	2,22	1,91	2,00	1,87	1,94	2,06	2,06	1,87	<i>1,53</i>	0,81	6,13	5,87	<i>5,46</i>	18,27
7. Мнимые сексуальные расстройства, или «псевдоимпотенция» (обобщенная формула по группам «а—г»:	2,90	2,00	2,40	2,40	2,90	2,50	2,30	2,20	<i>1,60</i>	1,10	7,30	7,80	<i>6,10</i>	22,30
а) с предъявлением к себе чрезмерных требований	2,90	2,20	3,10	2,70	3,30	2,50	2,90	1,70	<i>1,60</i>	1,00	8,20	8,50	<i>6,20</i>	23,90
б) с выявлением у себя воображаемых изъянов	2,70	1,70	1,50	2,00	2,80	1,80	1,70	2,00	<i>1,00</i>	0,30	5,90	6,60	<i>4,70</i>	17,50

Группа (форма) расстройств	СФМ													Об- щий сум- мар- ный пока- затель
	частные показатели										суммарные пока- затели триад			
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	1	2	3	
в) с неадекватной лич- ностной реакцией на физиологические ко- лебания	2,90	2,10	2,40	2,50	2,60	2,70	2,60	2,30	2,10	1,80	7,40	7,80	7,00	24,00
г) с преобладанием не- правильного поведе- ния или сексологичес- ких дефектов женщины	3,20	2,00	2,60	2,40	2,80	2,80	1,90	2,60	1,80	1,20	7,80	8,00	6,30	23,30
III. Расстройства эрекции составляющей (обобщенная формула при исключении ир- ритативного варианта):	2,4	1,2	1,7	1,2	0,4	1,0	1,1	1,7	2,2	0,6	5,3	2,6	4,6	13,1
1. Спинальная локализация	1,0	0	0	0	0	—	0,5	—	—	0,5	1	0	0,5	2,0
2. Экстраспинальная лока- лизация:														
а) паралитический вари- ант	3,0	2,0	3,0	2,0	0	0,5	1,0	1,0	3,0	1,0	8,0	2,5	5,0	16,5
б) ирритативный вариант	2,6	2,0	2,5	2,0	3,0	2,0	2,2	2,0	1,4	0,8	7,1	7,0	5,6	20,5

3. Заболевания и повреждение полового члена	3,2	1,5	2,0	1,7	<i>1,3</i>	2,5	1,8	1,7	1,5	0,3	6,7	5,5	<i>5,0</i>	17,2
IV. Расстройства эякуляторной составляющей:														
1. Мнимые варианты (обобщенная формула):	2,98	1,97	2,33	2,18	2,77	<i>1,55</i>	2,45	1,80	1,57	0,77	7,28	6,50	<i>5,82</i>	20,37
а) постабстинентное ускорение эякуляций	2,83	1,87	2,24	2,09	2,72	<i>1,35</i>	2,39	1,78	1,56	0,78	6,94	6,16	<i>5,73</i>	19,61
б) относительное ускорение эякуляций при несоблюдении «техники»	3,07	2,00	2,64	2,50	2,92	2,21	2,64	1,85	<i>1,57</i>	0,71	7,67	7,63	<i>6,06</i>	22,07
2. Специфические расстройства эякуляций (обобщенная формула):	3,02	2,00	2,37	2,25	2,54	<i>1,09</i>	2,37	1,69	1,21	0,59	7,39	5,88	<i>5,27</i>	19,13
а) расстройства эякуляций при урологической патологии	2,88	1,90	2,16	2,09	2,33	<i>1,11</i>	2,13	1,59	1,21	0,84	6,94	5,53	<i>4,93</i>	18,24
б) вторичная патогенетическая дезинтеграция (титуляризация)	3,06	2,08	2,60	2,60	2,80	1,12	2,54	1,86	<i>1,10</i>	0,62	7,74	6,52	<i>5,50</i>	20,38
в) первичная патогенетическая дезинтеграция (синдром парацентральных долек)	3,18	2,09	2,49	2,24	2,65	<i>1,03</i>	2,57	1,70	1,30	0,23	7,76	5,92	<i>5,57</i>	19,48

Примечание. Наименьшие показатели (частные и два суммарных показателя триад) маркируются в следующем порядке: самый низкий — *курсив*, следующий по величине (в сторону возрастания) — **полужирный**.

ройства, и по характеристике всего числового ряда СФМ в большей мере тяготеет к группе «псевдоимпотенции», что и маркировано заголовком подгруппы IV, 1, поскольку эта клиническая разновидность вместе с абстинентным ускорением эякуляций занимает положение между «псевдоимпотенцией» и расстройствами эякуляторной составляющей.

Второе исключение — вторичная патогенетическая дезинтеграция (подгруппа IV, 2б), при которой показатель VI не является наименьшим, уступая первое место показателю IX. Отмеченное не очень существенное отклонение от группового трафарета в значительной мере перекрывается тем, что именно применение квантификационной шкалы СФМ как инструмента структурного моделирования помогает выявить некоторые черты клинического своеобразия этого синдрома. Свообразие же это заключается в том, что феномен титуляризации не является функцией единственного аргумента — времени, а развивается лишь в определенных условиях и на определенной почве. Если бы вторичная патогенетическая дезинтеграция развивалась только как следствие давности заболевания, общий профиль СФМ формы IV, 2а (см. табл. 11), являющейся облигатной начальной формой для развития формы IV, 2б, был бы как по частным, так и по суммарным показателям выше. В действительности же демонстрируются явления, с этой точки зрения парадоксальные: при форме IV, 2б, являющейся конечной по отношению к форме IV, 2а, наблюдаются более высокие значения как по общему суммарному, так и по большинству парциальных показателей (8 из 9!). Объяснить это кажущееся противоречие можно только при допущении, что процессу титуляризации подвергается лишь определенная часть случаев первичного поражения урогенитального аппарата, а именно те случаи, в которых ЦНС имеет исходные характеристики, благоприятствующие развитию «дискоординаторных нейродинамозов» [Сепп Е. К., 1927], а также их фиксации. Другая, менее благоприятная, часть развивается по деструктивному варианту с исходом в атонические формы или фиброзное перерождение.

Две только что рассмотренные группы сексуальных расстройств (расстройства эрекции и эякуляторной составляющих) почти целиком перекрываются одним из соответствующих типов СФМ (**паралитическим** или **экзальтационным**). Точно так же и группа «псевдоимпотенции» перекрывается одним обобщенным типом СФМ, отражающим все основные черты, характерные для группы в целом. В противоположность этому в двух самых обширных клинических группах, объединяющих стержневые нарушения нейрогуморальной и психической составляющих, пытаться отразить все многообразие патогенетических констелляций единым трафаретом было бы по крайней мере наивным. Из всего этого не следует, однако, что в этих двух группах каждой частной форме и даже каждому клиническому варианту этих форм будет соответствовать строго специфический цифровой ряд. Как показали первые расчеты, значительная часть цифровых рядов выявляет общие признаки, позволяющие устанавливать не только внутригрупповые, но и межгрупповые соответствия. Так, например, оказалось, что формулы СФМ сближаются по структуре при гипостенической стадии неврастении, психопатиях астенического круга, длительной сублимации и «спокойном» варианте инволюционного снижения потенции. Точно так же **экзальтационный тип** с ускорением эякуляций, характерный для всей IV группы, встречается не только при ги-

перстенической стадии неврастении и неврозе ожидания неудачи (II группа), но и в одном из вариантов инволюционного снижения (I группа, стержневые расстройства нейрогуморальной составляющей) Столь же четкую тенденцию к межгрупповому сближению проявляет и **ажитированно-невротический тип**.

Для «диэнцефальной импотенции», которая заслуживает тщательного исследования на обширном клиническом материале с подразделением на синдромы параинфекционного, посттравматического, интоксикационного генеза и др., будет дан лишь беглый анализ обобщенной формулы. Среди более чем 20 частных клинических форм показатель III, характеризующий половую предприимчивость, лежит в пределах, ограниченных значениями показателей I и II, и отклоняется в сторону превышения только при одной форме (7, а «псевдоимпотенция» с предъявлением к себе чрезмерных требований), а в сторону преуменьшения при двух, в том числе при «диэнцефальной импотенции» (помимо формы I, 16, которая будет рассмотрена несколько ниже) Причина этого отклонения выявляется при рассмотрении того же ряда СФМ наименьшими из всей типовой формулы оказываются показатели IX и VIII, характеризующие субъективное самочувствие тотчас после сношения и оценку самим обследуемым той меры радости, которую ему доставляет половая жизнь. И несмотря на то, что при «диэнцефальной импотенции» состояние эрекции характеризуется достаточно высоким показателем (2,17), а показатель IV (результативность) превышает показатель III (половая предприимчивость), диэнцефальные больные обычно идут на интимную близость весьма неохотно, так как знают, что после полового акта у них наступит состояние физической подавленности, общей разбитости, вялости, адинамии.

При *инволюционных формах* обобщенная формула характеризуется самым низким значением диапазона колебаний между наименьшим и наибольшим показателями ряда (0,66) в сочетании с относительно низким общим суммарным показателем (15,63) Характерно, что из других клинических групп наиболее низкие значения диапазона колебаний обнаруживаются при гипостенической форме неврастении (0,69) и при «псевдоимпотенции» с неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений (величина диапазона 0,8) В последней группе значительную долю составляют лица пожилого возраста, к тому же здесь сужение диапазона колебаний наблюдается на фоне высокого общего суммарного показателя (самого высокого среди всех изученных клинических вариантов, равного 24,0)

По клиническим вариантам все инволюционные формы четко разделяются на три подгруппы вариант спокойного угасания (44,1%), экзальтационный вариант с ускорением эякуляций (30,1%) и ажитированно-невротический вариант (25,8%) Первый вариант по структуре квантификационного ряда характеризуется самым низким значением показателя I (уровень либидо) и суженным диапазоном колебаний между наибольшим и наименьшим показателями ряда в сочетании с относительно низким суммарным показателем (см. табл 11) Второй и третий варианты характеризуются уже рассматривавшимися экзальтационным и невротическими типами

При экзальтационном варианте инволюционной формы, характерной чертой которого является ускорение эякуляций, СФМ отражает снижение половой активности (показатель III) как одно из

самых существенных патогенетических звеньев, определяющих развитие именно по этому варианту. Правомочность подобного толкования подтверждается как относительно высоким значением показателя I (заметно выше среднего значения обобщенной формулы для всех инволюционных вариантов и намного выше «спокойного» варианта), так и в особенности самым высоким значением показателя V (состояние эрекции) среди всех вариантов этой подгруппы. В клинике именно при этом варианте чаще всего отсутствует благорасположенный партнер, и это опять же находит четкое отражение в формуле СФМ: не только самое низкое значение всего рассматриваемого ряда по горизонтали падает на показатель IX, но и при просмотре всей таблицы по вертикали одно из трех самых низких значений того же показателя IX (наряду с «дебютантной импотенцией» и выработкой условного тормоза) падает опять же на экзальтационный вариант инволюционной формы; при этом величина показателя уменьшается до значений, маркирующих в вопроснике патогенную роль женщины («женщина не хочет иметь со мной близость» и «женщина высказывает упреки»). Положение это подтверждается и самыми высокими значениями по всему ряду инволюционных вариантов суммарного показателя первой триады и общего суммарного показателя.

Из обширной группы расстройств психической составляющей в табл. II включены лишь некоторые клинические формы. Так, расстройства, в основе которых лежит угасание натуральных половых раздражителей или выработка в отношении их условного тормоза (формы II, 3 и II, 4) возникают при искусственных препятствиях, обычно со стороны женщины (вагинизм, пуританские установки или, наоборот, требование действий, выходящих за пределы диапазона приемлемости мужчины и т. д.). Угасание проявляется в случаях, когда подобные препятствия, принимающие длительный и систематический характер, затрудняют наступление эякуляций в коитусе (неблагоприятно сказываются как крайнее урежение моментов интимной близости, так и всякого рода воздействия, препятствующие пробуждению специфического полового возбуждения либо способствующие притуплению оргазма). Выработка условного торможения на естественные сексуальные раздражители происходит в тех случаях, когда наступление эякуляций и оргазма в коитусе полностью исключается, однако обязательным условием для диагностики этого патофизиологического механизма является причинение непреодолимых препятствий и недопущение оргазма на фоне уже возникшего специфического возбуждения — при отсутствии этого условия обычно реализуется механизм угасания.

Что касается *невроза ожидания неудачи*, то оба варианта при всех чертах различия сближает одно общее проявление: как в более частом тормозном (72,5%), так и в экзальтационном варианте (27,5%) уровень показателя II (настроение перед сношением) лежит ниже уровня показателя VIII (настроение после сношения). Действительно, даже по смыслу определения этой клинической формы, когда показатель VIII ниже показателя II, это еще не невроз ожидания, а естественная реакция на неудачу (как истинную, так и мнимую, т. е. на представление о неудаче, отсюда понятен и тот факт, что такое же соотношение показателей II и VIII встречается в целом ряде вариантов мнимых сексуальных расстройств).

При работе с индивидуальными рядами СФМ тех больных, в диагностике расстройств у которых возникали затруднения, сле-

дует ли отнести конкретный случай расстройства к «псевдоимпотенции» или к начальной стадии расстройства психической составляющей, дифференциальная диагностика облегчается тем, что при «псевдоимпотенции» суммарный показатель первой триады во всех случаях выше суммарного показателя третьей триады (см. табл. II), по мере же постепенного утяжеления сначала происходит выравнивание суммарных показателей первой и третьей триад, а затем вторая триада в своем снижении «обходит» первую.

Сама же степень сближения показателей II, VIII, IX нуждается в пристальном анализе в каждом клиническом наблюдении, так как может служить свидетельством участия аутохтонных невротических механизмов. Следует также отмечать, в каких случаях показатель IV (результативность) максимально приближается к показателю III (уровень половой активности), а в каких — максимально отходит. Так, при анализе цифровых рядов СФМ большинства клинических форм обращает на себя внимание частое и глубокое снижение показателя IX, что характеризует крайнюю ранимость мужской психики в связи с наличием любой сексуальной недостаточности. Нельзя, однако, не задуматься при этом над вопросом: насколько эта ранимость естественна (или, другими словами, какова здесь доля наносного, создаваемого следованием «невыверенным эталонам», вплоть до похвальбы во время застолья в мужских компаниях)? Определенную ориентировку в этом дает сопоставление показателей VIII и IX. Тот факт, что показатель VIII, характеризующий настроение после полового акта, т. е. непосредственную эмоциональную реакцию обследуемого, в подавляющем большинстве случаев оказывается выше, чем показатель IX, характеризующий оценку, т. е. результат интеллектуально-рассудочных операций по сличению параметров фактической реализации с каким-то эталоном, сложившимся в сознании субъекта, с несомненностью свидетельствует о том, что эти эталоны у обследованных были большей частью значительно завышены.

Тот факт, что показатель X, характеризующий давность заболевания, при первичной патогенетической форме ускорения эякуляции оказывается ниже, чем при психопатиях (соответственно 0,23 и 0,46), хотя обе формы являются врожденными, может быть истолкован только в том смысле, что характеропатические отклонения компенсируются лучше и в течение более длительного времени противостоят декомпенсирующим влияниям среды, чем те нейродинамические расстройства, которые происходят в структурах, более тесно спаянных с половой сферой.

4.4. Сексологический анамнез

К моменту постановки традиционного вопроса о жалобах, приведших больного на прием, врач уже располагает данными СФМ, что дает ему возможность, сверяя жалобы и последующие анамнестические сведения с соответствующими показателями квантификационной шкалы, критически оценивать проявления, нарушающие спокойствие пациента.

Для хода всего последующего обследования особую важность имеет максимальная конкретизация того, *когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства*. Обстоятельства эти оказываются настолько важными для понимания генеза и структуры сексуальных расстройств у по

давляющего большинства мужчин, что словесные трафареты типа «больной жалуется на ослабление эрекции и ускорение эякуляций, считает себя больным в течение 3 лет, начало заболевания постепенное...» в сексологическом обследовании недопустимы. При выяснении обстоятельств начальной фиксации внимания на мысли о половом расстройстве сексопатологу приходится проявлять терпение и находчивость, задавая множество наводящих вопросов, пока, наконец, не выявится вся совокупность обстоятельств, приведшая пациента к убеждению в сексуальном неблагополучии. Необходимо учитывать массу подробностей, начиная с места и условий, в которых предпринималась интимная близость, состояния самого обследуемого (например, наличие и степень алкогольного опьянения, переполненный мочевой пузырь и т. д.) и кончая сведениями, характеризующими женщину и ее поведение (степень чистоплотности, состояние туалета, очень длительное сопротивление в подготовительной стадии или, наоборот, слишком быстрая готовность отдаться).

Установление возрастных рамок пробуждения платонического и сексуального компонентов полового влечения обычно не вызывает затруднений. При этом характеристика **либидо** отнюдь не исчерпывается описанием в пункте 2 стандартной карты обследования. Так, интенсивность либидо в период обследования и на некоторых предыдущих этапах находит отражение в СФМ (показатели I, III, VII) и ряде пунктов карты (возраст и обстоятельства *первой эякуляции*; выраженность сексуальных *фрустраций*; наличие, интенсивность и тип *мастурбации*, характеристика уровней *половой активности*; различные аспекты *абстиненции*; наличие и возрастные параметры *экцессов*; *последний коитус*; *ночные поллюции*), а пункты «неотреагированные сексуальные желания» и «отклонения и перверсные тенденции» (пункт 7) предусматривают характеристику индивидуальных проявлений либидо.

Оценивая выраженность либидо и оргазма, следует учитывать и другие, промежуточные, формы сенситивных проявлений сексуальности, образующие непрерывный ряд, возрастающий в своей интенсивности: на стыке состояния предварительной нейрогуморальной готовности и психической стадии располагается либидо как таковое (до начала психической стадии — еще не осознанное и не несущее специфической «сексуальной» окраски), на заключительном отрезке психической стадии либидо переходит в *Vorlust*, занимающую всю эрекционную стадию, вплоть до интроитуса и начала копулятивных фрикций, сопровождающихся неуклонно возрастающим *Lustgefühl*, которое с началом эякуляторной стадии разрешается оргазмом. В ряде случаев именно дифференцированные характеристики всей совокупности сенситивных проявлений помогают в ходе сексологического обследования пожилых пациентов отграничить истинное (соматически обусловленное) либидо от его кортикального (матричного, теневого) клише.

Дневные поллюции представляют непривольные семяизвержения, наступающие в состоянии бодрствования, и подразделяются на адекватные и неадекватные. *Адекватные дневные поллюции* наступают при воздействии естественных сексуально-эротических возбуждений, чаще всего при объятиях и поцелуях. Наступление эякуляций в парикмахерской под влиянием возбуждения, вызываемого женщиной-парикмахером (суммация тактильных, зрительных, обонятельных раздражений), так же как наступление эякуляций в результате возбуждений, вызываемых чисто зри-

тельными впечатлениями при виде полуобнаженных женщин на пляже, также относятся к рассматриваемой категории. Адекватные дневные поллюции не следует смешивать с *ejaculatio ante coe-*tas: последние происходят в условиях проведения полового акта, в то время как адекватные дневные поллюции представляют эякуляции, наступающие хотя и под действием адекватных раздражителей, но в неадекватной обстановке.

Неадекватные дневные поллюции наступают под влиянием не-сексуальных раздражителей, например эмоций, будь то положительных (неудержимый смех во время исполнения на концерте комического номера) или отрицательных (страх вследствие невозможности решения математической задачи к концу урока). У некоторых молодых людей эякуляции происходили во время занятий физкультурой, когда они взбирались по шесту или веревке, а одному для возникновения эякуляции достаточно было выйти на балкон и посмотреть вниз. Довольно часто эякуляции наступают при транспортных вибрациях (чаще в том случае, когда этот человек является пассажиром, а не ведет машину).

При протоколировании данных о дневных поллюциях фиксируются возраст, частота, характеристика провоцирующих раздражителей и наличие при этом эрекции.

Протоколируя данные о **петтинге**, следует наряду с подразделением его на поверхностный и глубокий (см. раздел *Основные формы половой жизни человека*) различать петтинг гетеро- и гомосексуальный, а также одно- и двусторонний в зависимости от того, достигается ли оргазм у одного или у обоих партнеров, при этом в случае одностороннего петтинга лишь один из участников практикует активный, а другой — пассивный петтинг. Входящий в определение элемент преднамеренности позволяет дифференцировать петтинг от *адекватной дневной поллюции*, а исключение непосредственного соприкосновения гениталий — грань между петтингом и *вестибулярным коитусом*. Раздражение основных и второстепенных эрогенных зон, предшествующее коитусу, от поцелуев в губы до мануальных манипуляций на гениталиях партнера не является петтингом, а входит в понятие *предварительных ласк*.

Сексуальные **фрустрации** (от лат *irritationes frustratae*), сопровождаемые эротическим возбуждением эрекции, за которыми не следует эякуляция, чаще вызываются непосредственными ласками (объятия, поцелуи и т. д.), реже возникают при виде различных форм половой активности, проявляемой другими лицами или животными, при восприятии звуков, свидетельствующих о половой активности, при созерцании некоторых произведений искусства и, наконец, под влиянием игры воображения, когда в фантазии субъекта вызываются картины и переживаются сцены сексуального характера. Если возникающее при этом сексуальное возбуждение ограничивается только эрекциями, говорят просто о фрустрации.

Переживание в фантазии сексуальных сцен без эрекции квалифицируется как *сексуальные руминации* (лат буквально — жвачка).

Если же под влиянием воображения наступает оргазм без каких бы то ни было местных манипуляций на половых органах, говорят о *психическом онанизме*. И наконец, произвольные эрекции, не сопровождаемые эротическим возбуждением, квалифицируются как *спонтанные эрекции* (пункт 8 стандартной карты сексологического обследования). Фиксируя данные об этих явле-

ниях в медицинских документах, необходимо указывать, носили ли отмечаемые явления единичный, эпизодический характер или практиковались систематически (в последнем случае следует протоколировать как их частоту, так и общую длительность периодов)

В разделе «Динамика половой жизни» карты сексологического обследования фиксируются: возраст, в котором обследуемый имел первый половой акт; с кем этот половой акт произошел (девушка, женщина, ее возраст, семейное положение, сексуальный опыт) и как он прошел (в каких условиях — в изолированной комнате или «на природе», насколько обследуемый был уверен в себе, как вела себя женщина, поведение обследуемого и женщины по окончании полового акта; в случае неудачи — как ее пережил и когда последовала следующая попытка).

При записи анамнестических данных следует использовать точные цифровые обозначения и не допускать расплывчатых определений типа «рано», «интенсивно», «несколько», «слегка» и т. п.

Для краткой и наглядной записи динамики половой активности в графе «Связи до женитьбы» (а при необходимости и в графе «Внебрачные связи») может быть использован следующий код: каждая связь нумеруется римской цифрой и обозначается дробью, в числителе которой указывается возраст пациента (возраст женщины приводится в скобках), а в знаменателе — продолжительность связи (при этом используются следующие обозначения: «г» — годы, «мес» — месяцы, «нед» — недели, «ед.» — единичная связь), в скобках — количество интимных встреч. Например, вместо записи: «До женитьбы 6 связей: 1-я в возрасте 24 лет с девушкой примерно 22 лет длилась в течение 1 нед (всего две интимные встречи); 2-я — в возрасте 24 лет с женщиной того же возраста длилась в течение 2 нед (полноценных сношений не было и эякуляции получались петтингом); 3-я — в возрасте 25 лет единичная связь с замужней женщиной 23 лет» можно написать кратко так:

$$I \frac{24(22, \text{девушка})}{1 \text{ нед} (2)} \quad II \frac{24(24, \text{женщина})}{2 \text{ нед; пет}} \quad III \frac{25(23, \text{замужняя})}{\text{ед}}$$

и т. д.

Фиксируя данные в разделе «Сексуальность жены пробудилась», следует указать, на основании каких признаков устанавливался факт пробуждения сексуальности.

Процент оргастичности подразумевает частоту наступления у женщины оргазма при половых актах с обследуемым. В случае, когда женщина никогда при половых актах с ним не испытывала оргазма, ставится 0%, наступление оргазма при каждом половом акте обозначается как 100% и т. д. У мультиоргастичных женщин, испытывающих при однократном половом акте несколько оргастических разрядок, в карту обследования вписывается соответственно 200% или 400% и т. д. Нередко приходится протоколировать двойной показатель, указывая процент оргастичности до и после развития расстройства у мужа или у жены.

Сексуальная притязательность женщины расценивается как средняя при отсутствии претензий с ее стороны (независимо от нормативных характеристик протекания половой активности), как высокая — при упреках по поводу дефектности осуществле-

ния мужчиной полового акта (также независимо от фактических характеристик, ибо нередко предъявляются жалобы на чрезмерную быстроту окончания половых актов при их длительности от 5 до 15 мин и на их чрезмерную длительность при наступлении эякуляции после 20—30 фрикций, не выходящих за пределы 1—1,5 мин). Как низкая притязательность обозначаются те случаи, когда женщина избегает половой активности, не предъявляя при этом мужчине претензий (мотивируя свой отказ от сношений усталостью или имеющимся у нее заболеванием)

В разделе «Формы проведения коитуса» выясняется разнообразие или трафаретность сексуального поведения в выборе времени, ласк подготовительного периода, взаимного расположения партнеров и т. д. Для обозначения взаимного расположения партнеров может быть использован следующий код. Прежде всего различаются венгро-вентральное и венгро-дорсальное положения, которые соответственно обозначают ВВ и ВД. Третьей буквой обозначается положение, которое занимает мужчина по отношению к женщине: В — верхнее, Н — нижнее, Б — боковое, С — сидячее. К подобной записи (типа ВВВ, ВВН, ВВБ, ВДВ и т. д.) могут быть добавлены короткие дополнительные сведения, например, «только ВВВ на протяжении всех 15 лет брака», «единичные случаи ВДВ и ВВН, преимущественно же ВВВ и ВДБ».

В отношении **предварительных ласк** при обследовании нередко выясняется, что мужчина не проводит никакой предварительной подготовки. Нередко также выясняется, что ласки, кроме чрезмерной из краткости (измеряемой в с), характеризуются узостью диапазона приемлемости: есть мужчины, которые на протяжении многих лет семейной жизни ни разу не поцеловали жену в мочку уха, шею, глаза, ограничиваясь поцелуем в губы. Выясняя характер предварительных ласк, полезно отразить, как пациент понимает их значение, не отмечаются ли вынужденные формы редукции. Есть мужчины, которые воспринимают значение предварительных ласк чисто рассудочно, понимая, что женщину необходимо психологически подготовить и это поможет ей получить более полное удовлетворение, но эмоционально они в этой сексуальной игре не участвуют, не находят в ней интереса, как бы отбывают повинность, испытывая наслаждение только при фрикциях и оргазме. Наряду с этим есть группа мужчин, так объясняющая необходимость предварительных ласк: «Да, я вынужден проводить эти ласки; раньше мне это не нужно было, потому что мне достаточно было одной мысли, чтобы немедленно пришла эрекция, а сейчас мне, к сожалению, приходится долго играть, чтобы вызвать эрекцию». В подобном случае, проводя предварительные ласки, пациент имеет в виду не интересы женщины, а свои собственные. И наконец, у некоторых больных можно услышать, что прежде они проводили подготовительные ласки, а затем вынуждены были либо сократить их, либо совсем прекратить, потому что если ласки затягиваются, то эрекция нередко теряется; не доверяя себе и опасаясь повторения подобных случаев, они прерывают предварительные ласки на все более ранних стадиях.

Показатели *активности женщины* в форшнеле и при коитусе обычно прежде всего зависят от определяющего фактора — пробудилась ли сексуальность у женщины. Далее следует отметить, что женщина после преодоления первого психологического барьера начальной сексуальной скованности обычно проявляет к предварительным ласкам гораздо больший интерес, чем мужчина, и на определенной промежуточной стадии значительная часть жен-

щин находит в этой «увертюре» даже больше интереса, чем в основной части коитуса. Нельзя не отметить, что в основных европейских языках в терминологии предварительных ласк подчеркивается элемент игры; так, немецкие сексологи говорят буквально о предварительной и заключительной игре (Vorspiel и Nachspiel), английские специалисты употребляют терминологический оборот «preliminary play», а французские — «jeux préliminaires».

В графе «Периоды абстиненции» карты сексологического обследования учитываются периоды вынужденного полового воздержания. В случаях, когда применяются суррогатные формы полового удовлетворения (мастурбация, петтинг) или же подключаются непроизвольные физиологические «меры защиты» в виде поллюций, абстиненции расцениваются как п а р ц и а л ь н ы е, в тех же случаях, когда эякуляции в этом периоде не наступают ни при каких обстоятельствах, — как т о т а л ь н ы е.

Семнологическое значение *последнего коитуса* в отличие от значения обстоятельств *первого полового сношения*, оказывающего влияние на формирование стойких стереотипов сексуального круга, заключается главным образом в том, что дает возможность проверить надежность сведений, сообщенных пациентом на предыдущих этапах обследования (СФМ, пункт 1 и др.)

Наличие *спонтанных эрекций*, возникающих вне эротизирующей обстановки (во время сна, при пробуждении и т. д.) и нередко, особенно в начале, не сопровождающихся эротическим возбуждением, выясняется в ходе сексологического обследования наряду с так называемыми *ситуационными* и *адекватными* эрекциями, которые возникают в обстановке интимного сближения (первые — до обнажения обоих партнеров). Установление прежде всего наличия, а также частоты, силы и характера спонтанных эрекций имеет большое дифференциально-диагностическое значение, так как **диссоциация** в силе спонтанных (а также ситуационных) эрекций, с одной стороны, и адекватных эрекций — с другой, является одним из кардинальных признаков, характерных для психогенных форм половых расстройств. Типичен в этом отношении пациент, который не может заснуть из-за сильных и мучительных эрекций, находясь в своей холостяцкой квартире, но как только он попадает в обстановку, адекватную для проведения полового акта, эрекции сначала ослабевают, а после того как оба партнера раздеваются и ложатся в постель, полностью исчезают. Диссоциация эта чаще является результатом развившегося *невроза ожидания неудачи*.

В исследовании и оценке состояния спонтанных эрекций необходимо, однако, выработать твердое правило: ни в коем случае не торопиться с выводом об отсутствии диссоциации. Если наличие диссоциации в силе спонтанных и адекватных эрекций дает врачу право оперировать ею как диагностическим признаком, свидетельствующим о наличии коитофобии, то в противоположность этому установление отсутствия диссоциации требует крайней осторожности. Дело в том, что у мужчины, потрясенного и уязвленного ощущением своей сексуальной неполноценности, сразу же проявляется *настороженность*: он начинает себя проверять. В связи с тем что для многих пациентов основным и даже единственным показателем их мужской дееспособности является наличие эрекции, они наблюдают за их появлением и проводят этот «самоэкзамен» все чаще. Но с чем большей тревогой такие больные фиксируют внимание на состоянии эрекции, тем в большей степени эрекции тормозятся. И может случиться, что пациент, обратив-

шийся к врачу в той стадии, когда эта установка на «подстерегание» спонтанных эрекций принимает стойкий характер, окажется способным дезориентировать сексопатолога и создать у него впечатление, что диссоциации в силе спонтанных и адекватных эрекций нет, в то время как они могут быть завуалированы. В подобных случаях при известной настойчивости удастся выяснить, например, что спонтанные эрекции все же проявляются, если больной внезапно пробуждается ото сна. Некоторые больные рассказывают, что спонтанная эрекция улавливается только в тех случаях, если он просыпается быстро и не успевает «дать ход» привычному страху. Очевидно задерживающие механизмы, выработавшиеся у таких больных, обладают определенной инерцией, требуют какого-то времени, чтобы овладеть сознанием больного по выходе из состояния сна, и при быстром пробуждении не успевают нейтрализовать возбуждающие влияния более низких уровней (подкорковых и спинальных, включая пузырьные аксон-рефлексы). Иногда больной уверен, что спонтанных эрекций у него нет, но когда врач беседует с женой, то она рассказывает, что эрекции у пациента наблюдаются при глубоком сне.

При выяснении данных пункта 10 (**мочепускание и дефекация**) карты обследования нужно уточнить, не страдал ли пациент в детстве энурезом, и если страдал, то до какого возраста; не встает ли ночью для опорожнения мочевого пузыря; не учащены ли позывы на мочеиспускание (полезно выяснить, сколько раз в сутки производится опорожнение мочевого пузыря); не было ли затруднений при мочеиспускании; не происходят ли из мочеиспускательного канала выделения при дефекации.

В заключение необходимо отметить, что в литературе иногда встречаются высказывания о повышенной чувствительности большинства сексологических больных — факт, не вызывающий сомнений. Из этого, однако, не следует, что сексологический больной не будет откровенно рассказывать об интимных проявлениях. Результативность обследования определяется позицией врача и манерой его разговора с больным. Страдающий половым расстройством приходит к врачу не за утешением, а за помощью, и эмоциональная обостренность больного позволяет ему безошибочно отличить утешителя от специалиста. И если пациент чувствует, что ему хотят и могут помочь, он охотно и откровенно отвечает на все вопросы.

Однако сексопатолог при всей его высокой квалификации ни в коем случае не должен соскальзывать в техницизм, ведущей тональностью его общения с больным должна быть тональность вооруженного знаниями гуманиста. Прежде всего как первичное обследование, так и последующие встречи с больным должны протекать в атмосфере дружелюбного расположения к больному, абсолютно исключая всякую спешку. Сохраняя полный контроль над ходом беседы, врач должен проявлять исключительную деликатность, направляя рассказ больного в нужное русло, если тот отклоняется от существа вопроса, и в то же время проявлять терпение, если, например, пациент впадает в излишнюю детализацию.

4.4.1. Семиологическое значение различных форм первой эякуляции

В. М. Тарновский еще в 1886 г. выделил ночные поллюции в качестве основного нейросоматического проявления, характеризующего начальный этап полового созревания. И хотя ночные поллюции

представляют лишь один из возможных вариантов первой эякуляции наряду с мастурбацией и коитусом, все же среди различных форм первой эякуляции поллюции занимают особое место. Прежде всего, как показывают данные клинического архива Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, именно ночные поллюции являются наиболее частым вариантом первой эякуляции как в группе условной нормы (см. табл. 3), так и при ряде сексопатологических синдромов (табл. 12).

Таблица 12

Формы первой эякуляции при различных видах половых расстройств и в группе, представляющей условную норму (%)

Клиническая характеристика группы	Обстоятельства наступления первой эякуляции				Отсутствие эякуляций до обследования
	поллюции		мас-тур-бацни	коитус	
	ноч-ная	днев-ная			
Условная норма	49	2	45	4	—
Нейрогуморальные синдромы	45,6	3,9	27,3	21,8	1,4
Синдромы расстройств психической составляющей (общие данные)	40,3	2,6	50	6,8	0,3
Формы с преобладанием эндогенных факторов	36,1	2,8	57,6	2,8	0,7
Формы с преобладанием экзогенных факторов	42,8	2,5	45,4	9,3	—
Мнимые сексуальные расстройства	47	2,2	39,6	11,2	—
Поражения эрекции составляющей	60	—	30	10	—
Специфические синдромы расстройств эякуляторной составляющей	42,7	5,5	45,9	5,9	—
При всех клинических синдромах (суммарные данные, не включающие контрольную группу)	43,3	3,5	41,3	11,4	0,5

Из различных форм первой эякуляции в качестве критерия полового созревания наиболее адекватными являются эякуляции, наступающие при поллюциях. Если сравнивать первые эякуляции при поллюциях, мастурбации и половом акте, то именно поллюции в связи с их наименьшей зависимостью от факторов внешних, ситуативных (вплоть до совращения), представляют наиболее надежный критерий тех внутренних возрастных сдвигов в половой сфере, которые обуславливают специфику пубертатного периода. Вне рамок пубертатного периода ночные поллюции, как уже говорилось, приобретают значение викарного механизма.

Исследование различных форм первой эякуляции, приведенное в табл. 12, показывает относительно стабильную частоту поллюций (дневных и ночных) как первоначальной разновидности

эякуляции при большинстве сексологических синдромов: мнимых сексуальных расстройствах — 49,2%; стержневых поражениях нейрогуморальной составляющей — 49,5% (отмечалось главным образом наступление поллюций в более позднем возрасте). По усредненным данным, вычисленным для различных клинических вариантов, поражения психической составляющей составили 42,9%; поражения эрекционной составляющей — 60%; специфические синдромы расстройств эякуляторной составляющей — 48,2%.

Другие формы первой эякуляции изменялись в более широких пределах, выявив максимальные отклонения прежде всего при стержневых поражениях нейрогуморальной составляющей (в этих случаях наступление первой эякуляции при коитусе возрастает до 21,8% и у 1,4% больных зарегистрировано полное отсутствие каких бы то ни было эякуляций к моменту обследования).

Второй клинической разновидностью с максимальными отклонениями по рассматриваемому признаку явились расстройства психической составляющей с преобладанием эндогенных факторов (сюда вошли главным образом психопатии и эндогенные психозы). В данном случае наблюдается противоположная тенденция — к повышению относительной частоты наступления первой эякуляции при мастурбаторном акте (57,6%), что приводит к снижению частоты первой эякуляции при поллюциях (до 38,9%).

Викарная роль поллюций четко демонстрируется во всех случаях, когда **результативность (IV)** ниже уровня **потребности (I)**, как это, например, наблюдается при большинстве синдромов расстройств психической составляющей, показатель **VII (частота половых отправлений)** оказывается приближающимся к уровню показателя **I** даже при столь глубоких поражениях, как клинический вариант с выработкой условного тормоза на натуральные сексуальные раздражители; при этом наиболее частым источником оргазма наряду с мастурбацией являются ночные поллюции (см. табл. 11).

4.4.2. Различные клинические типы мастурбации и их семиологическое значение

На современном этапе развития сексологии попытки уяснения семиологического и патогенетического значения мастурбации (при употреблении этого понятия в качестве единого термина, соответствующего какому-то одному проявлению) без дифференцирования качественных типов мастурбации являются анахронизмом и не могут объяснить сути целого ряда сексологических явлений, т. е. уже нельзя говорить о мастурбации, а нужно говорить о мастурбациях.

1. **Фрустрационная псевдомастурбация** — манипуляции на половых органах, эффект которых ограничивается появлением эрекции и не приводит ни к эякуляции, ни к оргазму (сенситивные проявления не выходят за рамки Wollust).

2. **Ранняя допубертатная мастурбация.** Критериями ее служат раннее начало (не менее чем за год до пробуждения либидо, чаще всего в возрасте до 10 лет), а также наличие в большинстве случаев диссоциации между эякуляцией и оргазмом. Как правило, диссоциация (оргазм без эякуляции или эякуляции без оргазма)

наблюдается лишь в начальном периоде и затем сменяется установлением обычного физиологического стереотипа.

3. **Мастурбация периода юношеской гиперсексуальности.** Для нее характерно начало после пробуждения либидо в возрасте не ранее 10 лет, обычно после первых поллюций (если поллюции не предшествовали первому мастурбаторному акту, вспомогательным критерием служит отсутствие диссоциации между эякуляцией и оргазмом).

4. **Заместительная (викарная) мастурбация** отличается от предыдущей более поздним началом (обычно после 20 лет) и всегда после начала половой жизни.

5. **Персевераторно-обсессивная мастурбация** характеризуется независимо от ее инициального типа чертами навязчивости. В то время как другие типы мастурбации по прошествии нескольких лет либо прекращаются, либо изменяют типовую принадлежность, в этой группе больные продолжают мастурбировать даже после вступления в брак. В наиболее тяжелых случаях мастурбация этого типа практикуется при отсутствии либидо, эрекции и оргазма. Так, один из больных, страдающий шизофренией, жаловался: «Желания никакого нет, оргазм сперва притупился, а затем и совсем исчез... радости от этого не испытываю никакой; зачем мне все это — не знаю, а остановиться не могу».

6. **Подражательная мастурбация** отличается тем, что мастурбаторные акты никогда не совершаются наедине, по собственной инициативе.

Вот типичный рассказ одного из больных: «Когда я учился в пятом классе, на большой перемене ребята собирались в уборной, выстраивались в ряд и начинали онанировать «на высадку». Кто вылетал последним, тот считался победителем. Я всегда был бессменным чемпионом, потому что у меня семяизвержение или совсем не происходило, или происходило позже всех. Что при этом испытывал? Так, легкое щекотание...» Вне школы он никогда не мастурбировал.

По интенсивности все виды мастурбации можно разделить на: а) умеренную (не чаще 2—3 раз в неделю); б) условно-эксцессивную (с периодами ежедневной, но однократной мастурбации), в) безусловно эксцессивную (несколько онанистических актов в сутки).

Как показывает табл. 13, при всех видах половых расстройств наиболее частым типом является **мастурбация периода юношеской гиперсексуальности**: встречаясь в среднем у 72,9% мастурбировавших, она представлена наименьшими цифрами при расстройствах нейрогуморальной составляющей (64,3%) и самыми высокими цифрами при мнимых сексуальных расстройствах (78,2%)

Вторым по частоте типом мастурбации является **ранняя допубертатная мастурбация**, отмеченная по обобщенным данным всех клинических групп в 10,6% случаев. Среди половых расстройств этот тип мастурбации реже встречается при мнимых сексуальных расстройствах (8,7%) и чаще — при расстройствах эякуляторной составляющей (15,6%). Последний факт может свидетельствовать о патогенном влиянии ранней мастурбации на состояние простаты. В отличие от этого при мнимых сексуальных расстройствах (представляющих собой самую благоприятную клиническую форму, наиболее приближающуюся к норме) наиболее часты случаи мастурбации периода юношеской гиперсексуальности.

Таблица 13

Основные типы мастурбации при различных формах половых расстройств (в процентах)

Форма полового расстройства	Типы мастурбации						
	фрустрационная псевдомастурбация	ранняя допубертатная	периодическая гиперсексуальности	заместительная	персевераторно-обсессивная	подражательная	особые случаи
Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей	11,5	9,5	64,3	10,2	—	3,2	1,3
Синдромы расстройств психической составляющей	6,9	9,3	73,0	3,8	5,2	0,4	1,4
Мнимые сексуальные расстройства	3,3	8,7	78,2	7,6	—	2,2	—
Специфические синдромы эякуляторных расстройств	0,6	15,6	77,6	3,8	—	1,2	1,2
При всех синдромах	6,1	10,6	72,9	5,8	2,1	1,4	1,1

Третьим по частоте типом является **фрустрационная псевдомастурбация**, на долю которой по обобщенным данным приходится 6,1%. Из различных видов половых расстройств эта разновидность чаще встречается при поражениях нейрогуморальной составляющей (11,5%). Факт этот весьма показателен и полностью согласуется с современными представлениями о механизме нейрогуморальных расстройств, свидетельствуя о том, что у значительной части больных этой клинической группы местные онанистические манипуляции не могут вызвать эякуляцию. По существу эту цифру — 11,5% — следовало путем соответствующего пересчета суммировать с цифрой 45,7%, характеризующей количество больных рассматриваемой группы, которые никогда не мастурбировали. В практике же сексологического обследования, производя сбор анамнестических сведений, следует так ставить вопросы, чтобы иметь возможность идентифицировать рассматриваемый тип, ибо семиологическое значение факта **отсутствия эякуляции и оргазма при попытках мастурбации** не только не уступает, но даже превосходит значение того факта, что обследованный никогда не мастурбировал, ибо полное отсутствие мастурбации может быть обусловлено другими, внешними, приводящими обстоятельствами.

Четвертое место по частоте занимает **заместительная (викарная) мастурбация**, на долю которой приходится 5,8%. Этот тип мастурбации чаще всего отмечается при поражениях нейрогуморальной составляющей (10,2%) и мнимых сексуальных расстройствах (7,6%). Заметное превалирование рассматриваемого типа в группе

нейрогуморальных расстройств, на первый взгляд, может показаться парадоксальным. Однако кажущаяся парадоксальность этого факта объяснима при учете следующих обстоятельств. Во-первых, основной идентификационный критерий данного типа — позднее начало — полностью согласуется с проявлением, характерным для ряда частных клинических форм этой группы расстройств, а именно с задержкой большинства половых феноменов, начиная с пробуждения либидо. Во-вторых, у ряда больных с умеренным поражением нейрогуморальной составляющей после начала регулярной половой жизни отмечаются несомненные признаки стойкого повышения уровня половой активности, проявляющиеся в улучшении ряда функциональных показателей: усилении ослабленных до этого эрекций, что по прошествии определенного периода регулярных половых отношений обеспечивает незатрудненный интритус; нормализации длительности копулятивной стадии (при этом в случаях *ejaculatio praecox* длительность фрикции возрастает, а в случаях *ejaculatio tarda* — сокращается); радикальном изменении характера абстиненции (от тотального к парциальному, что проявляется ночными поллюциями, которые до этого отсутствовали) и т. д.

Персевераторно-обсессивная мастурбация, на долю которой в общем среди всех обследованных приходится 2,1%, отмечена только при расстройствах психической составляющей (5,2%).

И наконец, **подразжательная мастурбация**, составляющая 1,4% среди обследованных больных, чаще отмечается при расстройствах нейрогуморальной составляющей (3,2%). С учетом идентификационного критерия этот тип мастурбации по своему семиологическому значению во многом равнозначен отсутствию мастурбации, и соображения, высказанные в отношении обобщенно-групповой принадлежности фрустрационной псевдомастурбации, в известной мере относятся и к данному типу.

Отдельную графу в той же табл. 13 занимают **особые случаи** мастурбации, не поддающиеся классификации (1,1%). В качестве примера такого рода случаев может быть названа мастурбация, начатая по рекомендации врача (для избавления от энуреза).

Т. Бостанджиев (1977) предлагает укрупненную группировку названных типов: 1) физиологическая мастурбация — типы 3 и 4, не требующие никаких лечебных мер; 2) симптоматическая мастурбация — типы 2 и 5, где необходимо лечебное воздействие на причины, провоцирующие мастурбацию; 3) псевдомастурбация — типы 1 и 6, требующие не лечебных, а воспитательно-корректирующих мер.

Оценивая в каждом случае семиологическое значение мастурбации, очень важно установить обстоятельства первой в жизни эякуляции. Наиболее частыми источниками первой эякуляции во всех обследованных группах (см. табл. 12) являлись ночные поллюции и мастурбация (соответственно 43,3 и 41,3% при клинических синдромах и 49 и 45% при условной норме). При этом нельзя не заметить, что эти группы четко разделяются на два типа: первый — с преобладанием ночных поллюций (сюда входят лица с условной нормой, со всеми видами сексуальных расстройств и нейрогуморальными синдромами) и второй — с преобладанием мастурбации в качестве источника первой эякуляции (с синдромами расстройств психической и эякуляторной составляющих). Поскольку же наиболее четкое расхождение выявляется в подгруппе лиц с расстройствами психической составляющей и преобладанием эндогенных факторов (57,6% — мастурбация и 36,1% — ночная поллю-

ция), в дополнение к высказанному предположению о специфическом патогенном влиянии ранней допубертатной мастурбации на формирование нарушений эякуляторной составляющей встает вопрос о наличии и характере взаимных связей между мастурбацией и расстройствами психической составляющей.

Определенный материал для суждения представляют результаты клинико-физиологического анализа патогенетических механизмов дебютантной формы импотенции у больных с нулевым значением IV показателя СФМ (т. е. случаев, в которых больному никогда не удавалось осуществить половой акт). Как показало это исследование (1972), в основе патогенеза дебютантных форм импотенции лежит нарушение обоих структурных блоков функциональной системы (по П. К. Анохину) — аппарата афферентного синтеза и аппарата акцептора результата действия. Так, например, была выявлена функциональная недостаточность важного компонента аппарата афферентного синтеза — подсистемы памяти, которая включает в себя не только энграммы событий, уже имевших место в прошлом, но и элементы вероятностного прогнозирования, моделирования алгоритмов опережающего характера, т. е. предварительного построения целенаправленных поведенческих реакций. В критической фазе, лежащей на стыке пубертатного и переходного возрастных периодов полового развития, каждый молодой мужчина, осуществляя первый половой акт, еще не располагает личным опытом и опирается только на более или менее расплывчатые представления вероятностного характера, и при этом очень часто возникает коллизия между инерцией акцептора результата действия, стойко зафиксировавшего иннерваторные последовательности, порожденные мастурбаторной практикой пубертатного периода, и тем новым акцентором действия, который экстренно формируется при радикальном изменении условий благодаря включению сильнейшего комплекса натуральных воздействий при попытке реализации полового акта с женщиной. Здесь арсенал психоневрологического обеспечения индивидуума подвергается испытанию по всему диапазону, от таких элементарных свойств, как сила, уравновешенность и лабильность нервных процессов, до психологических особенностей личности, включающих морально-этические оценки. Значительная часть больных этой группы характеризовалась чрезмерной склонностью к абстрактно-логической переработке впечатлений в ущерб непосредственно-чувственному восприятию окружающего, что придавало их переживаниям и действиям столь чуждую сексуальной сфере интеллектуалистичность.

Несомненный факт наиболее широкой распространенности мастурбации в группе лиц с расстройствами психической составляющей. Как показывает табл. 14, именно у лиц этой группы мастурбация наблюдается чаще, чем в группе с условной нормой. При этом 82% составляют формы с преобладанием эндогенных факторов.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о том, что при ряде психических нарушений, включающих разнообразные формы (от реактивных состояний до шизофрении), мастурбация является вторичным симптомом, т. е. признаком основного болезненного процесса. Из этого не следует, однако, что семиологическая оценка мастурбации так уж проста. Например, нельзя сказать, что в отношении частоты мастурбации поражение психической составляющей выступает как антипод поражения нейрогуморальной составляющей и что норма лежит между ними. Хотя приведенная формулировка правильна в общих чертах, она нуждается в оценке других обстоятельств первой эякуляции и (или) определении как

клинического типа инициальной мастурбации, так и возможных изменений этого типа в ходе заболевания.

Так, в группе с поражением нейрогуморальной составляющей наблюдается наиболее высокий процент отсутствия мастурбации (см. табл. 14). Однако данный вариант по сравнению с другими синдромами характеризуется и наиболее высоким процентом отсутствия эякуляций и наступления первой эякуляции при коитусе (см. табл. 12). Второй вариант поражения нейрогуморальной составляющей, когда имели место истинные или мнимые мастурбации, характеризуется самым высоким процентом последних, а также викарной и раздражительной мастурбации (см. табл. 13). Кроме того, при обоих вариантах отмечаются длительные периоды тотальной абстиненции.

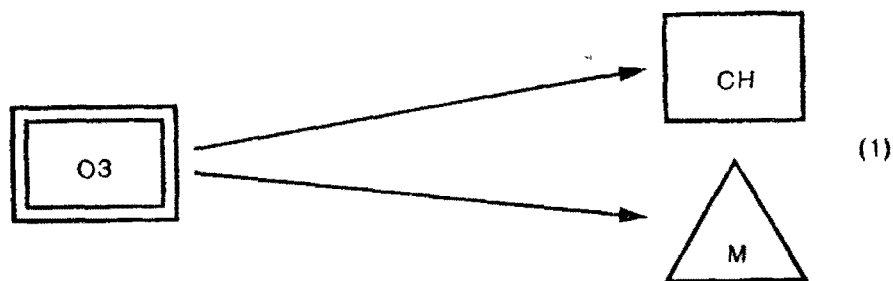
Таблица 14

Частота мастурбации при различных видах психогенных половых расстройств и в группе, представляющей условную норму (в процентах)

Клиническая характеристика группы	Мастурбировавшие	Никогда не мастурбировавшие
Условная норма	73,5	26,5
Синдромы нейрогуморальной составляющей	54,3	45,7
Синдромы психической составляющей	75,7	24,3
Формы с преобладанием эндогенных факторов	82,0	18,0
Формы с преобладанием экзогенных факторов	71,8	28,2
Мнимые сексуальные расстройства	68,7	31,3

Сравнивая семиологическое значение различных типов мастурбации, следует прежде всего отметить, что самый распространенный тип — мастурбация периода юношеской гиперсексуальности — в диагностическом плане представляет наименьшую ценность, так как встречается не только при всех сексопатологических синдромах, но и в норме и может как прекратиться с началом половых отношений, так и фиксироваться с переходом в персевераторно-обсессивный тип. В противоположность этому все остальные типы мастурбации отличаются более или менее выраженной специфичностью, а персевераторно-обсессивный тип даже патогномоничен для поражения психической составляющей.

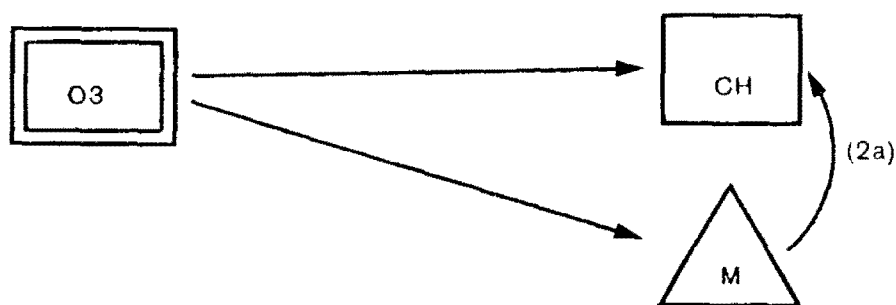
Если учитывать роль патогенетического фактора и обозначить мастурбацию знаком «М» в треугольнике, основное заболевание знаком «ОЗ» в двойном прямоугольнике, а сексологическое нарушение знаком «СН» в прямоугольнике, схема I отразит большинство случаев фрустрационной, раздражительной и персевераторно-обсессивной, а также часть случаев викарной мастурбации.



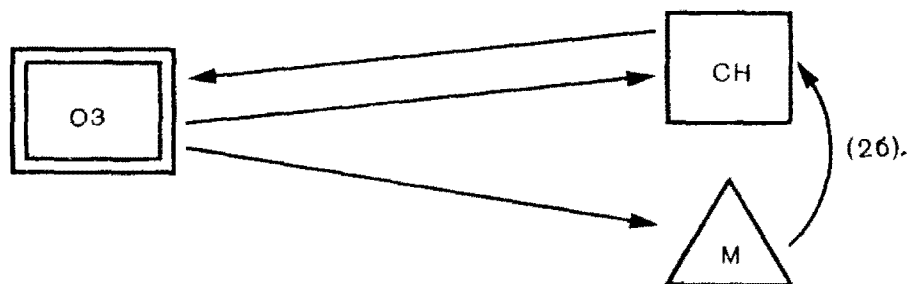
Если подтвердится предположение о патогенном влиянии ранней мастурбации на состояние предстательной железы, большинство случаев ранней допубертатной мастурбации уложится в схему 2:



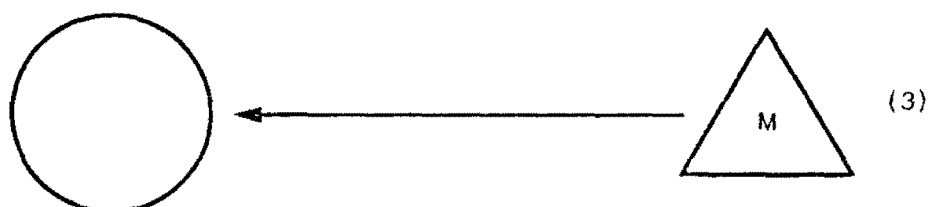
Поскольку ранняя допубертатная мастурбация нередко возникает на почве преморбидного психопатологического отягощения в соответствии со схемой 1, приводимая структура приобретает более сложный вид:



Так как осознание сексуального дефекта или его усугубления вызывает развитие реактивного состояния, что приводит к утяжелению основного психопатологического синдрома, структура претерпевает дальнейшее развитие:



Следует учитывать, что непосредственно сам факт мастурбации может вызвать реактивные нарушения, даже при полном отсутствии сексологических расстройств (схема 3):



Этот последний вариант необходимо учитывать при оценке даже таких патогенно нейтральных типов мастурбации, как заместительная и субэксцессивная мастурбация периода юношеской гиперсексуальности, учитывая, что большинство мужчин, если случается любой срыв в сексуальном плане (чаще всего ситуативный), относят этот срыв к патологии, обусловленной «грехами молодости»

4.4.3. Основные виды отклонений сексуального поведения

Формы отклонений сексуального поведения, которые представляют самостоятельные феномены, характеризующиеся качественным своеобразием [Святош А. М., 1975], принято делить на две категории: половые *перверсии* (половые *абerrации*, *парафилии* или *половые извращения*) — болезненные нарушения направленности полового влечения или способов его удовлетворения и половые *девиации* — не относящиеся к болезненным состояниям. К последней категории относятся большинство случаев мастурбации.

Выраженность перверсий варьирует в широких пределах, и формируемый большинством парафилий вариационный ряд через полосу нереализуемых и частично реализуемых (нередко — только в фантазии) перверсных тенденций «сплавляется» с проявлениями нормальной сексуальности. Эта общая закономерность находит частное подтверждение в том, что, например, элементы садизма обнаруживаются в сексуальном поведении очень многих нормальных мужчин, точно так же как в самом нормальном акте достаточно четко выступают определенные элементы мазохистических проявлений со стороны женщины.

Вследствие того что отдельные сексуальные проявления образуют межгрупповые переходы и сочетаются между собой в самых неожиданных комбинациях, отнесение конкретных форм сексуального поведения к определенным классам оказывается в ходе сексологического обследования куда более сложным, чем при ознакомлении с номенклатурными схемами. На предварительных этапах некоторым подспорьем здесь могут служить оценка степени, градации того или иного проявления, а также определение его места в структуре копулятивного цикла и полового поведения с доминирующими мотивациями. Так, например, орорегенитальные контакты, если они применяются в стадии предварительных ласк и укладываются в диапазон приемлемости обоих партнеров, могут быть расценены как рафинированная форма подготовительной стадии и отнесены к крайним вариантам нормы. В других случаях те же орорегенитальные контакты, если они в малейшей степени неприятны одному из партнеров, должны быть расценены как отклонение, чреватое опасностью невротизации. И наконец, если орорегенитальные действия при наличии резко отрицательной установки все же проводятся одним из партнеров как средство морального и физического унижения и насилия над личностью и при этом вытесняют и замещают половой акт в форме генитального взаимодействия, они должны быть отнесены к перверсиям садомазохистского круга.

4.5. Исследование структуры личности сексологических больных

Любое отклонение от привычного стандарта половых проявлений (даже если оно не выходит за пределы таких произвольных феноменов, как степень выраженности полового влечения или продолжительность полового акта) тотчас фиксируется сознанием субъекта и в той или иной форме сказывается на его поведении, потому что сексуальное поведение личности отражает, с одной стороны, влияние социально-психологических норм, а с другой — своеобразие характера, темперамента, взглядов и установок самой личности — все то, что в наше время обозначается термином «структура личности»: «Любовь — как бы внутренняя тень человека... и то, какая она, зависит от того, какой он» [Рюриков Ю. Б., 1975]

Применяемый в сексопатологии метод изучения структуры личности определяется системным подходом, основные положения которого в приложении к идентификации психологических особенностей сформулированы К. К. Платоновым (1969), который выделяет четыре иерархических подструктуры: 1) специфическая для человека *направленность личности* (интересы, мировоззрение, убеждения и идеалы), 2) *опыт* (навыки, умения и привычки), 3) *индивидуальные особенности психических процессов* (внимание, память, моторика, эмоциональность, волевые качества, творческое воображение и т. д.), 4) *тип (ВНД)*. Последняя подструктура является биологической основой личности, однако личность в целом и соотношение в ней биологического и социального можно понять только во взаимосвязи всех четырех подструктур: удельный вес социального от первой до четвертой подструктуры падает, а биологического — соответственно возрастает. Динамика взаимодействия биологического и социального в личности в значительной мере определяется путями и способами формирования соответствующих подструктур: для первой — воспитанием, для второй — обучением, для третьей и четвертой — наследственностью, в известной мере модифицируемой тренировкой.

Изучение индивидуальных психологических особенностей сексологического больного (п. 15 стандартной карты сексологического обследования мужчин) предусматривает выяснение характеристик личности как в порядке хронологического их становления, так и во всем диапазоне их проявления (от врожденных свойств темперамента до приобретенных доминирующих мотиваций и ценностных ориентаций личности). Комплексное изучение личности больного сочетает традиционные приемы индивидуально-биографического обследования с методами структурированного интервьюирования, разработанными социальной психологией. В случаях, когда разделы «Индивидуальные черты характера», «Учеба», «Военная служба», «Социальное продвижение» и таблица невротических проявлений наводят на мысли о наличии психопатических черт или психических нарушений, установление типа ВНД не производится. Во всех других случаях для определения темперамента (типа ВНД) оцениваются характеристики возбудительного и тормозного нервных процессов (табл. 15), их взаимная уравновешенность (табл. 16) и подвижность (табл. 17)

Практически, если оценивать последовательно силу возбуди-

Таблица 15

Критерии силы и слабости основных нервных процессов

Процесс	Сила (+)	Слабость (—)
Возбудительный (а)	Работоспособность Активность, инициативность, самостоятельность, умение отстаивать собственное мнение	Утомляемость Пассивность, уступчивость, подчиняемость
	Административные и организаторские способности, склонность командовать другими Смелость, уверенность Выносливость к тяжелым переживаниям, способность продуктивно работать в неблагоприятных условиях	Склонность действовать по готовой инструкции Робость, нерешительность Поиски поддержки и сочувствия у окружающих, зависимость продуктивности работы от наличия благоприятных условий
Тормозной (б)	Умение ждать, выслушивать других, обдуманно отсрочивать выполнение замысла	Явления беспокойства и дезорганизации поведения при необходимости ждать
	Способность переносить боль, жажду, голод и другие лишения	Непереносимость боли, жажды, голода и других лишений
	Сдержанность в выражении чувств и эмоций	Повышенная аффективность, неконтролируемые эмоциональные реакции, чрезмерные жесты и мимика

Таблица 16

Критерии уравновешенности и неуравновешенности основных нервных процессов

Уравновешенность (+)	Неуравновешенность (—)
Сохранение адекватности поведения в неожиданной, сложной и устрашающей обстановке	Тормозимость или паническое поведение в неожиданной обстановке
Сохранение эмоционального равновесия и чувства юмора при жизненных неприятностях	Гневливость или склонность впадать в уныние при жизненных неприятностях
Устойчивый, ровный фон настроения	Частые беспричинные смены настроения
Способность к длительной концентрации произвольного внимания	Неустойчивость произвольного внимания, легкая отвлекаемость, рассеянность, суетливость, неустойчивость сна

Критерии подвижности и торпидности основных нервных процессов

Подвижность (+)	Торпидность (—)
<p>Быстрое привыкание к новой обстановке (к новому жизненному стереотипу), легкая приспособляемость к новым условиям (быта, работы, семейного и материального положения)</p> <p>Положительная эмоциональная реакция на основные жизненные перемены (начиная с детства)</p> <p>Способность легко приобретать новые вкусы, потребности, интересы и увлечения и легко отказываться от вредных привычек</p> <p>Легкая смена эмоций и настроений</p> <p>Подвижность моторики, речевой артикуляции и мышления, легкость и быстрота овладения новыми навыками в процессе обучения</p> <p>Быстрота принятия оперативных решений, легкость перехода от замысла к его воплощению</p> <p>Быстрота засыпания и пробуждения, сон освежает и приносит бодрость</p>	<p>Медленное привыкание к новой обстановке, затрудненная и медленная приспособляемость к меняющимся условиям (даже лучшим) быта, работы и т. д.</p> <p>Отрицательная эмоциональная реакция на основные жизненные перемены</p> <p>Консерватизм, противостояние капризам моды и приобретению новых интересов, упорство в сохранении приобретенных в прошлом привычек (в том числе вредных)</p> <p>Застывание на малосущественных переживаниях</p> <p>Замедленность моторики, речи и мышления</p> <p>Затяжная фаза «рефлексии» с бесконечными колебаниями и длительной борьбой мотивов</p> <p>Медленность засыпания и пробуждения, после сна медленно проходящее ощущение упадка сил</p>

тельного и тормозного процессов, а затем уравновешенность и подвижность, легче всего определяется **меланхолический** тип. Установление постоянного фона конституциональной слабости возбуждательного процесса по сути дела сразу же решает вопрос, так как меланхолик является единственным типом, характеризующимся слабостью возбуждательного процесса (табл. 18); остальные показатели, которые при этом типе могут варьировать в довольно широких пределах, на установление типа уже не влияют.

При установлении принадлежности к **холерическому** типу решающим будет выявление врожденной слабости торможения, которая, как правило, коррелирует с неуравновешенностью при достаточно высокой подвижности.

В случаях, когда все три первых качества определяются положительно (что исключает меланхолический и холерический типы), приходится проводить окончательную дифференцировку между **сангвинистическим** и **флегматическим** типами, характеризую-

Таблица 18

Характеристика основных нервных процессов при различных температурах

Качества основных нервных процессов	Их проявления	Типы ВНД			
		меланхолический	холерический	сангвинический	флегматический
Сила возбуждительного процесса	Настойчивость, выносливость и др. (см. табл. 15, а)	—	+	+	+
Сила тормозного процесса	Терпеливость и др. (см. табл. 15, б)	+	—	+	+
Уравновешенность	Уравновешенность и др. (см. табл. 16)	±	—	+	+
Подвижность	Отходчивость переключаемость и др. (см. табл. 17)	±	±	+	—

Примечание. Пунктир отделяет кардинальные для данного типа признаки от второстепенных, (+) наличие положительного варианта, (—) — наличие отрицательного варианта; (±) — чаще положительный вариант, но возможен и отрицательный; (±) — чаще отрицательный, но возможен и положительный вариант

щимися силой возбуждательного и тормозного процессов, и их уравновешенностью (табл. 18) Критерием для решения этого вопроса служит оценка подвижности нервных процессов.

Техническая маркировка полученных данных облегчается нанесением на основную сетку этапных результатов, приведенных в табл 15—17, в виде овалов:

Меланхолик (М) Холерик (Х) Сангвиник (С) Флегматик (Ф)

М	Х	С	Ф
⊖	+	+	+
+	—	+	+
—	—	+	+
±	+	+	—

М	Х	С	Ф
—	⊕	+	+
+	⊖	+	+
—	⊖	+	+
—	+	+	—

М	Х	С	Ф
—	⊕	+	+
+	—	⊕	+
—	—	⊕	+
±	+	⊕	—

М	Х	С	Ф
—	⊕	+	+
+	—	⊕	+
—	—	⊕	+
±	+	+	⊖

Пользование предлагаемой схемой при дополнительной опоре на непосредственную оценку речевых и двигательных реакций пациента, получаемых врачом в ходе обследования, а также при выявлении наиболее характерной для обследуемого эмоциональной направленности по П. В. Симонову (1970): ярости для холерика, грусти — для меланхолика, лучезарной веселости — для сангвиника и олимпийского спокойствия — для флегматика, позволяет в большинстве случаев выносить обоснованное клиническое суждение о типовой принадлежности темперамента обследуемого.

Принадлежность к художественному, среднему или мыслительному типу маркируется выделением соответствующего определения подчеркиванием либо знаками V или +.

Для установления количественного соотношения основных темпераментов (типов ВНД) среди практически здоровых людей Г. С. Васильченко, Г. Г. Воробьев и Ю. А. Решетняк, проведя тестирование 300 участников семинара по документалистике, получили следующие результаты: среди мужчин сангвиники составили 11,5%, флегматики — 22,5%, холерики — 29,5%, меланхолики — 36,5%, среди женщин — сангвиники — 12,5%, флегматики — 19,5%, холерики — 24,5%, меланхолики — 43,5%.

Определение особенностей психических процессов (памяти, внимания и др.), т. е. параметров третьей подструктуры, у сексологических больных не производится, так как они в подавляющем большинстве половых расстройств решающей роли не играют. В тех случаях, когда эти процессы нарушаются, их идентифицируют на уровне психопатологических синдромов.

Интегральная характеристика второй подструктуры (опыт) складывается из сведений, отражающих социальную зрелость, жизненный опыт, навыки и профессиональную выучку обследуемых, документируются возраст, образовательный индекс (количество лет обучения, начиная со школы; так, для пациента, обучавшегося 10 лет в школе, 3 года в техникуме, 5 лет в вузе и 3 года в аспирантуре, индекс равняется 21), культивируемые виды спорта, профессия, занимаемая должность и динамика социального продвижения.

Подраздел «Военная служба» в некоторых случаях облегчает выявление маскируемых обследуемыми психопатических проявлений.

Однако из всех четырех подструктур психологических особенностей обследуемого наибольшее значение для сексопатолога имеет характеристика первой подструктуры — направленности личности. В ходе клинико-физиологических исследований, проведенных в последнее время, установлено, что субстратом наиболее существенных общих свойств нервной организации являются системы мотивации, в частности мотивационно-эмоциональные аспекты личности и в первую очередь — ее *ценностные ориентации*.

Наряду с традиционной классификацией ценностей соответственно сферам общественной жизни (религиозные, этические, эстетические, экономические и др.) существует другой аспект рассмотрения ценностей. Для сексолога наиболее важный аспект функциональный, выделяющий ту роль, которую ценности играют в поведении (в данном случае ценности как мотивы для выбора из имеющихся альтернатив действия). При этом подчеркивается роль ценности как организатора действия и, таким образом, ценность выступает как интегрирующий элемент, отражающийся в установках и направленности личности.

В существующей системе иерархии ценностей одна или несколько ценностей определяют все остальные. Например, если на вершине иерархии располагается ценность жизни, то, следовательно, будут ценны здоровье, рождение и т. д., а если на вершине — творчество, то наиболее ценными будут новизна, оригинальность, вдохновение и т. д. Главное же, что высшей ценностью не будут пренебрегать ради низших.

В применяемой методике обследования **направленность личности** (первая подструктура) идентифицируется по *доминирующей мотивации, шкале ценностных ориентаций и характеристике использования свободного времени (досуга)*

В подразделе «Доминирующая мотивация» карты сексологического обследования горизонтальной стрелкой слева от соответствующей цифры обозначается та мотивация, ради которой обследуемый при необходимости выбора жертвует другими. Определяя уровень доминирующей мотивации, подчас нет необходимости прибегать к словесной коммуникации: так, второй уровень в подавляющем большинстве случаев устанавливается по таким объективным аксессуарам престижности, как костюм по самой последней моде, дамская прическа у представителя мужского пола, дымчатые «светозащитные» очки (носимые и в дождь, и в ведро) и чемодан-портфель «дипломат»

В подразделе «Шкала ценностных ориентаций» цифрами от 1 до 5 обозначаются в порядке убывающей значимости те ценности, которые в жизни пациента составляют его работа, здоровье, устройство быта, культурные интересы, сексуальная сфера и хобби.

Характеристика использования досуга в карте сексологического обследования обозначается следующим образом: двумя чертами подчеркивают тот вид использования свободного времени, который обследуемый всегда предпочитает; одной чертой — тот вид, который диктуется обстоятельствами (уступка близким людям, стремление не отстать и т. д.), и не подчеркивают ту разновидность, которой обследуемый чаще пренебрегает

В заключение необходимо подчеркнуть, что структура личности не фатально предопределенная сумма унаследованных генетических свойств, а интегральный сплав наследственных свойств и всего образа жизни человека. Проводя сексологическое обследование, сексопатолог прежде всего обязан установить, какое место среди других интересов обследуемого занимает сексуальная сфера. Один человек может полностью подавить эту сторону своего существования, как Исаак Ньютон, подчинивший всю свою жизнь безраздельному служению науке; другой же, болезненно гипертрофируя роль сексуальности, придает ей значение самодовлеющей амбиции.

Однако идентифицируя относительную значимость и качественную характеристику сексуальной сферы в системе индивидуальных ценностей личности, сексопатолог не должен ограничиваться изолированным рассмотрением этой сферы, «вырывать» ее из контекста всей системы взглядов и установок личности, ибо это чревато опасностью допущения как диагностических, так и психологических просчетов.

4.5.1. Исследование межличностных отношений у сексологических больных

В ходе сексологического обследования часто возникает необходимость сопоставления индивидуальных особенностей мужа и жены, прежде всего в аспекте их психологической совместимости. Если рассматривать возможные варианты на элементарном уровне — уровне четвертой подструктуры, то можно ожидать, что из однотипных сочетаний наиболее благоприятным окажется наличие у мужа и жены сангвинического или флегматического темперамента и наименее благоприятным — столкновение двух холериков. В свою очередь можно ожидать, что из разнотипных сочетаний неуравновешенность холерического темперамента у одного из супругов будет компенсирована покладистостью флегматика или чувством юмора сангвиника. Поскольку, однако, психологическая несовместимость произрастает на почве многих личностных особенностей, сексопатолог оказывается перед необходимостью выбора методики, наиболее адекватно выявляющей черты индивидуальной несовместимости и отвечающей специфике сексологических расстройств.

Наиболее адекватным в этом отношении представляется тест на основе модифицированной методики многоаспектной квантификации межличностных отношений Лири [Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А., 1972]. Особенностью методики является то, что каждый обследуемый (обследуемая) при заполнении опросника характеризует наличие тех или иных психологических качеств у самого себя, у супруги, у своего отца, у своей матери, а также отмечает те качества, которыми он сам хотел бы обладать, качества, которые хотел бы видеть у своей супруги, и наконец, выделяет черты, которыми, по его представлению, супруга должна характеризовать его самого. Тем самым рассматриваемая методика обеспечивает интерпретацию как в клиническом, так и в микросоциальном плане, характеризуя, например, наряду со степенью выраженности контактных свойств личности ее уровни притязаний, индивидуальные экспектации и т. д., и из широкого набора ожидаемых и имеющихся в действительности резонирующих и диссонансных линий взаимодействия характеризует микросоциальный климат в семье, а в ряде случаев, проливая свет на ранние этапы развития, позволяет выявить психосоциальные этиологические факторы различных деформаций личности (например, наличие властной деспотичной матери и робкого слабовольного отца). Таким образом, описываемая методика определяет зоны сильнейших конфликтов и в то же время является многоаспектной.

Ниже представлена тест-карта по исследованию межличностных отношений, заполненная по 4 аспектам (I—IV) одним из больных.

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определен- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
1. Другие думают о нем благосклонно			+				
2. Производит впечатление на окружающих	+	+		+			
3. Умеет распоряжаться, приказывать		+	+				
4. Умеет настоять на своем		+	+				
5. Обладает чувством достоинства	+	+	+	+			
6. Независимый		+					
7. Способен сам позаботиться о себе		+	+				
8. Может проявить безразличие							
9. Способен быть суровым		+	+				
10. Строгий, но справедливый		+					
11. Может быть искренним	+	+					
12. Критичен к другим	+	+	+				
13. Любит поплакаться		+					
14. Часто печален							

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
15. Способен прояв- лять недоверие	+			+			
16. Часто разочаро- вывается							
17. Способен быть критичным к себе	+	+		+			
18. Способен при- знать свою не- правоту							
19. Охотно подчиня- ется				+			
20. Уступчивый	+			+			
21. Благодарный							
22. Восхищающийся и склонный к подражанию							
23. Уважительный		+					
24. Ищущий одобре- ния	+		+	+			+
25. Способный к со- трудничеству, взаимопомощи	+	+	+	+			
26. Стремится ужить- ся с другими	+						
27. Дружелюбный, доброжелатель- ный	+			+			
28. Внимательный и ласковый	+			+			

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
29. Деликатный				+			
30. Ободряющий							
31. Отзывчивый к призывам о по- мощи		+	+				
32. Бескорыстный	+			+			
33. Способен вызы- вать восхищение		+					
34. Пользуется у других уважени- ем		+	+				
35. Обладает талан- том руководителя		+	+				
36. Любит ответст- венность			+				
37. Уверен в себе							
38. Самоуверен и на- порист			+				
39. Деловитый, прак- тический		+		+			
40. Любит соревно- ваться							
41. Стойкий и крутой, где надо		+					
42. Неумолимый, но беспристрастный		+					
43. Раздражитель- ный							

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
44. Открытый и пря- молинейный	+	+	+				
45. Не терпит, чтобы им командовали							
46. Скептичен							
47. На него трудно произвести впе- чатление							
48. Обидчивый, ще- петильный							
49. Легко смущается				+			
50. Неуверенный в себе				+			
51. Уступчивый				+			
52. Скромный				+			
53. Часто прибегает к помощи других							
54. Очень почитает авторитеты							
55. Охотно принима- ет советы	+						
56. Доверчив и стре- мится радовать других	+		+				
57. Всегда любезен в обхождении	+						
58. Дорожит мнени- ем окружающих	+						

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
59. Общительный и уживчивый	+	+					
60. Добросовестный	+			+			
61. Добрый, вселяю- щий уверенность	+			+			
62. Нежный и мягко- сердечный	+			+			
63. Любит заботить- ся о других							
64. Бескорыстный, щедрый							
65. Любит давать со- веты	+	+	+				
66. Производит впе- чатление значи- тельности		+	+				
67. Начальственно- повелительный		+	+				
68. Властный		+	+				
69. Хвастливый							
70. Надменный и са- модовольный							
71. Думает только о себе							
72. Хитрый и расчет- ливый							
73. Нетерпим к ошиб- кам других							

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
74. Свокорыстный							
75. Откровенный	+						
76. Часто недруже- любен			+				
77. Озлобленный							
78. Жалобщик							
79. Ревнивый							
80. Долго помнит обиды							
81. Самобичую- щий							
82. Застенчивый				+			
83. Безынициатив- ный							
84. Кроткий				+			
85. Зависимый, неса- мостоятельный							
86. Любит подчинять- ся							
87. Предоставляет возможность дру- гим принимать решения	+			+			
88. Легко попадает впросак							
89. Легко поддается влиянию друзей							

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определен- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
90. Готов довериться любому							
91. Благорасположен ко всем без раз- бора	+						
92. Всем симпатизи- рует	+						
93. Прощает все				+			
94. Переполнен чрез- мерным сочувст- вием	+						
95. Великодушен и терпим к недо- статкам	+			+			
96. Стремится покрови- тельствовать	+						
97. Стремится к ус- пеху		+					
98. Ожидает восхи- щения от каждо- го			+				
99. Распоряжается другими		+	+				
100. Деспотичный		+	+				
101. Сноб (судит о людях по рангу и достатку, а не по личным качест- вам)	+						

Ф И О Дата Поставьте знак + против тех определе- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
102. Тщеславный			+				
103. Эгоистичный							
104. Холодный, чер- ствый							
105. Язвительный, на- смешливый			+				
106. Злой, жестокий			+				
107. Часто гневлив			+				
108. Бесчувственный, равнодушный			+				
109. Злопамятный							
110. Проникнут духом противоречия							
111. Упрямый			+				
112. Недоверчивый и подозрительный							
113. Робкий				+			
114. Стыдливый							
115. Отличается чрез- мерной готовно- стью подчиняться				+			
116. Мягкотелый							
117. Почти никогда и никому не возра- жает							

Ф. И. О. Дата Поставьте знак + против тех определен- ний, которые соответ- ствуют характеристике (если нет полной уве- ренности, знак + не ставьте)	Я	Каким я хо- тел бы быть?	Моя жена	Мой идеал жены	Я в мнении жены	Мой отец	Моя мать
	I	II	III	IV	V	VI	VII
118. Навязчивый							
119. Любит, чтобы его опекали							
120. Чрезмерно довер- чив							
121. Стремится снис- кать расположе- ние каждого							
122. Со всеми согла- шается							
123. Всегда дружелю- бен	+		+				
124. Всех любит							
125. Слишком снисхо- дителем к окру- жающим							
126. Старается уте- шить каждого	+						
127. Заботится о дру- гих в ущерб себе	+						
128. Портит людей чрезмерной доб- ротой							

В предлагаемой анкете вопросы группируются в 8 октант отражающих различные психологические профили:

1-я октанта — вопросы 1—4, 33—36, 65—68 и 97—100.

2-я октанта — вопросы 5—8, 37—40, 69—72 и 101—104.

3-я октанта — вопросы 9—12, 41—44, 73—76 и 105—108.

4-я октанта — вопросы 13—16, 45—48, 77—80 и 109—112.

5-я октанта — вопросы 17—20, 49—52, 81—84 и 113—116.

6-я октанта — вопросы 21—24, 53—56, 85—88 и 117—120.

7-я октанта — вопросы 25—28, 57—60, 89—92 и 121—124.

8-я октанта — вопросы 29—32, 61—64, 93—96 и 125—128.

Октанты заключают в себе качества, которые характеризуют следующие психологические тенденции: 1) тенденцию к лидерству — властность — деспотичность; 2) уверенность в себе — самоуверенность — самовлюбленность; 3) требовательность — непримиримость — жестокость; 4) скептицизм — упрямство — негативизм; 5) уступчивость — кротость — пассивную подчиняемость; 6) доверчивость — послушность — зависимость; 7) добросердечие — несамостоятельность — чрезмерный конформизм; 8) отзывчивость — бескорыстие — жертвенность.

Если первая степень качества в каждой тенденции характеризует адаптивный вариант (тенденция к лидерству, уверенность в себе, требовательность, скептицизм, уступчивость, доверчивость, добросердечность, отзывчивость), то усугубление соответствующей линии до третьей степени представляет вариант дезадапционный (деспотичность, самовлюбленность, жестокость, негативизм, пассивная подчиняемость, зависимость, чрезмерный конформизм, жертвенность).

При обработке тест-карты подсчитывают количество положительных ответов в каждой из 8 октант (с записью соответствующих числовых данных по каждому из исследуемых аспектов во вспомогательную таблицу).

Ниже приведен пример заполнения вспомогательной таблицы (аспекты I, II, III и IV — по анкете, заполненной мужем, V и VI — по анкете, заполненной женой).

Октанты	Аспекты					
	I	II	III	IV	V	VI
1	2	13	13	1	10	1
2	2	4	4	2	4	2
3	4	7	8	0	5	3
4	1	1	1	1	2	2
5	2	1	0	11	1	2
6	4	1	2	3	3	5
7	11	3	1	4	2	9
8	8	1	1	6	1	12

На следующем этапе полученные цифры откладывают в соответствующем секторе круга (максимальный радиус которого 16 единиц) и внутреннюю часть полученного сектора заштриховывают. При этом вычерчивают отдельную диаграмму на каждый из исследованных аспектов («я», «каким я хотел бы быть», «моя жена» и т. д.). На рис. 8 показаны образцы диаграмм, полученные при исследовании по шести аспектам межличностных отношений супругов Д. Заключительным этапом является клиническая интерпретация полученных данных. После обработки анкет сделаны следующие выводы:

1) в личностном облике пациента (диаграмма I) акцентируются такие качества, как несамостоятельность (7-я октанта — 11 баллов) и бескорыстие (8-я октанта — 8 баллов), 2) в своем пред

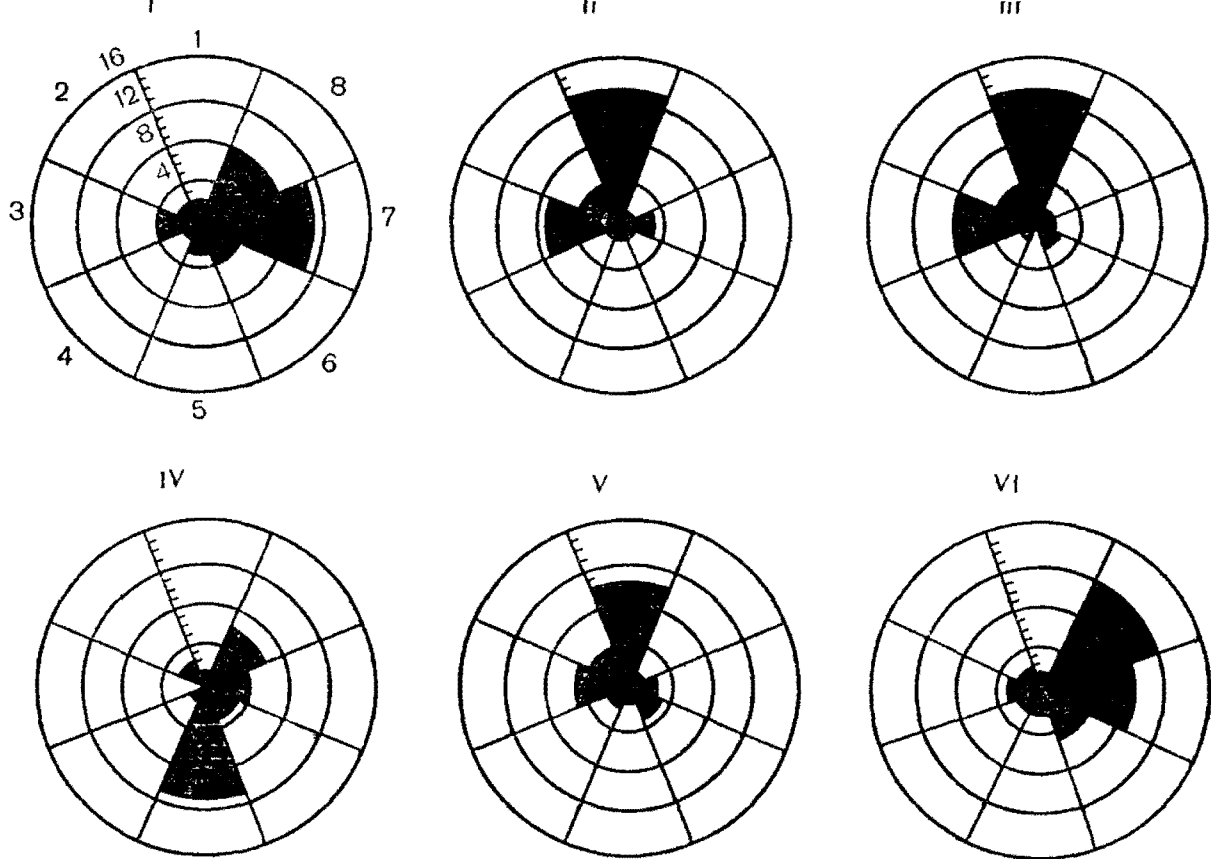


Рис. 8. Диаграммы исследования по шести аспектам межличностных отношений супругов Д. (I — IV — по показаниям мужа, V, VI — по показаниям жены)
 I — самохарактеристика мужа, II — аспект «Каким я хотел бы быть», III — «Моя жена» (по характеристике мужа), IV — идеальная жена по представлению мужа, V — самохарактеристика жены, VI — «Мой муж» (по характеристике жены), 1—8 сектора (октанты), 4—16 степень выраженности психологического качества

ставлении идеального мужчины (диаграмма II) он проявляет критическое отношение к чертам своего характера хотел бы быть властным (1-я октанта — 13 баллов) и непримиримым (3-я октанта — 7 баллов), 3) жена пациента в его интерпретации (диаграмма III) отличается чертами повелительности, властности (1-я октанта 13 баллов), непримиримости и эгоизма (3-я октанта — 8 баллов); 4) идеальными качествами женщины больной считает (диаграмма IV) кротость (5-я октанта — 11 баллов) и отзывчивость (8-я октанта — 6 баллов); 5) жена в ответах на вопросы о себе (диаграмма V) подтверждает сведения, данные о ней мужем, т. е. властность (1-я октанта — 10 баллов) и непримиримость (3-я октанта — 5 баллов), 6) муж в восприятии жены (диаграмма VI) выглядит еще более бескорыстным, чем он сам о себе думает (8-я октанта 12 баллов), и столь же несамостоятельным (7-я октанта 9 баллов), 7) сопоставив ответы мужа по заданию «я» и «каким я хотел бы быть», можно сделать заключение о комплексе неполноценности, некоторой ущербности, не доходящей, однако, до степени невротичности (отношение суммы положительных ответов по 1-й, 2-й, 7-й, 8-й октантам к сумме положительных ответов по 3-й, 4-й, 5-й, 6-й октантам равно примерно 2); 8) сравнивая личностные диаграммы мужа и жены, обнаруживаем чрезмерный

конформизм мужа и властность жены, что является наряду с другими данными основанием для формулировки окончательного диагноза: дисгармония семейных отношений, в основе которой лежат фрустрированные межличностные экспектации и предположительная фригидность жены; дизритмия половой активности с развитием у мужа абстинентной формы ускоренной эякуляции, осложнившейся хроническим простатитом.

Наиболее распространенные варианты диаграмм: 1) симметричный (обычно у синтонных личностей с четкими целевыми установками); 2) субмиссивный (с преимущественным акцентом на чертах 5-й октанты); 3) доминантный (с преимущественным расположением качеств в 1-й октанте).

4.6. Объективное обследование сексологического больного

Особенностью объективного обследования сексологического больного является применение широкого круга специализированных методов, специфических для ряда медицинских дисциплин (невропатологии, психиатрии, урологии и др.). Это обуславливает те трудности, которые возникают перед сексопатологом, когда он приступает к объективному обследованию. С одной стороны, невозможно начинать какие бы то ни было лечебные мероприятия, не собрав объективных данных о состоянии внутренних органов, эндокринной сферы и уrogenитального аппарата обследуемого, не опираясь на объективную невропатологическую симптоматику и квалифицированное психиатрическое обследование. С другой стороны, можно ли требовать от сексопатолога владения методами обследования, присущими нескольким дисциплинам (психиатрии, невропатологии, урологии и др.), памятуя, что овладение даже одним методом требует упорного и длительного труда?

Как свидетельствует опыт, не вызывающие сомнений функциональные отклонения, обусловленные поражениями нейрогуморальной составляющей, большинством эндокринологов не распознаются, так же как большинство невропатологов не обнаруживают объективной неврологической симптоматики при синдроме парацентральных долек. Столь же мало подготовленными к выявлению специфических для сексуальных расстройств функциональных отклонений оказываются и представители других смежных специальностей.

Для преодоления этих трудностей в каждой из пограничных дисциплин предварительно отбирают необходимый минимум признаков, без опоры на которые невозможна постановка сексологического диагноза. При этом сексопатолог избавляется от необходимости усваивать те теоретические сведения и практические навыки, которые ему в повседневной работе не понадобятся. Многолетний опыт развития структурного анализа половых расстройств уже произвел необходимую селекцию, и, например, из урологических методов исследования на долю сексопатолога остался только совершенно необходимый минимум, связанный с патологией предстательной железы и уретры, однако в овладении этим минимумом сексопатолог обязан добиться высокого профессионального уровня.

4.6.1. Сексологическая антропометрия

У многих сексологических больных при очень тщательном объективном исследовании не удается выявить четкой патологической симптоматики, и лишь у незначительного числа пациентов эти симптомы выявляются значительно позже, чаще тогда, когда сексологические нарушения оттесняются, например, таким проявлением, как падение зрения в фазе развития застойных сосков в связи с нарастанием внутричерепного давления. Вот почему в диагностике сексологических расстройств особую ценность приобретают те объективные показатели, которые позволяют характеризовать не только патологические отклонения, но и нормальные варианты. К числу таких двунаправленных сексологических показателей, характеризующих как патологию, так и норму, относятся прежде всего данные антропометрии.

Сексологическая антропометрия, развивающаяся на основе общей клинической антропометрии, вместе с тем имеет свою специфику, адекватную тем особым задачам, с которыми встречается сексопатолог

4.6.1.1. Морфограмма

Использование данных клинической антропометрии в сексологической практике на первом этапе ее развития осуществлялось путем прямого переноса готовых приемов и схем, выработанных для нужд других медицинских специальностей, чаще всего эндокринологии. При этом предпочтение получали менее трудоемкие схемы. Так, схема М. Я. Брейтмана (1949), предусматривающая измерение пятнадцати самостоятельных сегментов, в сексологической практике не привилась. Учитывая ограниченность времени, которое может уделить на клиническое обследование больного врач-практик, приходилось искать компромиссные решения, отдавая предпочтение тем методам, которые при меньшей затрате времени позволяли все же получить необходимый минимум данных, наиболее адекватно отвечающий специфике тех поражений, с которыми чаще приходится встречаться в данной специальности. В сексологической практике наиболее широкое распространение получила методика морфограмм, предложенная J. Decourt и J. Doumic (1950). По этой методике измеряются пять параметров: 1) рост; 2) высота ноги (от верхнего края симфиза или верхнего края большого вертела до площади опоры), 3) окружность грудной клетки (в промежуточной позиции между вдохом и выдохом: у мужчин — на уровне нижней границы сосков и нижних углов лопаток, у женщин — под молочными железами на уровне мечевидного отростка и нижних углов лопаток), 4) бигумеральная (межплечевая) дистанция (тазомером без нажима определяют расстояние между наиболее выступающими поверхностями дельтовидных мышц), 5) межвертельная дистанция (*distantia intertrochanterica*)

На основании произведенных измерений J. Decourt и J. Doumic выделили нормальные половые биотипы — мужской и женский (рис. 9). Для выявления гормональных расстройств, происходящих в периоды, предшествующие наступлению половой зрелости и искажающие нормальное соматополовое развитие (что отражается на пропорциях измеряемых сегментов тела), они предложили стандартную

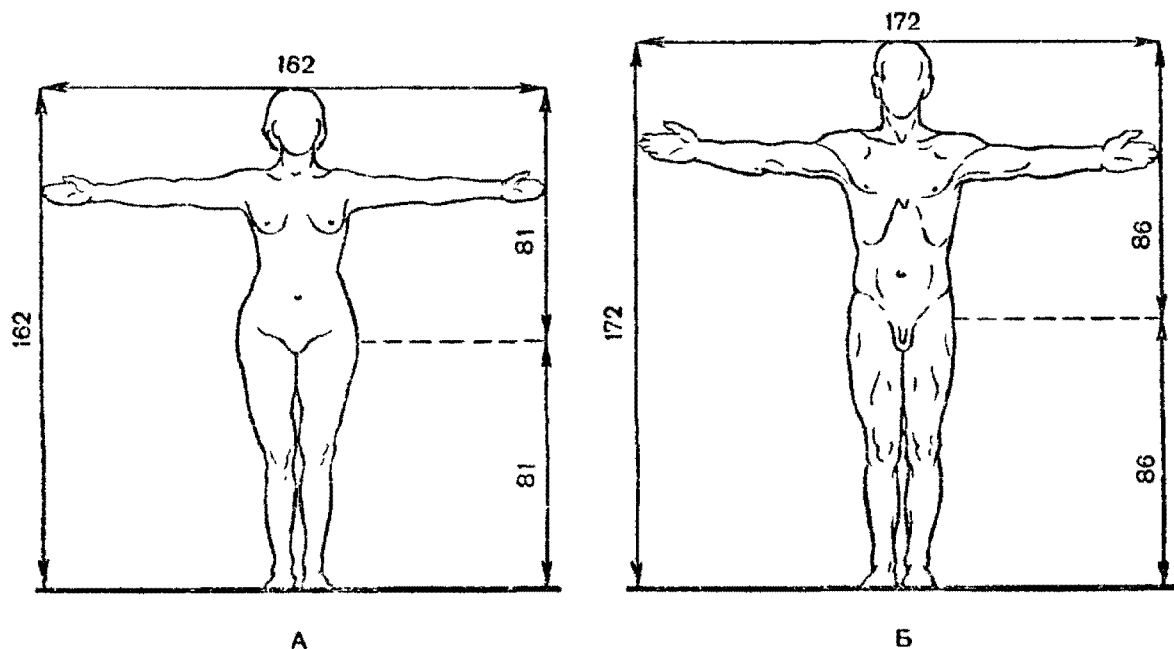


Рис. 9. Биотип женщины (А) и биотип мужчины (Б) по Ж. Декуру и Ж. Думику. Длина верхней части тела (границей является линия, соединяющая оба вертела, — *distantia intertrochanterica*) равна длине нижней половины. Размах рук равен длине тела.

сетку морфограммы (со следующей последовательностью названных выше параметров: 3—2—1—5—4).

Проведенные Э. Подляской и Л. Здункевич (1961) контрольные исследования показали, что данные, получаемые при обследовании жителей Польши, отличаются от данных, полученных французскими антропологами. В свою очередь опыт использования Всесоюзным научно-методическим центром по вопросам сексопатологии обеих сеток (французской — в течение 4 лет и польской — в течение года) выявил ряд их недостатков (неадекватность цен деления на шкале окружности грудной клетки, несогласованность отдельных шкал и т. д.) и заставил отказаться от них. На основании сигмального распределения основных антропометрических показателей при сохранении порядка расположения параметров была построена собственная сетка (см. п. 16 стандартной карты сексологического обследования).

4.6.1.2. Трохантерный индекс как один из важнейших объективных показателей предьстории полового развития индивидуума

Морфограмма в большинстве случаев дает развернутую и наглядную характеристику пропорций тела, сложившихся к завершению периода пубертатного развития. Однако при значительной трудоемкости получения исходных данных и построения морфограммы оценка выявляемых с ее помощью отклонений оставляет широкий простор для различных истолкований, носит описательный характер и не позволяет непосредственно обработать полученные этим методом групповые данные с помощью математической статистики. Вот почему в 1967 г. в сексологическом обследовании был особо выделен ТИ, который отражает отношение роста обследуемого к высоте его ноги.

Теоретическим основанием для выделения трохантерного индекса послужило учение о периодичности роста человеческого организма в стадии формирования. Рост тотальных размеров тела, определяемый прежде всего ростом скелета, подчиняется закону чередований, согласно которому, когда одна часть тела находится в периоде усиленного роста, другая переживает фазу относительного покоя. Н. П. Шаповальников (1927) дал следующую схематическую, но легко запоминаемую формулировку общего роста организма: «В препубертатном периоде рост увеличивается удлинением ног, в следующем непосредственно за ним пубертатном удлинением торса. Помимо быстрого роста в раннем периоде (удвоение к 5 годам), отмечается второе ускорение его в препубертатном периоде (удвоение к 15 годам), тогда как в пубертатном выступает увеличение роста в ширину»

Позже В. В. Бунак (1941) выявил основную закономерность динамики межсегментарных отношений: на всем протяжении фетального, младенческого, детского и I стадии пубертатного периодов длина конечностей увеличивается быстрее длины осевого скелета, с переходом же во II стадию пубертатного периода увеличивается скорость роста корпуса в длину, и градиент роста сменяет дистальное направление на проксимальное. Смена эта происходит однократно.

Работы Б. Н. Клосовского и его учеников (1956, 1968 и др.) показали, что нормальное развитие (т. е. реализация генетического фонда прежде всего видовых параметров, обладающих значительной консервативностью) подвержено как индивидуальным наследственным, так и средовым влияниям, которые нередко эту видовую устойчивость изменяют. Тщательная разработка приемов остеометрии и рентгеноостеографии нашли широкое применение в клинической и судебно-медицинской практике. В то же время наряду с разработкой нормативных межсегментарных соотношений и индексов изучается влияние различного рода внешних воздействий, от измененных механических нагрузок до патологических процессов, извращающих и деформирующих нормальный прогенез в понижении Б. Н. Клосовского. Из приведенных работ [Бунак В. В., 1954, 1960] вытекают два вывода, имеющих особо важное значение для сексологической антропометрии:

1. Диаэпифизарная зона, как правило, не реагирует на механические стимулы, и **относительная длина сегментов конечностей составляет существенный видовой признак**, который едва ли может быть поставлен в зависимость от случайных колебаний механической нагрузки скелета у отдельных индивидуумов.

2. Регуляция деятельности ростовой зоны осуществляется нейротрофическими и гормональными воздействиями и в первую очередь специфическими продуктами обмена, так называемыми ростовыми веществами.

Из широкого спектра гормонов, влиянию которых на формирование скелета посвящена монография Д. Г. Рохлина (1936), особого внимания заслуживают половые гормоны. При недостаточности эстрогенов в пубертатном возрасте задерживается энхондральное окостенение и на неопределенные сроки затягивается хондропластический рост; зоны роста при этом остаются открытыми, уменьшается минерализация костной ткани. При введении андрогенов усиливается энхондральное окостенение и хондропластический рост кости. Повышение уровня андрогенов тормозит пролиферацию хрящевой ткани и стимулирует ее оссификацию, дефицит гормонов приводит к задержке процессов окостенения.

Наряду с экспериментальными исследованиями влияния половых гормонов на рост скелета проводится изучение патологических изменений формирования костной системы, в частности при инфантилизме, зубной болезни, церебругипофизарном нанизме, дисгенезии гонад, синдроме Клайнфелтера, мужском гипогонадизме, врожденной дисфункции коры надпочечников и ряде других эндокринных расстройств.

Следует, однако, подчеркнуть, что особо важное значение данные сексологической антропометрии приобретают отнюдь не в случаях симптоматических, вторичных нарушений пубертатного развития надпочечникового, гонадного и экзогенно-медикаментозного, а также и церебрального генеза. В подобных случаях, проявляющихся грубой патологической симптоматикой у лиц детского возраста, чаще всего обеспечивается квалифицированная помощь со стороны эндокринологов, невропатологов и хирургов. Эти случаи для сексопатолога представляют главным образом академический интерес.

Специфические же трудности в практике сексопатолога возникают часто при клинической оценке значения легких степеней эндокринной недостаточности у взрослых, когда специалист может лишь предполагать наличие нарушений, имевшихся в пубертатном периоде, но не располагает четкими критериями ни для этих доказательств, ни для количественной характеристики степени их нарушений.

Для сексопатолога, наблюдающего пациентов зрелого возраста, важность понимания некоторых частных закономерностей пубертатного периода, представляющего, по меткому определению Е. Mogscher (1968), критическую фазу формирования скелета, в том и заключается, что определенные участки костной системы фиксируют в этом периоде неизгладимые «записи», позволяющие тому, кто научится расшифровывать язык этих знаков, выносить затем, независимо от возраста пациента, суждение о критических перестройках более широкого плана, которые происходят в пору полового созревания.

В. Г. Штефко (1933), подчеркивая значение пубертатного периода для всей последующей жизни индивидуума, показал, что именно в этом периоде закладываются такие особенности будущего организма, которые во многом определяют как тип окончательного соматического телосложения, так и характер ответных реакций на воздействия окружающей среды, присущей данному организму. В основу классификации конституциональных типов В. Г. Штефко положен принцип возрастной эволюции организма с выделением следующих основных групп: 1) нормозволютивной; 2) гипозволютивной; 3) гиперэволютивной; 4) дисэволютивной; 5) патологических конституций.

Для сексопатолога при оценке соматических преморбидных особенностей в ходе структурного анализа особое значение приобретают гипо- и гиперэволютивные типы, представляющие, по мнению В. Г. Штефко, явление не патологического, а биологического, функционального порядка. При этом само понятие конституции превращается из статического в динамическое: например, прослеживается генетическая связь гипозволютивного типа, по мере утяжеления смыкающегося с легкими случаями инфантилизма.

На основании установленных В. В. Бунаком данных была высказана гипотеза [Васильченко Г. С., 1970], что основное направление градиента роста зависит от тех же факторов, которые определя-

ют в конечном счете принадлежность данного индивидуума к тому или иному конституционально-эволютивному типу (по В. Г. Штефко), прежде всего — гипо- или гиперэволютивному. При этом благодаря закону чередований, максимально проявляющемуся именно в пубертатном периоде, результат векторного взаимодействия между интенсивностью роста длинных трубчатых костей конечностей и осевого скелета к моменту закрытия всех ростовых зон (т. е. к концу II стадии пубертатного периода) навсегда фиксирует параметрическую характеристику градиента роста, по В. В. Бунаку, в том соотношении величин различных сегментов скелета, которые затем в подавляющем большинстве случаев сохраняются без изменений на протяжении последующей жизни индивидуума.

В случаях грубой патологии отмеченная закономерность является общепризнанной. В большинстве руководств по эндокринологии можно встретить две фотографии, демонстрирующие относительно короткие конечности при *pubertas praecox* и относительно длинные — при *евнухоидизме*. Эта же закономерность включается как одна из парциальных характеристик и в комплексные профили морфограмм (по М. Я. Брейтману, Ж. Декуру, Ж. Думику и др.).

Задача, поставленная при изучении трохантерного индекса, заключалась в разработке единого количественного показателя, характеризующего конечный результат векторного взаимодействия основных факторов, определяющих течение пубертатного развития, по всей оси от гиперэволютивных типов через нормо- к гипозэволютивным. При этом предполагалось, анализируя весь континуум, разворачивающийся в вариационный ряд с выраженной патологией на крайних его участках, выделить ту его часть, которая характеризует не патологические, а биологические варианты (в понимании В. Г. Штефко).

Определенная часть гипозэволютивных типов, не выходящих за пределы биологических вариантов, растворяется в той части мужского населения, которая совершает свой жизненный путь будучи убежденной в своей принадлежности к сексологической норме, так как или никогда не обращается за сексологической помощью, или обращается за ней только в поздние возрастные критические периоды. Кроме того, эта часть гипозэволютивных типов действительно характеризует хотя и функционально ослабленную, но все же норму (если взять в качестве критерия основной биологический показатель — способность к оплодотворению). В связи с этим было решено исследовать по трохантерному индексу вариационный ряд, составленный из здоровых молодых мужчин такого возраста, когда легкие степени сексуального снижения еще маскируются проявлениями юношеской гиперсексуальности.

С этой целью В. А. Фроловым было проведено антропометрическое обследование 283 военнослужащих в возрасте от 20 до 26 лет (средний возраст 20,5 года). Общими критериями для отнесения обследуемых в разряд здоровых служили факт предварительного их отбора для несения воинской службы в спецподразделениях, а также данные последнего медицинского осмотра, осуществленного группой специалистов различного профиля. В качестве специфических критериев служили отсутствие жалоб на расстройства мочеиспускания и половой сферы, а также достаточная выраженность первичных и вторичных половых признаков (оценивали величину яичек и полового члена, развитие волосяного покрова, диаметры

ареол сосков). Из числа обследованных 202 (71,4%) имели опыт половой жизни, 16 (5,7%) были женаты. При этом отмечен диапазон ТИ 1,84—2,16. При составлении вариационного ряда средняя арифметическая ТИ — М оказалась равной $1,97 \pm 0,03$. Среднее квадратическое отклонение (σ) равнялось 0,056.

На основе полученных данных были рассчитаны сигмальные интервалы по R. Martin и составлена табл. 19, в которой значения пограничных величин были «разведены» (в пределах единицы во втором знаке после запятой).

Таблица 19

Характеристика значений трохантерного индекса у здоровых мужчин по данным сигмального распределения

Общая оценка значений группировок	Заданная ширина интервалов	Рассчитанные величины индексов
Очень высокие	Выше $M + 2,0 \sigma$	$\geq 2,09$
Высокие	Между $M + 1,0 \sigma$ и $M + 2,0 \sigma$	2,04—2,08
Выше средних	Между $M + 0,5 \sigma$ и $M + 1,0 \sigma$	2,01—2,03
Средние	Между $M - 0,5 \sigma$ и $M + 0,5 \sigma$	1,95—2,0
Ниже средних	Между $M - 1,0 \sigma$ и $M - 0,5 \sigma$	1,92—1,94
Низкие	Между $M - 2,0 \sigma$ и $M - 1,0 \sigma$	1,86—1,91
Очень низкие	Ниже $M - 2,0 \sigma$	$\leq 1,85$

Интерпретируя полученные данные, сексопатолог может считать, что величины ТИ в пределах средних значений (1,95—2,00) коррелируют с нормоэволютивным типом, по В. Г. Штефко; величины, входящие в группы **выше средних** (2,01—2,03) и **ниже средних** (1,92—1,94), коррелируют соответственно с гипер- и гипоэволютивными типами биологических (т. е. **нормальных**) вариантов; величины, входящие в группы **высоких** (2,04—2,08) и **низких** (1,86—1,91) значений, располагаются в непосредственной близости к границе нормы; и, наконец, группы с **очень высокими** (2,09 и выше) и **очень низкими** (1,85 и ниже) значениями индекса включают в себя носителей невыявленной патологии пубертатного развития. Последний вывод подтверждается данными построения морфограмм по Ж. Декуру и Ж. Думику, наличием других соматоскопических признаков нарушенного пубертатного развития, а также тем, что из 7 человек, представленных в группе с очень низким трохантерным индексом, 5 никогда не имели эякуляций.

На следующем этапе эти данные были сопоставлены с теми же показателями больных, обратившихся в отделение сексопатологии Института психиатрии МЗ РСФСР.

Показатели, приведенные в табл. 20, дают четкую основную семнологическую характеристику ТИ, заключающуюся в том, что трохантерный индекс не является признаком, отражающим любое поражение нейрогуморальной

Статистические характеристики трохантерного индекса (ТИ) в норме и при различных видах сексуальной патологии

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы величины ТИ		Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, $M \pm m$
	минимальный	максимальный	
Практически здоровые	1,84	2,16	$1,97 \pm 0,003$
I. Все наблюдения с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей:	1,75	2,10	$1,92 \pm 0,004$
а) задержка пубертатного развития неустановленного генеза	1,81	1,99	$1,90 \pm 0,011$
б) первичный ранний гипогонадизм	1,75	1,97	$1,89 \pm 0,009$
в) дизэнцефальные синдромы	1,82	2,10	$1,95 \pm 0,007$
г) все наблюдения после исключения Ia, Ib и Iv с добавлением случаев первичного позднего гипогонадизма	1,76	2,08	$1,91 \pm 0,006$
II Мнимые сексуальные расстройства (все наблюдения)	1,78	2,14	$1,93 \pm 0,005$
а) «чистые»	1,80	2,14	$1,95 \pm 0,006$
б) на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей	1,78	1,98	$1,89 \pm 0,007$

составляющей, как это иногда представляют начинающие сексопатологи. Трохантерный индекс является признаком специфическим, и его отклонения свидетельствуют только о наличии раннего нарушения пубертатного развития, причем опять же не всякого, а прежде всего связанного с патологией гонад. На это указывает тот факт, что наименьшие значения средней арифметической трохантерного индекса встречаются при первичном раннем гипогонадизме, задержках пубертатного развития и нейрогуморально отягощенных случаях мнимых сексуальных расстройств (представляющих, видимо, благоприятно протекающие варианты двух первых форм)

Столь же показателен и тот факт, что из всех форм нейрогуморальных расстройств самое высокое значение средней арифметической трохантерного индекса наблюдается при дизэнцефальных сексологических синдромах. Объясняется это тем, что именно дизэнцефальные синдромы чаще развиваются вторично, после периода нормальной половой активности, под влиянием таких экзогенных вредностей, как инфекции, травмы, интоксикации

(чаще всего алкоголизм). И если при алкоголизме особенности соматического преморбиды оказывают определенное влияние на характер сексологических нарушений и темп их развития, то при травмах и инфекционных поражениях глубоких структур мозга выраженные расстройства половых функций развиваются на любой конституциональной основе. Именно при данной клинической форме, развивающейся в большинстве случаев под влиянием грубых экзогенных воздействий в том периоде, когда организм больного вышел из стадии пубертатного развития, среднее значение ТИ оказывается равным средней величине индекса при «чистых» формах мнимых сексуальных расстройств и очень близким к его среднему значению у практически здоровых.

И наконец, выраженное расхождение средних величин (М) ТИ при разделении всей сборной группы мнимых сексуальных расстройств по признаку соучастия или незаинтересованности нейрогуморальной составляющей, еще раз подтверждая значение многоканальности обеспечения надежности половой функции, убедительно характеризует, с одной стороны, мощность компенсаторных механизмов, а с другой — широкую амплитуду и высокую клиническую «чувствительность» рассматриваемого семиологического признака.

4.6.1.3. Величина полового члена и ее диагностическое значение

Поскольку в большинстве изданий сексологического, антропологического, эндокринологического и урологического профиля авторы ограничиваются крайне скудными и обобщенными характеристиками величины полового члена (нередко используя при этом такие расплывчатые термины, как *микроргенитосомия* и *макроргенитосомия*), в табл. 21 приводятся данные о распределении длины неэрегированного полового члена, полученные во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии при антропометрическом исследовании 1226 взрослых (постпубертатного возраста) мужчин.

Таблица 21

Характеристика длины полового члена (на основании антропометрических исследований 1226 взрослых мужчин)

Общая оценка показателей	Округленные значения (см)
Очень высокие	$\geq 13,1$
Высокие	11,1—13,0
Выше средних	10,1—11,0
Средние	8,6—10,20
Ниже средних	7,6—8,5
Низкие	5,6—7,5
Очень низкие	5,5

Полученная при этом средняя арифметическая ($M \pm m = 9,32 \pm 0,050$ см $\sigma \pm m\sigma = 1,77 \pm 0,036$) очень близка соответствующей величине в группе 18-летних юношей, обследованных Б. М. Семеновым в ходе экспертиз половой зрелости (табл. 22)

Таблица 22

Основные цифровые показатели физического и полового развития мужчины [Семенов Б. М., 1966]

Показатель (см)	Возрасты (годы)				
	14	15	16	17	18
Рост { стоя	160±5,6	164±6,7	168±6,2	169±4,7	169±6,5
{ сидя	84±3,9	84±3,9	87±5,1	87±4,9	89±3,5
Длина полового члена	6,9±1,9	8,6±1,5	8,8±1,3	9,0±1,4	9,1±1,4
Длина яичка { правого	3,7±0,9	4,2±0,9	4,3±0,6	4,5±0,5	4,5±0,5
{ левого	3,8±0,9	4,1±0,9	4,4±0,6	4,5±0,4	4,6±0,3

Однако, так как изолированное измерение длины полового члена выявило лишь крайне нечеткие и слабые корреляции с единичными болезненными формами (прежде всего — с ранним первичным гипогонадизмом), был использован комплексный антропометрический показатель — сумма значений длины и окружности полового члена, скорректированная делением на рост (табл. 23).

Таблица 23

Статистические характеристики величины полового члена, скорректированных по росту

Клиническая характеристика группы	Крайние пределы величин		Средняя арифметическая и ее средняя ошибка, $M \pm m$
	минимальные	максимальные	
Практически здоровые	0,07	0,15	0,115±0,0007
I. Ключевые поражения нейрогуморальной составляющей:			
а) задержка пубертатного развития	0,06	0,13	0,099±0,0059
б) первичный ранний гипогонадизм	0,06	0,13	0,103±0,0043
в) дисэнцефальные синдромы	0,08	0,14	0,115±0,0019
г) другие поражения нейрогуморальной составляющей	0,06	0,15	0,111±0,0020
II. Мнимые сексуальные расстройства:			
а) «чистые» формы	0,07	0,15	0,108±0,0019
б) на фоне функционального снижения нейрогуморальной составляющей	0,08	0,12	0,106±0,0022

Как показывает табл. 23, максимальное значение скорректированной величины полового члена характеризует группу практически здоровых, а наименьшее значение — группу с задержкой пубертатного развития, за которой следует первичный ранний гипогонадизм.

Таким образом, посредством несложного дополнительного вычисления сексопатолог получает возможность использовать в своей практике еще один объективный показатель. Хотя он не столь надежный и не имеет столь широкого диапазона, как, например, ТИ, но зато, по-видимому, достаточно специфичный, что четко проявляется в группе дизэнцефальных синдромов. Если по характеристике $M \pm m$ ТИ дизэнцефальные синдромы лишь приближались к уровню «чистых» мнимых сексуальных расстройств (см. табл. 20), что объясняется преобладанием экзогенных болезнетворных факторов и поздним началом большинства заболеваний, то при исследовании величины полового члена группа дизэнцефальных синдромов четко выделяется среди других форм, выходя далеко за пределы значений, занимающих промежуточное положение между слабо намеченной патологией и условной нормой. Превосходя по значению M при непосредственном измерении длины полового члена все другие группы, дизэнцефальные синдромы и после коррекции, по сути лишь уравнившись с показателем контрольной группы (см. табл. 23), в то же время способствуют выявлению высшего уровня минимального значения крайних пределов вариации. Есть основания предполагать, что рассмотренные цифры отражают те трофические и вазомоторные изменения, которые специфичны для поражения глубоких структур мозга.

Поскольку очень многие больные считают, что их сексуальные возможности зависят от величины полового члена, и задают соответствующие вопросы врачам, на следующем этапе исследований было подвергнуто анализу не семиологическое, а функциональное значение величины полового члена. Для этого были определены коэффициенты корреляции между величиной полового члена и V показателем квантификационной шкалы СФМ (см. раздел 4.3.1), характеризующим состояние эрекции, по основным клиническим группам, кроме группы с ключевым поражением эрекционной составляющей, которая исключена вследствие малочисленности и специфичности поражения, проявляющегося по принципу «все или ничего». Полученные данные представлены в табл. 24.

Общими для всех групп являются низкие величины коэффициентов корреляции, свидетельствующие о лишь слегка намеченной тесноте взаимосвязи между двумя исследованными параметрами; при этом, однако, обращает на себя внимание тот факт, что при всех синдромах, кроме нейрогуморального, корреляция обратная. Последнее обстоятельство заставило провести регрессионный анализ изменения эрекционной функции по величине полового члена. С целью получения кривых регрессии весь материал был поделен на две группы: 1) с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей, 2) с ключевым поражением психической и эякуляторной составляющих, а также все наблюдения мнимых сексуальных расстройств. По полученным данным были построены эмпирические линии регрессии, отражающие изменения средних величин эрекционной функции при соотношении с длиной полового члена (рис. 10). Демонстрируя при большинстве основных клинических синдромов относительно стабильную среднюю величину эрекции (в диапазоне 6—12 см не превышающую 2,23 и не снижающуюся

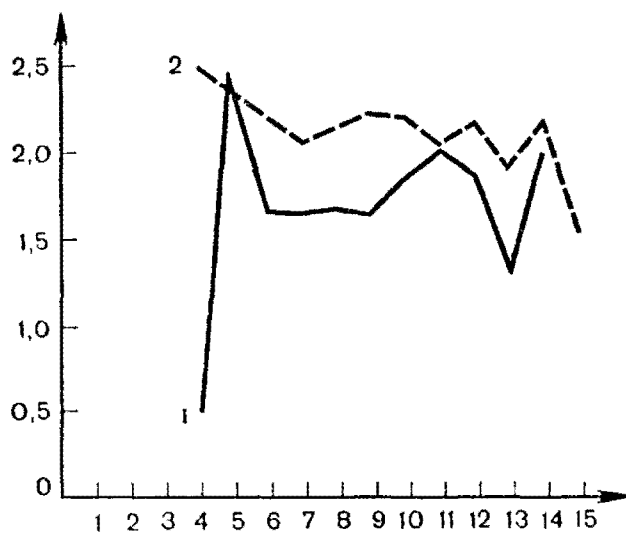


Рис. 10. Эмпирические линии регрессии, показывающие изменение эрекционной функции (в зависимости от длины полового члена).

На оси ординат — состояние эрекции по V показателю СФМ; на оси абсцисс — длина полового члена (см); 1 — при ключевом поражении нейрогуморальной составляющей; 2 — при других наблюдениях.

за пределы 2,05), полученная линия регрессии выявляет тенденцию к снижению средних величин эрекции при максимальных значениях длины полового члена и повышению ее показателей при минимальных. Объяснение данного, на первый взгляд парадоксального явления следует, по-видимому, искать в действии факторов чисто механических: чем меньше длина кавернозных тел, тем легче при уравнивании различного рода взаимодействующих факторов (начиная с функционального состояния сердечно-сосудистой системы) достигается определенная степень ригидности этого односторонне фиксированного образования.

Линия регрессии при синдромах с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей характеризуется смещением вниз. Однако она также демонстрирует относительную стабильность средних величин функционального состояния эрекции при средних

Таблица 24

Коэффициенты корреляции между величиной полового члена и V показателем СФМ

Клиническая характеристика группы	Количество наблюдений в группе	Коэффициент корреляции и его средняя ошибка ($r \pm m_r$)
I. Синдромы с ключевым поражением нейрогуморальной составляющей	255	$0,28 \pm 0,058$
II. Синдромы с ключевым поражением психической составляющей	339	$-0,17 \pm 0,053$
Мнимые сексуальные расстройства *	125	$-0,30 \pm 0,080$
III. Специфические синдромы поражения эякуляторной составляющей	204	$-0,25 \pm 0,065$

* Рассчитывалась как самостоятельная группа.

значениях длины полового члена (в том же диапазоне 6—12 см) и имеет наибольшие отклонения в зонах минимальных и максимальных значений. Колебания эти, в которых отмеченная для большинства других наблюдений тенденция, по-видимому, противоборствует другой тенденции, специфической для стержневого поражения нейрогуморальной составляющей, могут быть охарактеризованы как проявления утраты стабильности.

4.6.1.4. Оволосение лобка

Определение типа оволосения лобка производится визуально. Характер роста волос на лобке определяется действием тех же факторов, от которых зависят показатели, рассмотренные в предыдущих разделах данной главы.

Наличие некоторых женских признаков у молодых мужчин, в особенности при инфантилизме, явление нередкое. Чередование стадий оволосения лобка у мужчин (полное отсутствие растительности, оволосение по женскому типу с четкой горизонталью роста волос) при достижении половой зрелости у большинства представителей европейских народов завершается развитием оволосения по мужскому типу — с ростом волос в надлобковом конусе. Наиболее часто обильный рост волос в надлобковом конусе, а также гипертрихоз туловища и конечностей встречаются у представителей кавказских и семитских народов.

Особый интерес для сексопатолога представляют данные К. Косякова (1932). Обследовав на призывных комиссиях и в воинских частях 5075 молодых мужчин, автор обнаружил оволосение лобка по женскому типу в 849 случаях, что составляет 16,7%. При этом в более великовозрастной группе частота признака уменьшается почти втрое, и это наводит на мысль, что среди более молодой группы часть «женеподобных является таковой благодаря незаконченному развитию, инфантилизму». Сравнивая средние арифметические ростовые показатели К. Косякова в группах с мужским и женским типом оволосения лобка, автор нашел, что при женском типе оволосения $M = 98,43 \pm 0,50$ ($\sigma = 5,06$), а при мужском — $M = 95,59 \pm 0,45$ ($\sigma = 4,50$), другими словами, группа с женским типом оволосения лобка отличалась евнухоидным тазом. При этом отличались и средние арифметические объемы полового члена: в группе с женским типом оволосения лобка $M = 73,85 \pm 1,28$ ($\sigma = 12,8$), а в группе с мужским типом $M = 77,48 \pm 1,34$ ($\sigma = 13,4$). И наконец, изучение химизма волос показало, что по содержанию H_2S в волосах группа пациентов с женским типом оволосения занимает промежуточное положение между женщинами и контрольной группой. Клинико-диагностическое значение рассматриваемого феномена формулируется К. Косяковым следующим образом: «Гетеросексуальный тип волос на лобке встречается при ряде заболеваний эндокринной сферы; кроме того, он бывает далеко нередко у лиц, состояние коих нельзя назвать патологическим. Это есть своеобразная группа, несущая ряд других черт гетеросексуальности».

Намеченные в работе К. Косякова корреляции были проверены на материале Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии посредством корреляционного анализа по основным видам нейрогуморальной патологии и мнимым сексуальным расстройствам. Полученные данные, представленные в табл. 25, выявили, что наиболее высокие значения коэффициентов корреляции

наблюдаются при первичном раннем гипогонадизме, вслед за которым следует первичная задержка пубертатного развития.

Таблица 25

Коэффициенты корреляции между величинами трохантерного индекса и типом оволосения лобка

Клиническая характеристика группы	Коэффициент корреляции и его средняя ошибка ($r \pm m_r$)
Задержка пубертатного развития	$0,66 \pm 0,131$
Первичный ранний гипогонадизм	$0,74 \pm 0,008$
Диэнцефальные синдромы	$0,31 \pm 0,111$
Другие поражения нейрогуморальной составляющей	$0,42 \pm 0,074$
Мнимые сексуальные расстройства	$0,36 \pm 0,057$

Самые низкие значения коэффициентов корреляции характеризуют диэнцефальные нарушения и мнимые сексуальные расстройства. Таким образом еще раз подчеркивается относительная независимость диэнцефальной импотенции от преморбида, формирующегося в препубертатном и пубертатном периодах.

* * *

Оставляя без специальных комментариев четвертый антропологический показатель — диаметр ареолы соска, следует коснуться необходимости расширения круга антропометрических и антопоскопических показателей. Поскольку рассмотренный ранее материал доказывает, что наиболее четким и надежным из всех изученных показателей является ТИ, может возникнуть вопрос не следовало бы в целях экономии времени и упрощения обследования ограничиться этим показателем?

Как показывает опыт, наряду с клиническими наблюдениями, демонстрирующими однозначность всех или подавляющего большинства анамнестических (запоздалое пробуждение либидо, задержка наступления первой эякуляции, низкие индексы половой активности и т. д.) и объективных показателей половой конституции, нередко встречаются больные с выраженной диссоциацией как между объективными и анамнестическими показателями, так и между отдельными объективными показателями. Поэтому необходимо исследовать у каждого пациента весь набор антропометрических показателей. На достигнутом этапе это предохранит сексопатолога от просмотра легких случаев нейрогуморальных отклонений, а в будущем, когда будут заполнены пробелы в наших знаниях о специфических воздействиях отдельных эндокринных желез (и в первую очередь гонад, надпочечников и щитовидной железы) в различных возрастных фазах полового онтогенеза, опора на эти же показатели сможет дать возможность предварительной клинической дифференцировки поражения отдельных желез еще до проведения лабораторных исследований.

4.6.2. Некоторые особенности неврологического обследования

Неврологический статус сексологического больного характеризуется особенностями, в значительной части общими для всей группы системных невротозов [Васильченко Г. С., 1969]. Одной из таких особенностей является сочетание признаков, специфических для невротозов, с признаками, которые принято считать присущими так называемым органическим заболеваниям. К числу последних относится, в частности, феномен, в разное время и в разных странах описанный как спинномозговой феномен Говерса (1880), «новый мышечный рефлекс» Трёмнера (1910), «новый антагонистический рефлекс с *m. tibialis anticus*» Пиотровского (1913), «новый парадоксальный голеностопный рефлекс» Бинга (1918), «крурофасциальный рефлекс» Бенедика (1923) и «новый наружномышечный рефлекс» Бальдуцци (1925). Как показали исследования различных контингентов неврологических больных (1950, 1969), все эти признаки не являются самостоятельными феноменами, а представляют в большинстве случаев распространение рефлексогенной зоны патологически повышенного ахиллова рефлекса на переднюю поверхность голени. В менее выраженных случаях эта *инверсия рефлексогенной зоны* получается только с дистальных отделов голени, в других — с любой точки на передней поверхности голени и даже с дистальных отделов бедра. Инверсия ахиллова рефлекса не является патогномоничной ни для определенной локализации, ни для определенного заболевания и может встречаться при пирамидных поражениях, избирательных атрофиях некоторых мышечных групп, иррадиативно-болевых процессах в соответствующих сегментарных зонах, при невротозах и др. Легкие степени инверсии ахилловых рефлексов примерно в 18% случаев возможны у практически здоровых лиц.

Однако для поражений пирамидной системы характерны глубокие степени инверсии (с распространением верхней границы до проксимальных отделов голени, иногда даже на бедро), ее односторонность или четкая асимметрия. Для инверсий, обусловленных поражением мышц, характерны грубые изменения соотношения мышечных масс и (или) тонуса мышц, сгибающих и разгибающих стопу. Инверсии рефлексогенных зон при общеневротических состояниях сопровождаются повышением других сухожильных и надкостничных рефлексов (в том числе с верхних конечностей), почти всегда двусторонни и симметричны, наблюдаются на фоне повышения, а не понижения кожных рефлексов и характеризуются преобладанием легких степеней (только в дистальных отделах).

Для выявления инверсии рефлексогенных зон обследуемый ложится на спину, врач левой рукой берет стопу больного и, согнув его тазобедренный, коленный и голеностопный суставы под прямым углом, добивается полного расслабления мышц. Оценивая наличие рефлекса по совокупности зрительных, тактильных и слуховых впечатлений (при отсутствии рефлексов воспринимается низкий, «тупой» звук), врач наносит ряд равномерных ударов по передней поверхности бедра, приближая каждый последующий к коленной чашечке. При этом выявляются расширение рефлексогенной зоны коленного рефлекса (тенденция голени к движению вверх), крайняя степень инверсии ахиллова рефлекса (голень неподвижна, подошвенная флексия) или сочетанное повышение коленного и ахиллова

рефлексов (сочетание обеих тенденций) Затем наносятся удары молоточком по передней поверхности голени от ее середины с перемещением каждого последующего к коленной чашечке. Это позволяет выявить степень выраженности коленного рефлекса, а также средние степени инверсии ахиллова рефлекса. Затем, ударяя молоточком снизу по задней поверхности голени с перемещением каждого последующего удара от середины голени в дистальном направлении, оценивают собственно ахиллов рефлекс. И наконец, в заключение удары молоточком вновь наносятся по передней поверхности голени в направлении к ее дистальному отделу, что позволяет выявить незначительные степени инверсии ахиллова рефлекса. Описанная техника дает возможность графически регистрировать степень выраженности инверсии ахилловых рефлексов (рис. 11).

На рис. 12 (А) изображен схематически больной с гиперстенической стадией неврастения. У него симметричное двустороннее повышение сухожильно-надкостничных рефлексов как на руках, так и на ногах, рефлексогенные зоны пропорционально и симметрично расширены (показано перекрытие зон биципигальных и карпорадиальных рефлексов), имеются легкие двусторонние ИРЗ. На рис. 12 (Б) у больного с остаточными явлениями плексита отмечается снижение правого ахиллова и левого коленного рефлексов при выпадении (отсутствии) левого ахиллова, другие сухожильно-надкостничные рефлексы нормальные, что не фиксируется на графике по общему условию — в протокол карты сексологического обследования заносят только патологические отклонения (это освобождает врача от подобных записей: «Зрачки круглые, равномерные, их реакция на свет и конвергенцию — живая», «живот овальной формы, мягкий, безболезненный» и т. д.) На рис. 12 (В) — у больного с синдромом ПЦД избирательное (с «дистальной акцентуацией») двустороннее повышение ахилловых рефлексов с двусторонней ИРЗ, резко выраженной справа и субтотальной слева (сочетающимися с двусторонним отсутствием подошвенных рефлексов при выраженных брюшных, двустороннем симптоме Россолимо, правостороннем клонусе и симптоме Бабинского справа)

Специфическое значение в неврологическом статусе сексологических больных имеет состояние **кавернозных рефлексов**, дуга которых замыкается в крестцовых сегментах спинного мозга (S_1 — S_{IV}), а афферентные и эфферентные волокна проходят в стволе срамного нерва. Для исследования кавернозных рефлексов врач вводит стоящему перед ним больному пальцы левой руки за мошонку, прижимая их ладонной поверхностью к промежности (где располагаются места прикрепления седалищно-пещеристых и луковично-пещеристых мышц), а правой рукой наносит специально притупленной иглой уколы в спинку и в головку полового члена с частотой не более одного укола в секунду. Сокращение кавернозных мышц улавливается пальцами, находящимися на промежности. В ряде случаев для снятия торможения приходится применять сенсбилизацию рефлекса нанесением на кожу эрогенных (пригенитальных) зон итеративной серии уколов с короткими (менее секунды) интервалами или путем активного 5—6-кратного сокращения обследуемым анального сфинктера.

Из обширного арсенала **нейровегетативной симптоматики** для включения в карту обследования заносят четыре феномена, которые в порядке ориентировки оцениваются у всех сексологических больных.

Первый из этих симптомов — *вегетативная иннервация зрачков*

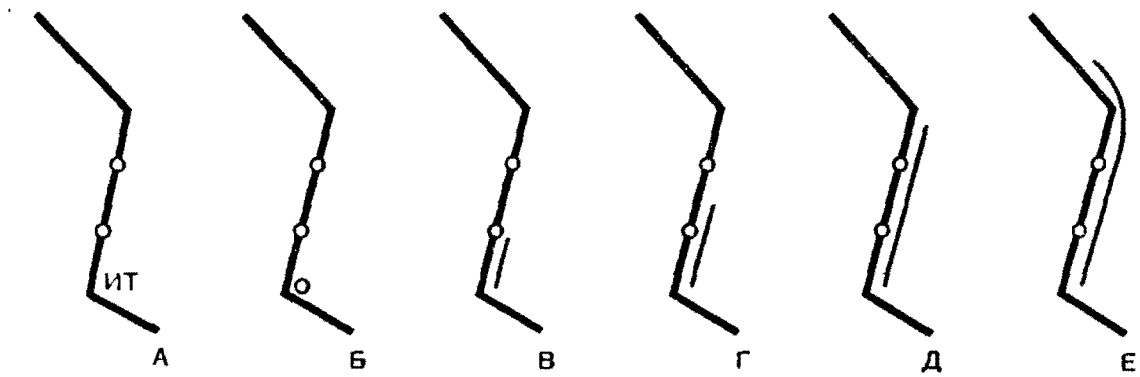


Рис. 11. Графическая регистрация инверсий рефлексогенной зоны (ИРЗ) ахиллова рефлекса при различных степенях выраженности. А — итеративная, ИТ (когда подошвенная флексия получается не после единичного, а только после повторных ударов); Б — легкая; В — умеренная; Г — значительная; Д — тотальная; Е — резко выраженная.

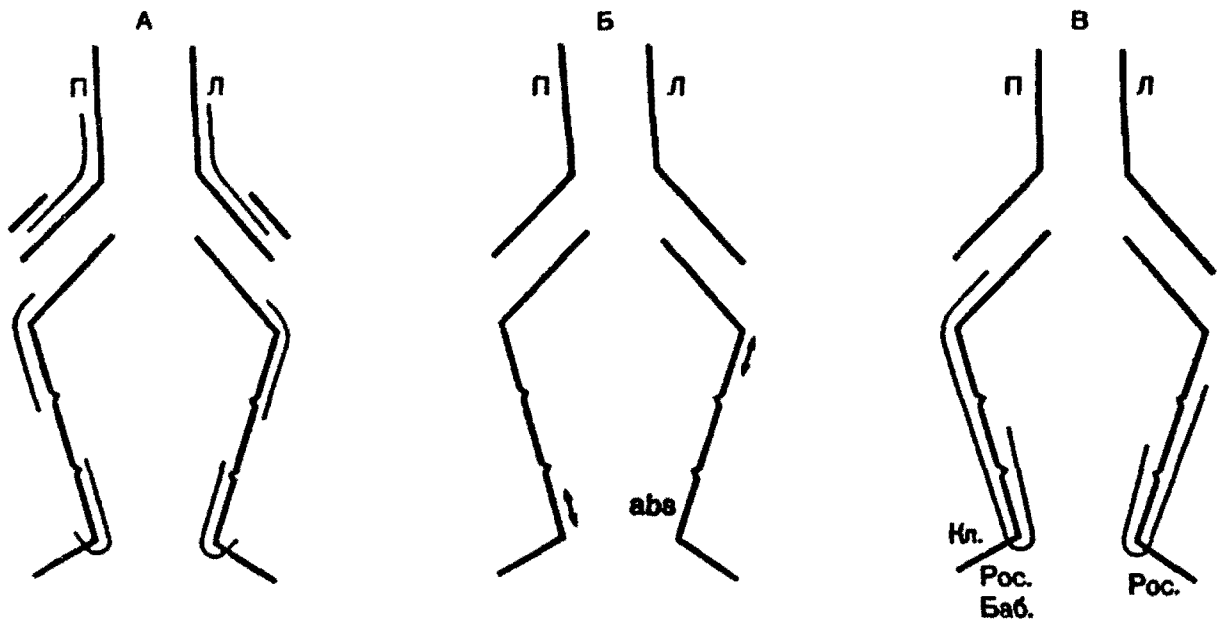


Рис. 12. Примеры графического протоколирования результатов исследования сухожильно-надкостничных рефлексов (объяснение в тексте).

Обычно зрачки исследуются только при положении больного лицом к свету. У сексологических больных такое обследование дополняется исследованием зрачков в положении спиной к свету, на фоне затемнения. Общее впечатление складывается из осмотра как в условиях, благоприятствующих проявлению ваготонии (на фоне сужения, лицом к свету), так и в условиях, благоприятствующих проявлению симпатикотонии (на фоне расширения, спиной к свету). Живость (или вялость) прямой и содружественной реакций зрачков на свет, а также реакция на конвергенцию и аккомодацию характеризуют рефлекторную возбудимость.

Второй из облигатных ориентировочных симптомов — ортостатический показатель — относится к группе вегетативных рефлексов положения и очень сложен по своему генезу. На конечном

результате пробы, кроме кровераспределительного и сосудисто-иннервационного факторов, сказывается влияние других моментов (изменение спинномозгового давления, положение внутренних органов, внутригрудное давление, натяжение солнечного сплетения и др.). Однако наряду с другими факторами при соблюдении определенных условий обнаруживается влияние основного — включение механизма статической иннервации.

В первой фазе исследования больному необходимо полежать некоторое время на кушетке, пока не выровняется пульс. Запустив секундомер синхронно с одним из пульсовых ударов и начав отсчет со следующего, необходимо в течение минуты сосчитать число пульсовых ударов, ориентирующее относительно тонизированности вегетативной иннервации (тахикардия свидетельствует о симпатическом, брадикардия — о парасимпатическом преобладании процесса). Вслед за этим обследуемого просят встать и после паузы в 15 с, когда сгладится действие привходящих факторов, отражающих главным образом энергичность изменения позы, производится вторичный отсчет также в течение минуты. Величина разности между вторым и первым отсчетом отражает степень рефлекторной возбудимости (с учетом величины исходного фона).

Необходимо особо подчеркнуть обязательность педантичного соблюдения 15-секундной паузы между двумя отсчетами, так как эта деталь исследования, элиминирующая эффект побочных влияний, не относящихся к характеристике исследуемых параметров, чрезвычайно важна.

Для получения сравнимых величин учащения пульса производится пересчет по формуле Галю:

$$n_x = 100 - \frac{100 \cdot n_k}{n_0},$$

где n_x — условное обозначение учащения пульса; n_k — пульс в горизонтальном положении; n_0 — пульс в вертикальном положении.

Принято считать нормальным учащение пульса в пределах от 6 до 16 и резко повышенным — более 24 ударов в 1 мин.

Кроме того, исследуют *состояние ладоней* (окраска, теплота, влажность) и местный *дермографизм*. Состояние ладоней определяют путем их осмотра и ощупывания. При исследовании же местного дермографизма производится раздельное нанесение тупым краем неврологического молоточка двух черт на груди: одной — очень легким давлением и другой — при значительном нажиме на кожу. Дермографизм является вегетативным сосудисто-рефлекторным феноменом. Истинный дермографизм проявляется после латентного периода в 3—20 с и свидетельствует о локальном вегетативном рефлексе со стенки капилляров: слабое раздражение вызывает спазм капилляров, т. е. белый дермографизм, а сильное — расширение, т. е. красный дермографизм. Показатели белого и красного дермографизма (длительность латентного периода и стойкость феномена), измеряемые секундомером, в карте сексологического обследования фиксируются раздельно. На туловище более выражен красный дермографизм, на конечностях (в особенности на нижних) — белый. Нетрудно видеть физиологические корни этого явления, свидетельствующего о большей силе сосудосуживающих механизмов на конечностях по сравнению с их относительной слабостью на туловище. По данным И. И. Русецкого (1936), формула отношения продолжительности красного дермографизма к продолжительности белого на груди равна 6:1, а на бедре — 1:2 или 1:1.

4.6.3. Некоторые особенности психопатологического обследования

Не менее половины пациентов, обращающихся за сексологической помощью, обнаруживают ведущее поражение психической сферы в структуре сексуального расстройства. Остальные пациенты имеют более или менее выраженные психические расстройства, возникающие как реакции на переживание собственной сексуальной несостоятельности, угрозу стабильности брака, осложнение межличностных отношений с сексуальным партнером. Оценка психического состояния пациента важна не только для клинической диагностики психопатологических проявлений, но и для адекватной лечебной тактики. В предварительной беседе врач оценивает общий вид больного, его открытость, готовность к контакту, умение изложить тревожащие его проблемы с учетом образовательного уровня и профессионального статуса. Затем больному предлагают заполнить анкету СФМ (СФЖ), вкладыш карты сексологического обследования и назначают дату первичного приема. Уже в процессе анализа данных СФМ (СФЖ) складывается впечатление об адекватности больного, так как иногда наблюдается искажение ответов вследствие непонимания больным сути вопросов или отсутствия у него цельного образа сексуального расстройства. Отказ больного от заполнения анкет может быть вызван либо его беспомощностью при наличии выраженного психопатологического расстройства, либо раздражением и стремлением быстро получить эффективную помощь без «ненужных» затрат времени. Некоторые пациенты воспринимают предложение заполнить анкету как форму отсрочки приема врачом или проявление недоверия со стороны врача к его состоянию. Все эти случаи нуждаются в анализе и при невозможности коррекции установок пациента требуют изменения тактики обследования.

При оценке психического состояния пациента учитывают его культурный уровень, степень осознания расстройства, мотивы обращения к врачу. Если пациент способен к последовательному изложению жалоб и анамнеза расстройства, уместно следовать за ним в русле его рассказа. Если сообщение пациента ограничивается жалобами на ослабление эрекции или изменение скорости наступления эякуляции, врачу необходимо взять инициативу беседы в свои руки и строить ее в дальнейшем по пунктам карты сексологического обследования, ненавязчиво вводя больного в сексологическую терминологию. По мере успокоения пациента врач должен подробно рассмотреть его жалобы, исключить необычные переживания, ощущения, уточнить метафорический, иносказательный смысл употребляемых больным сравнений. Некоторые пациенты, находящие тему беседы с врачом недостаточно приемлемой, нередко употребляют вычурные обороты, называя половой член «ровесником», «грешником», избегают каких-либо определений женских половых органов, именуют эрекцию «подъемной силой», нередко путают эрекцию и эякуляцию. При наличии необычных ощущений и переживаний следует исключить их бредовой, ипохондрический или сенестопатический характер.

На этом этапе обследования устанавливают принадлежность пациента к одной из трех групп больных: а) страдающие выраженными психическими расстройствами и нуждающиеся в помощи психиатра; б) не обнаруживающие выраженных психопатологиче-

ских расстройств; в) промежуточная группа — обнаруживающие странные, труднообъяснимые жалобы при сохранении адекватности в контакте. Если первая группа направляется к психиатру, то разница в дальнейшем обследовании представителей второй и третьей групп состоит лишь в том, что у последних необходимо постоянное соотнесение клинических признаков с жалобами до выяснения психопатологических расстройств. Среди подобных неадекватных жалоб нередко фигурируют ощущение жара, холода, зуда, жжения в гениталиях, обнаружение признаков «атрофии» половых органов, некорректируемая убежденность в недостаточности размеров половых органов, появление необъяснимых выделений из половых органов, ощущение исходящего от них «дурного» запаха, изменение кожного покрова гениталий и т. д. Иногда в качестве настораживающего симптома обнаруживаются необычный метод самолечения, употребляемый больным, применение больным вспомогательных средств механотерапии, необоснованное предположение о случайном радиоактивном или СВЧ-облучении, подозрение относительно сделанности полового расстройства в целях мести и т. д. Вне каких-либо других психопатологических проявлений подобные жалобы не могут являться основанием для диагностики психического заболевания, хотя и вызывают определенную настороженность в этом отношении.

Окончательное заключение о нозологической принадлежности выявленных симптомокомплексов делают с учетом личностных особенностей больного и характера актуальной психотравмирующей ситуации.

Идентификация личностных особенностей пациента наряду с формализованным характерологическим опросником и простейшим мотивационно-ценностным тестированием при заполнении карты сексологического исследования основывается на анамнестическом изучении ключевых жизненных событий и регистрации эмоциональных реакций на них со стороны пациента.

При изучении анамнеза уточняют социальные условия развития личности, отношения между родителями, наличие в семье других детей. Отношения между родителями пациента уже позволяют предполагать особенности его отношения к семье, зафиксированные в детстве. При изучении сексуальных игр следует учитывать, что сам пациент склонен к «вытеснению» из сознания подобных фактов, особенно если подвергался осуждению или наказанию за них в детстве. В школьном периоде пациента следует оценить как формальные признаки — успеваемость, общественная активность, стремления и увлечения, так и характеристику личности — черты характера, круг общения, лидерские установки, реакции на фрустрацию. При изучении первых сексуальных переживаний (мастурбации, эротические контакты) определяют отношение к ним пациента, структуру пубертатных комплексов (дисморфофобические, онанофобические), оценивают их влияние на реализацию полового влечения. Особое значение имеет выяснение характера сексуальных фантазий, визуализированных представлений во время мастурбаторных актов, содержания сновидений, что позволяет в ряде случаев выявить латентные гомосексуальные установки, нередко скрывающиеся за стойкой контофобией. Изучение динамики эротических контактов, их продолжительности, мотивов разрыва отношений с партнером дает возможность оценить отношение пациента к лицам противоположного пола: чрезвычайная робость, застенчивость в юношеские годы может рецидивировать и в зрелом возрасте при смене сексуального партнера или каких-либо непредвиденных ослож-

нениях в отношениях с ним. Изучение добрачного опыта пациента, количества и продолжительности добрачных связей позволяет составить мнение о его сексуальных вкусах, предпочитаемых формах контактов. Отсутствие связей или их случайный характер по инициативе более опытной партнерши с несомненностью свидетельствует о наличии коммуникативных барьеров, однако и многочисленные кратковременные связи способны выявить скрытую психическую дефицитарность, так как характерны для пациентов, изживающих комплексы неполноценности. Очень раннее или позднее вступление в брак также нельзя считать причиной только бытовых обстоятельств, как это истолковывает сам пациент. Раннее вступление в брак в подавляющем большинстве случаев вскрывает претензии пациента на высокую социальную зрелость в сочетании с недостатком эмоциональных привязанностей в родительской семье; обратная ситуация характерна для эмоционально зависимых, нерешительных личностей. Аналогичные функции в анализе личностных особенностей выполняют оценка разницы супругов в возрасте, соотношение образовательного уровня и профессионального статуса мужа и жены. Большая разница в возрасте супругов часто возникает тогда, когда мужчина недостаточно уверен в своих социальных или сексуальных возможностях и рассчитывает на то, что не имеющая большого жизненного опыта жена будет менее требовательна в браке.

Однако, как показывает практика, его юная супруга в свою очередь рассчитывает на зрелость мужа и его способность взять на себя решение многих жизненных проблем, т. е. проявляет повышенную требовательность к мужу.

В обратной ситуации мужчина нередко становится вторым ребенком и полностью освобождается более зрелой женой от многих проблем. Соотношение профессионального и должностного статуса супругов обычно коррелирует с характеристикой распределения лидерских позиций в семье, так как эти стереотипы невольно вторгаются в семейное общение.

При изучении психического статуса значительное внимание должно уделяться межличностным отношениям в семье, стилю ролевых позиций, структуре имеющегося конфликта, отношению супруга (супруги) к сексуальному расстройству, оценке перспектив нормализации сексуальных отношений. Выясняются мотивы внебрачных связей, имеющиеся подозрения в неверности супруга, причины расторжения прежнего брака. Следует подробно анализировать эмоциональное состояние во время интимной близости, реакцию на некачественные формы и различные сексуальные «срывы», сложившиеся формы объяснений с сексуальным партнером, учитывать также терапевтические ожидания больших и значимость сексуального расстройства.

Выявленные особенности психопатологической симптоматики необходимо соотносить с переживаниями больных, что позволит сделать вывод о преобладании экзогенных реактивных либо эндогенных факторов в развитии психопатологических проявлений.

В случае диагностических затруднений следует прибегнуть к психологическому исследованию и консультации психиатра. Последнее особенно необходимо при наличии идей самообвинения в структуре депрессивных переживаний, так как подобные состояния нередко сопровождаются социально опасными действиями.

4.6.4. Исследование уrogenитального аппарата

Предварительные сведения, полученные на предыдущих этапах обследования (в частности, определение размеров полового члена) дополняют данные осмотра и пальпации, выполняемые традиционными приемами клинической урологии.

При осмотре **полового члена** выявляют пороки его развития (гипоспадия и эписпадия), фимоз, воспаление крайней плоти или головки (баланопостит), состояние губок наружного отверстия уретры, наличие или отсутствие выделений из мочеиспускательного канала, их характер.

При осмотре **мошонки** обращают внимание на ее величину, степень отвисания, выраженность складчатости и пигментации кожи, наличие отека и ангиэктазий. Определив размеры **яичек**, пальпируют яички, их придатки и **семенной канатик**, обращая внимание на консистенцию, характер поверхности. При пальпации семенного канатика обязательно отмечают наличие или отсутствие венозного застоя и изменения диаметров вен в его сплетениях и состояние стенок протока.

Основным методом исследования **предстательной железы** является ее пальпация. Обследуемому придают коленно-локтевое или лежащее (на правом боку с подтянутыми ногами) положение. При осмотре обращают внимание на наличие геморроидальных узлов, трещин, воспалительных инфильтратов. Затем на правую руку надевают резиновую перчатку (или напальчник на указательный палец), в прямую кишку вводят указательный палец и определяют размеры, форму и консистенцию предстательной железы и семенных пузырьков. На середине поверхности определяется, как правило, вертикальная борозда, разграничивающая правую и левую доли железы. Консистенция железы в норме однородная, мягкоэластичная, с гладкой поверхностью, стенка прямой кишки над ней смещается легко. Поскольку предстательная железа является железисто-мышечным образованием, она может быть мягкой на ощупь при преобладании железистой ткани и более плотной при значительном развитии соединительной и мышечной ткани.

Для получения секрета предстательной железы производят ее массаж, вводя палец до верхнего полюса правой доли железы, начинают поглаживать ее, мягко нажимая при этом на железу сверху вниз, параллельно уретре, затем переходят к массажу левой доли и под конец несколько раз слегка надавливают посередине железы (рис. 13). Обычно после этого из наружного отверстия уретры выделяется простатический секрет, который собирают на предметное стекло.

Если из уретры простатический секрет не выделился, больному предлагают сразу же после массажа помочиться. Первые порции мочи содержат элементы простатического секрета, попавшие в заднюю уретру во время массажа.

Обычно из наружного отверстия уретры выделяется 2–4 капли секрета, которых вполне достаточно для анализа. При соответствующем опыте секрет можно получить у подавляющего большинства больных. Если его не удается получить при первом обследовании, не следует интенсифицировать массаж; полезнее перенести эту процедуру на последующие посещения, когда больной привыкнет к обследованию.

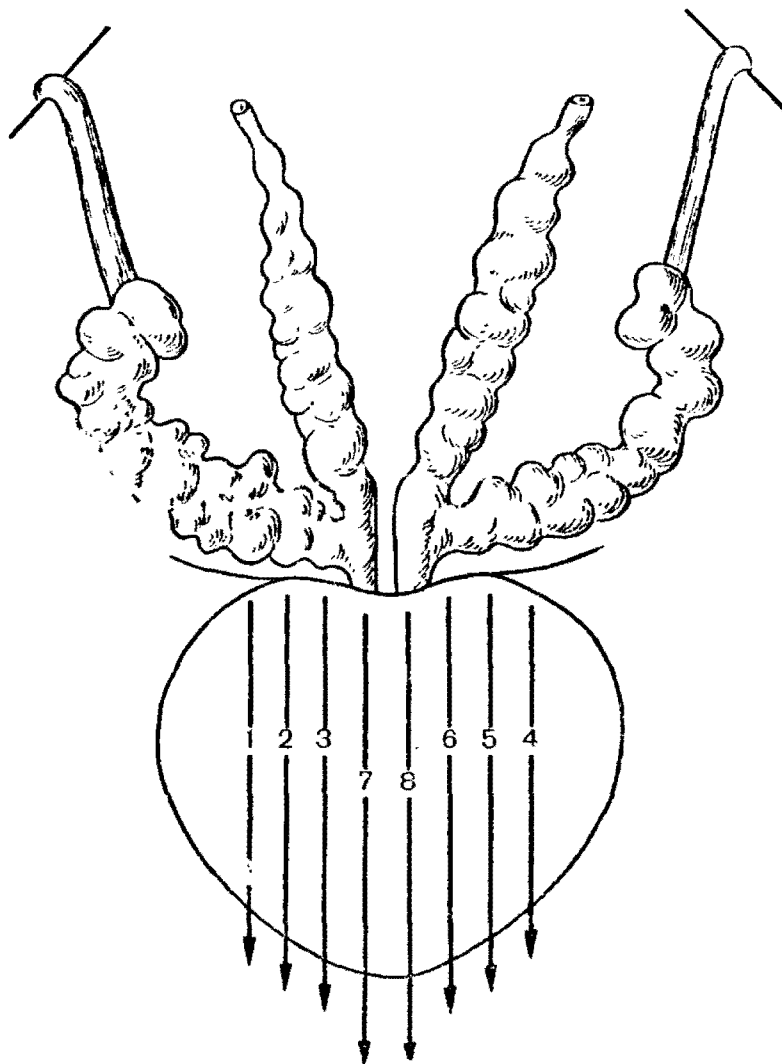


Рис. 13. Последовательность (1—8) массажа правой и левой доли предстательной железы [Пытель А. Я., 1970].

В ряде случаев производят клинико-лабораторное исследование эякулята, которое способствует топической диагностике расстройств нейрогуморальной и эякуляторной составляющих (поскольку эякулят состоит из смеси продуктов семенников с секретами добавочных и уретральных желез). Получение, объем лабораторных исследований эякулята и их семиологическое значение описаны ниже (см. в разделе «Лабораторные методы диагностики» (7.2.1)).

4.7. Карта сексологического обследования женщин

Карта сексологического обследования женщин, как и аналогичная карта для мужчин, практически является вкладышем в Индивидуальную карту амбулаторного больного (учетная форма № 25), облегчающим работу профессионального сексопатолога. Хотя учетная форма № 25 без этого вкладыша гораздо проще и в ней можно коротко написать «Жалобы на фригидность; диагноз: фригидность», а затем выписать рецепт на настойку заманихи, заполнение карты сексологического обследования не только дисципли-

нирует сексопатолога, но и помогает разобраться в причинах сексуальной патологии. Трудоемкость заполнения карты окупается тем, что благодаря опоре на необходимые анамнестические и объективные данные исключается терапия вслепую (назначение общеизвестных, широко распространенных медикаментозных прописей), которая, как правило, приводит врача в тупик после исчерпания всего арсенала известных ему препаратов.

Еще до выяснения жалоб пациентки врач обычно знакомится с заполненной ею квантификационной шкалой СФЖ (сексуальная формула женская).

СФЖ

Дата
Инициалы

Замужем в настоящее время
Никогда не была замужем
Вдова
Разведена

В каждом из разделов обведите цифру, которая стоит против ряда, наиболее отвечающего вашему состоянию в настоящее время

I. Менструации

- 0 — кровянистых выделений из половых путей никогда не было
- 1 — нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые)
- 2 — менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет (подчеркнуть)
- 3 — менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических переживаниях, в летний период или при смене места жительства
- 4 — менструации всегда сохраняли свою периодичность даже в самых неблагоприятных условиях

II. Отношение к половой активности

- 0 — половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль)
- 1 — половой акт с некоторых пор вызывает отвращение и поэтому ищу предлог, чтобы от него уклониться
- 2 — половой акт безразличен и участвую в нем без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта)
- 3 — половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла
- 4 — половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла

III. Выделение влагалищной слизи к началу полового акта

- 0 — никогда не отмечала подобного явления
- 1 — наступает не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не наступает даже при длительных предварительных ласках)
- 2 — наступает со значительным постоянством (вне зависимости от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк
- 3 — наступает во всех случаях при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению
- 4 — наступает всегда и очень быстро (даже при самых поверх-

ностных ласках, таких как поверхностные беглые объятия и поцелуи, а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер)

IV. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма)

- 0 — никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма
- 1 — испытывала оргазм только при сношениях эротического содержания
- 2 — испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные «игры», особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или при самораздражении
- 3 — оргазм наступает примерно в половине всех половых актов
- 4 — оргазм наступает более чем в 80% всех половых актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте

V. Физическое самочувствие после половых актов

- 0 — боль или ощущение тяжести в половых органах
- 1 — полное физическое безразличие
- 2 — ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающего
- 3 — ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк
- 4 — удовлетворенность и приятная усталость

VI. Настроение после сношения

- 0 — отвращение или (и) чувство униженности
- 1 — чувство избавления от досадной обязанности
- 2 — чувство полного безразличия
- 3 — удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости)
- 4 — чувство благодарности к мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения

VII. Уровень половой активности

Половые акты осуществляются со следующей периодичностью:

- 0 — никогда не было
- 0,5 — с интервалами не менее года
- 1 — несколько раз в год, но не чаще раза в месяц
- 2 — несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю
- 3 — раза два или несколько чаще в неделю
- 4 — ежедневно один или несколько раз

VIII. Длительность сношения

Семяизвержение у мужа (или сексуального партнера) наступает:

- 0 — не наступает ни при каких обстоятельствах
- 0 — еще до введения полового члена или в момент введения
- 0,5 — через несколько секунд после введения полового члена

- 1 — наступает не при каждом половом акте; сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер
- 2 — примерно в пределах 15—20 движений
- 3—4 — через 1—2 мин или дольше (указать примерную длительность)

Длительность полового расстройства

- 0 — с начала половой жизни
- 1 — более полугода
- 2 — менее полугода
- 3 — в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом (в особенности в начале половой жизни)
- 4 — не знаю, что такое иметь затруднения в половой жизни.

Показатели СФЖ подразделяются на диады.

Первая диада (I—II) характеризует ранние стадии копулятивного цикла, предшествующие половому акту как таковому (I — состояние гормонального фона, индикатором которого является устойчивость менструального цикла; II — отношение к половой активности, определяемое главным образом психической составляющей).

Вторая диада (III—IV) отражает объективные параметры реализации полового акта, определяемые степенью возбуждения, достигаемой в стадии предварительных ласк и свидетельствующей о наступлении готовности к началу полового акта (III) и способностью к оргазму (IV).

Третья диада (V—VI) отражает физическую и психологическую реакцию женщины после полового сношения.

Четвертая диада (VII—VIII) характеризует не сексуальные проявления обследуемой, а те косвенные предпосылки для развертывания сексуальных особенностей женщины, которые обычно обеспечиваются мужем: высоту уровня половой активности (VII) и продолжительность половых актов (VIII).

После соответствующей коррекции полученные цифры вносят в карту сексологического обследования, разделяя наклонными линиями диады, в совокупности характеризующие особенности сексуального профиля обследуемой, нормативный образец которого приближается к следующему: 33/33/33/33/3—6/6/6/6/3—27.

СССР
Министерство
здравоохранения

Шифр или
№ _____

Учетн. ф. № 25
Утверждена Министер-
ством здравоохранения
СССР 16/VII—1954 г

(наименование
лечучреждения)

Дата состав-
ления карты
____ 199__ г

Общий стаж по найму _____ лет
Стаж в данной профессии _____ лет
Общественная группа _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ лет _____ мес _____ нед. Адрес больного: СССР _____

область _____ район _____ населенный пункт _____

_____ улица (переулок) _____ дом № _____ корпус № _____

кв. № _____

Место службы, работы _____ отделе-
(наименование и характер производ.)

ние, цех _____

Профессия, должность _____ иждивенец _____

СФЖ _____

Заключительный диагноз _____

Жалобы: _____

Когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль
о наличии полового расстройства; динамика и проведенное ранее
лечение _____

Родилась _____ по счету ребенком, имеет _____ братьев, _____ сестер

Матери при рождении было _____ лет, отцу _____ лет

Мать по характеру _____

Отец по характеру _____

Особенности воспитания до школы _____

(эмоциональная близость) _____

Ролевые игры: _____

Одежда, прическа _____

Сексуальные игры (описать) _____

Половая осведомленность _____

Стеснительность, трудности обнажения в присутствии _____

_____ с _____ лет.

Мастурбация с _____ лет. Источник информации _____

В какой форме _____

Сопровождается оргазмом с _____ лет Фантазирование с _____

лет _____

Взаимная мастурбация _____

Отношение к мастурбации _____

в настоящее время _____

Молочные железы стали увеличиваться с _____ лет

Отнеслась к этому: с радостью, безразлично, было неприятно _____

Менструации с _____ лет, по _____ дней, регулярно, нерегулярно, умеренные, обильные, скудные, болезненные, безболезненные

К началу менструации была подготовлена, знала от матери, подруги; отнеслась спокойно, испугалась, было неприятно _____

Первая платоническая влюбленность _____

Эротическое либидо (фантазирование с _____ лет, интерес к эротизирующей литературе с _____ лет, стремление к ласкам, прикосновениям с _____ лет) _____

Реализация эротического либидо с _____ лет _____

Сопровождалось влечением, возбуждением (нет)

Петтинг (пассивный, односторонний, активный, двусторонний, поверхностный, глубокий) сопровождался влечением, выделением влагалищной слизи, оргазмом, безразличием, был неприятен (чем) _____

Половая жизнь в _____ лет с _____

Особенности первой близости _____

Динамика влюбленностей и добрачных связей (включая петтинг)

С мужем знакома с _____ лет, будущему мужу тогда было _____

лет Он работал учился _____

Отношения до брака: _____

От кого исходила инициатива _____ Мотивы вступления в брак _____

Замужем с _____ лет (год _____). Мужу было _____, сейчас _____ лет

Он работает _____ Его образование: _____

Отношения с мужем в настоящее время вне сексуальной сферы:

Особенности характера мужа в настоящее время: _____

Влечение к мужу	До заму- жества	После за- мужества	В настоящее время
Платоническое			
Стремление к ласкам, прикосновениям			
Влечение к половому акту			

Что в настоящее время вызывает возбуждение, выделение влага-
лищной слизи _____

Оргазм с _____ лет. Источники _____

% оргастичности максимальный _____ в настоящее время

Потребность в изменении стереотипа поведения:

В личностных отношениях _____

В ласках _____

Первая беременность в _____ лет, закончилась родами, абортom,
выкидышем.

Родов _____, абортom _____, самопроизвольных выкидышей _____

Последняя беременность в _____ г.

Беременности повышают влечение, понижают, не изменяют.

После _____ родов сексуальность повысилась, снизилась, не
изменилась.

Методы предупреждения беременности: _____

_____. Страх наступления беременности: да, нет.

Внебрачные половые связи _____

Наследственность: _____

Патология беременности и родов у матери _____

Перенесенные в течение жизни заболевания _____

Урологические, гинекологические и венерические заболевания _____

Профессиональные вредности _____

Личностные особенности со слов пациентки _____

Психические заболевания. Периоды изменения эмоциональности _____

Учет в психоневрологическом диспансере, алкоголизация _____

Социальное продвижение: _____

Динамика невротической симптоматики и некоторых личностных свойств	Всегда	Более 5 лет	Менее 5 лет
Общая слабость, утомляемость Замкнутость Мнительность Невозможность отвязаться от какой-то мысли или мелодии Застенчивость Нерешительность, неуверенность Мысли о непривлекательности, неуклюжести Впечатлительность, обидчивость Неустойчивость настроения Сниженный фон настроения Раздражительность, вспыльчивость То же, но с потерей контроля над собой Приходилось страдать за избыток горячности в отстаивании справедливости Ревность Расстройства сна Головная боль Боли в области сердца Другие боли Повышение или понижение артериального давления Потливость			

Психический статус _____

Перверсии и парафилии _____

Отношение к сексуальному расстройству _____

Психотерапевтической коррекции доступна (нет) _____

Объективные данные: рост _____ см, масса тела _____ кг,
ширина плеч _____ см, окружность грудной клетки _____ см,
ширина таза _____ см, высота ноги _____ см

Развитие молочных желез

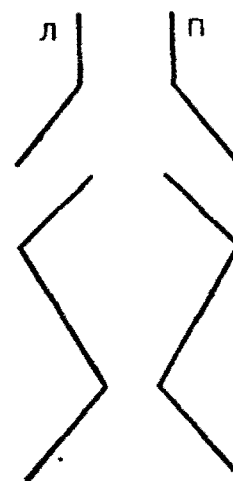
Диаметр ареол сосков: правого _____ левого _____

Оволосение: лобок _____ гипертрихозы (где) _____

Телосложение, соматический статус

А — окружность
грудной
клетки
Б — высота
ноги
В — рост
Г — ширина
таза
Д — ширина
плеч

—99	—92	—184	—37	—42
—96	—90	—180	—36	—41
—93	—88	—176	—35	—40
—90	—86	—172	—34	—39
—87	—84	—168	—33	—38
—84	—82	—164	—32,5	—37
—81	—80	—160	—32	—36
—78	—78	—150	—31,5	—35
—75	—76	—152	—31	—34
—72	—74	—148	—30	—33
—69	—72	—144	—29	—32
А	Б	В	Г	Д



Нервная система _____

Гинекологический статус _____

Отклонения от нормы, выявленные при объективном исследовании

Данные дополнительного обследования _____

Менструальная функция	Менархе (лет)			
	Регулярность менструаций			
Детородная функция	Срок наступления беременности			
	Течение беременности			
Трохантерный индекс				
Характер оволосения				
Эротическое либидо (с _____ лет)				
Оргазм	Первый оргазм	Возраст		
		Время после начала половой жизни		
	Достижение 50—100% оргастичности	Возраст		
		Время после начала половой жизни		

I			
II			
III			

Предварительный диагноз _____

Лечение и динамика последующего наблюдения _____

В отличие от карты сексологического обследования мужчин в аналогичной карте женщин после жалоб и анамнеза заболевания идет описание ранних этапов психосексуального развития. Объясняется это тем, что сексуальные нарушения у женщин гораздо чаще, чем у мужчин, связаны с отсутствием оргазма или нарушениями влечения. Даже при регулярной половой жизни либидо у женщин часто носит незрелый характер (задержка на платонической и эротической стадии) или отсутствует полностью (в том числе вследствие особенностей реализации и нарушения направленности влечения). При описании ранних этапов психосексуального развития необходимо отмечать наличие или отсутствие эмоционального контакта с матерью, а также всех факторов, способствующих трансформации половой роли и задержке или искажению сексуальности. Задержка или отсутствие интереса к строению половых органов своего или противоположного пола и сексуальных игр свидетельствует о неблагополучии психосексуального развития. Необходимо отмечать в карте обследования отсутствие

стеснительности, безразличное обнажение в возрасте старше 5—7 лет при лицах противоположного пола и чрезмерную, «болезненную», стеснительность. Все варианты сексуальных игр и реакция на них окружающих должны быть описаны, так как нередко выявляются и чрезмерно негативная реакция и развратные действия подростков и взрослых. Возраст первой половой осведомленности обычно совпадает с периодом сексуальных игр, и реакция на сведения о взаимоотношении полов косвенно указывает на благополучие или неблагополучие прохождения ранних этапов.

В карте сексологического обследования женщин раздел о *мастурбации* находится на «детских» этапах развития, а не в подростковом периоде, как у мужчин. Мастурбация у женщин может начаться в любом возрасте (от раннего детского до климактерического), но если она в детском возрасте в результате снижения порогов возбудимости сопровождается оргазмом, то в дальнейшем возможны искажения психосексуального развития, фиксация сексуальности на незрелых формах реализации. Содержание фантазий при мастурбации отражает направленность либидо. При низких порогах возбудимости оргазм может наступать не только при мастурбации, но и при сексуальных играх, при каких-либо манипуляциях на гениталиях и даже при наказаниях ребенка. Если мастурбации в детском возрасте не было, сведения о ней получают позже, вернувшись к этому пункту при дальнейшем опросе.

Возраст пробуждения платонического и эротического либидо близок к возрасту начала увеличения молочных желез и менархе. Если возраст менархе и начало либидо значительно не совпадают, это свидетельствует о дисгармонии психосексуального развития. При сборе анамнеза необходимо проследить и соотношение фаз появления влечения, фантазирования и реализации этого влечения как на платонической, так и на эротической стадиях при каждой влюбленности и каждом контакте. Если реализация влечения была неприятна (на любой стадии), необходим анализ отношений с мужем или с другим партнером. При анализе межличностных и сексуальных отношений с мужем (или с партнером, в отношениях с которым женщина хочет добиться гармонии) необходимо учитывать все компоненты влечения к нему и особенности реализации, сравнивая их с предыдущим опытом. В течение длительного времени поведение в паре может не соответствовать тому стереотипу, который сложился у женщины. Кроме того, для коррекции необходимо выявить, какой компонент влечения с мужем нарастает или утрачивается. Только после анализа формирования особенностей сексуальности, состояния межличностных и всех компонентов сексуальных отношений, после выявления уровня невротизации женщины, объективного обследования и анализа заполненной шкалы векторного определения половой конституции женщины врач получает моральное право вмешиваться в систему сложившихся отношений в паре.

4.7.1. Модифицированный (ускоренный) вариант карты сексологического обследования женщин

При заполнении этого варианта карты на часть вопросов женщина отвечает письменно перед приемом у врача-сексопатолога. Несмотря на то что анкета, даваемая женщине для самостоятель-

ных ответов, содержит больше вопросов и этот вариант карты, состоящей из двух частей, выглядит более громоздким, сексопатолог не только тратит меньше времени на сбор анамнеза, но и вопросы его после ознакомления с анкетой носят более направленный характер. Анкета начинается с выяснения межличностных и сексуальных отношений с мужем (с наиболее значимой для нее в данный момент ситуации) и дает ей возможность эмоционально отреагировать на сложившиеся отношения в семье, что не только значительно облегчает беседу с ней, но и позволяет использовать ее же слова в психотерапевтической работе в последующем. Например, если женщина (а на это «попадает» большинство) на вопрос «какие сексуальные отношения были с мужем до брака» отвечает: «никаких», с ней проводится беседа о том, что не только половой акт, а все варианты ласк являются сексуальными отношениями. При дальнейшем заполнении анкеты женщина отвечает на вопросы об особенностях психосексуального развития, что также облегчает дальнейшую работу. Анкета успешно используется и в случаях, когда женщина приглашается к сексопатологу как сексуальный партнер мужчины, обратившегося по поводу нарушений. Заполнять анкету женщина должна перед приемом либо в отдельном кабинете, либо за отдельным столом, чтобы ее ответы не видел муж. Давать анкету на дом нецелесообразно, так как слишком хорошо обдуманые ответы не всегда соответствуют действительности.

Анкета

Уважаемый товарищ! Пусть Вас не смущают требования подробного изложения ответов на все нижеперечисленные вопросы настоящей анкеты. Это необходимо для установления причин, вызвавших расстройство, и назначения наиболее действенного лечения. Поэтому в Ваших интересах все ответы на вопросы изложить подробно, четко, ясно, а главное правдиво. Ответы необходимо либо вписать в оставленные для этого места, либо подчеркнуть наиболее подходящие для Вас уже напечатанные ответы.

К Вашей анкете и истории болезни никто, кроме лечащего врача, не будет иметь доступа (это обусловлено врачебной тайной, предусмотренной законом).

С мужем знакома с _____ лет, будущему мужу было тогда _____ лет.

Он работал, учился _____

Отношения до брака:

Что привлекало в будущем муже _____

Что не нравилось, но надеялась, что можно исправить в браке _____

Какие сексуальные отношения были с мужем до брака _____

От кого исходила инициатива вступления в брак _____

Мотивы вступления в брак с Вашей стороны: _____

Ваше мнение, почему муж женился именно на Вас? _____

Был ли мужчина, который привлекал Вас до брака больше, чем муж, за которого Вы вышли бы замуж с большей готовностью (в каком возрасте, кто)? _____

Были ли такие мужчины после замужества? _____

Мужу сейчас _____ лет. Он работает _____, Его образование _____

Считаете ли Вы сейчас себя и мужа самыми близкими и родными людьми? _____

Отношения с мужем в настоящее время вне сексуальной сферы _____

Особенности характера мужа в настоящее время _____

Что нравится в характере мужа _____

Что из черт его характера хотелось бы изменить _____

Ваше отношение сейчас к мужу, его родственникам _____

Как муж относится к Вам, Вашим детям, родственникам _____

Нравится ли Вам сейчас внешность мужа? Если нет, то что не нравится? _____

Считаете ли Вы себя ласковой женщиной? _____

Возникает ли у Вас последние 2—3 мес потребность прикоснуться к мужу, приласкать его, поцеловать? _____

Какие ласки со стороны мужа Вам приятны, возбуждают _____

Ласки перед половым актом с Вашей стороны, со стороны мужа последние 2—3 мес (какие, продолжительность) _____

Ласки перед последним половым актом (когда, какие, продолжительность) _____

Что хотели бы изменить в ласках? _____

Сколько раз в неделю были половые акты год назад _____,
последний месяц _____

Потребность в близости у Вас (реже, чаще) _____

Сколько времени длится половой акт последние 2—3 мес _____

Вам будет лучше, если он будет короче или продолжительнее?

Знаете ли Вы позы, положения, при которых Вам половой акт приятнее? Какие? _____

Есть ли позы, положения, при которых половой акт Вам неприятен? Какие? _____

Что самое приятное для Вас во время близости: ласки, момент введения, первые фрикции (движения), продолжительность фрикций, момент семяизвержения у мужа, состояние полового акта?

Что самое неприятное для Вас при близости? _____

Есть ли у Вас потребность в продолжении полового акта или в ласках после семяизвержения у мужа? _____

Если Вам знакомо чувство оргазма:

Когда впервые испытали его: возраст _____ лет, при каких обстоятельствах: _____

Были ли когда-нибудь эротические сновидения с оргазмом?

Когда? _____

Был ли когда-нибудь оргазм при мастурбации (онанизме), направлении струи воды на половые органы, при сжатии мышц, при фантазировании или чтении? _____

Был ли когда-нибудь оргазм во время ласк? _____

Был ли когда-нибудь оргазм при половом акте? _____

Был ли оргазм при каких-либо других обстоятельствах? _____

Сколько из десяти половых актов с мужем сопровождается оргазмом в настоящее время? _____ Если оргазм бывает

реже, то сколько раз в месяц _____, в год _____

Влияние алкоголя на половые функции: не влияет, ослабляет, усиливает влечение, возбуждение, способность переживать оргазм. Муж привлекает меня как сексуальный партнер: да, нет.

Есть ли в настоящее время мужчина, к которому сексуальное влечение более выражено? _____

Методы предупреждения беременности: презерватив, внутриматочная спираль, гормональные таблетки, спринцевание, введение чего-либо во влагалище, прерванный половой акт, «календарный» метод _____

Страх наступления беременности: есть, нет. Это снижает сексуальность, нет.

Добрачные и внебрачные связи: не были, были. Если были, то укажите их по порядку. Если этому браку предшествовали другие браки, укажите их.

№ п/п	Ваш возраст	Его возраст и семейное положение	Мотивы этой связи	Причины разрыва, по чьей инициативе	Сколько времени продолжалась связь

Анамнез жизни

Я родилась _____ по счету ребенком.

Матери при рождении было _____ лет, отцу _____ лет

Мать по характеру _____

Отец по характеру _____

Имею _____ братьев, _____ сестер

Воспитывалась в полной семье; отец ушел, когда мне было _____ лет; в семье появился отчим, когда мне было _____ лет (ненужное зачеркнуть).

До школы воспитывалась дома (кем) _____

в яслях с _____ лет, в детском саду

с _____ лет

До школы предпочитала играть: с девочками, с мальчиками, со взрослыми, одна.

Любимые игры: _____

В школу пошла с _____ лет. Закончила _____ классов.

В школе в 1—4 классе предпочитала дружить: с девочками, с мальчиками; была близкая подруга, друг; друзей и подруг не было, была одинока.

В школе в 5—8 классе дружила с девочками, с мальчиками; была близкая подруга, был близкий друг; друзей и подруг не было, была одинока.

В старших классах (в профтехучилище, техникуме) дружила с _____

Одежду противоположного пола (брюки, куртки, шорты, майки) никогда не надевала; надевала иногда; носила часто; постоянно (в каком возрасте) _____

Предпочитала прическу девочки (косы, бантики), мальчишескую стрижку, было безразлично (в каком возрасте) _____

Косметику стала применять с _____ лет, декоративную косметику (макияж) применяю редко, часто, постоянно, никогда.

Учеба в других учебных заведениях _____

С начала трудовой деятельности работала (перечислить кем) _____

Своей работой сейчас удовлетворена, нет (почему) _____

Опишите основные черты Вашего характера, начиная с детства:

Отметьте знаком + наличие у Вас следующих особенностей	Всегда	Более 5 лет	Менее 5 лет
<p>Общая слабость, утомляемость</p> <p>Замкнутость</p> <p>Мнительность</p> <p>Беспокойные мысли о возможности заразиться</p> <p>Невозможность отвязаться от какой-то мысли или мелодии</p> <p>Застенчивость</p> <p>Нерешительность, неуверенность</p> <p>Впечатлительность, обидчивость</p> <p>Неустойчивость настроения</p> <p>Сниженный фон настроения (плохое бывает чаще, чем хорошее)</p> <p>Раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля над собой)</p> <p>То же (но с потерей контроля над собой)</p> <p>Отношение к проявлениям несправедливости:</p> <p>а) за чрезмерную участливость к бедам других страдать не приходилось</p> <p>б) приходилось страдать за избыток горячности в отстаивании интересов других в ущерб себе</p> <p>Ревность</p> <p>Расстройства сна:</p> <p>а) бессонница</p> <p>б) трудности засыпания</p> <p>в) поверхностный сон</p> <p>г) кошмарные сновидения</p> <p>Головные боли</p>			

Отметьте знаком + наличие у Вас следующих особенностей	Всегда	Более 5 лет	Менее 5 лет
Боли в области сердца Другие боли Повышение или понижение артериального давления Потливость Считаю себя некрасивой, непривлекательной, неуклюжей			

Менструации с _____ лет, по _____ дней, регулярные, нерегулярные, умеренные, обильные, скудные, болезненные, безболезненные.

К началу менструаций была подготовлена, знала от матери, подруги; отнеслась спокойно, испугалась, было неприятно _____

Последняя менструация была _____

Перед менструациями: изменение фона настроения, слезливость, раздражительность, повышение влечения, другие ощущения _____

Молочные железы стали увеличиваться с _____ лет.

Отнеслась к этому: с радостью, безразлично, было неприятно _____

Половая жизнь с _____ лет.

Первая беременность в _____ лет, закончилась родами, абортom, выкидышем.

Родов _____, абортom _____, самопроизвольных выкидышей _____.

Последняя беременность в _____ г.

Беременности повышают влечение, понижают, не изменяют.

После _____ родов сексуальность повысилась, снизилась, не изменилась.

Перенесенные в течение жизни заболевания _____

Лечилась в психиатрических больницах, нет. Состою на учете в психоневрологическом диспансере, нет _____

Урологические и венерические^с заболевания _____

Профессиональные вредности _____

Спорт (укажите виды, которыми регулярно занимаетесь в настоящее время, если имеете — разряды) _____

Как Вы используете свободное от работы время:

в рабочие дни _____

в выходные дни _____

в период отпуска _____
Распределите места, обозначив цифрами, в зависимости от того, какое значение имеют для Вас в настоящее время:

здоровье _____
профессиональные интересы _____
быт _____
культурные интересы _____
сексуальная сфера _____
хобби (какое) _____

Причиной моего полового расстройства я считаю _____

Муж о моем половом расстройстве: знает, не знает.
Муж о том, что я обращаюсь к сексопатологу: знает, не знает.
Дополнительные сведения, которые, по Вашему мнению, могут помочь врачу в понимании механизмов расстройства.

СССР Министерство здравоохранения	Шифр или № _____ Дата состав- ления кар- ты ___ 19 ___ г.	Учетн. ф. № 25 Утверждена Министер- ством здравоохранения СССР 16/VII — 1954 г.

(название лечучреждения)		

М
Ж

Общий стаж по найму _____ лет
Стаж в данной профессии
_____ лет
Общественная группа _____

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Фамилия, имя, отчество _____
Возраст _____ лет _____ месяцев _____ недель. Адрес больного:
СССР _____ область _____ район _____ населенный
пункт _____ улица (переулок) _____ дом № _____ корпус № _____
кв. № _____
Место службы, работы _____ отделение, цех _____
(наименование и
характер производ.)
Профессия, должность _____ иждивенец _____
СФЖ _____
Заключительный диагноз _____

Жалобы: _____

Когда и при каких обстоятельствах впервые возникла мысль о наличии полового расстройства; динамика и проведенное ранее лечение.

Особенности воспитания до школы (половое самосознание, ролевые игры, эмоциональная близость) _____

В младших классах товарищеские отношения с _____
дружеская привязанность _____

эмоциональная близость дома с _____

Стеснительность, трудности обнажения в присутствии _____

с _____ лет

Интерес к половым органам своего пола _____
противоположного пола _____

Сексуальные игры (описать) _____

Половая осведомленность _____

Мастурбация с _____ лет. Источник информации _____

В какой форме _____

Сопровождается оргазмом с _____ лет. Фантазирование с _____ лет

Взаимная мастурбация _____

Отношение к мастурбации _____

в настоящее время _____

Первая платоническая влюбленность _____

Эротическое либидо (фантазирование с _____ лет, интерес к эротизирующей литературе с _____ лет, стремление к ласкам, прикосновениям с _____ лет) _____

Реализация эротического либидо с _____ лет _____

Сопровождалось влечением, возбуждением (нет) _____

Петтинг (пассивный, активный, односторонний, двусторонний, поверхностный, глубокий) сопровождался влечением, выделением влагалищной слизи, оргазмом, безразличием, был неприятен (чем) _____

Половая жизнь в _____ лет с _____

Особенности первой близости _____

Динамика влюбленностей и добрых связей (включая петтинг) _____

Замужем с _____ лет (с _____ года)

Влечение к мужу	До замужества	После замужества	В настоящее время
Платоническое			
Стремление к ласкам, прикосновениям			
Влечение к половому акту			

Что в настоящее время вызывает возбуждение, выделение влагалищной слизи _____

Оргазм с _____ лет. Источники _____

% оргастичности максимальный _____, в настоящее время _____

Потребность в изменении стереотипа поведения:

В личностных отношениях _____

В ласках _____

Во время полового акта _____

Внебрачные половые связи _____

Личностные особенности, динамика невротической (или психопатологической) симптоматики. Психический статус: _____

Причины обращения к сексопатологу _____

Отношение к сексуальному расстройству _____

Психотерапевтической коррекции доступна (нет) _____

Перверсии и парафилии _____

Объективные данные: рост _____ см, вес _____ кг, ширина плеч _____ см, окружность грудной клетки _____ см, ширина таза _____ см, высота ноги _____ см (ТИ)

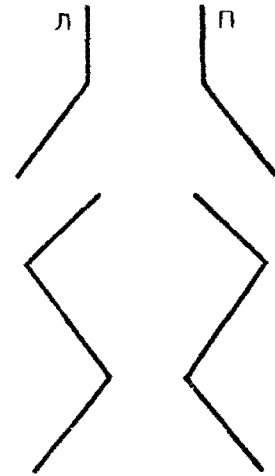
Развитие молочных желез _____

Диаметр ареол сосков: правого _____, левого _____

Оволосение: лобок _____ гипертрихозы (где) _____

Телосложение, соматический статус

А	окружность грудной клетки	—99	—92	—184	—37	—42
		—96	—90	—180	—36	—41
Б	высота ноги	—93	88	176	35	40
		—90	—86	172	34	39
В	рост	—87	—84	—168	—33	—38
		—84	—82	—164	—32,5	—37
Г	ширина таза	—81	—80	—160	—32	—36
		—78	—78	—156	—31,5	—35
Д	ширина плеч	—75	—76	—152	—31	—34
		—72	—74	—148	—30	—33
		—69	—72	—144	—29	—32
		А	Б	В	Г	Д



Нервная система _____

Гинекологический статус _____

Отклонения от нормы, выявленные при объективном исследовании: _____

Данные дополнительного обследования: _____

Менструальная функция	менархе (лет)		
	регулярность менструаций		
Детородная функция	срок наступления беременности		
	течение беременности		

Трохантерный индекс				
Характер оволосения				
Эротическое либидо (с _____ лет)				
	Первый оргазм	Возраст		
		Время после начала половой жизни		
	Достижение 50—100 % оргастичности	Возраст		
		Время после начала половой жизни		

I			
II			
III			

Предварительный диагноз _____

Лечение и динамика последующего наблюдения _____

5. СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Любой специалист, взявший на себя ответственность за оказание врачебной помощи больному, озабоченному состоянием своей половой сферы, обязательно опирается на какие-либо концептуальные представления. Поскольку в современных условиях организации медицинской помощи основные действия врача обязательно документируются и узловым пунктом этой документации является диагноз, формулировка этого диагноза неизбежно вскрывает различия в методических подходах различных врачей. Прежде всего любая лечебная рекомендация может иметь одну из трех возможных направленностей — либо на симптом («средство от нарушений эрекции» и «средство от нарушений эякуляции»), либо на симптомокомплекс, иногда именуемый синдромом («перечень терапевтических мероприятий, применяемых при лечении импотенции»), либо на определенную нозологическую форму (что часто играет роль своеобразной дымовой завесы, камуфлирующей все те же симптоматические уровни мировосприятия: «диабет с ослаблением либидо и эрекции» или «алкоголизм, осложненный импотенцией»). И хотя лечебные рекомендации не несут явной симптоматологической или псевдонозологической маркировки, последняя неизбежно обнажается в формулировке диагноза, характеризующей и уровневые, и классификационные, и методологические позиции. В повседневной врачебной практике эти подходы интегрируются в виде одной из трех

основных моделей — досистемной (монодисциплинарной), псевдосистемной (мультидисциплинарной) или системной (междисциплинарной).

Метод структурного анализа половых расстройств, воплощающий системный подход, основывается на общей теории функциональных систем П. К. Анохина и физиологической концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла. Структурный анализ представляет совокупность диагностических алгоритмов, обеспечивающих переход от симптомов к синдромам, завершающийся постановкой развернутого клинического диагноза полового расстройства с учетом состояния гормонального обеспечения, элементарных нервных регуляций, психики и урогенитального аппарата не в их противопоставлении, а в интегральном взаимодействии. В дополнение к диагнозу характеризуется динамика развертывания патологической структуры и выявляются патогенные факторы, совокупное действие которых привело к возникновению сексуального нарушения (с дифференциацией факторов, действие которых ограничилось начальными этапами, от факторов, поддерживающих расстройство).

5.1. Первый этап структурного анализа — оценка функционального состояния составляющих копулятивного цикла и идентификация синдромов их расстройств

При развитии сексуальных нарушений каждая из четырех составляющих копулятивного цикла (нейрогуморальная, психическая, эрекционная, эякуляторная) может под влиянием патогенных воздействий подвергнуться патологическому изменению, что скажется на ее способности обеспечивать выполнение свойственных ей функций. Цель первого этапа структурного анализа — установить степень функциональной сохранности каждой составляющей, а в случае ее поражения — идентифицировать клиническую форму синдрома. Решаются обе эти задачи на основе специально разработанных критериев и реестра типовых синдромов.

Поскольку критерии оценки функционального состояния составляющих копулятивного цикла, прошедшие клиническую апробацию применительно к мужчинам, выполняют в ходе структурного анализа две задачи, они несколько условно могут быть подразделены на общие (выполняющие главным образом первую задачу) и специфические (выполняющие вторую задачу).

I. Критерии оценки нейрогуморальной составляющей

Общие

1. Либи́до:

- а) выраженность к моменту обследования (в том числе по I показателю СФМ);
 - б) возраст пробуждения сексуального компонента либи́до.
2. Возраст наступления первой эякуляции.
 3. Мастурбации, их клинический тип.
 4. Динамика уровней (ритма) половой активности:

- а) с начала половой жизни до начала заболевания (особо учитывается возраст вхождения в полосу УФР);
 - б) в период обращения в данное учреждение (в том числе по VII показателю СФМ).
5. Экцессы (максимальный эксцесс и возраст, в котором имел место последний эксцесс).
 6. Сексуальные абстиненции:
 - а) их характер — абсолютный или парциальный (с поллюциями, мастурбацией и т. д.);
 - б) их субъективная переносимость.
 7. Пробудилась ли сексуальность у жены и если пробудилась, то через какой период после начала регулярной половой жизни (косвенный критерий).
 8. Выраженность вторичных половых признаков.
 9. Трохантерный индекс (и другие морфографические данные).

Специфические

Наличие или отсутствие специфической симптоматики (из области клинической эндокринологии или неврологии), свидетельствующей о поражении глубоких отделов мозга (диэнцефальная область и др.) или отдельных эндокринных желез.

II. Критерии оценки психической составляющей

Общие

1. Своевременное (без задержек) начало половой жизни.
2. Удача первого полового акта (наряду с действительной, объективной характеристикой следует учитывать субъективную оценку, данную в то время самим пациентом и его партнершей).
3. Длительность и регулярность половой жизни в последующем (достаточные или недостаточные для выработки и упрочения условнорефлекторных стереотипов сексуального поведения).
4. Частые и временные (по возрастным периодам) характеристики попыток, не увенчавшихся успехом, и всякого рода срывов или некачественных форм половой активности.
5. Черты характера, затрудняющие сексуальные контакты (мнительность, нерешительность, застенчивость, замкнутость), а также нарушения речи и моторики.
6. Наличие или отсутствие косметических макро- и микродефектов (низкий рост, хромота, косоглазие, обезображивающие рубцы).

Специфические

Наличие или отсутствие врожденных или приобретенных психопатологических или невротических проявлений (устанавливаются методами клинической психоневрологии).

III. Критерии оценки эрекции составляющей

Специфические *

1. Объективно регистрируемые неврологические симптомы, подтверждающие наличие топического очага со спинальной, параспинальной или экстраспинальной локализацией (например, поражения пп. *erigentes* или *p.dorsalis penis*).
2. Объективно регистрируемые симптомы поражения полового члена (рубцовые изменения, *induratio penis plastica* и т. д.) или его сосудистого аппарата.

IV. Критерии оценки эякуляторной составляющей

Общие

1. Наличие признаков патологических изменений порога возбудимости эякуляторной подсистемы, не связанных непосредственно с психогенно-невротическими механизмами тревожного ожидания.
2. Утрата характерного для нормы «закона силовых отношений», выражающегося обратной пропорциональностью между длительностью полового акта и продолжительностью интервала времени, отделяющего данный половой акт от предшествовавшего (наиболее ярко «закон силовых отношений» проявляется в характерном для нормы четком удлинении продолжительности каждого последующего коитуса при эксцессах).

Специфические

1. Наличие ирритативных, деструктивных очагов или фиброза на сегментарных уровнях от D₁₀ до S₄ и прежде всего в предстательной железе или других образованиях заднего отрезка уретры.
2. Наличие или отсутствие в анамнезе патогенных факторов, обуславливающих развитие урогенитальных отклонений по типу «молчаливого» простатовезикулизма (фрустрации, петтинг, *coitus interruptus*, истинная пролонгация и т. д.).
3. Наличие или отсутствие неврологической симптоматики, характеризующей «заинтересованность» парацентральных долек (ночной энурез в прошлом, поллактурия, нерегулярность дефекации, не связанная с погрешностями в диете; объективно: симптомы избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых реф-

* Отсутствие общих критериев определяется тем, что спинальные механизмы, являющиеся лишь конечным исполнительным аппаратом, принадлежат к филогенетически наиболее ранней формации, отличающейся высокой стойкостью по отношению к патогенным влияниям, и большинство случаев ослабления эрекции обуславливается процессами, происходящими на более высоких уровнях нервной системы (кортикальном и субкортикальном).

лексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов; симптомы орального автоматизма и т. д.).

Примечание. Патологическое укорочение или удлинение продолжительности коитуса (вплоть до ненаступления эякуляций), так же как инконгруентность (несовпадение) моментов оргазма обоих партнеров, не является достаточным основанием для констатации поражения эякуляторной составляющей, так как они могут обуславливаться рядом причин, не имеющих ничего общего с поражением эякуляторной составляющей (например, недостаточная частота половых отношений, не соответствующая индивидуальной потребности мужчины; пониженная сексуальная возбудимость женщины; несоблюдение элементарных требований «техники» полового акта как в отдельных фазах — подготовительной, основной и заключительной, так и в целом вследствие низкой сексуальной культуры и т. д.). Наличие же у пациента выраженных черт тревожной мнительности и неуверенности, поддерживающих страх слишком быстрого окончания полового акта (или, наоборот, страх ненаступления эякуляции), в подавляющем большинстве случаев свидетельствует о поражении не эякуляторной, а психической составляющей.

При ознакомлении с указанными критериями нетрудно заметить, что общие критерии основываются на приемах исследования и показателях, разработанных в рамках сексопатологии, и не применяются ни в одной из пограничных клинических дисциплин, в то время как специфические критерии основываются на диагностических приемах и показателях, непосредственно или с незначительной модификацией отобранных из семиологических арсеналов пограничных специальностей — эндокринологии, психоневрологии и урологии.

Первый этап структурного анализа, начинающийся с установления патологических отклонений в функциях, обеспечиваемых соответствующей составляющей, требует идентификации конкретных клинических синдромов, обуславливающих эти отклонения, и завершается внесением обозначения выявленных синдромов в структурную решетку (п. 17 стандартной карты сексологического обследования мужчин). Для обеспечения краткости и наглядности используется следующий кодировочный реестр основных сексопатологических синдромов у мужчин.

I. Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей (27,8%)

1. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы — 26,8%.
 - 1а. Синдромы нарушения темпов пубертатного развития (задержанное, преждевременное и дисгармоничное) — 6,3%.
 - 1б. Инволюционное снижение половой активности — 17,4%.
 - 1в. Расстройства, спровоцированные применением гормонотерапии, и др. — 3,1%.
2. Вторичные сексуальные расстройства при специфических эндокринных заболеваниях ~ 1,1%.
 - 2а. Патология дифференцировки пола (вследствие нарушений соматосексуального развития)
 - 2б. Сексуальные нарушения при поражении гипоталамуса
 - 2в. Сексуальные расстройства гипофизарного происхождения

- 2г. Половые расстройства при заболеваниях семенников (яичек)
- 2д. Сексуальные нарушения при заболеваниях других эндокринных желез.

II. Синдромы расстройств психической составляющей (50,8%)

- 1. Нарушения психосексуального развития ~ 1%.
- 2. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов — 10,4%.
 - 2а. Акцентуации характера — 1,6%.
 - 2б. Психопатии — 4,7%.
 - 2в. Эндогенные психозы — 4,1%.
- 3. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов — 30,0%.
 - 3а. С первичным поражением сексуальной сферы — 23,1%.
 - 3б. С вторичным вовлечением сексуальной сферы в клиническую картину невроза — 6,9%.
- 4. Синдромы дезактуализации и нарушенной реадaptации сексуальной сферы — 1,8%.
- 5. Мнимые сексуальные расстройства — 7,6%.
 - 5а. С преобладанием предъявления к себе чрезмерных требований
 - 5б. С отнесением к себе воображаемых изъянов
 - 5в. С неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений (в том числе на постабстинентные ускорения эякуляции)
 - 5г. С преобладанием неправильного поведения партнеров (в том числе при несоблюдении элементарной «техники» коитуса, например при редукции предварительных ласк) или сексуальных дефектов женщины.

III. Синдромы поражения эрекции составляющей (1%)

- 1. Сосудистые формы.
- 2. Спинальные и экстраспинальные формы (при миелите, рассеянном склерозе, каудитах, фуникулитах, плекситах, невритах, опухолях, травмах и т. д.):
 - 2а. Проводниковые
 - 2б. Сегментарные
 - 2в. Периферические.
- 3. Заболевания и повреждения полового члена.

IV. Синдромы нарушений эякуляторной составляющей (20,4%)

- 1. Урогенитальные синдромы (без титуляризации) — 11,0%.
- 2. Урогенитальные синдромы с вторичной титуляризацией — 5,4%.
- 3. Синдром парацентральных долек — 3,8%.
- 4. Спинальные синдромы нарушения эякуляции — 0,2%.

В представленном виде вся классификация разделяется на три регистра. Первый регистр (маркирован римскими цифрами) обозначает лишь соответствующую строку структурной решетки, характеризующую основание классификации, и в формулировку диагноза включаться не может (так же как в хирургические и терапевтические истории болезни не могут вписываться обороты типа «заболевание брюшной полости» или «патология сердечно-сосудистой системы»).

Второй регистр (маркирован арабскими цифрами) обозначает следующий уровень диагностической идентификации; большинство определений данного регистра тоже носят обобщенно-групповой характер (исключениями являются лишь формы II,4 и IV,3).

Третий регистр включает конкретные симптомокомплексы, описанные в справочнике по основным нозологическим параметрам (этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз). Часть этих форм представлена в приводимом кодированном реестре сочетаниями арабских цифр и букв («а», «б», «в» и т. д.). Вследствие полисиндромности подавляющего большинства сексуальных расстройств все нарушения данного уровня вне зависимости от степени их выраженности обозначаются как синдромы.

В индивидуальную медицинскую документацию каждого больного из кодировочного реестра вписываются только те обозначения, которые вносятся в структурную решетку и раздел «Динамика выявления синдромов». В разделы «Предварительный диагноз» и «Заключительный диагноз» должны вписываться предельно конкретизированные синдромы (представлены в реестре третьим регистром).

5.2. Второй этап структурного анализа — выявление различных форм межсиндромных взаимодействий

Полисиндромность подавляющего большинства сексуальных расстройств обуславливает необходимость строжайшего выполнения двух абсолютно обязательных требований: 1) ни в коем случае не останавливаться на первом, даже значительном, диагностическом ориентире и обязательно проводить первичное обследование в полном объеме и доводить его до завершения, ставя цель выявления всех синдромов, сколь бы малозначительными они не казались на первом этапе диагностического процесса; 2) не ограничиваться выявлением отдельно взятых синдромов, а устанавливать давность, «индивидуальный стаж» каждого из них, место каждого в структуре всего нарушения в целом и тип взаимодействия между всеми выявленными синдромами.

Практическое значение второго этапа структурного анализа определяется особой важностью для врача целостности того системного нарушения, которое представляет каждое сексологическое расстройство. «Главным признаком целостности принято считать появление у нового образования каких-либо интегративных свойств, не присущих элементам, составляющим эту систему, и преобладание устойчивости внутренних связей над внешними» [Зелькина О. С., 1970]. В приведенном определении особенно важен последний момент, ибо устойчивость внутренних связей — наилучшее обеспечение

стабильности системы и ее способности противостоять постоянному потоку самых неблагоприятных воздействий из внешней среды.

Определяется это тем, что каждый синдром, в различной степени отражаясь своими проявлениями в сознании больного и тем самым неоднозначно затрагивая психологические защитные механизмы, неизбежно обнаруживает тенденции взаимодействия с другими синдромами, порождая в одних случаях односторонний, а в других — разнонаправленный резонанс. Проанализировав формы взаимодействия симптомов вынаждения, признаков перестройки сохранившихся систем на новые режимы работы и реакций личности при психозах, А. А. Портнов (1969) обосновал необходимость определять особенности сочетаний, порядок, изменчивость и скорость чередования синдромов, обозначив эту комплексную диагностическую задачу как выяснение *синдромотаксиса*.

У сексологических больных специфические проявления осевого синдрома, составляющего стержень сексуального расстройства, чаще всего усугубляются проявлениями соматического или личностного преморбиды. Так, затруднения социально-сексуальных контактов при шизофрении или шизоидной психопатии, обусловленные аутизмом, интравертированностью или общим снижением витальных побуждений, в большей мере проявляются при ЗПР, потенцируясь снижением либидо, свойственным этому виду патологии. В свою очередь эти затруднения, создавая длительную сексуальную изоляцию и порождая явления сексуальной фрустрации, могут способствовать развитию простатовезикулярного стаза, «молчаливого» простатовезикулизма, хронических простатитов.

Наряду с такими моделями прямого потенцирования, когда один синдром отягощается и осложняется другим, наблюдаются и модели «камуфлирующие». Так, сочетание синдромов ЗПР, чаще всего проявляющихся запаздыванием эякуляций, сочетаясь с синдромами, сопровождающимися ускорением эякуляций, могут почти полностью их маскировать, обнаруживая внешнюю феноменологию, практически неотличимую от нормы:

Продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла

<p>В норме При ЗПР (I, 1,a) При синдроме ПЦД (IV,3) При сочетании ЗПР и синдрома ПЦД (I, 1,a+IV,3)</p>	<div style="text-align: center;"> $\frac{A}{B}$ $\frac{C}{D}$ $\left(D = \frac{B+C}{2} \approx A \right)$ </div>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

В одних случаях подобного рода замаскированные синдромотаксические сочетания при своем внешнем благополучии обладают пониженной внутренней стабильностью и под влиянием дополнительных экзогенных воздействий способны выявлять свою скрытую дефицитарность. В других случаях, как показала И. Л. Ботнева (1978), возможны синдромотаксические взаимодействия того же порядка, способствующие устойчивой и длительной стабилизации всей половой системы, и, наконец, в третьем варианте рассматриваемой модели может сформироваться феномен *эякуляторной*

атаксии, отличающейся качественным своеобразием как проявлением эмергентности [Васильченко Г. С., Маслов В. М., 1978].

Однако формы, потенцирующие свое отрицательное взаимодействие, преобладают по частоте над формами со взаимной компенсацией, и у больных, не получающих своевременной помощи квалифицированного сексопатолога, наблюдается так называемый феномен чернильного пятна: с чего бы ни начиналось сексологическое расстройство, первоначальное нарушение, неуклонно прогрессируя, вовлекает одну составляющую за другой, «обрастает» новыми синдромами и на конечных этапах представляет сочетание ряда парциальных расстройств, затрагивающих несколько иерархических уровней, обеспечивающих в норме системную организацию половой функции. Однако при сходстве и даже идентичности синдромов (если не ограничиваться только их перечислением, а учитывать динамику патологического процесса и его синдромотаксис) удастся установить у больных качественные характеристики расстройств, имеющие решающее значение для тактики лечения и конечного исхода заболевания. Сказанное может быть иллюстрировано сопоставлением 2 больных, синдромы которых представлены в приводимых структурных решетках:

Составляющая	Форма поражения составляющей *	Место составляющей в структуре сексологического нарушения
Первый больной		
I	ЗПР (1а)	2
II	Шизофрения (2в)	1
III	—	—
IV	Хронический простатит с вероятной вторичной патогенетической титуляризацией (1; 2)	3
Второй больной		
I	ЗПР (1а)	3
II	Шизофрения (2в)	2
III	—	—
IV	Хронический простатит с вероятной вторичной патогенетической дезинтеграцией (1; 2)	1

* В скобках дан классификационный код.

В первом наблюдении у больного шизофренией с бредом отношения и явлениями дисморфофобии даже при выраженной задержке пубертатного развития и глубоком поражении предстательной железы в качестве стержневого следует выделить расстройство психической составляющей; поражение нейрогуморальной составляющей в данном случае относится к соматическому преморбиду, а эякуляторной — к осложнению на почве нарушения социально-сексуальных отношений (сексуальная изоляция, нарушение ритма половой активности). Здесь успех лечения зависит прежде всего от эффективности терапевтического воздействия, направленного

на основной процесс, и от реабилитации поведенческих нарушений больного.

У другого больного с благоприятно текущей шизофренией в стадии глубокой ремиссии, который сохраняет социальные связи, имеет семью и поддерживает регулярную половую активность, сочетание тех же синдромов поражения нейрогуморальной, психической и эякуляторной составляющих получает другую трактовку. Такие больные чаще всего жалуются на преждевременное семяизвержение, что вызывает неудовлетворенность у жены, травмирует психику больного и создает угрозу срыва компенсации в семье и на производстве. В подобном случае как стержневое выделяется расстройство эякуляторной составляющей, и основные терапевтические усилия направляются на санацию предстательной железы с последующим снятием вторичной патогенетической дезинтеграции курсом хлорэтиловых блокад.

5.2.1. Системная феноменология расстройств эякуляции

Упомянутый в предыдущем разделе «феномен чернильного пятна», демонстрирующий широту и многосторонность взаимных патогенных воздействий в системе, проявляющихся на всех ее уровнях, может быть проиллюстрирован анализом феноменологии одного из наиболее ранних и частых сексопатологических проявлений — расстройств эякуляции, начинающихся с изменений длительности фрикционной стадии копулятивного цикла.

На начальных стадиях этот симптом проявляется изолированно и может быть классифицирован количественно с подразделением на следующие клинические формы:

1. Относительное ускорение эякуляции (*ejaculatio praesox relativa* — EPR), когда семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, хотя с момента имиссии до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20—25 фрикций.

2. Абсолютное ускорение эякуляций (*ejaculatio praesox absoluta* — EPA), когда длительность копулятивной стадии составляет менее 20 фрикций.

3. *Ejaculatio ante portas* (EAP) — наступление семяизвержения в обстановке полового акта, но до введения полового члена во влагалище.

4. Задержанная эякуляция (*ejaculatio tarda* — ET), когда половой акт носит затяжной, подчас изнурительный характер; крайней степенью ET являются *анэякуляторный феномен*, при котором эякуляция вообще не наступает.

За этим, однако, следуют качественные изменения эякуляции, выражающиеся в *дневных поллюциях*, которые разделяются на *адекватные* и *неадекватные* *. При *атонических формах* (*сперматорея* и *простаторея*) эякуляции как таковой нет, а вместо энергичного извержения семени происходят пассивные истечения, главным образом при натуживании во время дефекации.

При отсутствии своевременной помощи расстройства эякуляции осложняются присоединением других феноменов, что заставляет

* См. с. 112—113.

характеризовать каждое расстройство не только по интенсивности, но и по экстенсивности, добавляя к обозначению интенсивности нарушения римские цифры: I — при изолированном расстройстве эякуляции; II — при сочетании с ослаблением эрекции; III — при сочетании с ослаблением эрекции и снижением полового влечения (или притушением оргазма). Статистические данные Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии выявляют частотное распределение, демонстрируемое табл. 26.

Таблица 26

Распределение расстройств эякуляции по интенсивности и экстенсивности (в процентах)

Экстенсивность симптома	Интенсивность симптома							Всего
	количественные варианты				дневные поллюции		атонические варианты (сперматопростор)	
	ET	EPR	FPA	EAP	адекватные	неадекватные		
I	0,6	13,0	8,5	5,5	1,9	0,9	0,3	30,7
II	1,2	11,8	16,3	12,1	3,0	2,4	3,3	50,1
III	3,3	2,1	4,8	3,6	1,9	1,9	1,6	19,2
Итого.	5,1	26,9	29,6	21,2	6,8	5,2	5,2	100,0

5.3. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин

Вариабельность женских сексуальных реакций обуславливает большее, чем у мужчин, разнообразие сексопатологических феноменов при действии однотипных патогенных факторов. Кроме того, реализация женских рекреативных функций в значительной мере зависит от адекватности поведения сексуального партнера, его сексуальных возможностей, согласованности интимных отношений у данной пары, т.е. признаков, интегрируемых психической составляющей конулятивного цикла. А так как роль нейрогуморальной составляющей как прямого возбудителя сексуальной сферы у женщины значительно скромнее, то, например, умеренная задержка пубертатного развития, при прочих равных условиях приводящая к более раннему окончанию периода гиперсексуальности у мужчин, у женщин проявляется более поздним пробуждением сексуальности. При гипоталамических поражениях у мужчин, как правило, наблюдается снижение сексуальности, а у женщин чаще встречается синдром гиперсексуальности. Поражение гонад у мужчин, хотя и бывает сравнительно редко, оказывает заметное влияние на сексуальную активность, в то время как одно из самых

частых женских заболеваний — аднексит, вне других патогенных факторов оказывает не столь существенное влияние на женскую сексуальность.

Основная особенность поражений психической составляющей у женщины состоит в том, что дезинтеграция копулятивного цикла нередко наблюдается под действием сравнительно безобидных психических факторов вне каких-либо выраженных патологических состояний, в большинстве случаев даже без неврозов, четко прослеживаемых у мужчин. Наблюдаемые у женщины расстройства психической составляющей в подавляющем большинстве случаев не выходят за рамки адаптационных психологических реакций.

Наибольшие различия касаются оценки поражения эрекционной и эякуляторной составляющих у мужчин и генитосегментарной составляющей у женщин. Ряд типично «мужских» сексопатологических синдромов, например сосудистого поражения половых органов (в том числе приапизм) или фибропластическая индурация, не имеют аналогов в женской сексопатологии. В то же время травматические поражения половых органов после родов, аборт, неадекватной контрацепции характерны только для женщин и играют немалую роль в процессах сексуальной адаптации женщин в браке.

5.3.1. Феноменологические варианты расстройств женской сексуальности

Формулировка сексологического диагноза предусматривает идентификацию симптомокомплекса сексуального расстройства, выделение стержневого сексопатологического синдрома с учетом преморбидного статуса больной и выявление присоединившихся синдромов. Поскольку конечным эффектом взаимодействия составляющих копулятивного цикла является наступление у женщины оргазма, то при критическом нарушении функционирования одной из них симптоматика полового расстройства прежде всего будет заключаться в расстройстве оргазма. Отсутствие оргазма обозначается термином *аноргазмия*.

А. М. Свядоц (1974) предлагает различать три степени аноргазмии: при первой отмечается сохранность либидо и возможность удовлетворения без оргазма; при второй наблюдается безразличное, равнодушное отношение к половому акту; при третьей — негативное отношение, отвращение к половому акту. Тотальная аноргазмия у женщин с некоторым опытом половой жизни наблюдается редко, чаще отмечаются снижение уровня оргастичности, сглаженность оргазма. Динамика дезинтеграции сексуальной сферы у женщин позволяет выделить в порядке нарастания глубины поражения следующие варианты аноргазмии:

1) относительное снижение оргастичности (*Hypoorgasmia relativa* — HOR), т. е. уменьшение установившегося уровня оргастичности. Г. П. Хожайнова (1987) предлагает различать три степени гипооргазмии: а) легкую, характеризующуюся снижением уровня оргастичности до 50—79%; б) среднюю, характеризующуюся снижением уровня оргастичности до 20—49%; в) выраженную со снижением оргастичности до единичных случаев при регулярной половой жизни;

2) абсолютное снижение оргастичности (*Hypoorgasmia abso-*

luta — НОА), т. е. присоединение к предыдущей форме устойчивого уменьшения остроты оргастических ощущений;

3) относительное отсутствие оргазма (*Anorgasmia relativa* — AOR), т. е. отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта. В зависимости от источника имеющейся модели оргазма следует различать следующие варианты AOR: при петтинге (p), при мастурбации (m), в состоянии необычного аффекта (a) и во время сна (s);

4) абсолютное отсутствие оргазма (*Anorgasmia absoluta* — АОА), когда оргазм не наступает ни при каких обстоятельствах;

5) ложное отсутствие оргазма (*Anorgasmia spuris* — AOS), т. е. незавершенность оргастической серии у мультиоргастичных женщин, сопровождающаяся чувством неудовлетворенности и сексуальными фрустрациями.

При изолированном поражении оргастической стадии в маркировку формы поражения вводится индекс I, при дополнительном снижении реактивности эрогенных зон — индекс II, а при снижении и эротического либидо — индекс III.

Наряду с этим феноменология сексуальных расстройств у женщин зачастую включает различные неприятные ощущения: боль, зуд, тяжесть, жжение в половых органах, а также цисталгию, дизурию. Собирательным термином для обозначения данных ощущений является *гениталгия* (Ga), к которой тесно примыкает и *вагинизм* (Vg). По характеру соотношения названных проявлений со стадиями копулятивного цикла можно выделить следующие варианты гениталгий:

а) *Genitalgia expectana* (GaE) — возникновение болевых ощущений до интроитуса;

б) *Genitalgia copulativa* (GaC) — появление болевых ощущений во время фрикционной стадии;

в) *Genitalgia frustrana* (GaF) — возникновение болевых ощущений после окончания копулятивного цикла мужчины при отсутствии оргазма у женщины;

г) *Genitalgia intercopulativa* (GaI) — развитие болевых ощущений в промежутке между копулятивными циклами.

Гениталгию как функциональный болевой синдром при нормальном гинекологическом статусе [Здравомыслов В. И., 1982] следует отличать от болевого синдрома при различных урогенитальных заболеваниях. Аналогично следует различать вагинизм как один из клинических видов истерической реакции и *псевдовагинизм* как рефлекторный спазм во время близости при различных урогенитальных заболеваниях, пороках строения и травмах гениталий у женщин.

По данным А. М. Свядоца (1974), существуют три степени выраженности вагинизма: 1 — спазм возникает при попытке имиссии полового члена; 2 — спазм возникает при прикосновении к половым органам; 3 — спазм при мысли о половом акте.

При маркировке у женщины сексуального расстройства, представляющего собой сочетание различных феноменологических вариантов, следует пользоваться знаком суммирования (+), а в случае очередности проявления вариантов достаточно простого перечисления в порядке убывания их частоты.

Крайним вариантом дезорганизации половой жизни является *виргогамия* (девственный брак), при которой супруги в течение длительного периода времени, достигающего подчас нескольких лет, не могут начать полноценную половую жизнь. Виргогамия харак-

теризуется сохранением целостности девственной плевы (причем женщина может получать оргазм при петтинге или вестибулярном коитусе).

5.3.2. Оценка исходной адаптации супругов в диагностике сексуальных расстройств у женщин

В отличие от мужчин, у которых сексуальное расстройство в большинстве случаев означает снижение первичного уровня сексуального функционирования, будь то снижение либидо, недостаточность адекватной эрекции, ускорение эякуляции или урежение попыток проведения близости, сексуальные расстройства у женщин в значительной части случаев формируются по типу задержки сексуального развития на одной из предшествующих стадий. Именно поэтому констатация характера сексуального расстройства у женщин немыслима без оценки исходного уровня адаптации сексуальных партнеров. Изучение динамики этого процесса в браке позволяет выделить несколько типичных этапов развития партнерских отношений:

1. *Этап первичной адаптации* охватывает период от начала половой жизни до нескольких месяцев брака. На этом этапе апробируется принципиальная возможность сексуальных контактов между супругами, устраняются наиболее грубые предрассудки, тормозящие сексуальную инициативу партнеров.

2. *Этап прогрессирующей адаптации* охватывает первые годы супружества и заключается в становлении устойчивого сексуального стереотипа. На этом этапе происходит расширение диапазона приемлемости, реализуются желаемые формы сексуальных контактов между супругами, апробируются новые детали интимной близости. Именно в этот период возникает партнерство, женщина активно вовлекается в интимные отношения, пробуждается и нарастает ее сексуальность, стабилизируется оргастическая функция.

3. *Этап стабильной адаптации* охватывает весь последующий период супружества вплоть до возрастного угасания сексуальной активности одного из партнеров и характеризуется наличием достаточно прочного сексуального стереотипа, обеспечивающего реализацию сексуальности у обоих партнеров в различных условиях и в то же время при известной гибкости этого стереотипа гарантирующего возможность приспособления партнеров к новым условиям.

Патогенные факторы, воздействующие на женскую сексуальность, могут задерживать развитие сексуальной адаптации на различных этапах. В частности, при задержке развития отношений на «добрачном» уровне формируется феномен *виргогамии*.

Торможение сексуальной адаптации женщины на этапе первичной адаптации формирует *инадаптивный* тип сексуальных расстройств, задержка на этапе прогрессирующей адаптации – *гипоадаптивный* тип, при котором реализация женской сексуальности достигается с трудом и требует значительных усилий супругов; распад сложившегося в браке сексуального стереотипа мо-

жет быть обозначен как *дезадаптивный* тип. При формулировке диагноза сексуального расстройства у женщины наряду с феноменологией указывается тип дезинтеграции женского копулятивного цикла.

5.3.3. Особые варианты сексуальных расстройств у женщин

Сочетание формы сексуального расстройства, будь то аноргазмия, гениталгия или вагинизм, с типом дезинтеграции сексуальных отношений в паре включает значительное число наблюдаемых в клинике вариантов сексуальных расстройств. Вместе с тем тесная связь сексуальных расстройств с индивидуальными психологическими реакциями женщин в некоторых случаях приводит к тому, что первостепенное значение в диагностике и коррекции нарушений сексуальной адаптации приобретают не форма расстройства, а психологические и поведенческие особенности женщины.

К числу подобных случаев следует отнести те варианты абсолютной аноргазмии, при которых обследуемые полностью лишены каких-либо дискомфортных ощущений и имеют позитивные психологические установки на сексуального партнера и интимную близость в целом. При обращении к врачу эти больные нуждаются в особом щадящем подходе, осторожных рекомендациях по расширению диапазона ласк с учетом потенциальных возможностей женщины, что вызывает необходимость выделения данного варианта аноргазмии в особую форму — *satisfactio sine orgasmo (SSO)*.

В других случаях, опасаясь за судьбу брака, женщина скрывает от мужа факт сексуальной неудовлетворенности и во время интимной близости инсценирует для мужа переживание бурной страсти и оргазма. Если при этом степень ее возбуждения не достигает высокого уровня («плато»), то подобная игра не вызывает отрицательных последствий и может даже несколько повышать возбудимость женщины. Однако сопровождающаяся значительным возбуждением без оргазма имитация последнего завершается дискомфортными фрустрационными реакциями и при систематическом использовании приобретает самостоятельную способность тормозить женскую сексуальность. Этот вариант может быть назван *псевдоадаптивным*, поскольку создает лишь иллюзию гармонии сексуальных отношений, но его маркировка в диагностическом заключении сразу наполняет последнее реальным смыслом. Ряд сексуальных проблем у женщин оказывается связанным со сменой сексуального партнера. Если у мужчин опыт сексуальных контактов, особенно в молодом возрасте, облегчает вступление в интимную связь при смене партнера, то у женщин, сексуальность которых во многом формируется под влиянием активности партнера, смена последнего вызывает значительные трудности сексуальной реадаптации. Более того, изменение сложившегося ранее образа партнера, даже если стиль его сексуального поведения меняется мало, также вызывает дезинтегративные проявления. Типичной иллюстрацией таких проявлений могут служить случаи нарушения сексуальной адаптации, когда жена узнает об измене мужа, а затем, простив его и стремясь сохранить брак, ранее темпераментная женщина обнаруживает

в интимной сфере непреодолимую холодность. В этих случаях указание в диагностическом заключении, что проблемы реадaptации связаны с повторным браком либо глубоким семейным кризисом, позволяет правильно расставить акценты, не перегружая роль соматических факторов в генезе расстройства (реадaptивный вариант).

Несколько обособленно в кругу расстройств женской сексуальности находятся редкие варианты нарушения адаптации в браке, когда из-за отсутствия элементарных представлений о «технике» интимной близости супруги используют вестибулярный контус, незавершенный половой акт (*coitus incompletus*), *copulatio sine frictio*, *coitus intra femora* или иные эксцентричные формы близости, будучи совершенно убежденными в их естественности. Обращение к врачу в таких случаях бывает мотивировано «бесплодием» либо неожиданным просвещением одного из партнеров и смятением супругов. Регистрация в диагнозе у женщины лишь аноргазмии не только не отражает, но и затушевывает сущность сексуального расстройства, заключающегося в грубом искажении возможных путей адаптации в браке (парадaptивный вариант).

6. ОСНОВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Наиболее важный показатель работы клинициста — результативность его терапевтического арсенала. И когда W Masters, V Johnson после 2-недельного лечебного курса получают положительный терапевтический эффект у 81,1% пациентов, 52,3% которых до поступления в клинику безрезультатно лечились в других учреждениях, это характеризует не только психотерапевтическое искусство названных сексологов, но и обоснованность всей их концепции в самом широком смысле.

Симптоматический подход, наиболее наглядным образцом которого может служить «Примерный перечень терапевтических мероприятий» [Мильман Л. Я., 1972] для врачевания нарушений эрекции и эякуляции, демонстрирует не только теоретический тулик, но и полную терапевтическую несостоятельность феноменологического направления.

Главной особенностью, принципиально отличающей системный подход в сексопатологии, является целостное обоснование диагностики и лечения не на выпадении каких-то узко локализованных анатомо-физиологических структур, а на состоянии всей системы в целом. Л. Г. Членов (1958) показал, что даже при полиомиелите только в случаях поражения не менее трети всех клеток переднего рога спинного мозга, иннервирующих определенную мышцу, проявляется ее функциональная неполноценность, полный же паралич наступает при разрушении 75% этих клеток.

Заполняемая в процессе клинического анализа сексуального расстройства структурная решетка отражает как обширность поражения, так и степень функциональной сохранности каждой составляющей. Другими словами, сексологическая диагностика принципиально отличается, например, от диагностики в клинике

внутренних болезней тем, что если в последнем случае врач сравнивает выявляемые симптомы с моделями патологических состояний, то сексопатолог в ходе структурного анализа нацелен прежде всего на норму и, учитывая пораженные структуры, обязан в то же время представить измененные соотношения между функционально сохранными блоками (поскольку именно в результате сохранности последних возможно функциональное восстановление)

Отвергая крайности как узкого локализационизма, так и эквипотенциализма, с точки зрения которого характер нарушения не зависит от локализации очага и определяется только массой пораженного мозгового вещества, А. Р. Лурия (1975) закладывает основы нейропсихологии, опирающейся на теорию функциональных систем: «...Каждая функциональная система является сложным образованием, которое включает в свой состав постоянную (инвариантную) задачу, которая с помощью пластично меняющихся (вариативных) средств (операций) может прийти к постоянному (инвариантному) результату. Именно в силу этого при нарушении какого-либо звена из возможных средств (операций) выполнение задачи может пойти по пути использования иных средств, которые остались сохранными.. Речь тут уже идет о процессе перестройки функциональной системы с привлечением сохранных звеньев или, иначе говоря, о процессе передислокации функциональной системы с вовлечением в нее сохранных участков». В сексопатологии реальные перспективы такой перестройки показаны, в частности, на наиболее тяжелом контингенте — на больных с органическими поражениями спинного мозга [Коган О. Г. и др., 1975]

Следующим важным принципом системного подхода в сексопатологии является принцип **индивидуализированной комплексности**. Лечение сексуальных расстройств должно быть комплексным по существу, т. е. учитывающим все компоненты заболевания, и направленным не только на стержневой синдром, но и на сопутствующие синдромы, без воздействия на которые нельзя добиться нормализации нарушенных функций. При составлении плана лечебных воздействий следует прежде всего проанализировать совокупность причинных факторов и добиться устранения всех продолжающих свое действие болезнетворных влияний, обеспечив этиологический характер лечения. Лечение половых расстройств должно также строиться с учетом специфических механизмов выявленных синдромов и их взаимодействия (синдромотаксиса).

При лечении половых расстройств следует учитывать динамику развития патологической структуры и соответственно выделять его этапы. **Этапность** лечения сексологических расстройств определяется динамическим характером диагностики большинства их форм, что может быть иллюстрировано одним из самых частых примеров — жалобами на ускоренную эякуляцию. В подобных случаях нужно прежде всего убедиться, что ускорение эякуляции является истинным: если расстройство диагностируется как *мнимое* ускорение, обусловленное *первичной аноргазмией у жены*, лечебная тактика требует устранения аноргазмии на первом этапе и может потребовать корригирующей психотерапии на втором этапе. Разновидностью этого же синдрома является отсутствие оргазма у женщины с пробудившейся сексуальностью при недостаточной длительности копулятивных фрикций (EPR), в результате чего к моменту наступления у мужчины эякуляции (с по-

следующей детумесценцией) нервно-сексуальное возбуждение у женщины не достигает того критического уровня, на котором возникает оргазм. В основе наблюдающейся дисгармонии чаще всего лежат неосведомленность мужчины и недопонимание им психосексуальных особенностей женщины, *недооценка роли подготовительной и заключительной фаз коитуса*, важности для женщины «музыки слов», качественной мелодии интимного сближения. Основным методом нормализации сексуальных расстройств в этих случаях является соответствующий инструктаж.

Если же ускорение эякуляции является абсолютным (ЕРА-I), но отмечается только после периодов вынужденного воздержания (например, у моряка после возвращения из рейса), приходится в первую очередь предполагать наличие *постабстинентного* ускорения эякуляции, обусловленного тем, что интервалы между сношениями непомерно длительны и не соответствуют высокой индивидуальной потребности обследуемого, определяемой его молодым возрастом, сильной половой конституцией и благоприятными условиями жизни (третий клинический вариант мнимых сексуальных расстройств с *неадекватной личностной реакцией на физиологические колебания сексуальных проявлений*). Решающим аргументом, подтверждающим диагностику этой формы, является полная нормализация длительности сношения в результате установления достаточно высокого уровня половой активности. Для холостого мужчины брак представляет в этих случаях лучшую лечебную рекомендацию.

Если же нормализация ритма не снимает феномена ЕРА, приходится выходить за диагностические рамки мнимых сексуальных расстройств: сексуальная абстиненция, порождающая мнимую форму ускоренной эякуляции, если периоды абстиненции затягиваются, может утратить свой невинный характер, и в подобных случаях с установлением регулярных половых отношений, соответствующих индивидуальной потребности пациента, полная нормализация может и не наступить — длительная абстиненция, порождающая *irritationes frustranae*, способствует развитию «молчаливого» *простатовезикулизма*, *застойного* или *хронического простатита*. Наличие в анамнезе таких патогенных факторов, как сексуальные фрустрации, петтинг, *coitus interruptus* и т. д., дает основание даже при отсутствии объективных данных, получаемых при ректальном или лабораторном исследовании, предполагать начинающееся урогенитальное расстройство (застойный простатит или «молчаливый» простатовезикулизм). В этих случаях требуется незамедлительное и настойчивое урологическое лечение (в основном массаж предстательной железы).

В ряде случаев, однако, ни нормализация ритма половой активности (позволяющая отдифференцировать абстинентную форму), ни урологическое лечение (позволяющее отдифференцировать наличие урологического расстройства) уже не дают положительных терапевтических результатов. В таких случаях приходится предполагать, что благодаря наличию обширных нервных связей предстательной железы и *plexus prostaticus* с сегментарными нервными механизмами раздражения, вызываемые в предстательной железе и прилежащих образованиях незначительными механическими, воспалительными или даже сосудистыми (например, застойными) изменениями, могут иррадиировать на церебральные центры, принимающие участие в регуляции половых функций. Рассматриваемая патологическая импуль-

сация ирригативных очагов в предстательной железе при определенной интенсивности и длительности в силу пластичности, свойственной высшим уровням нервной системы, может стойко фиксироваться, воздействуя на пороги возбудимости эрекции и эякуляции. Подобная фиксация симптомов, вызванная на первых этапах патологическими изменениями в соматических образованиях, а затем приводящая к выработке стойких энграмм в центральной нервной системе, обозначается как *синдром вторичной патогенетической титуляризации*. После формирования этого синдрома ликвидация очага на периферии, в соматическом органе, уже не приводит к снятию патологической симптоматики; в рассматриваемом частном случае предстательная железа как таковая может быть соматически приведена к исходному состоянию, однако нарушения баланса между непосредственно с ней связанными и более отдаленными иннерваторными сегментами, порожденные в разгаре патологического процесса, могут персистировать. Совершенно очевидно, что для ликвидации этих вторичных нервных нарушений требуются иные лечебные средства, соответствующие характеру поражения. Таким лечебным средством является хлорэтиловая блокада. Тот же метод лечения хлорэтиловыми блокадами становится патогенетическим в случаях применения при первичной патогенетической дезинтеграции, в основе которой лежит поражение высших кортикальных регуляций мочепузырных и половых функций, или *синдром ПЦД*.

Синдром ПЦД имеет с тремя другими формами, при которых часто наблюдается изолированное ускорение эякуляций (*невроз ожидания, общие неврозы и неврозоподобные состояния*), одну общую черту: основным субстратом поражения при всех этих формах является кора головного мозга. Однако в основе синдрома ПЦД лежат нейродинамические нарушения, первично развивающиеся в пределах проекционных кортикальных полей, на уровне которых осуществляются интеграции, происходящие либо за порогом, либо на пороге сознания и не порождающие глубокой эмоциональной вовлеченности. В противоположность этому при психогенных формах психическая травма, ранящая самолюбие и затрагивающая особо чувствительные стороны личности, предшествует развитию расстройства и является основным этиологическим фактором, формирующим тот патологический комплекс, который и определяет всю клиническую картину. И наконец, расстройства эякуляции при общем неврозе наблюдаются в тех случаях, когда картина невроза вызывается факторами, не связанными с сексуальной сферой; чаще всего это грубые нарушения элементарных гигиенических требований (систематическое недосыпание, изнурительная работа без выходных дней и т. д.), конфликтные ситуации на работе, обострение взаимоотношений с родственниками и т. д. В данном случае расстройство обычно проявляется общеневротическими расстройствами (раздражительность, утомляемость, трудность сосредоточения, головная боль, расстройства сна и т. д.), и лишь впоследствии на этом фоне выявляются нарушения сексуального характера. Основным лечебным методом при обеих рассматриваемых формах — психотерапия, вспомогательный — медикаментозное лечение. Несвоевременная терапия, так же как и запоздание с урологическим лечением, может привести к формированию синдрома вторичной патогенетической дезинтеграции и потребовать применения хлорэтиловых блокад, а запоздание применения последних может вызвать наслаивание исключительно психогенных расстройств (чаще всего невроза ожидания, обусловленного систематической психосексуаль-

ной травматизацией со стороны женщины) и потребовать трехэтапного лечения: на первом этапе — санации предстательной железы при посредстве комплекса местных урологических манипуляций (вплоть до прижигания грануляций), медикаментозных воздействий (антибактериальные средства, при необходимости — препараты, изменяющие местную реактивность) и физиотерапевтических мероприятий (ректальная диатермия или грязелечение); на втором этапе — проведения хлорэтиловых блокад; на третьем этапе — специфической психотерапии (гипнотерапия, аутогенный тренинг и др.).

Разумеется, что лечение половых расстройств должно отличаться высоким профессиональным уровнем. Профессионализм лечения половых расстройств предполагает понимание той роли, которую в структуре любого сексуального расстройства занимают изначальные или вторичные деформации личности, что определяет значение в сексологической практике активирующей психотерапии и недопустимость проявлений диагностического и терапевтического редуccionизма, т. е. стремления сводить решение сложных клинических задач к трафаретным схемам. Наиболее частой формой терапевтического редуccionизма является рецептомания — глубокая убежденность в волшебной силе магического рецепта. Анализ проявлений рецептомании у больных позволяет выделить как положительные, так и отрицательные стороны наблюдаемого феномена. С одной стороны, предварительная эмоциональная убежденность в том, что лечебная пропись обязательно поможет, формирует соответствующую установку и выступает в роли мощного союзника врача, погенцирует лечебное действие медикаментозного средства, с другой — сообщает это действие прописи, им по существу не обладающей. Отрицательной же стороной рецептомании пациента являются своеобразный паралич активности, отсутствие готовности систематически противостоять болезни, целенаправленно изменяя привычные формы своего поведения путем избавления от укоренившихся неправильных стереотипов, поддерживающих или создающих патологическое состояние, и формирования новых, способствующих саногенезу действий.

В противоположность рецептомании пациента рецептомания врача проявляется только отрицательно, лишая специалиста возможности не только проводить индивидуализированную психотерапию, но и соблюдать элементарные правила медицинской деонтологии. Любой вид психотерапии требует как квалификации, так и усилий. Самая, казалось бы, простая ее разновидность — рациональная психотерапия — представляет антипод холодного рассуждательства — необходимо не только вскрыть каузальный генез, но и убедить больного, заставить его поверить врачу, принять его доводы не чисто логически, но глубоко эмоционально. Без этого психотерапевтический сеанс не будет иметь того внутреннего последствия в самом больном, без которого нет и не может быть избавления от невроза или невротической отягощенности, сопровождающей любое заболевание. И все это требует усилий.

Наилучшим помощником в деле искоренения рецептомании является динамика наблюдения; врач должен убедиться на конкретном клиническом наблюдении, что у больного с хроническим простатитом даже после санации предстательной железы, достигнутой применением медикаментозных и физиотерапевтических средств и объективно подтвержденной динамикой пальпаторных и лабораторных данных, функциональное улучшение отсутствует, и положительный лечебный результат наступает лишь после психотерапии.

7. НЕЙРОГУМОРАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

Из всех составляющих копулятивного цикла нейрогуморальная составляющая выполняет самые ответственные функции по первичной морфогенетической организации всей сексуальной сферы, ее начальной функциональной активизации в пубертатном периоде и по обеспечению фертильности на протяжении всего прокреационного периода. Решающая роль нейрогуморальной составляющей для сексуальности индивида на протяжении всей его жизни определяется следующим особенностями: 1) нейрогуморальная составляющая формируется раньше всех других составляющих копулятивного цикла; 2) функциональная активность этой составляющей проявляется уже в эмбриональном периоде; 3) задержки или другие отклонения в ее формировании и функционировании в эмбриональном или пубертатном периоде сказываются на формировании и функционировании всех других составляющих.

7.1. Клиническая физиология нейрогуморальной составляющей

В противоположность данным о прокреативной функции, широко изложенным в курсах анатомии, эндокринологии и акушерства, сведения о рекреативных проявлениях сексуальности в основном касаются мужчин. Подобная односторонность объясняется прежде всего большей простотой изучения таких четких проявлений, как эрекция, эякуляция и различные формы сексуальной «агрессивности», которые не имеют столь же четких аналогов среди реактивных сексуальных проявлений у женщин.

Морфологическим субстратом нейрогуморальной составляющей являются глубокие структуры мозга и система эндокринных желез. Здесь сравнительно полным данным об анатомии и физиологии гонад, надпочечников и гипофиза противостоят немногочисленные и крайне разрозненные сведения о роли различных подкорковых структур в обеспечении как отдельных сексуальных феноменов, так и сексуального поведения в целом. Экспериментальными исследованиями G. Moguzzi и H. Magoun (1949) было показано, что ретикулярная формация ствола мозга является своего рода энергетическим блоком, способным усиливать активность других отделов нервной системы. В дальнейшем внимание физиологов и клиницистов переключилось на межоточный мозг, главным образом на его гипоталамический отдел, функционально связанный с так называемыми неспецифическими ядрами таламуса и медиобазальными отделами больших полушарий — лимбическими структура-

ми, включающими гиппокамп и поясную извилину. В настоящее время, когда выяснены основные функциональные связи всех означенных образований мозга, они выделены в качестве самостоятельной функциональной системы — *лимбико-ретикулярного комплекса*.

Из многочисленных функций, выполняемых лимбико-ретикулярным комплексом, следует назвать влияние на мышечный тонус, тонус коры больших полушарий (уровень бодрствования, внимания, памяти и др.), на вегетативную иннервацию (баланс симпатических и парасимпатических влияний вплоть до отдельных органов и тканей), вегетативно-эндокринные соотношения (поддержание оптимального уровня обменных процессов, обеспечивающих гомеостаз) и, наконец, на формирование эмоций.

7.1.1. Роль лимбической системы в обеспечении сексуальных функций

Подкорковые отделы мозга, включаемые в лимбико-ретикулярный комплекс, осуществляют получение и переработку информации на регистре эмоций, обеспечивающих два основных жизненных принципа — сохранение собственной жизни особи и сохранение популяции и вида.

Для выяснения роли лимбических структур в обеспечении таких сексуальных феноменов, как эрекция, эякуляция и произвольное возбуждение половых органов, Р. McLean раздражал у обезьян — беличьих саймири (*Saimiris sciurea*) — различные участки подкорковой области погружными электродами, изменяя глубину погружения и электрические параметры (частота, амплитуда) раздражения. Электростимуляция перегородки и ростральных участков диэнцефального отдела, вызывающая эрекцию, обнаруживала связь с последовательными разрядами в гиппокампе. Эякуляция как таковая в экспериментах Р. McLean связана с точками, расположенными в зрительных буграх (главным образом в центрально-латеральном и медиодорсальном ядрах) и по ходу спиноталамического тракта. При электростимуляции этих отделов вызывались настойчивые, «как при чесоточном зуде», раздражения гениталий и эякуляция с выделением движущихся спермиев.

Наблюдения за сексуальным поведением многих млекопитающих, у которых в стереотипы прекопулятивных ритуальных игр вовлечены орогенитальные проявления в виде обнюхивания и облизывания половых органов, находят морфологические параллели в экспериментах с электростимуляцией вживленных электродов. Так, раздражая миндалину, исследователи получали сначала профузную саливацию и жевательные движения, а затем, если раздражение продолжалось, к этому присоединялась эрекция. Оральный и аногенитальный регионы тела располагаются на максимальном отдалении. Столь же полярно противопоставлены и проекции этих регионов в прецентральной и постцентральных извилинах неокортекса. Наряду с этим, однако, природа нашла необходимым сблизить ростальный и каудальный полюса лимбического отдела, придав им кольцевую структуру (рис. 14).

Столь же сблизены как в поведенческом, так и в морфофизиологическом плане сексуальность, страх и агрессия. У низших млекопитающих борьба включается в стереотипы поведения, предшествующие как пищедобывательным, так и сексуальным формам поведения. Даже у слепых щенков можно наблюдать проявления

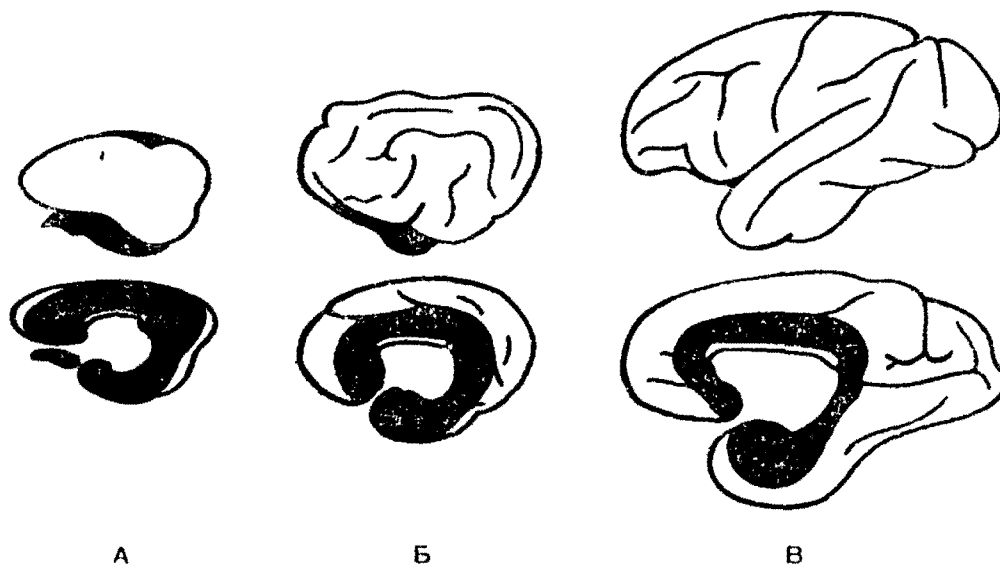


Рис. 14. Подкорковые отделы мозга, общие для человека и низших млекопитающих. Кора лимбической доли, окружающая ствол, обозначена черным цветом, неокортекс — белым [Mac Lean, 1965]. А — крыса; Б — кошка; В — обезьяна.

ярости в единоборстве со своими собратьями за обладание материнским соском, тесно связанные с возникновением у них в этой ситуации спонтанных эрекций. В опытах с погружными электродами на расстоянии, измеряемом долями миллиметра, можно получить резкий переход от сексуальной установки с выраженной эрекцией к стереотипам страха и ярости [McLean P., 1956]. Разрушением у собак антеродорсомедиальных отделов таламуса были смоделированы дезинтегративные проявления, при которых в едином поведенческом стереотипе оказались спаянными такие полярные экспрессивно-эмоциональные феномены, как виляние хвостом и оскальивание клыков [Васильченко Г. С., 1960].

Однако наиболее важными аспектами общего поведения, коррелирующими с поведением сексуальным, являются феномены, направленные на сохранение популяции и вида, так как их судьба зависит прежде всего от сексуальности. В ходе эволюции природа не остановилась на формировании гипоталамуса, а создала более развитые подкорковые образования, представляющие наследственный фонд врожденных форм поведения, направленных на заботу о выживании и благосостоянии потомства. Так, имеющиеся экспериментальные данные свидетельствуют об участии зрительных бугров в обеспечении не только сенсорно-двигательных компонентов интродекции, эякуляции и оргазма, но и безусловных родительских рефлексов.

Обзор высших механизмов, регулирующих нейрогуморальный аспект сексуального поведения у животных и у человека, был бы неполным без рассмотрения особой гедонистической окраски, свойственной проявлениям сексуальности. По справедливому замечанию J. Delgado (1971), как в науке, так и в художественной литературе страданию всегда уделялось больше внимания, чем счастью. Центральная тема большинства романов — трагедия, а книги о счастье найти трудно; существуют великолепные монографии о боли, но аналогичных исследований о наслаждении нет. Между тем в при-

роде распределение иное: последовательный анализ нейроанатомического распределения в мозге крысы открытых J. Olds (1962) зон удовольствия показывает, что 60% мозгового субстрата нейтрально, раздражение 35% вызывает удовольствие и только 5% — страдание.

Современные данные о субстрате гедонистических проявлений сексуальности у человека также свидетельствуют о его подкорковой локализации. Так, у больных с нарколепсией и психомоторной эпилепсией, которым были вживлены электроды, получены сексуально окрашенные положительные эмоции при раздражении септальной области [Bishop M., 1963]. C. Sem-Jacobsen (1968), исследовавший 65 больных с паркинсонизмом или психическими расстройствами, в мозг которых было вживлено в общей сложности 643 электрода, выделил три точки, раздражение которых вызывало оргазм. У пациентов наступало сексуальное удовлетворение, за которым следовал рефрактерный период, когда они не желали повторения раздражений. Сексуально окрашенное поведение, вызванное самораздражением электродов, связанных с определенными участками подкорковой области, наблюдал J. Delgado (1960).

Как показали исследования И. В. Орлова (1962—1969) — сотрудника лаборатории П. К. Анохина, одна из главных особенностей миндалевидного комплекса — его высокая чувствительность к эндогенным сигналам, несущим информацию о сдвигах во внутренней среде организма. Эти сдвиги, отклонения от констант, по-видимому, и формируют мотивации, побуждающие организм к действиям, направленным на уменьшение или устранение изначального побуждения (типичный пример — пищевое и сексуальное удовлетворение).

7.1.2. Роль гипоталамо-гипофизарного комплекса в обеспечении половых функций

Специфическое влияние гипоталамуса на половые функции связано с регуляцией им деятельности половых желез и с его участием в организации нервных механизмов, необходимых для осуществления отдельных сексуальных реакций и полового поведения в целом.

Регулирующее влияние гипоталамуса на гонады, а также на щитовидную железу и кору надпочечников реализуется в основном через гипофиз (так называемый трансгипофизарный механизм регуляции). Одной из специфических особенностей нервных клеток гипоталамуса является выделение ими гормонов, обладающих тропизмом к передней доле гипофиза. Эти нейрогормоны стимулируют или угнетают секрецию гипофизом гормонов, которые непосредственно влияют на соответствующие периферические эндокринные железы-мишени. Стимулирующие *рилизинг-гормоны* гипоталамуса именуют *либеринами*, угнетающие факторы — *статинами*, а так как и те, и другие действуют на аденогипофиз, их также называют аденогипофизарными гормонами.

По-видимому, существуют два рилизинг-гормона, участвующих в регуляции секреции соответствующих гонадотропных гормонов гипофиза — лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего (ФСГ), но к настоящему времени выделен и синтезирован только лютеинизирующий гормон-рилизинг-гормон (ЛГ-РГ, или

люлиберин). При внутривенном введении он обеспечивает быстрое и значительное выделение в кровь ЛГ и в меньшей степени ФСГ.

Опухоли гипоталамуса, воздействующие на серый бугор и на задние гипоталамические отделы (включая мамиллярные тела), ведут к нарушению функций половых желез. Это может проявляться резкой задержкой или преждевременным половым созреванием. Передняя часть гипоталамуса оказывает стимулирующее, а задняя его часть — тормозящее влияние на функции половых желез. Установлена ведущая роль в регуляции эндокринных функций тубероинфундибулярной области гипоталамуса, расположенной в его медиобазальном отделе. Локальное повреждение этой области приводит к падению уровня гонадотропных гормонов в крови и вторичному развитию атрофических изменений половых органов. Наряду с этим в крови снижается концентрация тиреотропного гормона и гормонов щитовидной железы, адренкортикотропного гормона (АКТГ) и кортикостероидов, а также увеличивается концентрация пролактина.

Результаты экспериментов с изоляцией медиобазальной области гипоталамуса дают основание считать, что она ответственна за поддержание базального уровня секреции гормонов аденогипофиза, причем этот процесс может происходить совершенно автономно, независимо от других нервных влияний. Изменения уровня секреции гормонов обеспечиваются структурами, расположенными вне медиобазальной области. В этом отношении большое значение придают переднему отделу гипоталамуса, особенно его преоптической области, а также структурам, расположенным вне гипоталамуса: перегородке, миндалине, гиппокампу и ретикулярной формации ствола мозга.

Показано, что преоптическая область переднего гипоталамуса и его супрахиазматические отделы в значительной мере ответственны за циклический выброс лютеинизирующего и некоторых других гормонов аденогипофиза, который происходит в женском организме в период овуляции. Как показали эксперименты D. Szentagotai и др. (1965), повреждение этих областей вызывает у самок животных стойкий эструс, поликистоз яичников и отсутствие овуляции.

В мужском организме единственным достоверно известным гипоталамическим образованием, регулирующим гонадотропные функции передней доли гипофиза, являются аркуатные (инфундибулярные) ядра. Образующийся там гонадотропин-рилизинг-гормон (Гн-РГ) по аксонам нейросекреторных клеток попадает в область срединного возвышения, являющуюся утолщением дна III желудочка, а оттуда с током крови переносится в переднюю долю гипофиза. Ввиду тесных анатомо-функциональных связей нейросекреторных клеток гипоталамуса с гипофизом этот комплекс получил название гипоталамо-гипофизарного.

На выделение релизинг-гормонов из нервных окончаний секретирующих их клеток большое влияние оказывают моноамины мозга и серотонин. Особенно большого внимания в этом отношении заслуживает дофамин, так как его предшественник — левовращающий изомер дноксифенилаланина (L-ДОФА) — способен проникать через гематоэнцефалический барьер и может использоваться в терапевтических целях.

Образующиеся под влиянием моноаминов гипоталамические нейрогормоны попадают с током крови в переднюю долю гипофиза и действуют на соответствующие секреторные клетки (среди

которых по их средству с определенными красителями выделяют хромофобы, оксифилы и базофилы). Считается, что базофилы секретируют глюкопротеиды ЛГ, ФСГ, тиреотропный гормон (ТТГ) и аденокортикотропный гормон (АКТГ); оксифилы — пролактин и гормон роста (СТГ). Приблизительно половину клеток аденогипофиза составляют хромофобы (которые могут дифференцироваться в оксифилы или базофилы). Часть хромофобных клеток, образующих хромофобные аденомы, не проявляют никаких признаков гормональной активности.

Функциональные резервы аденогипофиза таковы, что клинические признаки его недостаточности обычно развиваются только после разрушения около 75% железистой ткани. Однако с помощью специальных функциональных проб латентную недостаточность можно выявить раньше. У некоторых больных при поражении гипофиза возникает изолированная недостаточность отдельных его гормонов. Чаще всего изолированно выпадают гонадотропины. При этом происходят атрофические изменения половых органов, у мужчин и женщин изменяются вторичные половые признаки.

Гонадотропная функция передней доли гипофиза наиболее ранима и часто нарушается при различных заболеваниях и повреждениях гипоталамо-гипофизарной системы. Экспериментальные данные показывают, что функционирование половых желез больше, чем функционирование коры надпочечников и щитовидной железы, зависит от контролирующего влияния соответствующих аденогипофизарных гормонов.

Несмотря на парагипофизарные влияния через вегетативную нервную систему [Ажипа Я. И., 1976], основная роль в регуляции деятельности половых желез принадлежит трансгипофизарному пути, физиологическое значение которого состоит в том, что он представляет собой своеобразный каскад усиления, обеспечивающий значительное усиление начального нервного импульса, его генерализацию и пролонгацию.

Основная роль в регуляции секреции тестостерона как в семенниках, так и в яичниках принадлежит ЛГ гипофиза. В мужском организме основной его мишенью являются интерстициальные клетки Лейдига; ЛГ называют также гормоном, стимулирующим интерстициальные клетки (ГСИК). Кроме того, у женщины ЛГ, концентрация которого резко повышается перед овуляцией, обеспечивает разрыв фолликула и выход яйцеклетки с последующей имплантацией ее в эндометри.

Фолликулостимулирующий гормон дает в основном морфогенетический эффект. Он стимулирует рост и развитие фолликулов, а в семенниках вызывает пролиферацию клеток Сертоли и сперматогенного эпителия, что необходимо для последующей активации сперматогенеза. Для проявления эффекта ФСГ необходимо присутствие небольшого количества ЛГ и тестостерона в семенниках.

Наряду с гонадотропинами важное значение имеет действие на половую систему другого гормона аденогипофиза — пролактина. С одной стороны, он стимулирует рост предстательной железы и семенных пузырьков, усиливая действие стероидных гормонов в этом направлении; с другой стороны, между секрецией пролактина и уровнем гонадотропных гормонов существуют реципрокные отношения — повышение уровня пролактина сопровождается снижением секреции ЛГ, что отражается и на продукции половых гормонов.

Образующиеся в периферических железах половые стероиды в

свою очередь влияют на гипоталамо-гипофизарную систему. Одним из важных аспектов этого действия является регуляция ими по принципу обратной связи выделения Гн-РГ и гонадотропинов. Так, недостаток половых гормонов, например при первичном гипогонадизме, сопровождается повышением уровня Гн-РГ и гонадотропинов. Напротив, избыток половых гормонов, например при экзогенном их введении, приводит к торможению выделения гонадотропин-рилизинг-гормона и гонадотропинов, а следовательно, и к ослаблению стимуляции собственных половых желез. Так образуется замкнутая система, необходимая для поддержания постоянного физиологического уровня гормонов в крови. Такие механизмы в значительной мере функционируют в интактном организме, а при тех или иных заболеваниях эти отношения могут резко меняться [Алешин Б. В., 1971]

У женщин и у самок млекопитающих, кроме отрицательной обратной связи, имеется и механизм положительной обратной связи. Так, введение в женский организм малых доз эстрогенов и прогестерона или кратковременное физиологическое повышение их уровня в предовуляторном периоде стимулирует выделение гонадотропинов и других гормонов аденогипофиза. Этот предовуляторный пик гонадотропинов, особенно ЛГ, необходим для овуляции.

У мужчин в норме положительной обратной связи нет. Однако ее можно выявить у некоторой части феминизированных гомосексуальных и транссексуальных мужчин, у которых наряду с этим отмечаются снижение фонового уровня тестостерона и значительное увеличение концентрации ФСГ в плазме крови [Dögnel G., 1977]. Полагают, что возможность положительного обратного действия эстрогенов и гомосексуальное поведение связаны у них как с нарушением половой дифференцировки мозга, так и с низким уровнем андрогенов в крови в зрелом возрасте.

У мальчиков первые изменения продукции гонадотропинов происходят в возрасте 10—13 лет, причем сначала увеличивается концентрация ФСГ. Физиологическое значение этого явления, по-видимому, связано с морфогенетическим эффектом ФСГ — увеличением семенников, преимущественно их канальцев. Значительное увеличение содержания ЛГ в крови, наступающее после повышения уровня ФСГ, приводит к быстрому росту продукции тестостерона и появлению вторичных половых признаков. Несмотря на то что у юношей к 17 годам концентрация гонадотропных гормонов достигает дефинитивного уровня, продукция тестостерона у них значительно ниже, чем у взрослых, что указывает на более медленное созревание яичек по сравнению со становлением гонадотропной функции гипофиза [Савченко О. Н. и др., 1976].

В более зрелом возрасте порог чувствительности гипоталамуса к действию половых стероидов, по-видимому, продолжает постепенно повышаться. Как у мужчин, так и у женщин в прединволюционном и инволюционном периодах происходит значительное увеличение уровня гонадотропинов в плазме крови. Наряду с этим наблюдаются изменения в деятельности половых желез, что среди прочих эффектов ведет к увеличению концентрации малоактивных стероидов [Дильман В. М. и др., 1972]

Рассматриваемая система не является полностью закрытой, она способна реагировать и на внешние стимулы. Изменения при этом могут быть и физиологическими, и патологическими. Стрессорные факторы ведут к освобождению различных гормонов аденогипофиза, таких как кортикотропин, соматотропин и пролактин.

Менструальная функция у женщин может нарушаться под действием стресса. О. Sager (1962) были описаны также случаи атрофии семенников у мужчин, приговоренных к смертной казни, и появление гинекомастии у военнопленных. Хронический стресс наряду с повышением уровня АКТГ и кортизола иногда ведет к снижению концентрации тестостерона в плазме крови [Kreus L. E., 1972, и др.].

7.1.3. Роль периферических желез внутренней секреции в обеспечении половых функций

Гуморальная регуляция сложилась в ходе эволюции как следствие функциональной дифференцировки и обособления специфических клеточных конгломератов, преобразовавшихся в железы внутренней секреции. В противоположность неспецифической химической регуляции на основе наличия или отсутствия, избытка или недостатка во внутренней среде тех или иных метаболитов новый вид регуляции осуществлялся посредством *гормонов*, способных стимулировать или сдерживать физиологические функции избранных рабочих органов — органов-мишеней. В отличие от метаболитов, оказывавших влияние на любую клетку, выделение во внутреннюю среду гормонов, способных селективно регулировать процессы, протекающие в других органах, получило название внутренней секреции, или эндокринии.

Повседневная клиническая практика сексопатолога требует определения в биологических жидкостях организма различных веществ, играющих роль гуморальных регуляторов, на которые влияет функциональное состояние многих органов и систем (желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки), участвующих в метаболизме. Принципиальная схема гуморальной регуляции, объединяющая в пределах одной функциональной системы все процессы, связанные с выработкой, действием, метаболизмом и выведением из организма того или иного гормона или медиатора, состоит из восьми взаимосвязанных звеньев: управления, синтеза, секреции, депонирования, транспорта, метаболизма, выведения, эффекта.

Звено управления включает процессы, которые, начинаясь в нервных структурах, осуществляющих первичный анализ состояния окружающей среды, продолжаются в переходных структурах (например, гипоталамо-гипофизарный отдел с его нейросекрецией и т. д.) и завершаются образованием веществ, позволивших ставить вопрос о «химии страха» и «химии удовольствия». Так, E. Gellhorn, G. Loofbourow (1966) показали, что при реакциях гнева и страха в первую очередь возбуждаются симпатический отдел нервной системы и мозговой слой надпочечников, а при положительных эмоциях преобладает парасимпатическая активность. В зависимости от состояния отдельных физиологических элементов (определяемых возрастом, индивидуальным опытом, особенностями конкретной ситуации и др.) удельный вес нервных и биохимических компонентов звена управления может значительно смещаться от одного полюса к другому. Например, корковый отдел механизма половой активации, обычно дополняющий и усиливающий гормо-

нальный компонент, может играть такую значительную роль, что половое поведение реализуется и без половых гормонов.

Звено синтеза осуществляется в клетках эндокринных желез и определяется прежде всего генетической основой клетки, содержащей ДНК-матрицы необходимых для синтеза ферментов, а также зависит от состояния общего метаболизма, способности интенсифицировать обмен веществ.

Звено депонирования играет роль буфера, позволяющего кратковременно увеличивать секрецию гормона без существенного перенапряжения процессов синтеза. Депонирование гормона чаще всего происходит в том же секреторном элементе, где осуществляется и его синтез.

Звено секреции заключается в выделении гуморального регулятора (гормона) из секреторной клетки в кровь. Этот процесс может протекать по-разному в различных клетках. Так, например, клетки мозгового слоя надпочечников выделяют свой секрет в кровь путем излияния содержимого гранул, где депонированы катехоламины, через поры клеточной мембраны. В клетках коркового слоя надпочечников нет гранул, депонирующих гормоны; в их цитоплазме обнаружены «сумковидные» образования, открывающиеся непосредственно на поверхность клеток в перицеллюлярное пространство под эндотелием капилляров надпочечника. Почти мгновенная секреторная реакция коры надпочечников объясняется быстрым поступлением в кровь содержимого этих субэндотелиальных пространств.

Звено транспорта состоит в переносе гуморальных регуляторов по межклеточной жидкости, лимфе и крови. Протяженность путей транспорта различна в разных системах регуляции. Так, гуморальный медиатор парасимпатического отдела нервной системы — ацетилхолин — преодолевает лишь пространство межнейронной щели шириной 1—2 мкм, а гормоны эндокринных желез распространяются практически во все части человеческого тела, т. е. на расстояние до 1—1,5 м.

Звено метаболизма охватывает процессы биохимического превращения молекул гормона. Эти превращения совершаются, как правило, в органах под влиянием имеющихся там специфических ферментов и обычно приводят к снижению либо к полной потере биологической активности гормонов. Высокая активность ферментов обнаруживается в печени, выполняющей роль органа инактивации биологически активных веществ. Однако ферменты обмена гормонов и медиаторов содержатся и в клетках других органов.

Звено выведения представляет собой один из важнейших механизмов поддержания концентрации гормонов на определенном уровне. Он обеспечивается главным образом процессами клубочковой фильтрации и канальцевой секреции в почках. Однако выведение гормонов возможно и другими путями — через желудок, кишечник, с потом, слюной. Депонирование в тканях, метаболизм и выведение из организма являются основными каналами устранения гормонов из кровотока.

Звено эффекта является конечной целью всей гуморальной регуляции. Эффект вызывается взаимодействием гормона с клеточными реактивными системами, что приводит к изменению клеток органа-мишени и вызывает определенные физиологические сдвиги в организме.

Прежние концепции гуморальной регуляции ставили акцент на количестве вырабатываемого гормона, считая биологический

эффект пропорциональным концентрации активного вещества. Однако с течением времени все более вырисовывалось значение самого эффекторного органа для величины вызываемого воздействием результата. Так, между содержанием гормона в организме и чувствительностью к нему существует обратная зависимость, т. е. с увеличением концентрации гормона чувствительность к нему снижается. При этом чувствительность эффекторного аппарата меняется в настолько широких пределах, что в части случаев наблюдается эффект, прямо противоположный ожидаемому, т. е. реакция на действие агента изменяется не только количественно, но и качественно. Было показано, что ответная реакция органа зависит от его исходного состояния: от степени функциональной напряженности физиологического процесса в данной системе зависит направленность реакций этих систем на раздражитель. Это правило конкретизирует учение Н. Е. Введенского о функциональной лабильности органов, т. е. о существовании для каждого определенного состояния возбудимой ткани оптимума и пессимума силы и частоты раздражений, вызывающих максимальный эффект. На пути передачи исходной информации от звена управления к звену эффекта (например, от гипоталамуса к коре надпочечников и к печени) все время происходит своеобразное «усиление»: 0,1 мкг очищенного препарата АКТГ-РФ вызывает высвобождение из передней доли гипофиза крысы 1 мкг АКТГ, что стимулирует высвобождение из изолированной коры надпочечника крысы 40 мкг кортикоидов и т. д. [Clegg P., Clegg A., 1971].

Таким образом, современная, динамическая эндокринология характеризуется многомерным, системным подходом в отличие от классической эндокринологии, сводившей многообразие сложных отношений к влиянию единственного фактора — наличия гормона (в лучшем случае — его концентрации), который действовал в якобы индифферентном организме.

7.1.3.1. Стероидные гормоны, их химическая номенклатура, биосинтез и метаболизм

Наиболее важные для практики сексопатолога гормоны, осуществляющие непосредственную регуляцию половых функций, по химической природе относятся к группам: 1) белково-пептидных гормонов (рилизинг-гормоны гипоталамуса, стимулирующие выделение тропных гормонов передней доли гипофиза, а также большая часть этих гормонов — АКТГ, фолликулостимулирующий, лютеинизирующий, гормон роста и др.); 2) стероидных гормонов [вырабатываются в надпочечниках, яичках, яичниках и плаценте; это мужские половые гормоны (андрогены), женские половые гормоны (эстрогены и прогестины) и гормоны, выделяемые корой надпочечников (кортикостероиды)].

Все стероидные гормоны берут начало от углеводорода стерана, структурной основой которого является циклопентанпергидрофенантеновое ядро (рис. 15), образованное четырьмя соединенными между собой углеродными кольцами (А, В, С, D): три кольца состоят из 6, а четвертое — из 5 углеродных атомов.

Молекула циклопентанпергидрофенантрена содержит 17 атомов углерода; к стерану часто присоединяется различной длины боко-

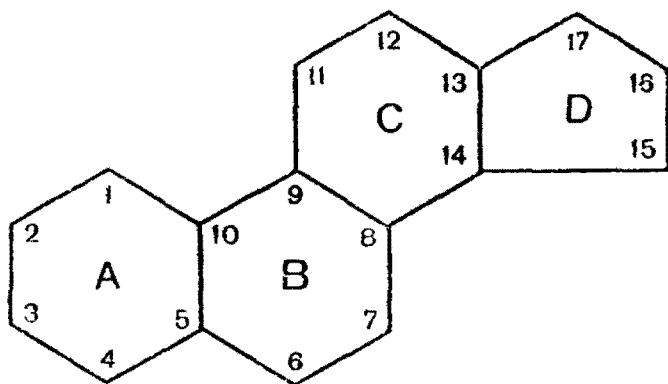


Рис. 15. Циклопентапер-
гидрофенантреновое ядро.

вая цепь, атомы углерода которой обозначаются цифрами, начиная с 18. Стероидные гормоны разделяются на три группы:

1. Эстр^ан, образуемый путем присоединения к стерану метильной группы CH_3 , является материнским соединением для всех эстрогенных гормонов, в состав которых входят 18 атомов углерода, — группа C_{18} (рис. 16).

2. Андрост^ан, образуемый путем присоединения к стерану двух метильных групп, является материнским соединением для андрогенов (C_{19} , рис. 16).

3. Группа с 21 атомом углерода (C_{21}), к которой относятся гестагены (прогестероновые соединения), а также кортикоиды. Они содержат две метильные группы (CH_3), а к 17-му атому углерода присоединена этильная группа $\text{CH}_2 - \text{CH}_3$ (см. рис. 16).

Обычно символ CH_3 , в частности у 10-го и 13-го атомов углерода, для упрощения не пишут, а обозначают лишь связь в виде черточки, направленной вверх.

Если в молекуле нет двойных связей, то название соединения имеет окончание «ан» (например, эстр^ан, андрост^ан и т. д.). Если в молекуле имеется двойная связь, то название приобретает окончание «ен» (при двух двойных связях — «диен», при трех — «триен»). Двойные связи также могут обозначаться Δ (при этом около буквы пишут цифры — порядковый номер атома углерода, от которого начинается двойная связь).

Если водород, связанный с одним из атомов углерода, замещен кислородом с образованием гидроксильной (или алкогольной) группы, то название гормона оканчивается на «ол» (обозначает наличие группы OH). При двух группах OH окончание изменяется на «диол», при трех — на «триол». Если стероидные соединения содержат кетонную группу $\text{C}=\text{O}$, то название оканчивается на «он» (при двух кетонных группах — «диоин», при трех — «трион»).

Кроме названных обозначений пользуются и другими: «дезокс-» — когда первичная молекула утратила атом кислорода, «дегидро-» — когда молекула утратила два атома водорода.

Наконец, в номенклатуре стероидных гормонов встречаются приставки «гидрокси» или «окси», которые обозначают, что атом водорода в молекуле замещен группой OH . Приставка «кето» также обозначает, что вместо водорода к одному из углеродов присоединен кислород ($\text{C}=\text{O}$), иначе ту же группу можно обозначать окончанием «он».

Биосинтез стероидов в организме осуществляется главным образом семенниками, корой надпочечников и яичниками при участии печени. Образование эстрогенов в организме происходит в основном из андрогенов (рис. 17). При этом вызывающая аро-

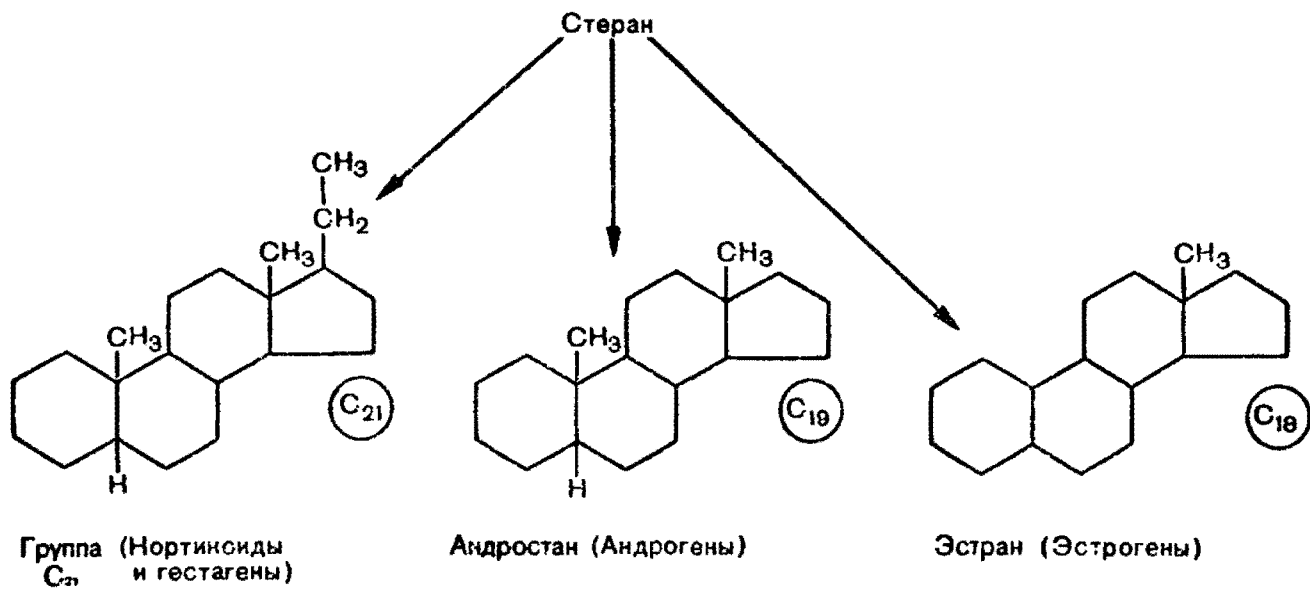


Рис 16. Три основных (материнских) соединения эстран (18 атомов углерода), из которого образуются эстрогены; андростан (19 атомов углерода), на основе которого образуются андрогены, группа C₂₁ (21 атом углерода) — основа образования кортикоидов и гестагенов.

матизацию ферментная система, способная превращать андростендиол и тестостерон соответственно в эстрон и эстрадиол, распространена во многих тканях и органах (например, в жировой ткани, лимбических структурах, гипоталамусе, плаценте, волосах) Столь широкая представленность ферментной системы, обеспечивающей образование «женских» половых гормонов путем превращения андрогенов в эстрогены (наряду с выработкой последних в яичниках), создает для организма ряд преимуществ: при этом механизме гормон поступает в клетку-мишень в активном состоянии (будучи защищен от инактивирующего действия белков плазмы), и биологические ответы в клетках-мишенях получают возможность быть опосредованными внутриклеточными эстрогенами, подтверждением чему служат феномен импринтинга ферментов и рост волос на определенных участках тела.

Отмечена общность ранних этапов синтеза андрогенов в семенниках, яичниках и коре надпочечников. Однако, несмотря на то что в целом биосинтез стероидов одинаков во всех тканях и органах, соотношение активности разных ферментов обуславливает различные относительные количества и вид секретируемых гормонов. В интерстициальных клетках семенников, например, низка активность ферментных систем, обеспечивающих ароматизацию, и поэтому данная ткань в основном продуцирует андростендион и тестостерон. При патологии, когда процессы ароматизации усиливаются, например в случае опухолей мужских половых желез, соответственно повышаются синтез и экскреция эстрогенов [Старкова Н Т 1973]

В крови *V spermatica* у взрослых мужчин [Hudson B et al., 1967] были определены тестостерон, андростендион и дегидроэпиандростерон в концентрации соответственно 47,9; 2,9 и 4,5 мкг/100 мл плазмы. В среднем яички секретируют тестостерон около 6,9 мг/сут, а кора надпочечников выделяет в больших количествах дигидроэпиандростерон и андростендион. В тканях органов-мишеней концентрация этих гормонов выше, чем в плазме крови (так,

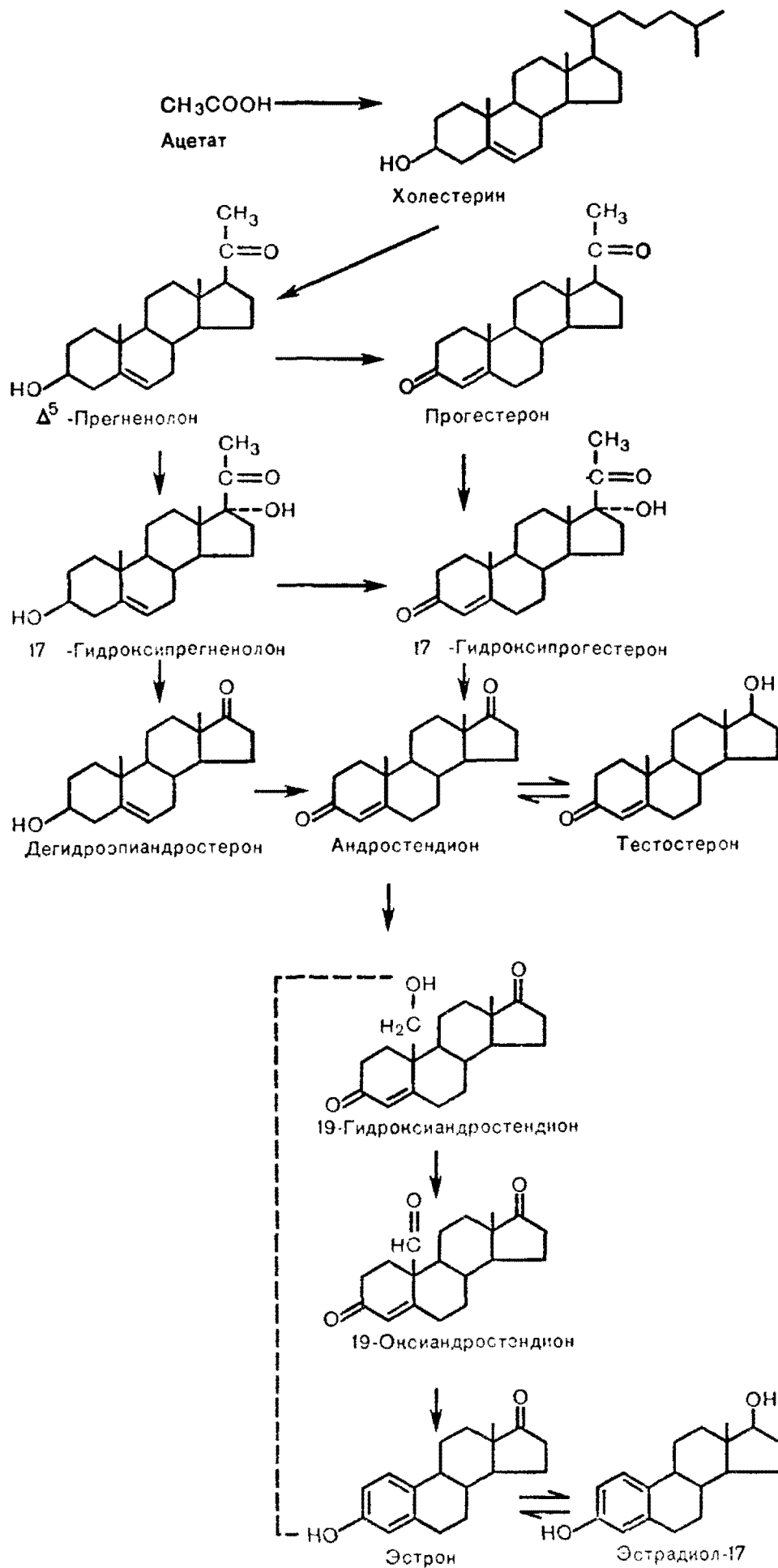


Рис. 17. Биосинтез андрогенов и эстрогенов [Williams R., 1974]
 Пунктиром выделено образование природных эстрогенов в ткани яичников.

тестостерон в больших количествах накапливается в предстательной железе и семенных пузырьках). Накопление стероидных гормонов в клетках-мишенях не означает, что существует какой-то особый механизм переноса их к этим клеткам: достаточно, чтобы молекулы задерживались в них. В остальных клетках тела гормон проходит через плазматическую мембрану в обоих направлениях, и его концентрация в клетке поэтому оказывается не выше, чем в крови. В тканях органов-мишеней молекулы гормона продолжают диффундировать в клетки, но лишь немногие из них выходят обратно, так что внутриклеточная концентрация их возрастает.

Секреция тестостерона у мужчин резко возрастает в период полового созревания (пубертатный период развития) и поддерживается на среднем уровне вплоть до глубокой старости. Наряду с этим, однако, даже у здоровых людей наблюдаются циклические колебания в интенсивности секреции тестостерона с периодом от 8 до 30 дней и амплитудой от 14 до 42% [Doering Ch., 1975]. Основным путем транспорта половых гормонов является кровь, хотя лимфе тоже принадлежит существенная роль в этом процессе, особенно в распространении гормонов внутри самих половых желез.

Из «мужских» половых гормонов (андрогенов) наиболее активен тестостерон. Другие натуральные андрогены (андростендион, андростерон) в 6—10 раз менее активны, чем тестостерон, а дегидроэпиандростерон и эпитестостерон — в 25—50 раз.

Механизм действия стероидных гормонов связан с регуляцией процессов биосинтеза белков-ферментов на уровне генов. Так, например, тестостерон, поступающий из крови в клетки, связывается специфическими белками-рецепторами, подвергается ферментной трансформации с образованием активной формы — дигидротестостерона, стимулирующего процесс репликации ДНК, передачи генетической информации с ДНК на РНК и биосинтез белков на рибосомах. Это вызывает усиление метаболизма в клетках органов-мишеней и в конечном счете проявляется анаболическим эффектом.

Период циркуляции половых гормонов в крови невелик, исчезновение их из крови проходит два этапа. Полупериод циркуляции в крови на первом этапе составляет 5—20 мин, а затем увеличивается до 2,5—3 ч. Выходу гормонов из крови в значительной степени способствует их поглощение тканями, где происходит их интенсивный метаболизм. Так, значительное количество стероидных гормонов диффундирует из крови в жировую ткань: она служит своего рода депо для половых гормонов, особенно для прогестерона.

Тестостерон подвергается в организме инактивации путем окисления группы ОН, связанной с 17-м атомом углерода, или путем редукции кетонной группы, связанной с углеродом-3, до гидроксильной группы. При этом исчезает также двойная связь в кольце А (см. рис. 15). Тестостерон, образовавшийся в семенниках, превращается в малоактивные или совершенно неактивные стероидные соединения группы 17-кетостероидов (17-КС), которые выводятся из организма с мочой. Главными метаболитами тестикулярного тестостерона являются этиохоланолон, андростерон и эпиандростерон. Тестостерон, образовавшийся в коре надпочечников, превращается в дегидроэпиандростерон (рис. 18). Метаболиты тестикулярного происхождения (фракция α) составляют около $\frac{1}{3}$, надпочечникового (фракция β) — около $\frac{2}{3}$ общего количества 17-КС, содержащихся в моче. Метаболизм тестостерона во многом зависит от функции печени. При циррозе печени андрогенные препараты, производные тестостерона, принимаемые внутрь, пол-

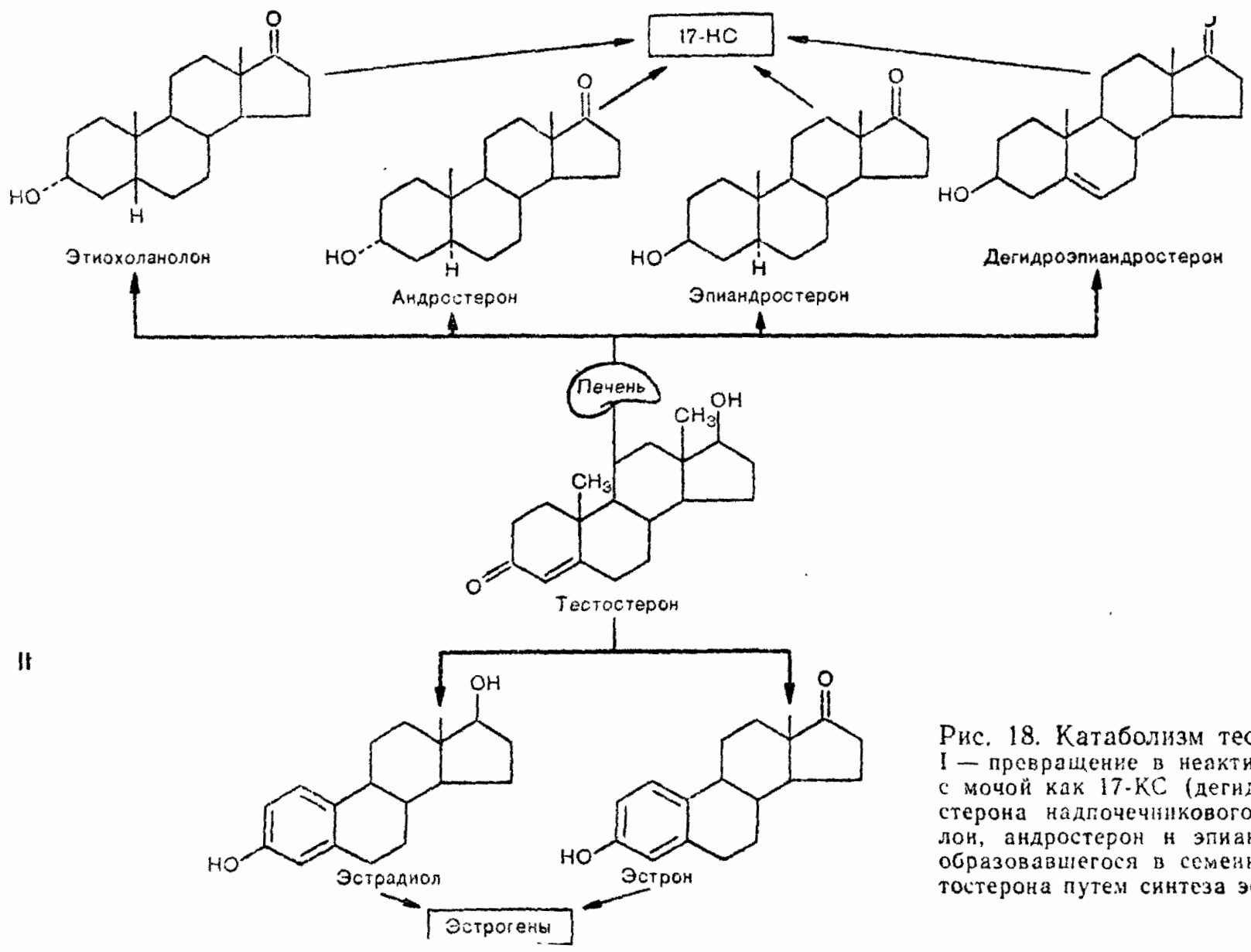


Рис. 18. Катаболизм тестостерона в организме. I — превращение в неактивные соединения, выделяемые с мочой как 17-КС (дегидроэпиандростерон — из тестостерона надпочечникового происхождения, этиохоланолон, андростерон и эпиандростерон — из тестостерона образовавшегося в семенниках); II — инактивация тестостерона путем синтеза эстрогенов [Teter E., 1968].

ностью не инактивируются, а преобразуются в эстрогены. Эндогенный тестостерон в подобных случаях также гораздо легче превращается в эстрогены, что обуславливает развитие гинекомастии у больных с недостаточностью печени или у лиц, истощенных длительным заболеванием.

7.1.3.2. Физиологическое действие стероидных гормонов

Физиологическое действие стероидных гормонов наиболее выражено в двух критических периодах — эмбриональном и пубертатном. Именно в этих периодах отчетливо выявляется их морфогенетическое и активационное воздействие [Мицкевич М. С., 1974]. Морфогенетическое воздействие андрогенов начинается еще в эмбриональном периоде: семенники зародыша мужского пола очень рано (у человека — к 12-й неделе) продуцируют андрогены, которые и определяют развитие плода по мужскому типу. Внутриутробная половая дифференцировка по женскому типу представляет собой эндокринологически пассивный процесс, обусловленный не наличием эстрогенов, а отсутствием андрогенов. С окончанием эмбрионального формирования как внутренних, так и наружных гениталий (у человека — к 32-й неделе) морфообразующая роль стероидных гормонов андрогенного ряда редуцируется и остается на таком уровне до пубертатного периода. С момента «включения» в пубертате гипофизарных регулирующих механизмов разворачивается весь спектр биологического действия стероидных гормонов как андрогенного, так и эстрогенного ряда.

Яичники и семенники вырабатывают одинаковые стероидные гормоны. Название «мужские» половые гормоны (андрогены) означает лишь то, что их больше вырабатывают яички, и они обеспечивают андрогенизацию организма. «Женские» половые гормоны (эстрогены и прогестагены) представляют собой основные компоненты стероидной секреции яичников и приводят к развитию женского фенотипа. Однако в небольших количествах как семенники, так и яичники вырабатывают и выделяют в кровь гормоны противоположного пола.

Действие половых гормонов тесно связано с так называемыми органами-мишенями, где происходит их избирательное накопление и осуществляется присущее им влияние. Стероидные гормоны, проникая через клеточную мембрану в цитоплазму, связываются с соответствующими высокомолекулярными белковыми рецепторами, специфическими для каждого вида гормона. Например, рецепторы тестостерона обнаружены в клетках семенных канальцев, в придатке яичка, предстательной железе, семенных пузырьках, а также в гипоталамусе и матке. Сродство цитоплазматических рецепторов с половыми гормонами очень велико: так, по В. Б. Розену (1974), в комплексе «рецептор — эстрадиол» в матке оно на 1—5 порядков выше, чем в комплексе «эстрадиол — глобулин плазмы», осуществляющем транспортировку половых стероидов. Это обеспечивает преимущественный захват половых стероидов специфическими рецепторами органов-мишеней. В мужском организме основным местом выработки стероидных гормонов являются клетки Лейдига яичек. Морфологическое развитие этих клеток, а также их гормональная активность регулируются ЛГ (в мужском организме его правильнее называть гормоном, стимулирующим интерстициальные

клетки,— ГСИК, так как ЛГ и ГСИК являются одним и тем же гормоном как по строению, так и по биологическому эффекту).

Метаболизм половых стероидов в органах-мишенях имеет особенности, связанные с механизмом действия гормонов. Эти ткани (матка, предстательная железа, семенные пузырьки, придаток яичка) содержат активные 5 α -редуктазы, вызывающие восстановление двойной связи в кольце А с образованием дигидротестостерона и дигидропрогестерона. Для тестостерона превращение в дигидроформу является необходимым этапом для обеспечения биологического действия, так как в органах-мишенях с белками-рецепторами может связываться в основном только дигидроформа гормона. В связи с этим тестостерон иногда называют прогормоном. В яичках спермии находятся в условиях очень высокой концентрации андрогенов, но по мере их перемещения к придаткам яичка концентрация этих гормонов снижается, причем относительное содержание 5 α -дигидротестостерона по сравнению с тестостероном увеличивается.

Маскулинизирующее воздействие андрогенов обуславливает прежде всего их морфогенетическое влияние на развитие вторичных половых признаков (тип оволосения, тембр голоса, развитие мышц и т. д.). Они интенсифицируют развитие уrogenитальных органов: ускоряют рост и появление признаков зрелости мошонки (складчатость, пигментация), семенных пузырьков, предстательной железы, полового члена, бульбоуретральных желез.

Наряду с этим в пубертате выявляется неспецифическое и специфическое активационное воздействие андрогенов, обусловленное повышением их продукции. Первое проявляется анаболическим эффектом — активацией обмена углеводов, липидов, холестерина, электролитов. Это свойство андрогенов иногда используется в клинической практике для лечения заболеваний, при которых необходимо усилить синтез белка (диэнцефально-гипофизарная кахексия, психическая анорексия, тяжелые оперативные вмешательства, нарушающие всасывание в кишечнике, и др.). Своеобразным морфогенетическим результатом анаболического воздействия половых стероидов является ускорение роста костей в первых фазах пубертатного развития, завершаемое окостенением диаэпифизарных хрящей и остановкой роста на последнем этапе пубертатного периода.

Специфическое активационное воздействие андрогенов на спермиогенез, развитие и созревание спермиев в эпителии семенных канальцев, будучи сопряжено с механизмом обратной связи системы гипоталамус — гипофиз — яички, отличается значительным своеобразием. Так, в эксперименте небольшие дозы тестостерона вызывают активацию спермиогенеза в течение 30—45 дней, после чего наступает его угнетение на фоне атрофии интерстициальной ткани. Большие дозы тестостерона угнетают и спермиогенез, и гормональную (внутрисекреторную) функцию яичек, причем в первую очередь подавляют функцию клеток Лейдига [Чиков В. В., 1955].

Специфическое действие эстрогенов в женском организме направлено на развитие органов женской половой сферы. Они действуют как фактор роста на матку, влагалище, наружные половые органы. В отношении влияния на миометрий наиболее активным является эстрадиол; эстрон менее активен — в 10 раз, а эстриол — в 50 раз. Во влагалище и эндометрии под действием эстрогенов, особенно эстрадиола, происходит усиленная пролиферация клеток с ороговением верхнего слоя влагалищного эпителия.

Эстрогены поддерживают низкое рН (4,5—5,0) секрета влагалища и усиливают его выделение с увеличением количества мукопротеидов. В эндометрии наблюдается разрастание всех его компонентов — стромы, желез и кровеносных сосудов. Эстрогены непосредственно воздействуют на яичники, необходимы для нормального развития фолликулов, увеличения чувствительности яичников к действию гонадотропинов и поддержания жизнеспособности ооцитов.

Эстрогены у женщины детородного возраста выделяются периодически, в соответствии с менструальным циклом. В течение первых 7—10 дней 28-дневного менструального цикла экскреция эстрогенов низкая и все три фракции эстрогенов — эстрон, эстрадиол и эстриол — выделяются с мочой в количестве, меньшем 5 мкг/сут. Начиная с 11-го дня экскреция эстрогенов с мочой повышается и достигает максимума (до 50—60 мкг/сут) в середине менструального цикла, когда созревший фолликул разрывается, и происходит овуляция. Абсолютная величина продукции эстрогенов в период предовуляционного пика достигает 400 мкг/сут. Затем она снижается, но снова повышается на 21—22-й день менструального цикла до 35—40 мкг/сут в период максимального развития желтого тела. Второй подъем секреции эстрогенов, очевидно, обуславливается стадией зрелости желтого тела. Непосредственно перед наступлением менструации секреция всех фракций эстрогенов быстро падает и в период менструации экскреция эстрогенов определяется в пределах 18—20 мкг/сут [Жмакин К. Н., 1980]

Колебания уровня эстрогенов в течение менструального цикла вызывают изменения в эндометрии — фазу пролиферации и способствуют его регенерации после отторжения в фазе менструации. Совместные реакции эстрогенов с другими гормонами (в частности, с тиреоидными гормонами гипофиза и андрогенами коры надпочечников) играют важную роль в обеспечении гармонического развития девочки-подростка в пубертатном периоде. Они способствуют формированию характерных для женщин соматических признаков (рост молочных желез, тип оволосения, специфическое отложение жира в области бедер, туловища и т. д.)

Прогестерон — гормон сохранения беременности. Он прекращает стимулирующее действие эстрогенов на эндометрий и вызывает в нем изменения — секреторную трансформацию (или прогестивную пролиферацию), подготавливая его к имплантации оплодотворенной яйцеклетки и возникновению плацентарной реакции. Способность прогестерона вызывать атонию гладких мышечных волокон, прежде всего матки, в более слабой степени проявляется и в отношении других органов. Воздействие прогестерона на гипоталамические теплорегулирующие центры используется в клинике для определения его влияния по динамике ректальной температуры на протяжении менструального цикла.

Основная роль андрогенов в женском организме, по-видимому, состоит в анаболическом действии на различные ткани (мышечную, костную и др.) Наряду с этим андрогены влияют и на половые органы (в которых обнаружены специфические рецепторы тестостерона, отличные от рецепторов эстрадиола). При этом, с одной стороны, они выступают как антагонисты эстрогенов, ограничивая рост матки, пролиферацию эндометрия и вагинального эпителия, вызываемую эстрогенами. С другой стороны, андрогены в отсутствие эстрогенов способствуют увеличению массы матки и пролиферации эндометрия и вагинального эпителия. Однако пролиферативный эффект андрогенов отнюдь не повторяет влияние эстрогенов. Например, андрогены, так же как эстрогены, вызывают увеличение

синтеза рибонуклеиновых кислот в матке, однако, как показала О. Н. Савченко (1967), наборы этих кислот оказываются в таких случаях различными. Далее, пролиферация вагинального эпителия, вызываемая андрогенами, также отличается как от эстрогенной, так и от прогестивной. В частности, клетки вагинального эпителия окрашиваются как базофилы (тогда как эстрогены приводят к появлению клеток с ярко выраженными ацидофильными свойствами), а цитоплазма отличается нежностью и прозрачностью. Это дало основание выделить при исследовании вагинального эпителия особый «андрогенный» тип мазка [Арсеньева М. Г., 1977]

7.2. Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у мужчин

Как правило, значительная часть симптомов поражения нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, свидетельствующих о функциональных отклонениях в выраженности полового влечения, реактивности и энергетических резервах половой сферы, выявляется при первичном обследовании. Однако при некоторых видах сексуальной патологии (нарушение половой дифференцировки, обусловленное аномалиями генетического аппарата или ферментных механизмов; эндокринные формы бесплодия; некоторые синдромы, основанные на неосознаваемых больными врожденных гомосексуальных тенденциях, и др.) для идентификации и дифференцировки синдромов бывает необходимо привлекать как дополнительные анамнестические данные, так и в особенности параклинические, лабораторные методы.

Выполнение этих задач затрудняется тесным функциональным взаимодействием различных составляющих копулятивного цикла (так, характерно, что анэякуляторный феномен чаще всего наблюдается при нарушениях именно нейрогуморальной и психической, а не эякуляторной составляющей), а также тем, что к завершению пубертата многие объективные симптомы становятся практически неизменяемыми (реликтовыми) и не могут служить (как, в частности, показатели морфограммы) ни для определения точных сроков формирования расстройств, ни для контроля за эффективностью лечения. Отмеченные особенности крайне затрудняют как диагностику функционального состояния нейрогуморальной составляющей в целом, так и клиническую дифференцировку ее поражения. Иллюстрацией сказанного может служить оценка клинических признаков андрогенной недостаточности.

1 Отклонения возрастных параметров отдельных функциональных проявлений сексуальности: а) преждевременность, задержка или отсутствие пробуждения сексуального компонента либидо; б) отклонения в сроках появления первых эякуляций (два первых критерия из арсенала первичного обследования, см. раздел 5.1)

2. Нарушения формирования уrogenитального аппарата: а) аномалии формирования гонад (анорхизм, монорхизм, крипторхизм, гипоплазия яичек), б) отклонения от нормы при формировании полового члена (гипоспадия, эписпадия, микрогенитосомия, фимоз), в) гипоплазия предстательной железы.

3. Недоразвитие вторичных половых признаков: а) изменения

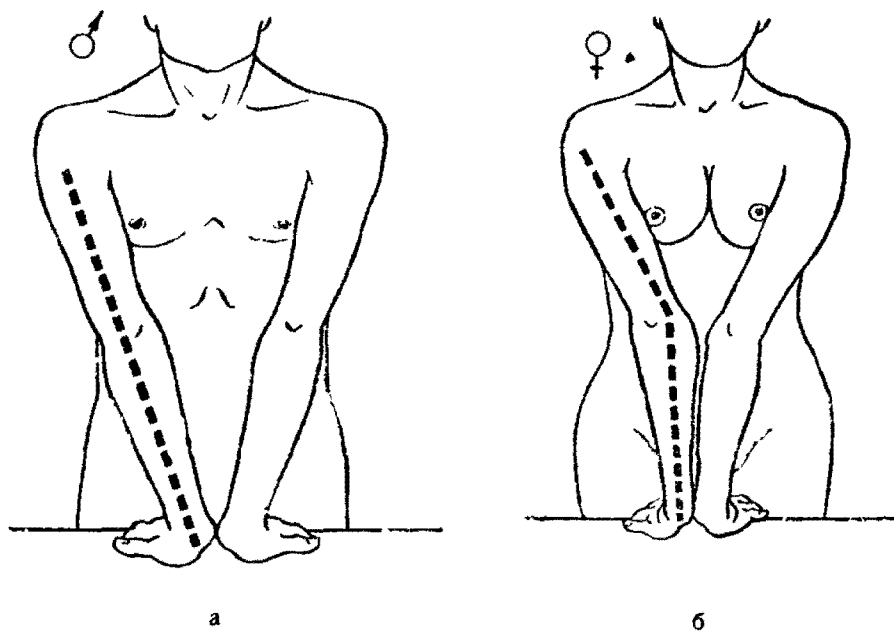


Рис. 19. Проба Жерико на супинацию у мужчин (а) и женщин (б) [Teter J., 1968].

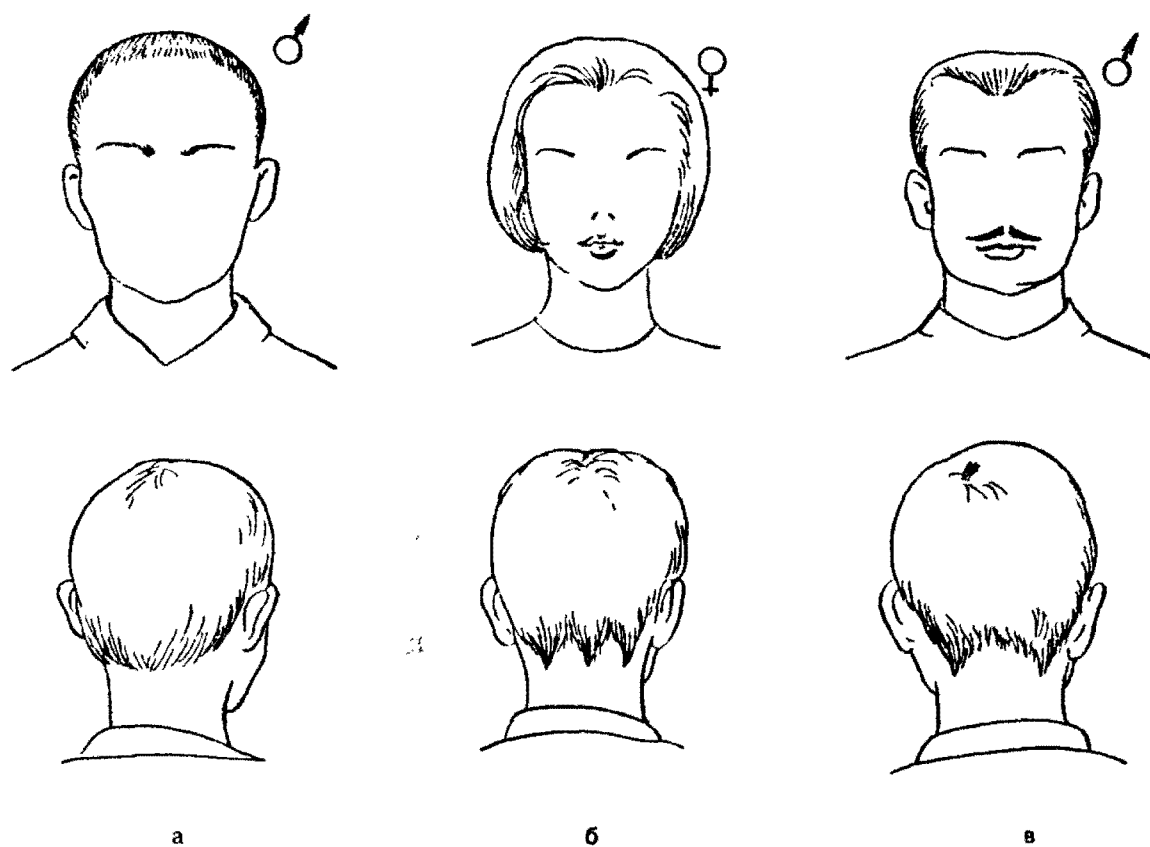


Рис. 20. Различия лобного и затылочного оволосения у мальчика (а), женщины (б) и мужчины (в).

морфограммы (с отклонениями по евнухоидному и гиноидному типу), инверсия супинаторной пробы Жерико (рис. 19) и др., б) нарушения оволосения лобка, тела и головы (рис. 20); в) атония, отсутствие складчатости и депигментация мошонки; г) высокий голос.

Отмеченные признаки андрогенной недостаточности выявляются в начальных периодах сексуального развития (препубертатном или пубертатном). Если же она развивается после завершения пубертата, в ее клинической картине преобладают черты астении, а из внешних признаков — утрата тургора мошонки.

Урогенитальные органы, в частности половой член, предстательная железа и мошонка, являются первыми «мишенями» для андрогенов яичек; наряду с состоянием вторичных половых признаков и функциональными проявлениями сексуальности очень важно объективное исследование этих органов. Определять величину яичек лучше всего посредством тестиметра. J. Нупіе (1970) установил следующую зависимость между длиной яичка и его объемом:

Размер яичка по длинной оси, мм	Объем яичка, см ³
20	2
30	7
34	10
40	16

По данным J. Raboch, Z. Zahof (1961), основанным на материале биопсии, морфологически и функционально сохраненные яички имеют объем 16 см³ и больше; объем более 10 см³, но менее 16 см³ имеют яички в пограничном состоянии, но с преобладанием нормальных канальцев; объем 7—10 см³ имеют яички со значительным числом патологически измененных канальцев.

В диагностике гипоплазии предстательной железы существенную помощь сексопатологу оказывает выявление серповидной атрофии железы, или «симптом серпа» [Юнда И. Ф., 1981]

При андрогенной недостаточности предстательная железа имеет форму серпа, открытого кверху, иными словами, верхний сегмент железы уплощается и западает, а нижний в виде валика как бы окаймляет образовавшуюся впадину.

Если западная часть железы имеет диаметр 2,5—3 см, что свидетельствует о значительном (приблизительно трехкратном) снижении андрогенной насыщенности организма, то этот симптом расценивается как резко положительный и обозначается +++ , при диаметре около 1,5 см симптом считается положительным (++), при еще меньшем диаметре «симптом серпа» обозначается как начальный (+), свидетельствующий о снижении «резервной андрогенной функции».

Полное отсутствие предстательной железы указывает на тяжелый порок развития яичек и часто сочетается с их отсутствием в мошонке.

7.2.1. Лабораторные методы диагностики

7.2.1.1. Исследование эякулята

Исследование эякулята широко применяется в сексологической практике в связи с доступностью, безвредностью, относительной технической простотой и в то же время высокой информативностью, позволяющей судить как о внешнесекреторной, генеративной, так и о внутрисекреторной (андрогенная активность) функциях яичек.

При получении эякулята и доставке его в лабораторию необходимо исключить температурные колебания и механические воздействия, неблагоприятно сказывающиеся на подвижности сперматозоидов (спермиев) и биохимических характеристиках спермы. Для анализа должен быть получен весь эякулят, в том числе его наиболее ценный первый кубический сантиметр, в котором содержится 70—75% сперматозоидов, притом наиболее зрелых и активных. Следует также строго соблюдать условия его сбора и транспортировки — чистая сухая посуда с оптимальной температурой для предотвращения «холодового шока» спермиев [Каган С. А., 1969], исключение колебаний температуры, тряски и перемешивания с воздухом при доставке.

Лучше всего получать эякулят непосредственно перед лабораторным исследованием. Для этого обследуемому должно быть предоставлено изолированное помещение (при судебно-медицинских обследованиях — полуизолированное). Предпочтительна виброэякуляция, поскольку она проста, надежна, эффективна, щадит психику обследуемого и вполне приемлема с этической точки зрения [Лазаренко А. И. и др., 1972]. Если почему-либо не удастся применить виброэякуляцию, допустимо получение эякулята мастурбацией. Утверждение отдельных авторов о том, что получение эякулята путем мастурбации нефизиологично и он значительно отличается по составу от эякулята при половом сношении, противоречит данным большинства исследований.

В любом случае эякулят следует брать спустя 3—4 сут после предыдущего семяизвержения. При редких эякуляциях этот интервал увеличивается до свойственной больному периодичности. Период между предшествовавшей и данной эякуляцией необходимо зафиксировать в протоколе обследования и на спермограмме. При сомнительных результатах следует производить повторные исследования эякулята. К лабораторному исследованию спермы приступают не ранее чем через 30 мин после эякуляции (время разжижения) и на первом этапе определяют объем, цвет и консистенцию (вязкость) эякулята.

В норме объем эякулята составляет 2—5 мл. Уменьшение объема указывает на функциональные нарушения в предстательной железе, придатках яичек, семенных пузырьках. Это чаще всего обусловлено недостатком стероидных (андрогены) либо гонадотропных (ЛГ, ФСГ и др.) гормонов. Избыточное количество эякулята (более 7—8 мл) обычно сопровождается уменьшением концентрации сперматозоидов.

Цвет эякулята колеблется от желтоватого до белого. Примесь значительного количества лейкоцитов придает семени желтый (гнойный), а эритроцитов — красный цвет. Для определения вязкости семени после разжижения эякулята сперму подхватывают стеклянной палочкой. При нормоспермии на ней должна остаться капля. Если эякулят тянется нитями, то его вязкость повышена;

если же капелька эякулята палочкой не поднимается, то вязкость его понижена (водянистый эякулят), что часто сопутствует *азоспермии* (отсутствие сперматозоидов при наличии клеток спермиогенеза), *аспермии* (в эякуляте нет ни семенных нитей, ни клеток спермиогенеза, ни клеток Сертоли) и *олигоспермии* (см. ниже).

Характер подвижности сперматозоидов позволяет судить о качестве эякулята. М. А. Кунин (1973) определяет его через 60 мин после эякуляции, при комнатной температуре (18—22° С), просматривая препарат при увеличении в 280—400 раз. Поле зрения рекомендуется разделить на четыре равные части, поместив в окуляр два перекрещивающихся под прямым углом конских волоса. Нормальные сперматозоиды обычно движутся против тока жидкости (реотаксис), как и при продвижении по половому аппарату женщины. Ток жидкости на предметном стекле легко создать, слегка приподняв один его край. Это позволяет легко различить сперматозоиды по характеру движения, так как все активно движущиеся сперматозоиды устремляются против этого тока в одном направлении. Семенные нити с колебательными или круговыми движениями на одном месте (маятникообразными или манежными) продолжают беспорядочные подергивания без направленного перемещения. Подсчитывают сперматозоиды до 100, фиксируя отдельно процент хорошо подвижных, малоподвижных и неподвижных. Хорошо подвижными считаются те семенные нити, которые перемещаются прямолинейно, причем активно движется хвост сперматозоида, а головка не совершает заметных латеральных колебаний. Малоподвижными считаются нити, которые перемещаются не прямолинейно, а по кругу или маятникообразно, без значительного поступательного продвижения или в виде подергиваний, колебаний на месте.

Достоверность суждения о качестве эякулята подкрепляется определением времени сохранения подвижности сперматозоидов.

W Bartak и J. Hynie (1967) считают, что если активная подвижность спермиев после эякуляции быстро нарушается, то следует говорить об *астеноспермии*. С. Г. Быков (1930), исследуя 71 эякулят на «утомляемость», в 40% случаев наблюдал подвижность сперматозоидов в течение 48 ч («хорошая сперма»), в 18% — от 10 до 12 ч («средняя сперма») и в 16% — менее 10 ч («плохая сперма»). По мнению И. М. Порудоминского (1964), в медицинской практике можно ограничиться подсчетом количества подвижных сперматозоидов через 4—5 ч после получения эякулята: к этому времени в норме должно быть 40—50% подвижных форм. М. А. Кунин (1973) для определения «утомляемости» сперматозоидов вел счет лишь активно подвижных семенных нитей при сохранении эякулята в условиях комнатной температуры. По его данным, при нормоспермии через 6 ч сохраняется в среднем около 60% хорошо подвижных семенных нитей; через 12 ч это число снижается приблизительно до 35%, через 24 ч — до 4—8%, а через 31 ч — до 1—3%, через 37—49 ч сперматозоиды утрачивали способность к прямолинейному движению. При патологии эякулята уже через 6 ч число активно подвижных сперматозоидов составляло 0—20%, а через 12 ч снизилось до 0—3%.

Качество эякулята характеризует также резистентность сперматозоидов при воздействии на них различными химическими веществами. М. А. Кунин (1973) предложил для определения резистентности сперматозоидов следующую простую и достоверную методику. Через 60 мин после эякуляции на предметное стекло наносят раздельно две капли спермы. К одной из них добавляют

каплю 1% этилового спирта. Обе капли накрывают покровным стеклом и через 2 мин просматривают под микроскопом. В капле без спирта обычно видны хорошо и плохо подвижные, а также неподвижные сперматозоиды. Во второй капле после добавления спирта часть плохо подвижных до этого семенных нитей прекращает перемещение, движения других выражаются в виде отдельных подергиваний или слабых маятникообразных качаний. Активно подвижные сперматозоиды под влиянием спирта свое поступательное движение практически не изменяют.

Концентрацию и морфологию сперматозоидов предпочтительно определять по методике А. А. Рубенкова (1959) в модификации М. А. Кунина (1973). Она отличается простотой и доступностью, обеспечивая подсчет их общего числа, процента патологических форм и концентрации семенных нитей в эякуляте.

Из дополнительных включений в эякуляте, обнаруживаемых при микроскопировании, имеют значение лейкоциты, трихомонады и клетки спермиогенеза (сперматогонии, сперматоциты и сперматиды). Наличие большого числа лейкоцитов (более 10 в поле зрения) свидетельствует о воспалительном процессе в половых железах или выводящих путях, что иногда удается впервые установить лишь при исследовании эякулята. Для дифференциальной диагностики следует произвести анализ мочи. Отсутствие лейкоцитов в моче при наличии их в сперме свидетельствует о локализации воспалительного процесса в половых железах.

Определение концентрации водородных ионов (рН) в эякуляте не имеет большого значения для оценки качества самого эякулята, но позволяет ориентироваться в локализации воспалительных и адгезивных очагов урогенитальной сферы. Концентрация водородных ионов зависит от времени, прошедшего после выделения спермы: чем оно больше, тем ниже рН. В нормальном свежем эякуляте рН колеблется от 6,4 до 9,5, составляя в среднем $7,8 \pm 0,05$. При воспалительных процессах в предстательной железе и семенных пузырьках рН может повышаться. Снижение рН до 6,5 дает основание заподозрить закупорку выводных протоков обоих семенных пузырьков. В подобных случаях эякулят состоит в основном из более кислого секрета предстательной железы. Предполагаемый диагноз можно подтвердить дополнительным исследованием — определением содержания фруктозы в эякуляте.

Определение количества фруктозы и величина фруктолиза в эякуляте имеют большое практическое значение, так как позволяют судить о функциональном состоянии лейдиговских (продуцирующих тестостерон) клеток, а повторные определения характеризуют интенсивность обмена веществ в сперматозоидах и их жизнеспособность. Фруктоза образуется в семенных пузырьках и ее количество зависит от продуцируемого в клетках Лейдига тестостерона. Снижение уровня фруктозы при нормальном состоянии семенных пузырьков свидетельствует о нарушении функции клеток Лейдига. Уменьшение количества фруктозы при нормальной спермиограмме говорит об изолированном нарушении функции межучечковых клеток яичек в результате недостаточного образования гонадотропного гормона в передней доле гипофиза. По Н. Т. Старковой (1973), содержание фруктозы в эякуляте здоровых мужчин в возрасте 20—40 лет составляет 120—400 мг%. М. А. Кунин считает достаточным ее содержание не менее 250 мг% концентрацию от 250 до 150 мг% оценивает как пониженную и менее 150 мг% — как низкую.

Полное отсутствие фруктозы указывает на непроходимость семяносящих протоков ниже семенных пузырьков.

Фруктоза потребляется сперматозоидами как энергетический материал, однако и при достаточном ее количестве они иногда не в состоянии ее использовать (потреблять фруктозу способны лишь неизменные, физиологически полноценные сперматозоиды). Это косвенно подтверждает обнаружение в эякуляте повышенного количества их дегенеративных форм. Более точным показателем утраты способности к использованию фруктозы у морфологически неизменных семенных нитей является тест величины фруктолиза. М. А. Кунин, повторно определяя фруктолиз через 1 ч после первого его исследования (т. е. через 2 ч после эякуляции), установил, что в норме разница между обоими показателями была не менее 186 мкг/мл, а в ряде случаев достигала 372 мкг/мл.

Из других биохимических методов исследования имеют значение определение содержания лимонной кислоты в эякуляте, которое у здоровых мужчин составляет 400—2000 мкг/мл [Старкова Н. Т., 1973] и снижается при гипогонадизме, а также фосфатазный индекс (отношение кислой фосфатазы к щелочной). Последний показатель может служить дополнительным индикатором андрогенной насыщенности организма. По Ширрену (1971), содержание кислой фосфатазы, в норме составляющее 100—300 мкг $P_2O_5/30$ мин, резко снижается при атрофии предстательной железы, обусловленной недостатком андрогенов. При этом фосфатазный индекс выше 0,3 соответствует повышенной андрогенной насыщенности, 0,1—0,3 — норме, а величины ниже 0,1 свидетельствуют о пониженной андрогенизации.

7.2.1.1.1. Диагностическая оценка эякулята

Рассмотренные выше отдельные показатели эякулята, как правило, взаимосвязаны и приобретают диагностическое значение при сопоставлении как друг с другом, так и с симптоматикой, выявленной при общем сексологическом обследовании. Поскольку подавляющее большинство спермиографий, т. е. стандартных лабораторных исследований эякулята, производится при жалобах на бесплодие, при исследовании спермы пользуются понятием *нормоспермии*, под которым понимают такое состояние эякулята, которое исключает виновность мужа в бесплодном браке. Исходя из методологически наиболее обоснованных данных Т. И. Устинкиной (1981), нормоспермией следует считать концентрацию сперматозоидов от 40 до 119 млн/мл эякулята; количество сперматозоидов с поступательным движением — 40% и более, морфологически измененных — менее 40%.

Эякуляты с содержанием сперматозоидов 20—39 млн/мл относятся к условной норме, поскольку подобная концентрация не выявляет статистически значимых различий при исследовании эякулятов у фертильных (13,5%) и инфертильных (14,4%) мужчин. К *олигоспермии* I степени относят те случаи, когда содержание сперматозоидов составляет 10—19 млн/мл эякулята — в этих случаях фертильность сомнительна (2,7% у плодовитых и 7,4% у бесплодных мужчин). Олигоспермия II степени (сперматозоидов менее 10 млн/мл эякулята) характеризует абсолютное бесплодие (0% — у фертильных и 25,2% — у инфертильных мужчин). К наиболее частым причинам олигоспермии относят недолеченную гонорею, трихомонадный уретрит, травму

мошонки, расширение вен семенного канатика, орхиты (трихомонадный и неустановленной этиологии), односторонний крипторхизм, вирусную инфекцию.

Азооспермия и *аспермия* характеризуются отсутствием в эякуляте семенных нитей. Однако, если при азооспермии имеются клетки спермиогенеза, из которых происходит образование сперматозоидов, при аспермии в эякуляте нет ни клеток спермиогенеза, ни клеток Сертоли. Аспермию обуславливают либо непроходимость семявыносящих путей (такая аспермия называется обтурационной и вызывается воспалительными заболеваниями), либо атрофия канальцев яичек и врожденные или приобретенные дегенеративные изменения спермиогенного эпителия. В качестве причин азооспермии М. А. Кунин (1973) называет перенесенную гонорею, травму мошонки, орхит и эпидидимит неизвестной этиологии, трихомонадный орхит, а также крипторхизм, рентгенооблучение, туберкулезную и химическую интоксикацию.

Астеноспермия, по Т. И. Устинкиной (1981), — состояние, при котором в эякуляте содержится менее 40% активно подвижных сперматозоидов при числе семенных нитей более 20 млн/мл и не более 40% морфологически измененных форм. Таким образом, основу данного феномена составляет снижение подвижности сперматозоидов, связанное либо с уменьшением количества фруктозы, либо с утратой семенными нитями способности использовать имеющуюся в эякуляте фруктозу. К астеноспермии могут приводить трихомонадный уретрит, недолеченная гонорея, работа с этилированным бензином, эпидидимит [Кунин М. А., 1973].

О *некроспермии* говорят тогда, когда в эякуляте неподвижны все сперматозоиды. Поскольку, однако, полное отсутствие движущихся сперматозоидов при первичном исследовании эякулята бывает обусловлено погрешностями при получении и доставке спермы, для исключения ложной некроспермии следует проводить повторные исследования. Необходимо также учитывать, что неподвижность сперматозоидов не всегда свидетельствует об их гибели и может устраняться при слабом нагревании или добавлении к сперме питательного раствора Бакера (3 г левулезы, 0,6 г двузамещенного натрия фосфата, 0,01 г однозамещенного калия фосфата, 100 мл дистиллированной воды): в подобных случаях правильнее говорить об *акиноспермии* (отсутствие подвижности).

Под *тератоспермией* подразумевают повышенное содержание в эякуляте патологических (морфологически измененных, дегенеративных) форм сперматозоидов (по Т. И. Устинкиной, более 40% — при концентрации семенных нитей не менее 20 млн/мл эякулята). Предполагаемые причины тератоспермии: гонорея, алкоголизм, туберкулезная интоксикация, травма мошонки, трихомонадный орхит. В противоположность ранее названным формам патологии эякулята, сказывающимся главным образом на оплодотворяющей способности, тератоспермия относительно чаще становится причиной недонашиваемой беременности.

Данные исследования эякулята вписывают в бланк стандартной спермиограммы.

7.2.1.2. Биопсия тестикулярной ткани

Снижение функций половых желез у мужчин не всегда можно выявить при сборе анамнеза, осмотре и применении приемов сексологической антропометрии и традиционных лабораторных методов

Название учреждения или лаборатории _____

Ф.И.О. обследуемого _____

Дата предшествующей эякуляции _____

СПЕРМИОГРАММА №

Объем эякулята	Консистенция	Цвет	Запах	Активно подвижные сперматозоиды (%)	Плохо подвижные сперматозоиды (%)	Неподвижные сперматозоиды (%)	Число сперматозоидов (млн/мл эякулята)	Патологические формы (%)	Патология головки сперматозоида (%)
2—4	Вязкий	Мутно-белый	Специфический (свежих каштанов)	Более 40	4—46	0—14	40—119	Менее 40	Менее 15

Патология в области шейки и хвоста, (%)	Клетки спермиогенеза (%)	Лейкоциты в 1 мл	Наличие эритроцитов	рН через 1 ч после эякуляции	Количество фруктозы (мг%)	Величина фруктолиза в течение 2-го часа после эякуляции	Активно подвижные сперматозоиды (%)	
							через 6 ч	через 12 ч
Менее 25	До 2	0—7	—	7,25—8,1	Более 250	Более 186	Более 40	Более 25

Диагноз (нужное подчеркнуть): нормоспермия, астеноспермия, тератоспермия, олигоспермия I, II степени, некроспермия, азооспермия, аспермия, пиоспермия, гемоспермия, асперматизм.

Дата исследования _____

Подпись врача _____

исследования (крови, мочи, секрета предстательной железы, эякулята и др.). В ряде случаев требуется морфологическое исследование тестикулярной ткани — биопсия яичка. Возможности этого метода не следует переоценивать. По данным Ch. Charny (1947), гистологическая картина в 78% случаев биопсии соответствовала данным предварительной спермиограммы, а из 22% случаев несовпадения диагнозов по данным биопсии лучшие показатели были лишь в 14%. Последнее может наблюдаться при нарушениях правил получения и доставки эякулята.

Биопсию яичка М. А. Куниин (1973) считает абсолютно показанной при аспермии, причину которой установить не удается, а со стороны яичек и их придатков не выявляют признаков грубых дегенеративных (атрофических) изменений, особенно когда решается вопрос об оперативном вмешательстве. Биопсия может быть показана и при олигоспермии II степени, если в эякуляте мало клеток спермиогенеза (не более 2—4%) и нет признаков воспалительного процесса.

При аспермии это говорит об обтурации, а при олигоспермии — о стенозе семявыносящих путей (результат хронического простатита и везикулита).

При гистологическом исследовании биоптата обращают внимание на состояние канальцевого аппарата (выраженность tunica propria и tunicula basalis, особенности герминативного эпителия, наличие клеток Сертоли), морфологические особенности клеток Лейдига и состояние стромы.

В нормальной ткани яичка спермиогенез находится на различных стадиях, однако в препарате должны быть представлены все стадии, вплоть до заключительных, с наличием сперматозоидов, головки которых соприкасаются с апикальными полюсами клеток Сертоли, а хвосты обращены в просвет канальцев. В норме около $\frac{2}{3}$ поперечного разреза препарата составляют канальцы с герминативным эпителием (из них около 15% приходится на просвет канальцев) и около 22% — межканальцевые пространства; при этом клетки Сертоли составляют около $\frac{1}{3}$ канальцевого эпителия, а клетки Лейдига — около 9% межканальцевого пространства. Поперечник нормального семенного канальца лежит в пределах 180—200 мкм.

С возрастом фиброзное утолщение мембран сочетается с истончением слоев герминативного эпителия.

Подробное изложение цитоморфологической идентификации препаратов, полученных при биопсии яичка, и ее диагностической и прогностической ценности можно найти у J. Teter (1968), J. Molnar (1969), C. Schirren (1971) и др.

7.2.1.3. Оценка нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла по концентрации стероидных гормонов и их метаболитов

Непосредственное определение концентрации половых гормонов в естественной для всякого гормона среде — крови — требует наличия дорогостоящих реактивов. В последние годы все большее распространение получает определение уровней половых гормонов в сыворотке крови радиоиммунологическим методом. Наряду с этим в практике нередко используют приемы, позволяющие судить о состоянии нейрогуморального обеспечения половых функций по

косвенным показателям, характеризующим претерминальные и терминальные фазы стероидного обмена по концентрации его продуктов не в крови, а в моче.

7.2.1.3.1. Определение общих нейтральных 17-КС в моче

17-КС — группа соединений, объединяющих производные андростана (группа С-19), имеющие общий признак — кетогруппу в положении 17 (см. рис. 16). В настоящее время считают, что 17-КС у женщин представляют собой в основном продукты превращения стероидов надпочечникового происхождения, а у мужчин — на $\frac{2}{3}$ надпочечникового происхождения и на $\frac{1}{3}$ — продукты превращения стероидов яичек. Основную массу 17-КС составляют (см. рис. 18) андростерон и этиохоланолон (в сумме более 50%), а также дегидроэпиандростерон (10—15% общего количества 17-КС). Кетостерониды выделяются из организма с мочой в виде парных соединений с глюкуроновой и серной кислотами. В физиологических условиях выделение 17-КС из организма значительно колеблется. В частности, существует определенный суточный (циркадианный) ритм выделения этих метаболитов: наиболее высокая экскреция утром, более низкая вечером и минимальная ночью. В некоторых случаях показано исследование 17-КС не в суточном количестве мочи, а в четырех 6-часовых порциях: утренней (с 6 до 12 ч), дневной (с 12 до 18 ч), вечерней (с 18 до 24 ч) и ночной (с 24 до 6 ч).

Содержание общих нейтральных 17-КС, определяемое по методу И. Дрекетера (1947), составляет у практически здоровых мужчин в возрасте 25—30 лет $13,0 \pm 0,79$ мг/сут [Старкова Н. Т., 1973]. По В. В. Меньшикову (1973), этот показатель у мужчин моложе 40 лет составил $12,32 \pm 0,48$ мг/сут, старше 40 лет $7,9 \pm 0,45$ мг/сут, а у женщин моложе 50 лет $9,3 \pm 0,69$ мг/сут и старше 50 лет $5,98 \pm 0,82$ мг/сут. Общий уровень 17-КС повышается при гиперфункции коры надпочечников, которая чаще всего обусловлена гиперплазией или раком; он снижается при гипогонадизме, патологии опущения яичек, возрастной инволюции или мужском климаксе, а также при гипотиреозе и тяжелых болезнях печени [Teter J., 1968].

7.2.1.3.2. Определение отдельных фракций 17-КС в моче

Поскольку поражение надпочечников и яичек неодинаково влияет на концентрацию в моче α - и β -фракций 17-КС (см. раздел 7.1.3.1), суммарное определение содержания общих 17-КС не позволяет уловить эти различия и связать клиническую картину расстройства ни с изменениями субстрата (яички или надпочечники), ни с патогенезом. В связи с этим обычно определяют концентрацию в моче отдельных продуктов метаболизма стероидных гормонов. Наибольшее распространение получил метод хроматографии на тонком слое окиси алюминия по М. А. Креховой (1965), который в модификации Н. В. Самосудовой и М. Ж. Басс (1967) позволяет в течение рабочего дня выполнить 10—15 анализов.

Содержание отдельных фракций 17-КС в моче практически

здоровых мужчин 25—35 лет, по данным Н. Т. Старковой, составляет: этиохоланолон (Э) $3,95 \pm 0,37$ мг/сут, андростерон (А) $3,90 \pm 0,28$ мг/сут, дегидроэпандростерон (ДГЭА) $1,13 \pm 0,14$ мг/сут и $\text{Э} + \text{А}/\text{ДГЭА} = 6,95$. В. В. Меньшиков (1973), применяя ту же методику у мужчин 20—40 лет, получил следующие данные: $\text{Э} = 1,80 \pm 0,18$ мг/сут; $\text{А} = 2,06 \pm 0,16$ мг/сут; $\text{ДГЭА} = 0,81 \pm 0,1$ мг/сут; $\text{Э} + \text{А}/\text{ДГЭА} = 4,76$. У мужчин старше 40 лет определил: $\text{Э} = 1,41 \pm 0,15$ мг/сут, $\text{А} = 1,2 \pm 0,25$ мг/сут, $\text{ДГЭА} = 0,6 \pm 0,07$ мг/сут; $\text{Э} + \text{А}/\text{ДГЭА} = 4,35$. У женщин 20—45 лет изученные андрогены содержались в следующих количествах: $\text{Э} = 1,94 \pm 0,27$ мг/сут; $\text{А} = 1,58 \pm 0,17$ мг/сут; $\text{ДГЭА} = 0,67 \pm 0,13$ мг/сут; $\text{Э} + \text{А}/\text{ДГЭА} = 5,25$, а у женщин старше 45 лет: $\text{Э} = 1,9 \pm 0,75$ мг/сут; $\text{А} = 1,49 \pm 0,46$ мг/сут; $\text{ДГЭА} = 0,52 \pm 0,1$ мг/сут; $\text{Э} + \text{А}/\text{ДГЭА} = 6,52$.

7.2.1.3.3. Определение эстрогенов в моче

Представление об эстрогенной активности организма можно получить на основе суммарного определения эстрогенов в моче по методу Иттриха (1958). Однако наиболее специфичным и точным для количественного определения является метод Брауна (1955), позволяющий оценить экскрецию отдельных фракций (эстрон, эстрадиол, эстриол). Определение эстрогенов по этому методу у практически здоровых мужчин в возрасте от 18 до 60 лет дало следующие показатели: эстрон $2,3 \pm 0,22$ мкг/сут, эстрадиол $1,56 \pm 0,25$ мкг/сут; эстриол $4,83 \pm 0,61$ мкг/сут; суммарно $9,2 \pm 0,99$ мкг/сут; эстрон + эстрадиол/эстриол = 0,8 [Меньшиков В. В., 1973]. У женщин суммарное содержание тех же фракций в моче колеблется в пределах от $8,96 \pm 1,08$ мкг/сут (в фазу постменопаузы) до $32,12 \pm 2,42$ мкг/сут (в фазу «максимума овуляции»).

Гипрэстрогения у мужчин наблюдается при крипторхизме, синдроме Клайнфелтера и различных формах гипогонадизма, а также при хронических простатитах на фоне гипоандрогенизации. Усиление эстрогенной активности возможно при стимулирующей терапии тестикулярной недостаточности хорионическим гонадотропином и заместительной терапии с выведением экзогенных половых гормонов. Повышение эстрогенной активности при андрогенной недостаточности может неблагоприятно отражаться на течении заболевания.

7.2.1.3.4. Определение 17-ОКС в моче

В ряде случаев для дифференциальной диагностики субклинически протекающих синдромов необходимо учитывать также уровень метаболитов глюкокортикоидов. Этой цели служит определение содержания в моче 17-ОКС по методу Портера и Сильбера в модификации Н. А. Юдаева и М. А. Креховой (1961). У здоровых людей уровень 17-ОКС колебался в очень широких пределах в зависимости от времени суток и физиологического состояния. В. В. Меньшиков (1973) определяет этот диапазон от 1,31 до 7,39 мг при средней величине 3,7 мг. J. Teter дает отдельные цифры: для мужчин — от 5,4 до 18,2 мг при средней 7,5 мг и для женщин от 3,7 до 13,7 при средней 7,5 мг. Содержание 17-ОКС склонно к снижению при всех формах недостаточности надпочечников и увеличивается при синдроме Кушинга.

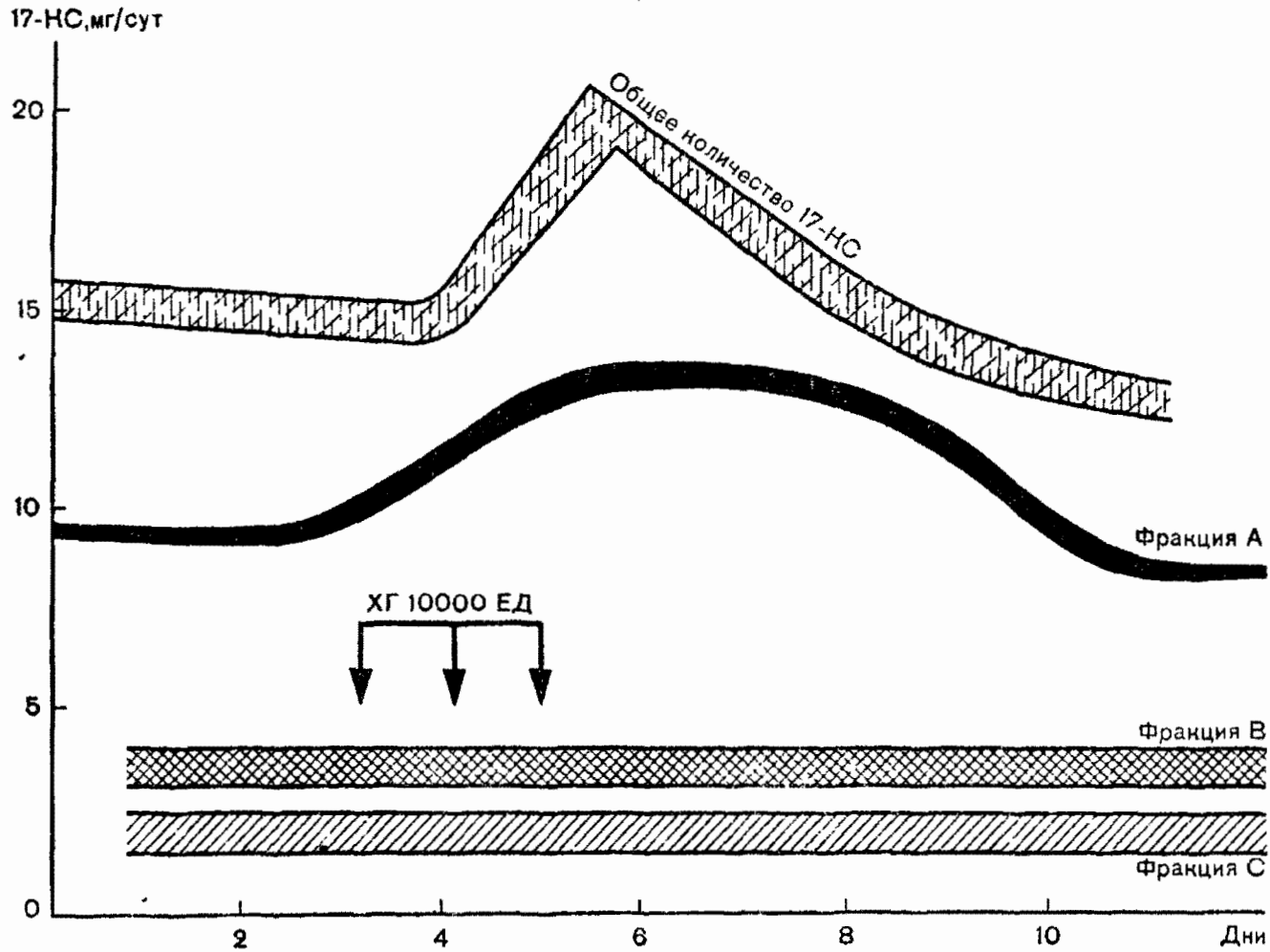


Рис. 21. Нормативные кривые стимуляции хорионическим гонадотропином (ХГ) здоровых мужчин. После введения 30 000 ЕД (3 раза по 10 000 ЕД) ХГ увеличивается общее количество 17-НС, а также возрастает фракция А (андростерон и этиохоланолон), которые являются производными андрогенов половой железы; фракция В (дегидроэпиандростерон) и фракция С (17-ОКС) — производные надпочечников — остаются на исходном уровне [Teter J., 1968].

7.2.1.3.5. Динамическое тестирование для выявления функционального состояния и резервных возможностей яичек и надпочечников

Исследование функционального состояния нейрогуморальной составляющей путем изучения содержания гормонов только в статике (по данным фоновой активности эндокринных желез) у большинства сексологических больных не позволяет обнаружить патологию. Это обусловлено высокими компенсаторными возможностями как самой нейроэндокринной системы, так и нейроэндокринно-кортикальных взаимодействий. Для выявления скрытой дефицитарности нейрогуморального обеспечения половой сферы сексопатологу приходится прибегать к искусственной стимуляции гонадотропными гормонами (гонадными и надпочечниковыми).

Поскольку эндокринные механизмы действия стероидных гормонов тестикулярного и надпочечникового происхождения тесно взаимосвязаны, после определения фоновой активности производится раздельная стимуляция адренокортикотропным гормоном (АКТГ) и гонадотропным гормоном. Для более четкого выделения изолированной активности гонад их экзогенная стимуляция сочетается с искусственным торможением (функциональной блокировкой) надпочечников введением препаратов, избирательно отключающих активность надпочечников (дексаметазон, кортизон, преднизолон и др.).

Характерные сдвиги различных фракций кетостероидов можно проследить на графике (рис. 21), иллюстрирующем эффект искусственного введения гонадотропина: обладая тропностью к яичкам он активизирует только их функцию, что проявляется интенсификацией в них обмена и как следствие — усилением выброса метаболитов, характерных для яичек (фракция А). Если вместо гонадотропина этому же мужчине ввести АКТГ, то на графике отразится избирательное повышение метаболитов, характерных для надпочечников (фракция В и 17-ОКС), а на прежнем уровне останется фракция А.

Все указанные данные, однако, типичны для здорового мужчины. При снижении функции той или другой системы (гонад или надпочечников) ожидаемого подъема уровней соответствующих метаболитов не последует. Напротив, при ирритативных процессах соответствующая система выявляет увеличенный выброс метаболитов, непропорциональный тестовой дозе экзогенного стимулятора.

В отделении сексопатологии МНИИ психиатрии МЗ РСФСР применяли следующую методику проб с функциональными нагрузками и блокадой дексаметазоном. Стимуляция надпочечников АКТГ начиналась после получения исходных фоновых данных. На протяжении 3 дней вводился внутримышечно препарат АКТГ-цинкфосфат пролонгированного действия по 40 ЕД. Мочу собирали после 1-го и 3-го дня инъекций. Стероиды 1-го дня нагрузки расценивались как индикатор актуальных (наличных) резервов коры надпочечников, а стероиды 3-го дня — как индикатор ее потенциальных резервов. Тест с АКТГ считали нормальным при увеличении экскретируемых 17-КС по отношению к фону в 1-й день нагрузки на 50—100% и 17-ОКС — на 100—200%, а в 3-й день нагрузки — при увеличении 17-КС на 50—100%, 17-ОКС на 100—300%.

Для высвобождения надпочечников от контроля АКТГ применяли дексаметазон в течение 5 дней по следующей схеме: 1-й,

3-й, 4-й и 5-й дни — внутрь по 2 мг, 2-й день — 4 мг. При этом исследовали суммарные 17-КС, 17-ОКС и эстрогены 2-го дня блокады, что позволяло оценить полноту выключения надпочечников и функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы. Тест считался нормальным при уменьшении экскреции 17-КС по отношению к фону не менее чем на 50%, а 17-ОКС — на 50—75%. С 3-го дня приема дексаметазона начинали стимуляцию половых желез хориогонином (препарат венгерской фирмы «Гедеон Рихтер») в течение 3 дней по 1500 ЕД ежедневно. Мочу собирали после 3-й инъекции хориогонина на фоне дексаметазона. Определение 17-КС, 17-ОКС и эстрогенов в моче позволяло оценить инкреторную активность половых желез в чистом виде. Тест считался нормальным, если количество экскретируемых 17-КС и эстрогенов увеличивалось на 50% по отношению к таковому после выключения надпочечников дексаметазоном.

7.3. Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у женщин

Симптомы расстройств нейрогуморальной составляющей у женщин выявляются при общем сексологическом обследовании и затем оцениваются в ходе структурного анализа. Для выявления дефицитности нейрогуморальной составляющей используются как методы эндокринологической гинекологии (оценка характера менструаций, беременностей, выраженности вторичных половых признаков, антропометрических данных), так и методы, используемые только в сексопатологии (оценка либидо, его характера и выраженности, особенностей оргазма).

Возраст менархе. Особого внимания для определения дефицитности нейрогуморальной составляющей заслуживает время наступления менархе, которое, согласно современным данным, происходит в основном в возрасте 12—14 лет. На большом статистическом материале показано, что для возраста менархе решающим является социально-экономический фактор, а не географические, климатические условия и расовая принадлежность.

Средний возраст менархе у девочек в тропиках (в Нигерии) и на Аляске приблизительно одинаков (14,3 и 14,4 года). Варианты отклонения по возрасту появления менархе представляются следующим образом: а) отсутствие менструаций (без циклических ежемесячных болей внизу живота) свидетельствует о резко выраженном генитальном инфантилизме; б) запоздалое (после 15 лет) начало менструаций наблюдается при задержке полового созревания; в) раннее (до 10 лет) начало менструаций наблюдается при преждевременном половом созревании.

Наличие или отсутствие нарушений менструального цикла. а) нерегулярность менструаций в первые годы менархе и ювенильные кровотечения обычно свидетельствуют о функциональной несостоятельности глубоких структур мозга, б) нарушения менструального цикла (гипо-, гипер-, опсо-, олиго-, полименорея) и кровотечения в детородном возрасте обычно свидетельствуют о первичном нарушении функции яичников.

Сроки наступления беременности при половой жизни: а) ненаступление беременности в первые месяцы

и годы после начала половой жизни без контрацепции и «эффективность» предохранения в течение многих лет сомнительными контрацептивами свидетельствуют о нарушении нейрогуморальной составляющей; б) наступление беременности в первые месяцы, большое количество беременностей даже при контрацепции исключают нарушение функции яичников.

Течение беременности и родов: а) угроза прерывания беременности, выкидыши в анамнезе (особенно при первых беременностях, так как невынашивание беременностей после родов и аборт чаще обуславливается травматическими изменениями шейки матки), токсикозы первой и второй половины беременности; б) роды преждевременные, переношенным плодом, патологические (вследствие слабости родовой деятельности, узкого таза и т. д.).

Выраженность вторичных половых признаков. Оволосение лобка (P) и подмышечное оволосение (Ax или A) отражают гормональную насыщенность организма женщины. При гормональной недостаточности оволосение может или отсутствовать (P_0A_0), или остановиться на пубертатном типе (P_1A_1) единичные прямые волосы; P_2A_2 — волосы более густые и длинные на центральной части лобка. При нормальной гормональной насыщенности организма оволосение происходит по женскому типу: лобок и большие половые губы покрыты вьющимися волосами с горизонтальной верхней линией (P_3); при повышенной андрогенной насыщенности — тенденция к мужскому типу оволосения (волосы по белой линии распространяются к пупку), иногда с гипертрихозом (гирсутизм). В менопаузе волосы выпрямляются, прореживаются, почти исчезают. В случае подобных явлений в детородном возрасте необходимо дополнительное обследование, главным образом для исключения опухоли гипофиза.

Развитие и состояние половых органов отражают гормональную насыщенность организма в предшествующие периоды развития (от антенатального до периода зрелости), локализацию гормонального нарушения и гормональную насыщенность в момент обследования. Например, увеличение клитора свидетельствует о повышении андрогенной насыщенности, но при врожденном аденогенитальном синдроме гипертрофия клитора сочетается либо с урогенитальным синусом, либо с уменьшением расстояния между наружным отверстием мочеиспускательного канала и входом во влагалище, а также с высокой промежностью; если же увеличение клитора (даже значительное) сочетается с правильно сформированными половыми органами, то можно думать о вирилизующей опухоли надпочечников. Уменьшение пигментации, дряблость больших и малых половых губ характерны для эстрогенной недостаточности; при повышенной эстрогенной насыщенности организма отмечается их интенсивная пигментация (наблюдаемая также при болезни Аддисона, но в этом случае нет других признаков высокой эстрогенной насыщенности). При резко выраженной недостаточности эстрогенов слизистая оболочка вульвы и влагалища бледная, атрофичная, со стертым рельефом, влагалище узкое, нерастяжимое, своды уплощены. Форма и размеры шейки матки также отражают уровень секреторной функции яичников.

Развитие молочных желез может остановиться на любом этапе. Отсутствие молочных желез к 13—14 годам свидетельствует о задержке пубертатного развития. При развитии яичниковой недостаточности в зрелом возрасте количество железистой ткани уменьшается, молочные железы уплощаются и становятся дряблыми

(как в менопаузе). Выраженная пигментация ареол сосков и диаметр ареол больше 5 см указывают на достаточную эстрогенную насыщенность.

Данные антропометрического обследования. К сексопатологу, как правило, обращаются взрослые женщины, и о пубертатном периоде развития у них можно судить по морфограмме, оволосению и не всегда точным данным анамнеза. Зависимость между функцией гипоталамо-гипофизарной системы и половых желез, с одной стороны, размерами и пропорциями тела — с другой, подтверждает ценность клинической антропометрии. По морфограмме, учитывая отклонения пропорций тела в сочетании с другими данными объективного обследования и анамнеза, можно определить характер гормональных нарушений. Так, евнухоидное телосложение (относительное удлинение конечностей по сравнению с ростом) в сочетании с гипоплазией гонад характерно для первичного гипогонадизма (поражение самих половых желез), а при вторичном гипогонадизме (вследствие первичного поражения гипофиза) отмечается значительное укорочение ног в сочетании с другими симптомами гипогонадизма.

Как и у мужчин, для определения темпов пубертатного развития и половой конституции женщин наряду с общей морфограммой используется *трохантерный индекс*. Однако у женщин ноги относительно короче, чем у мужчин. По методике Брейтмана трохантерный индекс у мужчин высокого роста — 1,94; у женщин — 1,97, у мужчин среднего роста — 1,96; у женщин — 2,0; у низких мужчин — 2,0, у женщин — 2,04.

Данные сексологического обследования. Если *сексуальное либидо* женщины в основном начинает формироваться по мере накопления индивидуального опыта, после первого оргазма, то становление *эротического либидо* не зависит от личного опыта (социальной детерминации) и тесно связано с изменением гормонального фона. У здоровых девочек период полового созревания принято относить к возрасту 8—9 лет и с 8—10 лет у них появляются застенчивость и желание нравиться. В 10—12 лет желание нравиться перерастает в первую влюбленность. Влюбленность, как правило, бывает «безответной», ограничивается «страданиями» и фантазированием, так как одноклассники еще не «доросли», а для старшеклассников такая девочка еще не объект ухода («еще ребенок»). Девочкам этого возраста свойственна «коллективная влюбленность» в одного одноклассника (чем-то, чаще внешностью, отличающегося от товарищей) или в учителя, старшеклассника, вожатого и т. д.

Фантазирование, свойственное девочкам в гораздо большей степени, чем мальчикам, может быть очень разнообразным в зависимости от индивидуальных особенностей. Платоническое фантазирование подчиняется социальным законам развития коллектива, «моде» на влюбленность, охватывающей девочек одной «социальной прослойки» — одного класса, отряда, в пионерском лагере и т. д. Присоединение эротического компонента зависит от индивидуальных темпов полового созревания, активности глубоких структур мозга, гормонального уровня. По мере формирования эротического компонента либидо в тематике фантазирования начинает отражаться внутренняя потребность в ласке, прикосновениях, телесном контакте. В зависимости от способности уходить в фантазиях от действительности платоническое фантазирование может ограничиваться мечтами (сидеть за одной партой, вместе

делать уроки, ходить вместе в школу и из школы), а может пойти дальше: на глазах «соперниц» избранник дарит ей необыкновенные цветы, с риском для жизни спасает ее от неминуемой гибели (из огня, из-под машины, из-под обломков здания при землетрясении и т. д.). К этому чисто платоническому фантазированию присоединяется эротически окрашенный компонент: девочка представляет, как ее, спасенную, несут на руках, обнимают, целуют. Не следует смешивать возникновение эротического либидо и его реализацию. Реализация пробудившегося эротического либидо обычно значительно запаздывает. Кроме того, дети скрывают свои сексуальные интересы и проявления вследствие стыда, страха, чувства «греховности».

Реализация пробудившегося либидо может пойти тремя путями:

1. Социально одобряемый — полная изоляция от мальчиков в коллективе девочек (в 9—10 лет происходит гомогенизация коллектива под влиянием подражания и привязанности к матери и девочкам) или чисто товарищеские, равные отношения с мальчиками, мальчишески агрессивное поведение. В этом случае нет естественной реализации ни платонического, ни эротического либидо.

2. Реализация платонического компонента влечения (записки, свидания, ухаживание — носит портфель, провожает до дома, дарит цветы и т. д.).

3. Реализация гетеросексуально направленного эротического влечения. Этот вариант из-за социального осуждения осуществляется в возрасте 10—12 лет крайне редко. По результатам опроса молодежи ФРГ в 13 лет почти у всех были свидания, но только у $\frac{1}{4}$ — опыт поцелуев; 50% 15-летних ухаживают, влюбляются и практикуют петтинг. С возрастом увеличивается частота эротической реализации и намечаются контуры диапазона приемлемости.

Пока эротический компонент либидо, появляющийся под влиянием гормонов, еще не включился, нет и эротического фантазирования. Если он включился, но реализация его запаздывает из-за социальных факторов, то возможны три варианта замещения его реализации.

1. Эротическое фантазирование с искаженным представлением о действительности. Этот период нельзя недооценивать, так как идеал, созданный в воображении, может оказаться одновременно и стойким, и недостижимым (именно из-за нереальности, фантастичности). Девочкам, как и женщинам вообще, свойственны большая, по сравнению с мужчинами, эстетичность, художественность (по И. П. Павлову), способность к образному мышлению, фантазированию. Эротическое фантазирование (нереализованное), начавшееся в детском возрасте, может продолжаться у женщины в течение всего периода гормональной активности, частично меняясь с возрастом в деталях, но оставаясь неизменным в недостижимости.

2. Гомосексуальная реализация (неосознанная), выражающаяся в нежности, ласках, прикосновениях к подругам, пионервожатым, любимым учительницам.

3. Осознанная замена (имитация) социально недопустимого телесного контакта с мальчиками: разговоры с близкими подругами на эротические темы, обсуждение романов, фильмов, совместное фантазирование с «проигрыванием» эротически окрашенных ситуаций, а также с гомосексуальной реализацией («игра в

эротике» с заменой гетеросексуального партнера из фантазии на реального гомосексуального, что не осуждается ни взрослыми, ни сверстниками).

Тесная связь эротического либидо с уровнем гормонов (запаздывание при задержке пубертатного развития, исчезновение эротического либидо после кастрации, при выраженной гипофункции яичников) подтверждает значимость эротического либидо при определении индивидуальных особенностей и сохранности нейрогуморальной составляющей. Сексуальное либидо не всегда четко коррелирует с гормональным уровнем из-за большей зависимости женщины от социальных факторов, нередко тормозящих проявления сексуальности. Так, позднее начало половой жизни (или даже полное отсутствие половой активности в течение жизни) у мужчин, как правило, свидетельствует о сексуальных нарушениях, а у женщин чаще определяется внешней непривлекательностью, дефектами воспитания, ограниченностью социальных контактов с мужчинами (чаще всего житейски бытового плана, например, работа на «женских» предприятиях текстильной, швейной, кондитерской промышленности и т. д.) без малейших отклонений от эндокринной нормы. Активность в браке (частота половых актов), характеризующая сохранность нейрогуморальной составляющей у мужчин, далеко не всегда отражает уровень сексуального либидо у женщины, потребность женщины в половых актах. Если женщина при отсутствии либидо может ограничивать активность мужа, то значительное и длительное повышение активности в браке при сексуальных нарушениях или слабой половой конституции у мужа либо даже без таковых (если женщина просто для него малопривлекательна) не всегда в ее возможностях.

При прочих равных условиях женщинам с гормональной недостаточностью, со слабой половой конституцией требуется более длительный период от начала регулярной половой жизни до пробуждения сексуальности. По-видимому, к этому виду нарушений относится так называемая конституциональная фригидность. Для достижения полового возбуждения и оргазма таким женщинам требуется более продолжительное и интенсивное воздействие на эрогенные зоны. Даже после пробуждения сексуальности процент оргастичности у них остается более низким (от единичных, эпизодических оргазмов при каких-либо изощренных ласках опытного партнера до нескольких оргазмов в год при регулярной половой жизни), и у части этих женщин оргазм на протяжении всей жизни оказывается привязанным только к определенным дням менструального цикла. Оргастичность нарастает медленно, так и не достигая 50—100%. Значительное повышение оргастичности (от 4—5 до 10—20 оргазмов во время одного полового акта), переход оргазма в волнообразный, длящийся от нескольких минут до 2—3 ч, указывают на заинтересованность глубоких структур мозга, что обычно подтверждается на ЭЭГ.

В связи со сложностью оценки состояния нейрогуморальной составляющей по уровню либидо для повышения надежности оценку либидо приходится производить по наибольшему количеству параметров, учитывая при этом как возраст пробуждения эротического либидо, так и пробуждение сексуального либидо с обязательным учетом возраста и срока после начала регулярной половой жизни.

В случае значительного расхождения (разброса) отдельных параметров при сопоставлении критериев состояния нейрогуморальной

составляющей в конечном счете выявляется заинтересованность не только психосоматической, но и других составляющих (главным образом психической).

7.3.1. Методы функциональной диагностики

Периодические морфофункциональные изменения в яичниках, влияющие на органы-мишени, в свою очередь сами зависят от гонадотропных гормонов, вырабатываемых базофильными клетками аденогипофиза. В связи с этим в сексопатологической практике диагностически важно исследование функции яичников, позволяющее ориентироваться в многообразных проявлениях расстройств гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

7.3.1.1. Температурный тест

Метод основан на регистрации базальной (ректальной) температуры, довольно точно отражающей гормональную функцию яичников. Показатели базальной термометрии относительно низкие в первой (фолликулиновой) и относительно высокие во второй (лютеиновой) фазе нормального менструального цикла. Повышение базальной температуры во второй фазе цикла является следствием экскреции прогестерона желтым телом.

Техника теста. Ежедневно в течение не менее чем одного менструального цикла измеряется утренняя ректальная температура (в одно и то же время, в постели, одним и тем же медицинским термометром). По полученным данным вычерчивается график изменения температуры (базальная кривая). При нормальном менструальном цикле встречаются три типа двухфазных температурных кривых (рис. 22).

1. *Типичная кривая* — в фолликулиновой фазе цикла температура обычно колеблется в пределах $36,2—36,8^{\circ}\text{C}$. В середине цикла, за 1 день до овуляции, температура несколько снижается, а через 24—48 ч после овуляции (в фазе желтого тела) повышается на $0,6—0,8^{\circ}\text{C}$ и удерживается на этом уровне, несколько выше 37°C , в течение всей второй фазы цикла (см. рис. 22, а).

2. *Гипертермическая кривая* — в фолликулиновой фазе температура держится на уровне около 37°C , во второй (лютеиновой) фазе — на уровне $37,4—37,8^{\circ}\text{C}$ (см. рис. 22, б).

3. *Гипотермическая кривая* — температура не превышает 37°C , но разница в первой и второй фазах цикла составляет $0,6—0,8^{\circ}\text{C}$ (см. рис. 22, в).

Продолжительность фазы низкой температуры (фолликулиновой фазы) значительно колеблется в зависимости от длительности менструального цикла, а гипертермическая (лютеиновая) фаза относительно стабильна и длится в среднем до 14 дней.

При различных нарушениях функции яичников базальная температура имеет характерные патологические варианты кривых: при отсутствии овуляции (ановуляторный цикл) базальная кривая монофазная, температура удерживается на одном уровне с незначительными колебаниями в пределах $0,1—0,4^{\circ}\text{C}$ (рис. 23, а); при значительных нарушениях экскреции прогестерона вторая фаза цикла либо укорочена до 3—6 дней (рис. 23, б), либо проявляется

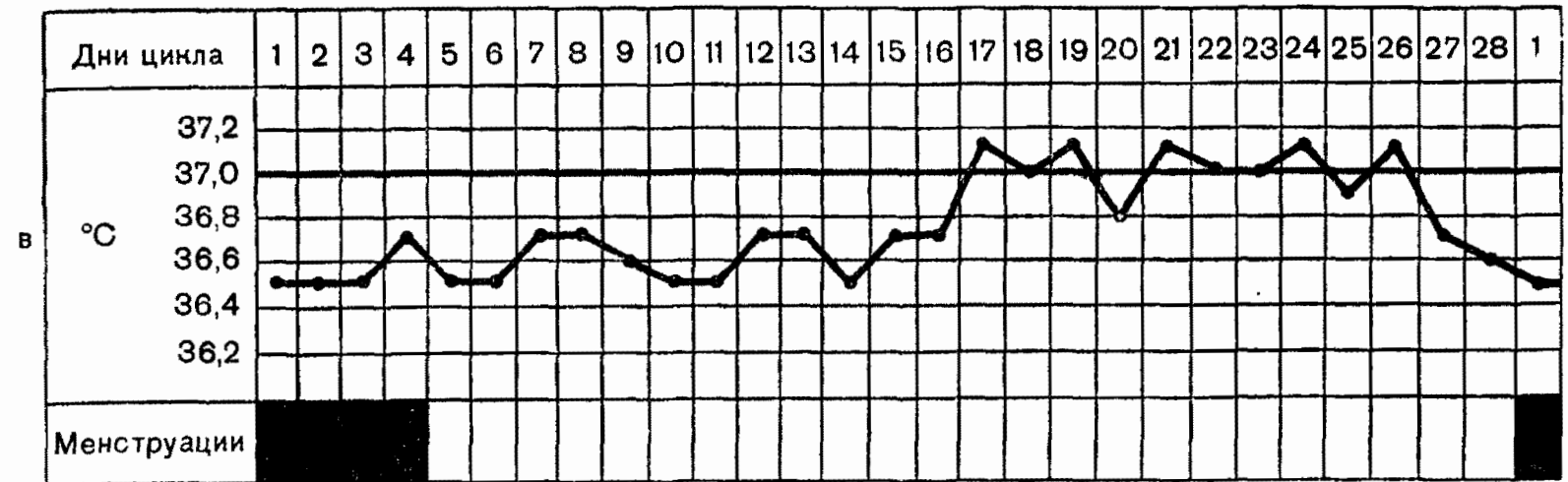
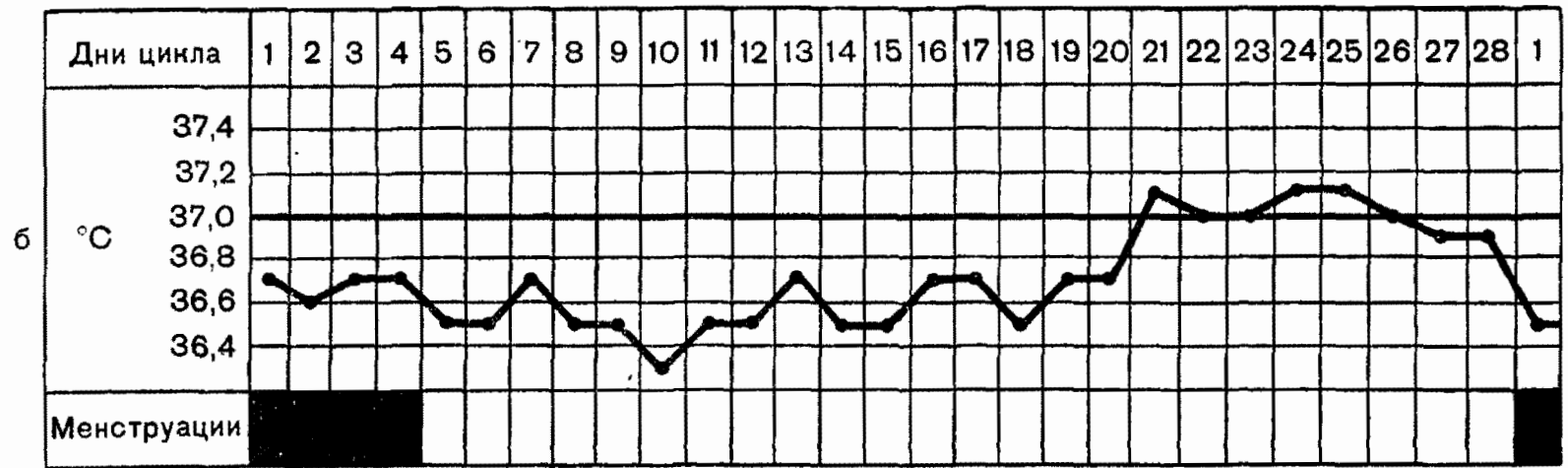


Рис. 23. (Продолжение).

б — укороченная вторая фаза при гиполютеиновом цикле; в — неравномерное течение второй фазы при гиполютеиновом цикле.

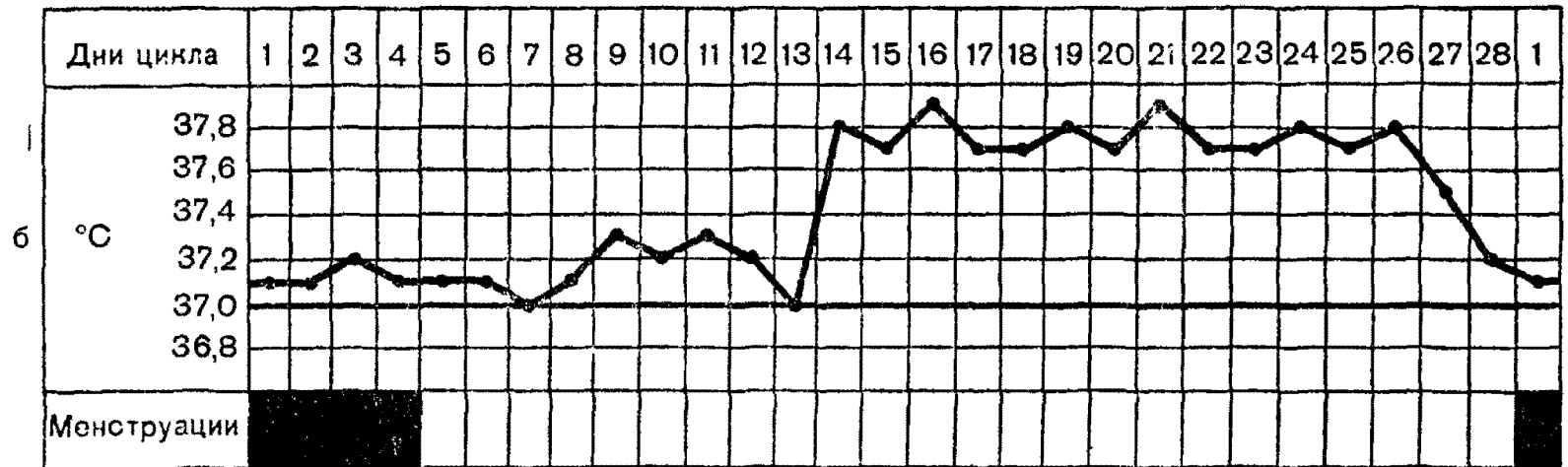
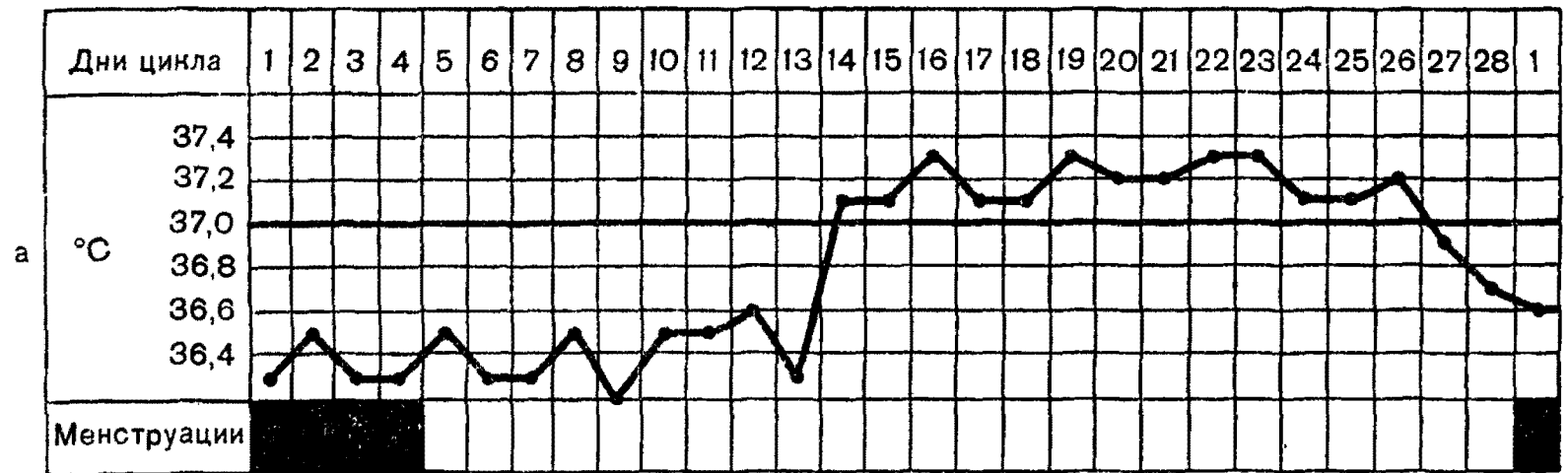


Рис. 22. Кривые базальной температуры при нормальном менструальном цикле.
а — типичная двухфазная кривая; б — гипертермическая двухфазная кривая;

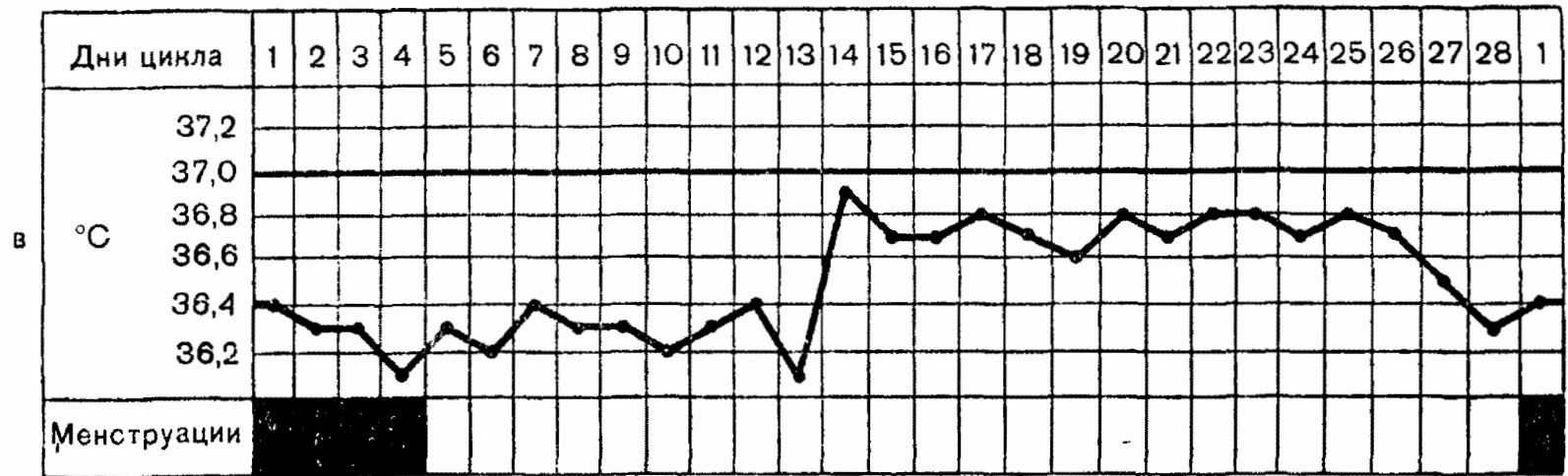


Рис. 22. (Продолжение)
в — гипотермическая двухфазная кривая.

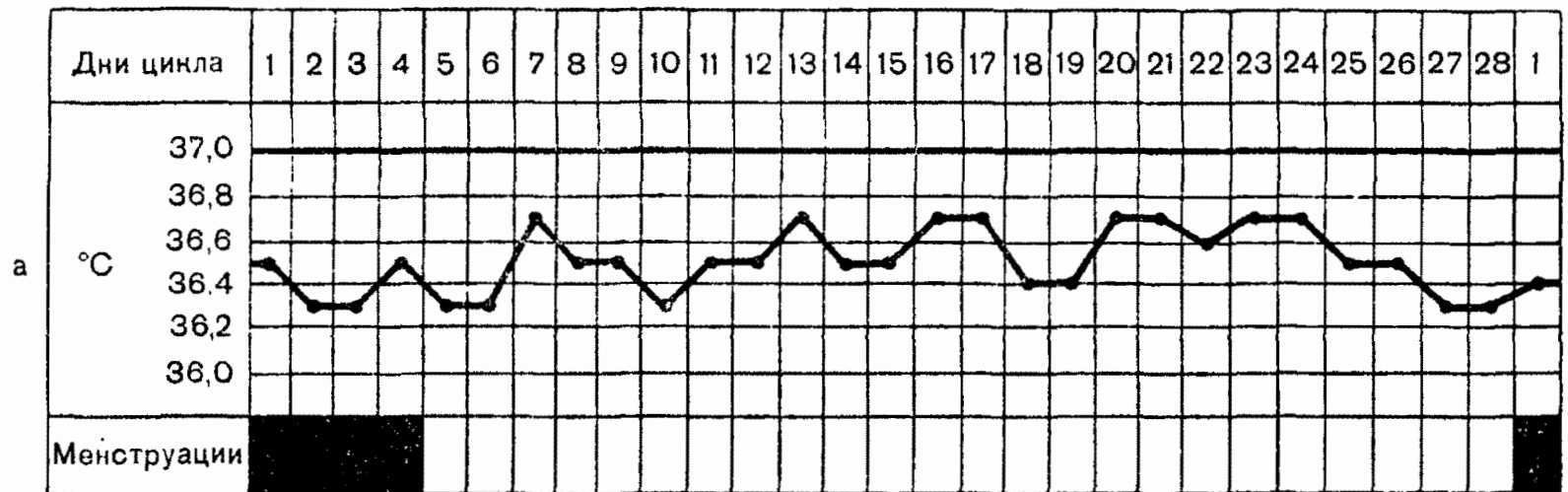


Рис. 23. Кривые базальной температуры при нарушениях экскреции прогестерона.
а — монофазная кривая при анорвляторном цикле (данный цикл).

падением температуры в отдельные дни до уровня температуры первой фазы цикла (рис. 23, в).

По кривой базальной температуры можно определить наличие или отсутствие овуляции, но судить о количественном содержании эстрогенов и прогестерона можно только косвенно; этот тест имеет ценность лишь в совокупности с другими методами функциональной диагностики.

7.3.1.2. Симптом «зрачка» и феномен арборизации цервикальной слизи

Под влиянием функции яичников в шейке матки наступают характерные циклические изменения. Так, на 8—9-й день менструального цикла в результате экскреции эстрогенов наружное отверстие шейки матки расширяется и в нем появляется прозрачная стекловидная слизь. На 11—12-й день канал шейки открывается еще больше и к периоду овуляции его диаметр достигает у нерожавших 0,3—0,4 см, а у рожавших 1,2—1,4 см; количество слизи в канале также увеличивается. Зев шейки матки при направлении на него пучка света становится черным, напоминая зрачок.

Через несколько дней, с началом прогестероновой (лютеиновой) фазы цикла, зев закрывается и симптом «зрачка» исчезает. Раскрытие цервикального канала в виде точки или узкой полоски обозначается знаком +, раскрытие канала до 0,25 см в диаметре — знаком ++ и раскрытие до 0,3—0,4 см и больше — знаком +++.

При явлениях гиперэстрогении симптом «зрачка» появляется раньше, держится дольше и по выраженности соответствует ++++. При гипоэстрогении симптом либо отсутствует, либо соответствует +. Ценность симптома в том, что уже при первичном гинекологическом осмотре можно, хотя и косвенно, судить о функции яичников.

В основе феномена арборизации лежит способность слизи цервикального канала при высушивании на воздухе к кристаллизации. Эти изменения возникают в результате взаимодействия коллоидов и солей, главным образом NaCl, KCl, KBr с катаболитами эстрогенов и прогестерона. При нормальной функции яичников феномен арборизации цервикальной слизи наблюдается на 5—6-й день менструального цикла и достигает полного развития в период овуляции. Чем ближе к моменту овуляции, тем больше кристаллизация слизи напоминает лист папоротника. С началом прогестероновой (лютеиновой) фазы цикла, уже через 24—48 ч после овуляции, картина меняется, «лист папоротника» начинает фрагментироваться, а к 21—22-му дню мазок шеечной слизи становится аморфным.

При выраженной недостаточности эстрогенов кристаллизация слизи может отсутствовать, при легкой гипоэстрогении она возникает в первую фазу цикла. Кристаллизация слизи, наблюдаемая в лютеиновой фазе цикла, расценивается как явление гиперэстрогении и встречается при ановуляторных циклах.

Техника пробы. Шейку матки обнажают в зеркалах, высушивают сухим тампоном; слизь берут анатомическим пинцетом и наносят на предметное стекло.

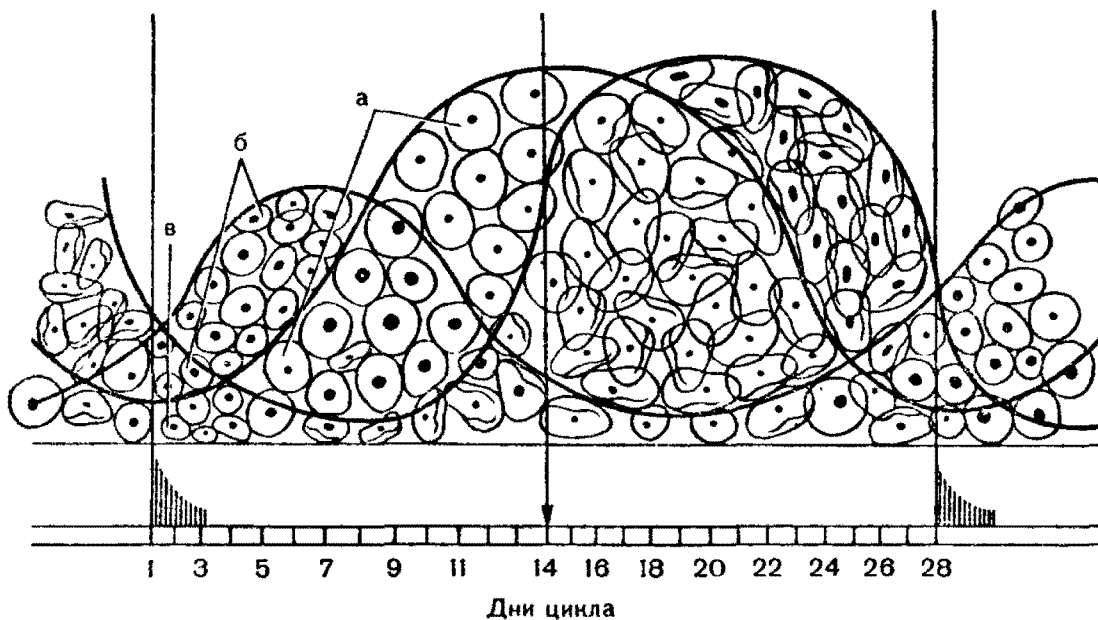


Рис. 24. Проллиферативные изменения вагинального эпителия в зависимости от фазы нормального менструального цикла.
 а --- поверхностные клетки, б — промежуточные, в — парабазальные

7.3.1.3. Кольпоцитодиагностика

Метод кольпоцитологического исследования окрашенных препаратов основан на выявлении циклических преобразований эпителия, возникающих под влиянием гормональной функции яичников. При экскреции эстрогенов начинается процесс созревания вагинального эпителия. В соответствии со степенью зрелости различают клетки базального, парабазального, промежуточного и поверхностного слоев эпителия. В самом глубоком слое вагинального эпителия расположены базальные клетки. Они не отторгаются и встречаются в мазках только в случаях травматизации влагалища. Располагающиеся выше парабазальные, или атрофические, клетки размером до 20—25 мкм имеют овальную или округлую форму и большое ядро, занимающее почти всю поверхность цитоплазмы. Эти клетки наблюдаются в мазках при гипоэстрогении и в период менопаузы. Клетки промежуточного слоя более крупные по сравнению с предыдущими, имеют веретенообразную форму, более прозрачную цитоплазму и круглое ядро. Они встречаются во всех фазах цикла, в лютеиновую отличаются завернутыми краями. Клетки поверхностного слоя более крупные. Они имеют полигональную форму, прозрачную цитоплазму и маленькое ядро, более зрелые из них — точечное, пикнотическое ядро. Пикноз ядра свидетельствует о максимальной эстрогенной насыщенности организма. В клеточный состав мазка входят также лейкоциты, эритроциты, палочки Дедерлейна и гистиоциты. Установлена известная закономерность появления в мазках тех или иных форменных элементов в зависимости от фазы менструального цикла (рис. 24). В фазу менструации (1—3-й день) в мазках преобладают клетки промежуточного слоя и наблюдается небольшое количество парабазальных клеток. В раннюю фолликулиновую фазу (4—6-й день) превалируют клетки промежуточного слоя, увеличивается число поверхностных и уменьшается число парабазальных клеток. На 7—10-й день цикла, в среднюю фолликулиновую фазу, количество

поверхностных клеток значительно увеличивается по сравнению промежуточными. Поздняя фолликулиновая фаза (11—14-й день) характеризуется наличием преимущественно клеток поверхностного слоя. В раннюю лютеиновую фазу (15—18-й день) преобладают клетки поверхностного слоя с закрученными краями и маленьким ядром при небольшом количестве промежуточных клеток, в среднюю лютеиновую фазу (19—24-й день) — клетки поверхностного слоя, расположенные пластами, и клетки промежуточного слоя; в позднюю лютеиновую фазу (25—28-й день) промежуточные и поверхностные клетки встречаются приблизительно в равных количествах.

7.3.1.4. Содержание гормонов и их динамика

Наряду с описанными методами функциональной диагностики определение содержания гормонов и их метаболитов способствует дифференцированному определению состояния гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы.

В пубертатный период развития при овуляторных менструальных циклах средний уровень экскреции гонадотропинов с мочой составляет $19,6 \pm 1,5$ МЕ/сут, при ановуляторных циклах — $12,1 \pm 0,8$ МЕ/сут. У женщин репродуктивного возраста при нормальном менструальном цикле показатель гонадотропинов в моче колеблется в пределах от $27,5 \pm 2,1$ до $37 \pm 1,5$ МЕ/сут, в климактерический период он не превышает $22,8 \pm 1,2$ МЕ/сут.

Основные параметры циклических изменений секреторной функции эндокринных желез в течение нормального менструального цикла представлены на рис. 25. Под воздействием тропных гормонов гипофиза (в частности, гонадотропных) яичники выделяют эстрогены (эстрон, эстриол, эстрадиол и прогестерон). Влиянием эстрогенов обуславливаются изменения клеточного состава вагинального эпителия, колебания базальной температуры, расширение цервикального канала (симптом «зрачка»), способность слизи цервикального канала к кристаллизации (феномен «листа папоротника»). Видимое проявление циклических изменений у женщин — регулярные менструации.

7.3.1.5. Гормональные пробы

Менструальная функция является «зеркалом» нейрогуморального обеспечения и сохранности генитального аппарата женщины. Для определения характера и тоники ее нарушений, которые могут быть обусловлены патологией на уровне как гипоталамуса и гипофиза, так и яичников и матки, используют гормональные пробы: эстрогенную, прогестероновую, с гонадотропинами и кломифеном. Пробу можно выбрать только после обследования с применением тестов функциональной диагностики и кольпоцитологического исследования. Так, выраженная атрофия вагинального эпителия свидетельствует о резком снижении эстрогенообразовательной функции яичников, и рассчитывать на эффективность пробы с прогестероном нецелесообразно. При выраженной пролиферации следует провести пробу с прогестероном. Отрицательные пробы с эстрогенами и прогестероном могут свидетельствовать о поражении глубоких структур мозга, и следует провести пробы с гонадотропинами и кломифеном.

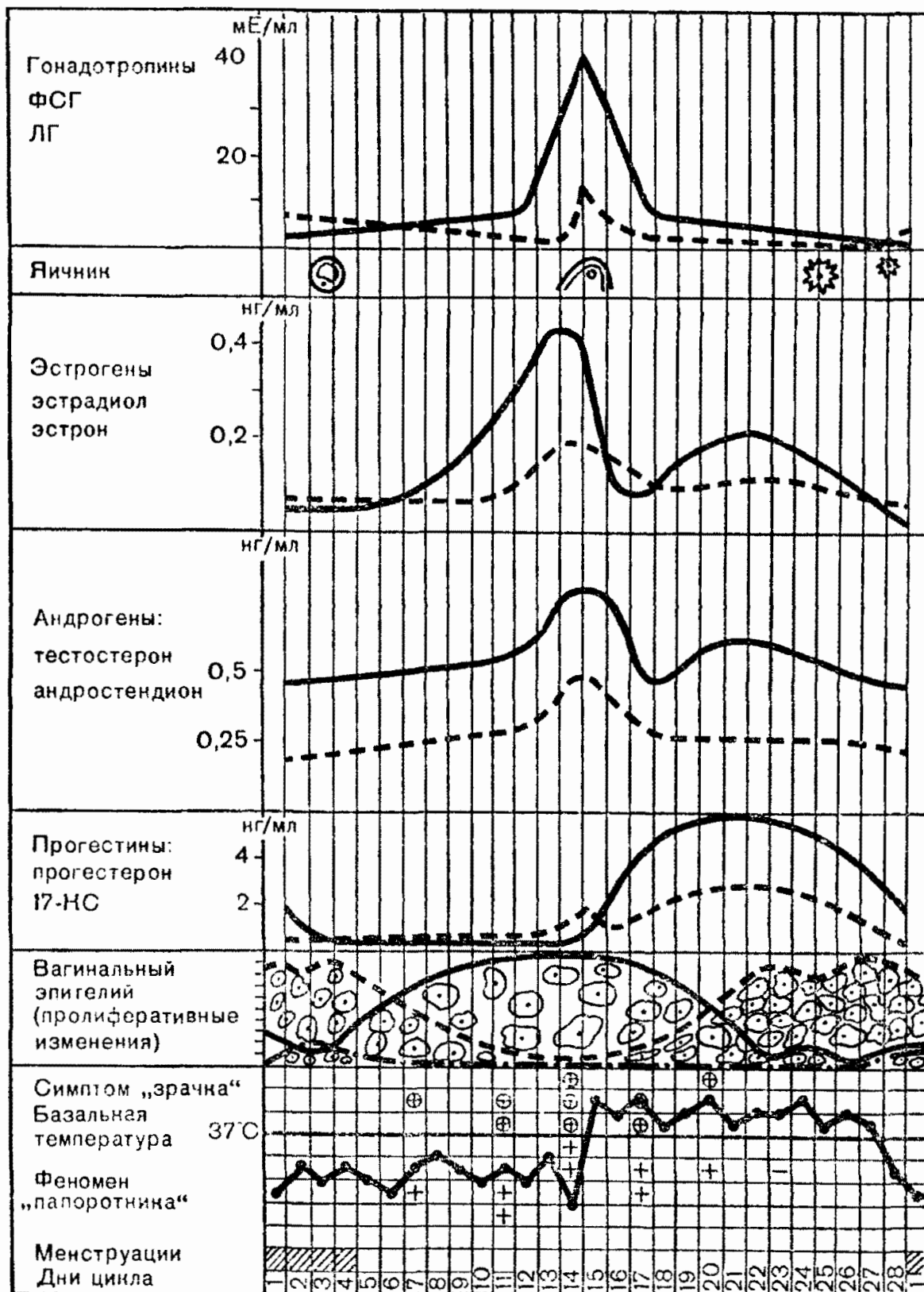


Рис. 25. Циклические изменения функции эндокринных желез по данным гормональной секреции и по тестам функциональной диагностики.

7.3.1.6. Электроэнцефалографические исследования

У девочек с нормальным половым созреванием выявлены определенные закономерности изменения показателей ЭЭГ в зависимости от проявлений пубертатного периода. В детском возрасте

ЭЭГ характеризуются медленной активностью, сниженным альфа ритмом, отсутствием пароксизмальных вспышек. За 1—2 года до начала полового созревания происходит становление доминирующего альфа-ритма во всех областях коры больших полушарий и уменьшение выраженности медленных волн. Наиболее четкие корреляции характера электрической активности и функционального состояния нейрогуморальной системы наблюдаются в возрасте 11—12 и 14—15 лет. На ЭЭГ девочек этих возрастных групп отмечается гиперсинхронизация, проявляющаяся в увеличении амплитуды альфа-ритма, замедлении его частоты и появлении пароксизмальных вспышек медленной активности, что характеризует активацию структур переднего отдела гипоталамуса. При преждевременном половом созревании ЭЭГ характеризуется пароксизмальной гиперсинхронной высокоамплитудной активностью. При задержках полового созревания, определяемых вовлечением в патологический процесс структур заднего отдела гипоталамуса, регулирующих тоническую экскрецию гонадотропных гормонов, на ЭЭГ отмечаются высокочастотная активность и группы медленных волн. ЭЭГ при гипогонадизме как первичного, так и вторичного генеза характеризуются снижением электрической активности головного мозга, отсутствием альфа-ритма, наличием медленных тета-волн во всех отведениях. При повышении влияния активирующей восходящей системы ствола мозга и гипоталамуса на ЭЭГ видны стойкое значительное повышение уровня электрической активности и высокая синхронизация биоэлектрической активности в полосе частот альфа-диапазона с билатерально-гиперсинхронными разрядами тета-ритма.

7.4. Лечебные методы, используемые при расстройствах нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла

Полиэтиологическая и полисиндромная, т. е. многомерная, природа большинства сексуальных расстройств требует сочетанного использования многих терапевтических средств, различных форм лечебных воздействий: от сексопедических рекомендаций гигиенического плана, индивидуально скорректированных с учетом конституционально-биологических и психологических особенностей партнеров, до применения протезов и хирургических вмешательств. Для каждой составляющей копулятивного цикла четко определяются лечебные приемы, характерные именно для данной патологии. Но даже самые специфические лечебные средства (например, бромкриптин при синдромах гиперпролактинемии) все же отличаются определенной универсальностью, требующей предварительного рассмотрения основных механизмов лечебного действия еще до описания отдельных синдромов.

7.4.1. Медикаментозная терапия

При синдромах, обусловленных расстройствами нейрогуморальной составляющей, медикаментозные средства применяются наиболее часто и обычно как основной метод лечения.

Однако врач, прибегающий к фармакотерапии половых рас

стройств, обязан учитывать и негативный опыт как современной сексопатологии, так и всей клинической медицины. Как сказал З. И. Янушкевичус (1980), «мы являемся свидетелями парадоксальной ситуации, когда хирургия становится все безопаснее, а терапия за счет развития в основном фармакотерапии — все опаснее». Чрезвычайная простота выписывания рецепта, помноженная на непрерывный рост числа новых лекарств, со свойствами, особенностями и механизмами действия которых врач не успевает ознакомиться, не только порождает аллергизацию, токсикозы и явления привыкания, но и приводит к формированию новых, вызванных фармацевтическими агентами, симптомов, синдромов и даже нозологических единиц, которым посвящаются отдельные монографии [Купчинская Ю. К. и др., 1972; Маждраков Г., 1973; Панантеску Г. и др., 1976]. Неудержимый рост частоты «лекарственных болезней» дает повод некоторым авторам расширять (и не без оснований) понятие ятрогении за счет расстройств, «причиной которых служат ошибочные действия врача на любом этапе распознавания и лечения болезни. Это могут быть психические, химические и физические факторы»¹.

Медикаментозные средства, применяемые для лечения расстройств нейрогуморальной составляющей, разделяются на гормональные и негормональные (неспецифические).

7.4.1.1. Применение гормональных препаратов

На начальных этапах развития эндокринологии лечение сексуальных расстройств представлялось очень простым и логичным: расстройства, проявлявшиеся функциональным снижением (либидо, эрекции и т. д.), объяснялись недостаточностью выделения соответствующего специфического гормона (мужского или женского); случаи нарушений половой дифференцировки и направленности поведения (от гермафродитизма до гомосексуализма) — путаницей в выделении не того гормона; наконец, гиперсексуальные проявления трактовались как результат избыточной продукции того же гормонального субстрата. Подобный подход предполагал соответствующую стройность и последовательность лечебной тактики: при гипофункциональных проявлениях следовало вводить в организм недостающий гормон, при нарушении половой дифференцировки и направленности влечения — поднять концентрацию в крови соответствующего гормона, а при гиперсексуальности — понизить ее.

Самоотверженность пионеров эндокринологии [так, Броун-Секкар (1889) делал себе инъекции водных вытяжек из семенников собак и морских свинок] способствовала живучести метафизической схемы, определяющей все варианты лечения сексуальных расстройств гормонами, и, наконец, трансформировалась врачами, не располагающими профессиональной подготовкой по сексопатологии, в дилетантскую убежденность в универсальности тестостерона как отмычки, способной открыть любой замок. Проанализировав подряд 100 историй болезни пациентов, лечившихся до обращения в отделение сексопатологии МНИИ психиатрии МЗ РСФСР

¹ Хромов Б. Ятрогенные заболевания // Медицинская газета.— 1978.— 6 янв.

у различных специалистов, А. И. Буньков (1967) установил, что тестостерон и его аналоги принимали 72% больных. Было обнаружено отсутствие статистически значимой разницы в применении тестостерона при различных формах сексуальных расстройств: при патологии нейрогуморальной составляющей препарат назначался 79%, а при расстройствах других составляющих — в среднем 69,7% больных, в том числе больным с сексуальными расстройствами, обусловленными психозом (нераспознанным), — в 100% случаев. Было показано, что в обследованной группе андрогенные стероиды назначались без клинического дифференцирования и без анализа патогенетических механизмов расстройств. Аналогичное обследование, проведенное А. Нохуровым и Т. Ким (1977), показало, что за прошедшие 10 лет ситуация существенно не изменилась.

Истинные связи между концентрацией гормонов в крови и сексуальными проявлениями не соответствуют приведенной выше схеме и оказываются намного сложнее. Радиоиммунологическое определение концентрации тестостерона в плазме крови у 341 больного с сексуальными расстройствами и у 199 здоровых мужчин с нормальными половыми функциями не выявило статистически достоверных различий [Schwartz M. и др., 1980]. Сокрушительный удар по методологической наивности этой схемы с теоретических позиций наносит необходимость учета различий в положении, занимаемом на эволюционной лестнице человеком и теми экспериментальными животными, у которых установлены прямые коррелятивные связи между концентрацией андрогенов в плазме крови и сексуальным поведением. Прогрессирующая кортикализация в отношении сексуальности сказывается у млекопитающих уже на уровне отряда хищных (семейства кошачьих и псовых). Прежде всего, как показали опыты сотрудников П. К. Анохина, после декортикализации у представителей этих семейств влияние стероидных гормонов на сексуальное поведение полностью утрачивается.

У человека удастся наблюдать как общие, так и специфические феномены андрогенизации в двух вариантах: от концентрации гормона к поведению и от психогенно «провоцированного» поведения к концентрации гормона. Так, для выяснения влияния гонадотропного гормона на различные психоэмоциональные показатели и работоспособность здоровых мужчин вводили 12 добровольцам гонадотропин-рилизинг-фактор (ГРФ) в дозе 500 мкг. При этом было зарегистрировано повышение концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тестостерона, а через несколько часов выявлены сохранявшееся несколько суток повышение внимания, снижение тревожности и утомляемости, а также ускоренное выполнение моторных задач [Мак-Аду и др., 1978]. Для изучения альтернативной модели двум группам мужчин, статистически сравнимым по основным параметрам (возраст, состояние здоровья и т. д.), влияющим на сексуально-эротические проявления, показывали попеременно кинофильмы сексуального содержания и «нейтральные». Просмотр сексуальных фильмов вызывал четкое повышение концентрации тестостерона в плазме крови, а при просмотре «нейтральных» фильмов (контрольная группа) уровень тестостерона не выходил за пределы, свойственные состоянию покоя. Фаллография не выявила различий между визуально спровоцированными эрекциями у здоровых мужчин и страдающих гипогонадизмом до и после введения тестостерона. Это свидетельствует о том, что «основные механизмы эрекции, однажды сформированные, в

дальнейшем не зависят от андрогенов» [Bancroft J и др., 1983]

Более сложные функциональные связи между высшими нервными центрами, являющимися субстратом эмоций, и инкреторной периферией, продуцирующей стероидные андрогены, выявил кембриджский приматолог E. Kevern (1978). Наблюдая за карликовыми мартышками в вольере, он на первой стадии эксперимента установил, что чем более высокий ранг занимает самец в иерархии своего стада, тем выше концентрация тестостерона в плазме его крови (что полностью соответствовало схеме, прочно утвердившейся в эндокринологии несколько десятилетий назад: чем «мощнее» яички, тем мужественнее, активнее и агрессивнее поведение самца, а следовательно, выше его положение в иерархии стада). После этого, пользуясь разделительными сетками, исследователь перераспределил обитателей вольеры таким образом, что доступ самцов высшего ранга к самкам оказался резко ограниченным, а самцы низшего ранга (с минимальной концентрацией тестостерона в плазме крови) получили свободный доступ к большому числу самок. После того как вызванные этим вмешательством новые взаимоотношения внутри стада стабилизировались, были произведены повторные определения уровней тестостерона. Они выявили не только феномен гормональной демаскулинизации с резким снижением концентрации тестостерона у бывших вожаков, «пониженных в ранге» на глазах всего стада, но и повышение уровней тестостерона у самцов с наиболее низкими цифрами концентрации тестостерона в прошлом. В свете, проливаемом этим экспериментом на сложнейшие взаимоотношения между «центром» и «периферией» не должен вызывать удивление тот факт, что один из крупнейших сексологов мира Jan Raboch в работе «Тестостерон и сексуальность у мужчин» (1978) в таблице, ранжирующей вредоносные факторы, определяющие возникновение сексуальных расстройств у мужчин, на первые места ставит влияние социального окружения (5 баллов) и девиации структуры личности (2—3 балла), а снижение выработки тестостерона в яичках полового зрелого мужчины помещает на 6-е место.

7.4.1.1.1. Заместительная терапия гормональными препаратами

Роль и влияние гормонов определяются не только местом особи на эволюционной лестнице, но и особенностями прохождения ею критических периодов формирования сексуальности на различных стадиях пренатального (эмбрионального) и постнатального (но препубертатного) развития, а также приобретения системы психологических установок и условнорефлекторных комплексов. Влияние первых критических периодов — эмбрионального и первого постнатального, поскольку они определяют индивидуальную биологическую реактивность, приходится учитывать при построении всей тактики лечебного воздействия на механизмы нейрогуморальной составляющей, начиная с выбора лечебных средств и кончая определением их доз и длительности применения. Только при этом условии заместительная терапия стероидными гормонами может приносить пользу больному.

Значительная выраженность получаемых у определенной части больных морфологических эффектов обусловила широкое приме

нение стероидных гормонов. Поскольку соматическим сдвигам не всегда сопутствовали сдвиги функциональные (а во многих случаях применение андрогенов приводило к негативным последствиям не только функционального, но и морфологического плана), первые восторги сменились скептицизмом и потребовали критического переосмысления двухкомпонентной концепции «гормон—сексуальное функционирование» N. Bobrow, J. Money, V. Lewis (1971), проведя всестороннее эндокринологическое обследование 13 больных с гипогонадотропным гипогонадизмом, применили затем заместительную терапию гормонами, так как их концентрация у всех этих больных оказалась сниженной. В динамике наблюдения наряду с выравниванием некоторых соматических симптомов задержанного пубертатного развития (тип лобкового и общего оволосения) внимание исследователей привлекло отсутствие положительного влияния на специфически сексуальные нарушения. Больные оставались сексуально индифферентными, даже вступившие в брак с трудом осуществляли половые акты. Наибольшие затруднения у них были связаны не с эрекцией, а с отсутствием положительных сексуально-эротических ощущений — все, что они проделывали при половом акте, оставалось выполнением внушенных сексопатологом действий, так и не приобретая витальной окраски со специфически похотливым оттенком, характерным для сексуально здоровых мужчин. Авторы пришли к выводу, что задержка и неполнота сексуального развития у этих больных обусловлены не низкой концентрацией тестостерона в плазме крови, а первичным дефектом гипоталамических мозговых структур.

Следовательно, при назначении заместительной терапии ориентировка на концентрацию тестостерона в плазме крови не может обеспечить положительные терапевтические результаты, если ставить целью не изменение концентрации гормона (тоже, впрочем, кратковременное и поэтому эфемерное), а влияние на сексуальные функции. Решающую роль в эффективности лечебного воздействия играет выявление патогенетических механизмов: из всех больных с пониженным содержанием андрогенов в плазме крови только у части это понижение определяется поражением самих гонад, у других же — имеется изолированное или сочетанное поражение надпочечников, у третьих — патология гипофиза, а у четвертых — нарушение гипоталамических структур. Названные нарушения, хотя и могут выглядеть идентично при поверхностном обследовании, в действительности резко различаются по патологической анатомии и патогенезу и требуют различных лечебных воздействий. Однако даже после дифференцировки основных патогенетических механизмов и выбора адекватных лечебных средств результативность заместительной терапии будет зависеть от индивидуальной предистории особи — обязательно скажется тот этап развития (и созревания!), на котором сформировалась имеющаяся патология. Так, F. Götz, G. Dörner (1976) вводили андрогены в одинаковых дозах двум группам крыс после хирургической экстирпации семенников, произведенной в одной группе на 14-й день жизни, т. е. в препубертатном периоде, а в другой — между 40-м и 60-м днями, по завершении пубертатного периода. Введение андрогенов половозрелым животным вызывало более выраженное (статистически достоверное) учащение эякуляций у самцов, кастрированных по завершении трех критических периодов. Таким образом, эксперименты Гетца и Дёрнера наряду с клиническими наблюдениями N. Bobrow, J. Money, V. Lewis объясняют причины отсутствия или малой эффективности заместительной терапии стероидными гормонами у взрослых мужчин.

при патологии, сформировавшейся в ранних критических периодах.

Однако в практической работе с сексологическими больными особую важность приобретают не недостаточная эффективность или даже полная неэффективность заместительной терапии, а те случаи, когда неоправданное применение гормональных препаратов имеет отрицательные последствия. Как эндокринолог, так и сексопатолог обязаны уяснить закономерности реагирования обратных связей, лежащих в основе функционирования гомеостатических механизмов гормонального обеспечения. Игнорирование их и как следствие этого необоснованное назначение гормональных препаратов чреваты разбалансировкой крайне сложных функциональных взаимоотношений между различными уровнями нейроэндокринного обеспечения половых функций. Как показано выше, при рассмотрении физиологических механизмов гипоталамо-гипофизарно-гонадного и гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового взаимодействия концентрация стероидных гормонов находится под двунаправленным регулирующим влиянием возбуждающих и тормозящих воздействий (релизинг- и ингибитинг-факторов). Поскольку в основе этой системы лежат двунаправленные кибернетические механизмы, любое изменение концентрации стероидных гормонов в плазме крови порождает немедленное включение мощных механизмов, направленных на восстановление нарушенного баланса. Если в организм больного вводятся излишние количества стероидных гормонов, то чуткие кибернетические стражи включают сигнал тревоги, по которому происходит экстренная мобилизация ингибитинг-факторов, подавляющих функции яичек и надпочечников, а так как отсутствие положительного эффекта нередко влечет за собой повышение доз и сокращение интервалов между введениями андрогенов, не знающие утомления охранители гомеостаза отвечают на это новое увеличение количества вводимых извне стероидов еще более активным подавлением единственно им подвластных «взбесившихся» производителей половых гормонов. К сожалению, многие такие больные (если не смиряются со своей участью) попадают к эндокринологам и сексопатологам слишком поздно, после развития необратимых последствий в виде обусловленной применением гормональных препаратов *фармакологической кастрации*. По данным литературы, эта разновидность кастрации оказывается более глубокой и обширной, чем кастрация хирургическая [Mainwaring W., 1979]: если при хирургической кастрации повреждаются только гонады, то гормональная мобилизация ингибирующих факторов вызывает атрофию производящих стероидные гормоны субстратов как в яичках, так и в надпочечниках.

Из накопленного сексопатологией опыта заместительного применения андрогенов, опыта крайне многообразного, жестокого и изобилующего неустрашимыми на первый взгляд противоречиями, необходимо сделать следующие практические выводы.

1. Поскольку введение стероидных гормонов не только отключает собственные механизмы выработки андрогенов, но и воздействует на системы поддержания гомеостаза, подавляющие продукцию эндогенных андростероидов, заместительная терапия, направленная на функциональные проявления сексуальности, может применяться только по абсолютным показаниям, а именно при установлении физическими и лабораторными методами полного отсутствия функционирующей паренхимы, способной к выработке стероидных гормонов.

2. В связи с тем что при гипосексуальности, снижении резерва адаптационных возможностей гомеостатические механизмы могут

перестраиваться (соскальзывать) на менее энергетически напряженные уровни функционирования [Горизонтов П. Д., 1976], во избежание десенситизации (отключения рецепторов по механизму сенсорного насыщения) в сексопатологии следует пользоваться препаратами кратковременного действия из группы тестостерона пропионата (аговирин, андрофорт, тестовирон и др.), оставляя средства пролонгированного действия (тестэнат, тетрастерон, сустанон и т. п.) главным образом для витальных показаний при онкологической и обменной патологии. Вначале назначают тестостерона пропионат в дозе 0,02 (20 мг) через день или через 2 дня:

Sol Testosteroni propionatis oleosae 1% 1 ml
D. t. d. N. 6 in ampull
S. По 2 мл внутримышечно через день.

3. Длительность лечения и дозы определяются главным образом клинической, т. е. синдромально-нозологической, формой страдания и возрастом больного. Например, при первичном гипогонадизме подразделение лечения на ударную и поддерживающую фазу имеет смысл, если оно начинается между 12-м и 18-м годами жизни больного. В этих случаях, по J. Teter (1968), ударная терапия, направленная на максимально возможное развитие половых органов, предстательной железы, оволосения и мужских пропорций тела, может продолжаться от 18 мес до 4 лет. По определению Şi.-M. Milcu (1969), «для достижения положительных результатов заместительный метод лечения требует тщательной дозировки и индивидуальной динамики проводимого лечения с целью улавливания момента гормональной насыщенности и момента наступления качественного перехода к передозировке».

4. Если андрогены (например, метилтестостерон) назначают внутрь, необходимо убедиться в функциональной сохранности печени, чтобы избежать нарушений конечного катаболизма с повышением уровня эстрогенов, провоцирующим выброс ингибирующих веществ, способных полностью заблокировать достигаемые, как правило, весьма скромные положительные терапевтические результаты.

7.4.1.1.2. Применение гормонов в качестве стимуляторов

В повседневной врачебной практике для терапии морфогенетических нарушений¹ в первом критическом периоде (эмбриональном) гормоны вообще не используют, во втором критическом периоде (постнатального дозревания) их применяют редко и лишь в третьем критическом периоде (препубертатном и пубертатном) — чаще. В основном врачи различных специальностей назначают больным половые гормоны после завершения пубертатного периода и главным образом с целью стимуляции (активации) сексуальных функций.

Поскольку необоснованное назначение гормонов часто оборачивается подавлением половых функций, необходимо разобраться в причинах этого явления. Помимо упомянутых кибернетических механизмов, здесь сказываются и другие закономерности. Так, фе-

¹ См. с. 223.

тишизируемая концентрация тестостерона в плазме крови не относится к основным константам человеческого организма. В отличие от истинных биологических констант концентрация стероидных гормонов является величиной переменной, подверженной значительным колебаниям. Прежде всего уровень половых стероидов резко колеблется на протяжении жизни особи, и в эти рамки вписываются, в частности, колебания сезонные (годовые) и циркадианные (на протяжении суток)

В свою очередь названные факторы и их проявления определяются наиболее фундаментальной закономерностью, составляющей самое главное отличие половой активности от всех других функций организма,— ее эпизодичностью. В самом деле, сколь бы высокой интенсивности ни достигли все соподчиненные функции в разгар воспроизводительной активности, всем этим подъемам предшествует и обязательно за ними следует четко выраженный и по амплитуде, и по длительности спад сексуально-эротической напряженности.

Если исключить биологические виды с единственным на протяжении всей жизни прокреативным циклом, а из оставшихся видов сконцентрировать внимание на приматах, у которых в результате прогрессирующей церебрализации сексуальные проявления оказались эмансипированными от естественной сезонности, то даже у наиболее интенсивно размножающихся видов копулятивные циклы как таковые оказываются лишь преходящими и чрезвычайно кратковременными эпизодами.

Все сказанное заставляет считать, что в инициации копулятивного цикла половозрелой особи решающее значение имеет не абсолютная концентрация стероидных гормонов в плазме крови, а градиент возрастания, т. е. крутизна изменения их концентрации, или скорость, энергия выброса половых стероидов во внутреннюю среду организма. С позиции высказанной концепции получают объяснение многие хорошо известные сексопатологам эмпирические факты, в частности наибольшая результативность первых порций андрогенов, быстрая утрата препаратами пролонгированного действия своего стимулирующего свойства, и, наконец, особый феномен, описанный в литературе как «эффект отдачи», «эффект пружины», или «rebound phenomenon»

7.4.1.1.2.1. Эффект отдачи (rebound phenomenon)

С. Heller и соавт (1950), поставив цель изучить влияние на яички больших доз тестостерона, исследовали у 16 здоровых мужчин спермиогенез и изменения гистологического строения яичек, для чего производили биопсию тестикулярной ткани: 1) до начала введения тестостерона; 2) тотчас после окончания курса (половине участников эксперимента производили от 24 до 91 ежедневной инъекции 25 мг тестостерона, половина получала от 3 до 7 гранул тестостерона в дозе 75 мг), 3) в интервале от 6 до 17 мес после прекращения «лечения». Гистологические изменения у испытуемых 1-й подгруппы проявлялись полным исчезновением клеток Лейдига, выраженным уменьшением размеров семенных канальцев, прекращением спермиогенеза и некрозом герминативных элементов, гиалинизацией базальных мембран и tunica propria канальцев. Однако у 5 обследованных третья биопсия показала не только полное восстановление, но даже улучшение гистологических данных по сравнению с состоянием до применения тестостерона.

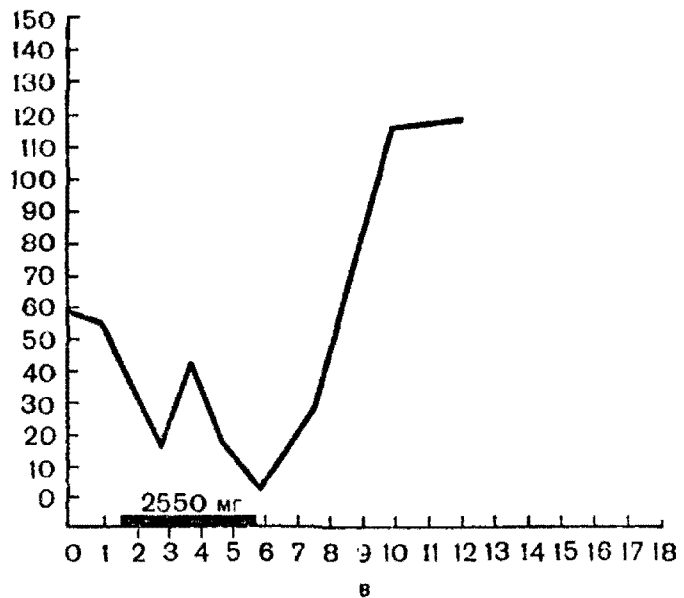
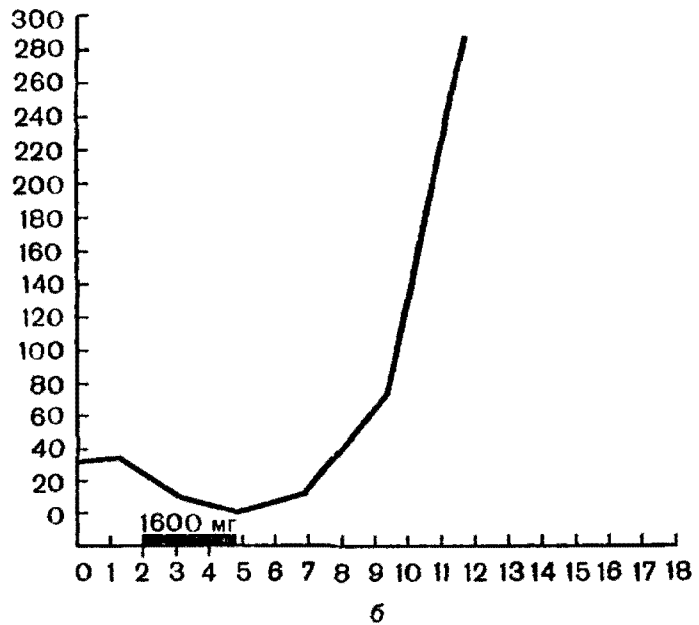
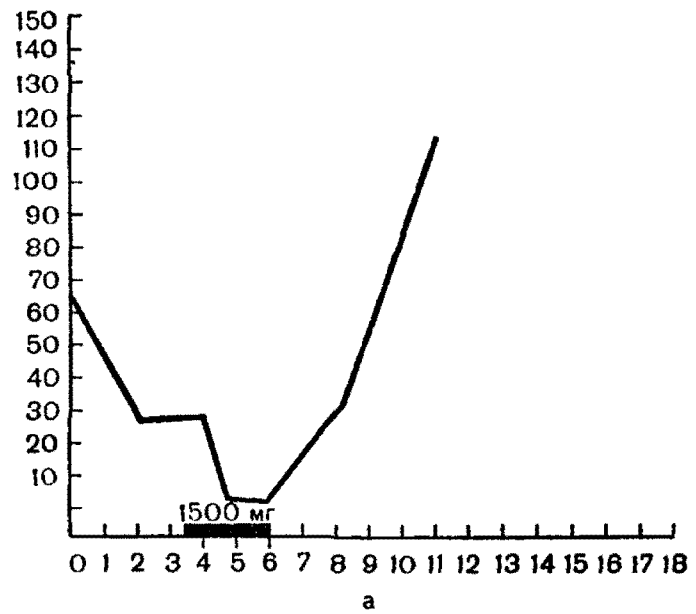


Рис. 26. Спермиограммы, демонстрирующие динамику «феномена отдачи» (rebound phenomenon) при введении тестостерона пропионата по 150 мг в неделю [Heckel et al., 1951]

На оси абсцисс — месяцы наблюдения, на оси ординат — общее число сперматозоидов в эякуляте (млн), а — при введении 1500 мг, б — 1600 мг, в — до 2550 мг тестостерона пропионата

Основываясь на этих наблюдениях, Heckel N., Rosso W., Kestel (1951) предложили лечение идиопатических олигоспермий введением больших доз тестостерона под контролем спермиограмм вплоть до полного подавления спермиогенеза. После полного исчезновения спермиев из эякулята введение тестостерона прекращали, и в течение ближайших месяцев наблюдалось 2—3-, а иногда 7—8-кратное увеличение количества продуцируемых спермиев. Как следует из рис. 26, полное подавление спермиогенеза при внутримышечных инъекциях 50 мг тестостерона пропионата 3 раза в неделю наступает после введения 1500 — 2550 мг препарата, на это требуется 2,5 — 4,5 мес. Однако использование «феномена отдачи» в лечебных целях связано с риском — развитием необратимых атрофий, дегенерации и некрозов семенных канальцев, поэтому предлагали сочетать инъекции тестостерона с внутримышечным введением гонадотропного гормона [Teter J., 1968]

7.4.1.1.2.2. Специфическая стимуляция гонадотропными гормонами

В противоположность стероидным гормонам, использование которых в лечебной практике для усиления половых функций сопряжено со специальными приемами косвенной стимуляции (прерывистое применение малых доз андрогенов или провокация «*феномена отдачи*»), гонадотропные гормоны являются истинными природными стимуляторами, воздействующими не через центральные регулирующие механизмы, а непосредственно на гонады. Тропные гормоны вырабатываются в передней доле гипофиза. Они стимулируют соответствующие эндокринные железы — половые (ГТГ), надпочечники (АКТГ), щитовидную (ТТГ) и др. Гонадотропные гормоны обеспечивают развитие и созревание фолликула, овуляцию, развитие и функцию желтого тела у особей женского пола, образование герминативного эпителия половых желез и созревание спермиев у представителей мужского пола, а также биосинтез и секрецию половых гормонов стероидного ряда. В свою очередь секреция гонадотропинов стимулируется гонадотропными рилизинг-факторами (или либеринами) и сдерживается ингибиторами (или статинами) гипоталамуса (гипоталамическими нейрогормонами).

При фракционировании экстрактов из передней доли гипофиза выделено несколько гормонов, в том числе фолликулостимулирующий (ФСГ), способствующий созреванию фолликулов у женщин, усиливающий спермиогенез у мужчин и активирующий действие другого, лютеинизирующего (ЛГ), гонадотропного гормона. ЛГ, способствующий у женщин переходу развитого фолликула в желтое тело, называют также гормоном, стимулирующим интерстициальные клетки (ГСИК), по специфике его действия на яички у мужчин. Стимуляция спермиогенеза, обеспечиваемая этим гормоном, связана главным образом с усилением синтеза тестостерона в клетках Лейдига.

В течение менструального цикла наблюдается значительное увеличение продукции и выделения гонадотропных гормонов в предовуляторный период. Резко возрастают продукция и выделение тотальных гонадотропинов и ФСГ после наступления менопаузы, а также при кастрации [Савченко О. Н., 1967]. С наступлением беременности у человека и приматов в их организме появляется еще один источник гонадотропного гормона, по биологическим свой-

ствам близкого гипофизарному ЛГ, плацента [Димитров Д., 1979]

Технические сложности и неоднородная гликопротеиновая структура гонадотропинов, исключаящие при современной технологии возможность их синтетического производства, заставляют получать лекарственные препараты из мочи беременных женщин — *гонадотропин хорионический*, либо из мочи женщин в менопаузе — *гонадотропин менопаузальный*, либо из сыворотки жеребых кобыл — *гонадотропин сывороточный*. В клинической практике в качестве аналога ЛГ (ГСИК) используют гонадотропин хорионический (хотя он содержит оба гормона, но ЛГ преобладает над ФСГ) и в качестве аналогов ФСГ — гонадотропин сывороточный и гонадотропин менопаузальный. Активность гормонов определяют биологически (опыты на животных) и выражают в единицах действия (ЕД). Гонадотропин хорионический выпускается во флаконах, за рубежом под названиями Choriongonin (ВНР), Gonadion (ГДР), Gonadotropina Chorionica Umara (Италия) и др. Наиболее известный препарат менопаузального гонадотропина Pergonal (Италия).

Обязательным условием получения терапевтического эффекта при применении гонадотропных гормонов является сохранность функций половых желез, а наиболее частым показанием патологии репродуктивной функции, обусловленная снижением секреции гонадотропинов (первичной или вторичной вследствие ослабления гипоталамической стимуляции). У женщин гонадотропин хорионический применяют при нарушениях менструального цикла и бесплодии с отсутствием овуляции и недостаточностью развития желтого тела, у мужчин при явлениях гипогенитализма, гипоплазии яичек, крипторхизме, адипозогенитальном синдроме, гипофизарной карликовости с половым инфантилизмом и др. Женщинам при лечении ановуляторных циклов гонадотропин хорионический вводят по 1000—1500 ЕД ежедневно или 6—7 раз через день, начиная с 12-го дня цикла, либо однократно на 12-й день цикла в дозе 3000—6000 ЕД [Савченко О. Н., 1977]. При лечении гипогонадизма у мужчин его назначают по 1500—3000 ЕД 2 раза в неделю в течение месяца [Бутрова С. А., 1972], а для стимуляции спермиогенеза (при идиопатической олигоспермии) 500—3000 ЕД на инъекцию через день курсами по 3—4 нед с промежутками 4—6 нед [Машковский М. Д., 1987].

При гипофизарном нанизме G. B. Dorff, T. M. Hudson (1951) рекомендуют возрастную схему лечения хорионическим гонадотропином: в возрасте до 7 лет вводят по 100—200 ЕД 2—3 раза в неделю на протяжении 8—12 мес, в 11—14 лет — по 300—500 ЕД 3 раза в неделю на протяжении 2 лет, старше 14 лет — по 500—1000 ЕД 3 раза в неделю до развития гениталий, соответствующего представлением о норме, и закрытия эпифизарных зон роста. При крипторхизме применение хорионического гонадотропина наиболее эффективно в возрасте до 10 лет. Его вводят по 500—1000 ЕД (в возрасте 10—14 лет по 1500 ЕД) 2 раза в неделю в течение 4—6 нед повторными курсами непрерывно на протяжении 4—5 мес.

Противопоказания к применению хорионического гонадотропина — воспалительные заболевания половой сферы, гормонально-активные опухоли гонад, аллергические состояния и реакции. Не рекомендуется слишком длительное применение препарата из-за возможного образования антител и функционального снижения гонадотропной регуляции гипофиза.

Сывороточный гонадотропин в клинической практике почти не используют, что объясняется более высоким, чем у хорионического

и менопаузального препаратов, риском аллергических реакций и более частым образованием антител.

При оценке эффективности лечения и определении его окончания следует учитывать, что после прекращения инъекций гонадотропина может развиваться феномен гипофизарно-гонадальной гиперсекреции, изученный G. Dögnel и W. Holweg в эксперименте (1958). Группа экспертов ВОЗ даже включила «синдром гиперстимуляции» наряду с учащением многоплодных беременностей и fetal wastage в число осложнений лечения гонадотропинами.

Особенно сложно применение гонадотропинов для терапии женского бесплодия. Как подчеркивает О. Н. Савченко (1977), при лечении нарушений менструального цикла гонадотропными препаратами необходимо достичь овуляции только одного фолликула. Чтобы избежать гиперстимуляции яичников с параллельным развитием и овуляцией множества фолликулов, что ведет к многоплодной беременности и кистам, минимальную эффективную дозу ФСГ-препарата ввиду очень больших различий индивидуальной чувствительности нужно выбирать под строгим контролем реакции организма (исследование цервикальной слизи, вагинальных мазков, экскреции эстрогенов с мочой и их содержания в крови). Ежедневная доза менопаузального гонадотропина колеблется от 75 до 225 ЕД, а общее количество ФСГ, необходимое для полного развития одного фолликула, может составлять у разных женщин 750 — 4050 ЕД. Чтобы вызвать овуляцию, через 24 ч после последней инъекции менопаузального гонадотропина больным вводят в течение 1 — 2 дней 5000 — 10 000 ЕД хорионического гонадотропина.

Для лечения гонадотропными гормонами необходимы надежные критерии их действия. Ныне существуют хотя и косвенные, но достаточно точные критерии, например повышение выделения с мочой эстрола и общих эстрогенов [Morse W. и др., 1962]. Нужно учитывать, что на уровень продукции половых гормонов в гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе у обоих полов могут влиять различные факторы. Например, длительное отсутствие половой активности у мужчин несколько снижает уровень тестостерона, а возобновление половой жизни повышает его концентрацию, хотя единственный копулятивный акт не выявляет статистически значимых изменений концентрации тестостерона и гонадотропинов в плазме крови [Stearns E. и др., 1973].

Для успешного использования гормональных препаратов при сексуальных расстройствах необходимо учитывать совокупность межсиндромальных воздействий, в частности, между отдельными железами внутренней секреции. Так, при гипогонадизме, осложненном явлениями гипотиреоза, изолированное применение гонадотропина может не дать видимых терапевтических результатов без использования экстракта щитовидной железы, тироксина или трийодтиронина. Şt.-M. Milcu (1969) достигал более четких результатов за более короткие сроки благодаря предварительной коррекции гипотиреоза (в течение 1 — 2 мес) и последующему применению гонадотропных гормонов одновременно с поддерживающим лечением тиреоидными препаратами.

7.4.1.1.2.3. Перспективы лечебного применения гипоталамических нейрогормонов

Гипоталамические нейрогормоны — группа гормонов пептидной природы, секретируемых гипоталамусом в портальные сосуды аде-

ногипофиза и стимулирующих или угнетающих выделение тропных гормонов гипофиза. Предполагают, что местом образования этих гормонов служат нервные окончания («синапсосомы»), в которых обнаружены также биогенные амины, стимулирующие выделение указанных гормонов из нейросекреторных клеток в капилляры портальной системы [Утешева З. Ф., 1977]. Гипоталамические нейрогормоны, отличающиеся видонеспецифичностью, т. е. способные воздействовать на интенсивность выработки тропных гормонов как у различных животных, так и у человека, вначале были выделены из экстрактов гипофиза свиней и баранов, идентифицированы как имеющие декапептидную структуру (Пироглу-Гис-Три-Сер-Тир-Гли-Лей-Арг-Про-Гли-NH₂) и в 1971 г. получены синтетическим путем.

Классификация и номенклатура гипоталамических нейрогормонов основываются на так называемой унитарной концепции. Предполагают, что один гипоталамический нейрогормон стимулирует (или угнетает) освобождение одного соответствующего гормона гипофиза. К общепринятым буквенным обозначениям (ЛГ, ФСГ, АКТГ и др.) добавляют буквы, означающие «рилизинг-гормон» — РГ (ЛГ-РГ, ФСГ-РГ, АКТГ-РГ или LH-RH, FSH-RH и т. д.), РФ («рилизинг-фактор») или просто Ф; в некоторых номенклатурах принято другое сокращение, и рилизинг-фактор фолликулостимулирующего гормона (ФСГ-РГ, ФСГ-РФ или ФСГФ) обозначают как *фоллиберин*, а рилизинг-фактор лютеинизирующего гормона (ЛГ-РГ, ЛГ-РФ, ЛГФ) — как *люлиберин*. Ингибирующие факторы обозначают добавлением букв ИФ (IF, IH) или корня «статин». Поскольку очищенный декапептид, полученный из гипофизов различных животных и человека, стимулирует высвобождение как ЛГ, так и ФСГ, его иногда называют *gonadotropin-releasing hormone* (Gn-RH).

Скорость, силу и продолжительность стимулирующего действия декапептида отдельные исследователи определяют в довольно широких пределах, что объясняется различием в методиках. Однако будучи введен человеку внутривенно в количестве 5—25 мкг/м² поверхности тела при общей разовой дозе, не превышающей 100—150 мкг, декапептид выявляет первые признаки повышения ЛГ через 5—15 мин, максимальный подъем через 20—30 мин и возвращение к исходному уровню через 3—4 ч. Влияние декапептида на концентрацию ФСГ в плазме крови отличается большей вариабельностью, но выявляется позже, чем повышение концентрации ЛГ, максимальные уровни содержания этого гормона ниже, эффект воздействия вводимого препарата сохраняется дольше. Сравнивая внутривенное и подкожное введение препарата, Сайто и соавт. (1974) не нашли в эффекте его действия существенных различий. По определению экспертной группы ВОЗ (1973), при подкожном и внутримышечном введении действие препарата более длительное по сравнению с его внутривенными инъекциями. Ни в одном случае не установлено никаких побочных явлений.

Хотя декапептид применяется главным образом в диагностических тестах как средство для оценки резервных возможностей гонадотропной функции гипофиза и для дифференцировки сходных по внешним проявлениям, но различных по патогенетическим механизмам состояний («доброкачественная задержка пубертата», первичная гипоталамо-гипофизарная недостаточность, первичная патология гонад и др.), исследования биологических и фармакологических свойств декапептида показали, что этот гипоталамиче-

ский нейрого르몬 является мощным и нетоксичным стимулятором выделения гонадотропных гормонов гипофиза.

Особое значение приобретают работы группы английских клиницистов, которые сравнивали динамику концентрации ЛГ и ФСГ в сыворотке крови обследуемых добровольцев до и после введения декапептида внутривенно и через слизистую оболочку носа (London D. и др., 1973). В связи с тем что при большинстве синдромов, требующих гонадотропной стимуляции, предполагается очень длительное лечение, а гонадотропные гормоны гипофиза, имеющие сложную гликопротеиновую структуру, вводятся парентерально и создают опасность аллергических реакций и образования антител, трансназальное применение пептидных препаратов гипоталамических нейрого르몬ов имеет перспективу простого, эффективного и неосложненного лечебного воздействия на ряд значительных синдромов поражения нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла.

7.4.1.2. Неспецифическая стимуляция при расстройствах нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла

Поскольку регуляция половых функций не ограничивается гипоталамическими центрами, необходимо учитывать зависимость гипоталамо-гипофизарного тонуса от более высоких уровней субкортикального и кортикального контроля, в частности от активации сексуального поведения интенсивным световым потоком, а также от стимулирующего или тормозящего влияния психики на половые функции.

Выделяя существенные свойства воздействия специфических половых гормонов, необходимо подчеркнуть, что у всех видов, достигающих сначала определенной церебрализации, а затем и кортикализации сексуального поведения, влияние половых гормонов все более четко ограничивается соматической сферой: недостаток или избыток гормонов влияет главным образом на пропорции тела, развитие таких роговых образований кожи, как рога и перьевой покров (у человека — интенсивность роста волос на различных участках тела в соответствии с половым диморфизмом), а также на функции гонад. В регуляции полового поведения все большую роль играют нервно-психические механизмы, которые на самых высоких ступенях эволюции целиком подчиняют сексуальные проявления взаимодействию ситуационных рефлексов с морально-этическими нормами. Если у крыс с помощью гормонов можно подавить или усилить половую активность (и на этом фоне извратить ее направленность), то у части приматов гормональные уровни оказываются не определяющими, а производными конкретных условий иерархии стада. В связи с этим необоснованное назначение стероидных гормонов больному с психогенно спровоцированной коитофобией в расчете усилить либидо и эрекции, как правило, приводит к фармакологической кастрации, потому что у человека андростеронды способны повлиять лишь на рост волос, состояние молочных желез и усилить выброс гипофизарных статинов — тормозящих, подавляющих факторов, которые в тех случаях, когда имеется функционирующая тестикулярная паренхима, после кратковременной, преходящей ее стимуляции вызывают стойкое ее подавление, вплоть до необратимой атрофии.

У человека ни один гормональный препарат непосредственно не воздействует ни на половое влечение, ни тем более на эрекции. Если подобные эффекты отмечаются, то они опосредованы либо через суггестию, либо через многокомпонентную цепь преобразований общего состояния организма.

В отличие от синдромов с грубыми соматическими нарушениями роста и развития (включая формирование вторичных половых признаков) синдромы нейрогуморальной недостаточности, выражающиеся в замаскированной дефицитарности общего состояния организма, снижении тонуса и реактивности, встречаются в повседневной практике сексопатолога наиболее часто. Их своеобразие заключается в том, что они располагаются на стыке поведенческих проявлений сексуальности (коррекция которых рассмотрена в разделе о расстройствах психической составляющей копулятивного цикла) и соматических нарушений (корректируемых специфическими гормональными препаратами). В противоположность этому пораженне механизмов общей реактивности организма, составляющих биологический базис сексуальности, сказывается на всех компонентах копулятивного цикла — от либидо до эрекции и эякуляций. Воздействие на эти замаскированные конституциональные синдромы, подрывающие биологическую основу общей и специфической жизнестойкости и сопротивляемости организма больного, служит обязательным условием успешного лечения, предпосылкой действенности наиболее тонких реабилитационных методов, в том числе психотерапевтических.

7.4.1.2.1. Адаптогены и вещества, сходные по механизмам действия

С глубочайшей древности в народной медицине Дальнего Востока использовались лекарственные средства из продуктов растительного и животного происхождения (корень женьшеня, оленьи панты и др.). Изучение целебных свойств этих продуктов позволило отделить мифы от научной истины [Брехман И. И., 1957; Дардымов И. В., 1967] и наряду с частными свойствами выяснить общие закономерности воздействия группы лечебных средств, именуемых *адаптогенами*, на сопротивляемость или адаптационные способности организма.

Адаптационные возможности организма в значительной мере зависят от скорости мобилизации его энергетических ресурсов и наличия пластических материалов, а также их восстановления. Интенсивность метаболизма определяется концентрацией коферментов и кофакторов, скоростью синтеза энзиматических белков, функциональным состоянием желез внутренней секреции и т. д. В этом свете повышение физической и умственной работоспособности под влиянием экстрактов женьшеня и других адаптогенов объясняется как проявление нарастания неспецифической сопротивляемости.

Свойство адаптогенов повышать физическую работоспособность отличается от стимуляции, вызываемой препаратами типа фенамина и пиридрола. Стимулирующее действие последних значительное, но оно обусловлено усиленной мобилизацией энергетических ресурсов организма и сменяется глубоким истощением, снижением метаболизма, преобладанием катаболических процессов над восстановительными [Дардымов И. В., 1967, и др.].

Наиболее известным представителем адаптогенов является корень женьшеня. Химический состав женьшеня сложен: кроме эфирных масел, органических азотистых соединений, минеральных веществ, из него выделены специфические гликозиды, названные панаксозидами и гинзенозидами [Сибата С., 1975]. Токсичность гликозидов женьшеня чрезвычайно низкая. Здоровью человека не угрожает превышение разовой дозы даже в десятки раз.

Для исследования свойств «легендарного» корня И. И. Брехман (1957) использовал методики, направленные на объективизацию результата процессов, протекающих одновременно в разных органах и системах тела. Применительно к человеку использовались эргометрия, корректурный тест с таблицами Анфимова и опыты на специальном приборе. Как показывает полученный график (рис. 27), максимальный эффект при применении фенамина и женьшеня наблюдается через 1 ч после приема. В остальном динамика действия препаратов различается. Положительное стимулирующее действие фенамина продолжалось менее 2 ч и затем наступило длительное отрицательное последствие. Действие женьшеня не имело никаких отрицательных фаз и продолжалось 3,5—5 ч и более.

Женьшень обладает не только стимулирующим, но и тонизирующим действием, надолго повышает работоспособность после приема (*тонизирующие средства не следует отождествлять со стимуляторами, которые повышают работоспособность быстро, но не надолго*)

Экспериментальное исследование тонизирующего действия женьшеня было проведено И. К. Черненьким (1955). Из 24 участников эксперимента 15 человек (основной опыт) принимали в течение 30 дней настойку женьшеня, а 9 человек (контроль) — то же количество плацебо. В опыте и в течение 20 дней после его окончания еженедельно проводили эргометрический тест (рис. 28). В 1-ю неделю работа, производимая в опытной группе, возросла на 25%, а в контрольной лишь на 5%. В основной группе после прекращения приема женьшеня работоспособность стабилизировалась (после некоторого снижения) на более высоком уровне, чем в контрольной, что позволяет предположить последствие женьшеня после длительного приема.

При изучении влияния экстрактов женьшеня на условнорефлекторную деятельность И. И. Брехман (1957) обнаружил наиболее выраженное тонизирующее действие малых доз препарата. Эти опыты позволили также сделать вывод о том, что при длительных повторных введениях женьшеня целесообразно применять оптимальные дозы препарата не ежедневно, а через день.

Сведения о влиянии препаратов женьшеня на половую сферу крайне противоречивы. N. Sugihara, K. Kim (1930) наблюдали после введения женьшеня восстановление течки у кастрированных крыс. Эти данные были подтверждены в работе Insu Sun (1963). В исследованиях J. Kim (1975) добавление порошка женьшеня в корм крольчат увеличивало массу их тела, улучшало развитие шерсти и ускоряло созревание яичек, а непосредственное введение экстракта женьшеня в куриное яйцо стимулировало развитие зародыша. В экспериментах Я. З. Гинзбурга (1959) женьшень не действовал на самок и самцов с полной двусторонней кастрацией, в опытах же на животных с задержкой полового развития

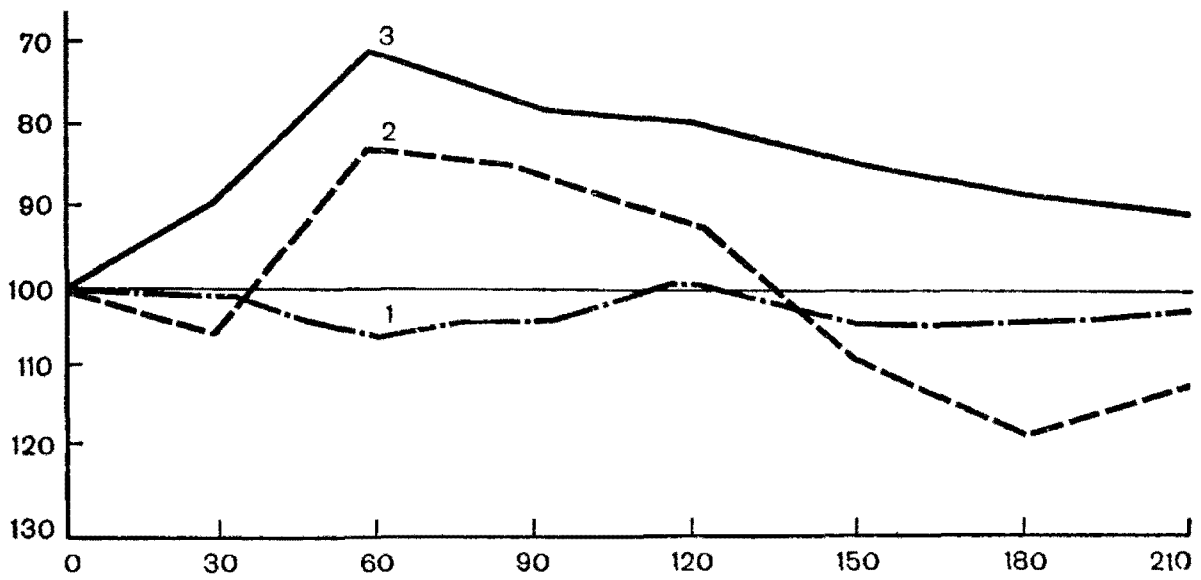


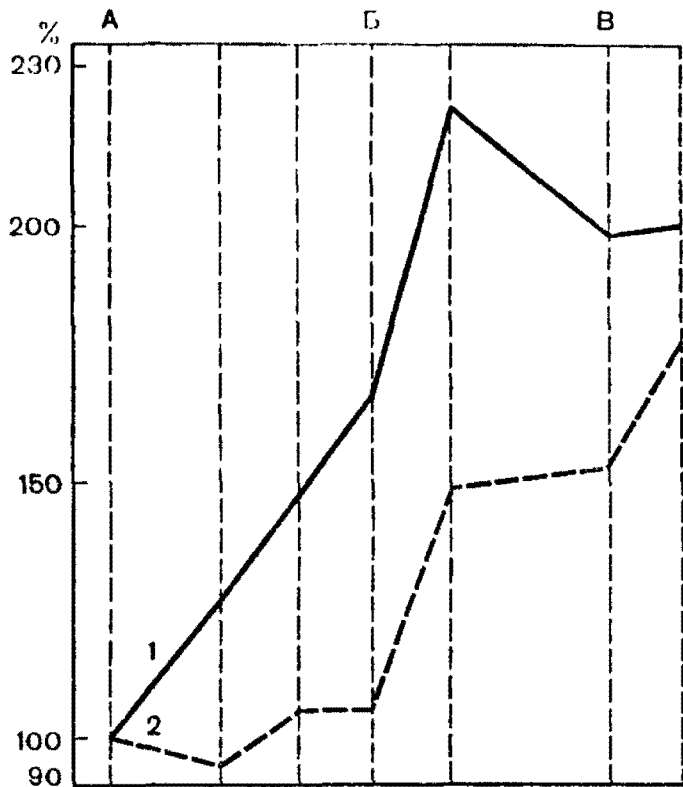
Рис. 27. Влияние женьшеня и фенамина на выполнение работы, требующей тонкой координации движений (тест на специальном приборе) [Соколов В. И., 1955].

На оси ординат — процент ошибок (за 100% принят исходный уровень без применения медикаментозных средств), на оси абсцисс — время повторных тестов (через каждые 30 мин)

1 — контрольные опыты; 2 — опыты с приемом 0,02 г фенамина; 3 — опыты с приемом 2 мл жидкого экстракта культивированного (выращенного в питомнике) корня женьшеня.

Рис. 28. Влияние 30-дневного приема женьшеня (по 15 мл) и плацебо на физическую работоспособность в опытах на эргометре [Черненко И. К., 1955].

1 — средние данные, полученные у 15 обследуемых, принимавших женьшень, 2 — средние данные, полученные у обследуемых контрольной группы; за 100% приняты исходные данные; А — работоспособность до приема, Б — во время приема, В — после приема.



при сохранности ослабленной, но способной функционировать паренхимы гонад получен определенный эффект. Проведенные И. И. Брехманом, И. В. Дардымовым и Ю. И. Добряковым (1966) опыты с панаксозидами также показали, что все исследованные гликозиды женьшеня ускоряли развитие семенных пузырьков и предстательной железы у инфантильных самцов мышей. Решаю-

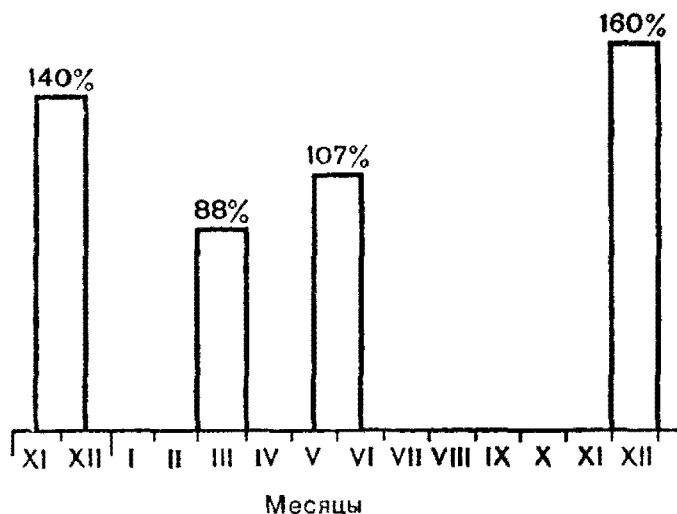


Рис. 29. Влияние женьшеня на половое созревание неполовозрелых самцов белых мышей в различное время года [Брехман И. И., 1957].

Столбики — средняя масса предстательной железы вместе с семенными пузырьками подопытных мышей по отношению к аналогичным данным контрольных животных.

щее значение для исхода экспериментов имели не пол животных и не форма препарата, а хотя и функционально ослабленные, но сохраненные гонады.

При оценке действия женьшеня следует учитывать три фактора: исходное состояние животных, дозу препарата, длительность его приема. Значение первого фактора иллюстрируется работой J. Kim (1975), в которой показано, что добавление экстракта женьшеня в корм кур повышало их яйценоскость только при стрессовых воздействиях. Демонстративны эксперименты по изучению влияния женьшеня на половое созревание самцов белых мышей в зависимости от времени года (рис. 29). Из сравнения данных, полученных в различное время года, видно, что гонадотропное действие женьшеня проявилось только в осенне-зимний период. Весной женьшень оказывал угнетающее действие, а летом — очень слабое положительное действие. Значение фактора времени показал также J. Kim (1975): в его опытах женьшень давали мышам 54 дня, и он вызывал увеличение массы тела животных только после 30-дневного введения.

На основании своего экспериментального и клинического опыта И. И. Брехман (1957) рекомендует при длительном назначении женьшеня в качестве тонизирующего средства вводить в первые 10 дней половину применяемой в дальнейшем разовой дозы (при повторных курсах этого можно не делать). При использовании препаратов женьшеня как стимулятора он рекомендует сразу давать суточную дозу, т. е. 1 г порошка, 1 мл жидкого экстракта, 30 мл 3% или 10 мл 10% настойки (настойки женьшеня 40 мл; по 10—20 капель 1 раз в день или через день за 30—60 мин до еды). Курс лечения женьшенем продолжается не менее 30—40 дней, после чего делают 2-недельный перерыв.

7.4.1.2.1.2. Элеутерококк

Элеутерококк привлек внимание исследователей как более доступный заменитель женьшеня. Фармакологические исследования показали, что элеутерококк действует не хуже женьшеня, а по некоторым параметрам даже превосходит его [Дардымов И. В., 1976]. Наблюдения за сельскохозяйственными животными и выращиваемыми в питомниках пушными зверями выявили высокую эффективность препаратов элеутерококка в повышении воспроиз-

дительных функций. В клинической практике используется спиртовой (на 40% спирте) экстракт элеутерококка из корневищ с ветвями (по 30—40 капель за 30 мин до обеда).

Биохимические исследования показали, что повышение физической работоспособности под влиянием экстракта элеутерококка и других адаптогенов происходит при более экономном расходовании энергетических ресурсов — гликогена и макроэнергетических фосфорных соединений при положительном азотистом балансе и более раннем использовании липидов в качестве источников энергии [Сальник Б. Ю. и др., 1965].

7.4.1.2.1.3. Лимонник китайский

Лимонник китайский, как и женьшень, является одним из средств традиционной восточной медицины. Лечебные препараты готовят из дикорастущей лианы китайского лимонника (*Schizandra chinensis* Baill). Эргографическим методом установлено, что наиболее выраженным стимулирующим действием обладает 10% настойка семян лимонника на 70% спирте [Каро В. И., 1945]. Д. А. Баландин (1951) выделил из семян лимонника фракцию В₃, названную схизандринном, с наиболее сильным стимулирующим действием (повышение точности в выполнении тестов через 1,5 ч после приема на 11% и через 3 ч — на 33%). Исследование влияния лимонника на эргографические показатели выявило максимальный эффект на фоне мышечного утомления [Сорохтин Г. Н., Минуг-Сорохтина О. П., 1958] — в этих условиях лимонник способствовал увеличению работоспособности в 2 — 3 раза (в среднем на 280%). В том же исследовании отражена еще одна особенность лимонника: повторный прием стимулирующих доз препарата в первые 2 сут дает кумуляцию эффекта, а с 3-х суток наблюдается выраженное снижение эффективности; для восстановления его стимулирующего действия требуется 10-дневный перерыв. Комплексные экспериментально-клинические наблюдения показали, что стимулирующее действие лимонника наступает через 30 — 40 мин после приема, наиболее выражено в первые часы и продолжается, постепенно ослабевая, от 4 до 6 ч [Российский Д. М., 1947]. Наряду с этим клиническое изучение тонизирующих свойств настойки зерен лимонника при систематическом 25-дневном приеме показало достоверное увеличение жизненной емкости легких (по данным спирометрии) и мышечной силы (по данным динамометрии), нараставшее от 10-го к 25-му дню. Ю. Л. Максимов (1967) изучал влияние лимонника на семяпродукцию быков-производителей и отметил значительное увеличение количества спермиев (с 9,44 до 12,08 млрд, т. е. на 27,8%). Положительное влияние препарата на семяпродукцию сохранялось в течение 30 дней после прекращения его введения.

При определении показаний к лечению лимонником следует учитывать подчеркиваемое А. В. Лупандиным (1970) участие гипофизарно-надпочечниковой системы в реализации его фармакологических эффектов. В пользу такого представления, в частности, свидетельствует усиление адаптогенного действия лимонника при совместном применении с АКТГ и кортизоном. Препараты лимонника плохо переносятся при желудочно-кишечных заболеваниях. Вследствие выраженного преобладания стимулирующего действия над тонизирующим их не следует принимать вечером во избежание нарушения сна. Лимонник противопоказан при всех состояниях нервного

возбуждения, повышенном артериальном давлении, нарушениях сердечной деятельности.

- Rp. T-rae Schizandrae 50 ml
D S По 20 капель за 30 — 40 мин до еды в первой половине дня
- Rp. Pulv Schizandrae 0,5
D. t. d. N. 20
S. По 1 порошку за 30 — 40 мин до еды в первой половине дня.

7.4.1.2.1.4. Аралия маньчжурская, сапарал

Аралия маньчжурская (*Aralia Manshurica* Rupr. et Maxim) принадлежит, как и элеутерококк, к семейству аралиевых. Опыты И. И. Брехмана (1963) на неполовозрелых самцах белых мышей показали, что препарат корня аралии маньчжурской не оказал существенного влияния на относительную массу яичек, так же как в опытах с женьшенем. Однако более чувствительный индикатор — масса предстательной железы вместе с семенными пузырьками — выявил четкую разницу, обусловленную лишь дозой жидкого экстракта 0,005 мл/кг. Эта разница была достоверной как по абсолютной массе, так и по относительному показателю в процентах к массе передубоем. Позже К. А. Мещерская и др (1970) показали, что применение ягод аралии маньчжурской защищало половую систему самцов крыс от биохимической кастрации синэстролом.

Более высокая по сравнению с женьшенем и элеутерококком токсичность аралии компенсируется большей силой ее действия, так что в конечном счете терапевтическая широта воздействия жидкого экстракта аралии маньчжурской намного значительней таковой женьшеня и элеутерококка как в случаях использования стимулирующих, так и тонизирующих доз. Настойка аралии противопоказана при повышенной нервной возбудимости, гипертонической болезни, бессоннице.

- Rp T-rae Araliae
D S По 10 — 20 капель в первой половине дня

Сапарал содержит аммонийные основания солей тритерпеновых гликозидов (аралозидов), получаемых из корней аралии маньчжурской. Как тонизирующее средство назначается по 1 таблетке 1 — 2 раза в первой половине дня. Курс лечения продолжается 15 — 30 дней. После 1 — 2-недельного перерыва можно проводить повторные курсы, назначая препарат в тех же дозах в течение 10 — 15 дней. Препарат противопоказан при эпилепсии, гиперкинезах, гипертонии, состояниях повышенной нервной возбудимости.

- Rp Saparali 0,05
D t d N 30 in tabul
D S По 1 таблетке в первой половине дня

7.4.1.2.1.5. Заманиха

Заманиха (*Echinopanax elatum* Nakai, эхинопанакс высокий) растение из семейства аралиевых. Из ее корней и корневищ готовят настойку (1 : 5) на 70% спирте, обладающую стимулирующим и

тонизирующим действием Токсичность, оптимальные стимулирующие и тонизирующие дозы, а также терапевтическая широта препарата идентичны соответствующим показателям элеутерококка [Брехан И. И., 1963].

Rp.. T-rae Echinopanacis elati 50 ml
D.S. По 20 — 30 капель за 20 — 30 мин до еды в первой половине дня.

7.4.1.2.1.6. Золотой корень (родиола розовая)

Родиола розовая (*Rhodiola rosea* L.), или золотой корень, — многолетнее травянистое растение из семейства толстянковых. Очищенный специфический гликозид родиолы — родозин.

Основным лечебным препаратом золотого корня является жидкий экстракт родиолы (*Extractum Rhodiolae fluidum*) Его получают из измельченных корней и корневищ родиолы путем экстрагирования 40% этиловым спиртом в соотношении 1:1, токсичность препарата невелика.

Экспериментальные и клинические исследования препаратов родиолы розовой, проведенные А. С. Саратиковым и соавт. (1973), подтвердили высокое стимулирующее и тонизирующее действие этого адаптогена: у лиц, принимавших экстракт родиолы, к концу работы отмечено улучшение таких показателей, как жизненная емкость легких, сила мышц, и, что особенно важно, — укорочение восстановительного периода.

Успехи молекулярной биологии позволяют приблизиться к раскрытию внутренних фармакологических механизмов и вооружают клинициста возможностью направленно воздействовать на специфические особенности метаболизма с помощью медикаментозных агентов, способных заменить систематические тренировки, связанные с трудоемкими упражнениями. При мышечной работе введение родозина стабилизирует уровень фосфатных макроэргов, и наиболее четкие метаболические изменения наблюдаются при максимальных нагрузках (удлинение плавания до 5 ч). В этих условиях применение родозина повышает активность ферментных систем аэробного окисления и сопряженного с ним фосфорилирования, что способствует стабилизации ферментной активности при длительных нагрузках, а также стабилизации митохондриальных структур. Так, исследование набухания митохондрий при мышечной нагрузке показало, что оптическая плотность взвеси митохондрий мышц через 15 мин понижалась на 17%, а после 5 ч — на 23%, что свидетельствует о повышении проницаемости митохондриальных мембран. В опытах с родозином оптическая плотность оставалась в пределах исходной. Эти данные подкреплены прямыми электронно-микроскопическими исследованиями митохондрий.

Специальное изучение процессов пластического восстановления [Саратиков А. С. и др., 1973] показало, что при введении препаратов родиолы происходит достоверное усиление протеолитической активности мышц. Под влиянием препаратов родиолы отмечается также значительная активация ферментной системы, катализирующей первые этапы биосинтеза белка (в 2 — 3 раза быстрее по сравнению с контролем). Введение препаратов золотого корня усиливает накопление в мышцах нуклеиновых кислот (в первую очередь РНК) вследствие индуцирующего влияния метаболитов изнашивания. В конечном

счете количество РНК в мышцах, понизившееся в результате утомительной физической работы (на 21,2%), при введении препаратов родиолы не только достигает нормы, но и превышает исходные величины (на 36,7%), что приводит к суперкомпенсации баланса указанных белков, несмотря на их значительный распад. Суммируя данные о механизмах стимулирующего действия препаратов родиолы, А. С. Саратиков приходит к выводу, что они способствуют лучшей адаптации к неблагоприятным условиям и вызывают изменения, подобные тем, которые возникают при систематических тренировках в условиях экстремальных физических нагрузок.

Влияние родозина на эстральный цикл самок белых мышей изучалось Н. Д. Герасимовой (1969, 1970) на половозрелых, инфантильных и кастрированных животных. Введение родозина в течение 4 нед половозрелым мышам удлиняло течку до 2,8 дня (у контрольных животных — 1,3 дня), укорачивало период покоя до 2,2 дня (в контроле — 3,8 дня) и изменяло отношение числа эстральных дней к дням покоя в сторону увеличения относительной продолжительности эструса (29 — 56%). В противоположность этому систематическое введение родозина неполовозрелым самкам белых мышей существенно не отразилось на скорости полового созревания животных. Эти данные показывают, что для проявления стимулирующего действия препаратов родиолы на половую сферу самок необходим определенный гормональный фон; отмеченная необходимость хотя бы минимального гормонального фона для реализации адаптогенных свойств характерна для всех представителей этого класса фармакологических средств.

Особого упоминания заслуживают выявленное Н. Б. Сидоренковой (1973) бактериостатическое действие препаратов золотого корня на стрептококк и стафилококк, а также эксперименты по сравнительному изучению влияния различных адаптогенов на неспецифическую резистентность к инфекции. При применении родозина в случаях экспериментального листериоза в 1,5 — 2 раза повышалась его смертельная доза для белых мышей. В противоположность родозину применение элеутерококка, наоборот, отягощало инфекцию.

Клиническое изучение лечебного действия золотого корня проведено А. С. Саратиным и сотр. (1973) у 53 здоровых и 344 больных неврозами, вегетативно-сосудистыми дистониями, гипотонией и астеническими синдромами различного происхождения. Выраженное терапевтическое действие препаратов родиолы было выявлено при астенических состояниях, некоторых видах гипотензии. Однако у больных с гипотонией на почве вегетативно-сосудистой дистонии, дисэнцефалита или климактерического состояния препарат может вызвать извращенную реакцию: снижение системного артериального давления или его резкое повышение со значительным ухудшением самочувствия. Н. Д. Герасимова (1970) применила препараты золотого корня для лечения 40 женщин с аменореей. У всех больных наряду с общим клиническим и гинекологическим обследованием определяли характер полового цикла по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, симптом «зрачка», феномен «карборизации», изучение цитологии влагалищных мазков, определение длины полости матки, гистологическое исследование соскоба эндометрия). Больным назначали экстракт родиолы по 5 — 8 капель 2 раза в день в течение 2 нед (или родозин по 1 мл внутримышечно в течение 10 дней). У большинства больных курс лечения повторяли 2—3, а в отдельных случаях 4 раза. У 25 больных, страдавших вторичной аменореей I степени, восстановился нормальный менстру-

альный цикл, базальная температура стала двухфазной. Отсутствовавший у большинства обследованных симптом «зрачка» появлялся на 8 — 9-й день и сохранялся до 16-го дня менструального цикла. Феномен «арборизации», не обнаруживавшийся до лечения, после лечения родиолой отчетливо выявился. Длина полости матки ни у одной женщины до лечения не превышала 5,5 см, после лечения приобретала нормальные размеры (7 см). При гистологическом исследовании соскоба эндометрия после лечения в эпителии обнаруживалась отчетливая фаза секреции. Из этих 25 женщин у 11 наступила беременность. Среди 15 больных без улучшения после лечения препаратами родиолы у 11 женщин была вторичная аменорея II — III степени, у 2 — глубокий инфантилизм половой сферы и у 1 — ранний климакс.

При лечении препаратами золотого корня сексуальных расстройств у мужчин отмечается улучшение лабораторных показателей секрета предстательной железы (в частности, увеличение содержания в нем лецитиновых зерен) и повышение уровня 17 КС в моче.

Rp.: Extr. Rhodiolae fluidi 30 ml
D.S. По 5 — 10 капель за 15 — 30 мин до еды 1 — 2 раза в сутки в первой половине дня.

Препарат противопоказан при повышенной возбудимости, гипертонических кризах и лихорадочных состояниях.

7.4.1.2.1.7. Левзея сафлоровидная

Левзея сафлоровидная (большоголовник сафлоровидный) — травянистое растение [*Rhaponticum carthamoides* (Willd.) *Leuzea carthamoides* D. C.] семейства сложноцветковых. В Сибири это семейство известно под названием «маралова трава», а корень как «маралий корень». Из корневищ с корнями готовится спиртовой (на 70% этиловом спирте) экстракт (1 : 1) — *Extractum Leuzeae carthamoides fluidum*.

Экспериментальное и клиническое изучение препарата посвящено как общестимулирующему действию, так и специфическому влиянию его на половую сферу [Васильев Т. П., 1961]. По сравнению с другими адаптогенами левзее свойственно выраженное действие на процессы регенерации крови: при экспериментальном малокровии влияние экстракта левзеи, по данным Р. А. Пичуриной (1961), начинало проявляться с 5—6-го дня, и нормализация показателей наступала к 12 — 14-му дню.

Оптимальная стимулирующая доза — 40 капель, длительность действия после однократного введения — 5 ч; тонизирующая доза — 20—30 капель.

Rp.: Extr. Leuzeae fluidi 40 ml
D.S. По 20—30 капель перед едой в первой половине дня.

7.4.1.2.1.8. Стеркулия платанолистная

Как стимулирующее и тонизирующее средство выпускается настойка (1 : 5) на 70% этиловом спирте из растения *Sterculia platanifolia* семейства стеркулиевых.

Rp T-rae sterculiae 25 ml
D.S По 10—20 капель перед едой в первой половине дня.

7.4.1.2.1.9. Пантокрин

Пантокрин — наиболее распространенный адаптоген животного происхождения; жидкий спиртовой экстракт (на 50% этиловом спирте) из пант (молодых неокостеневших рогов) марала, изюбря и пятнистого оленя; используют в качестве тонизирующего средства.

А. С. Тэви (1969), установив способность пантокрина задерживать атрофию семенных пузырьков кастрированных мышей и крыс, пришел к заключению, что объяснить это действие исключительно содержащимися в пантах половыми гормонами нельзя. Обобщая свои эксперименты по воздействию пантокринном на различные органы и системы, автор сделал вывод о преимущественном действии препарата через периферические окончания парасимпатической нервной системы. В гинекологической практике, по данным Е. М. Шварцман и А. М. Межбовского (1936), наибольший лечебный эффект получен при преклимактерических и климактерических вегетативных и овариально-менструальных дисфункциях; большинство больных в этих наблюдениях прослежено в течение 2—4 мес после окончания курса лечения пантокринном. В ряде случаев повышалось либидо и восстанавливалась правильная цикличность менструаций, что авторы связывают с влиянием пантокрина на общее состояние организма. Л. Л. Клаф (1936) также констатировал, что действие пантокрина после окончания курса лечения продолжается не менее 1,5 мес.

По наблюдениям Р. А. Ткачева и М. Б. Цукер (1936), эффект от приема пантокрина по 45 капель 2 раза в день обнаруживается по истечении 6—8 дней и достигает максимума на 3—4-й неделе. Однако, по данным З. В. Вайденшнура и Д. Е. Рывкиной (1936), частые повторные введения пантокрина ослабляют и даже полностью угнетают реакцию организма на этот препарат. Сравнительные данные по эффективности пантокрина и других адаптогенов содержатся в работе М. В. Фарутиной (1951).

Препарат противопоказан при выраженном атеросклерозе, органических заболеваниях сердца, стенокардии, повышенной свертываемости крови, тяжелых формах нефрита и диарее.

Rp. Pantocrini 50 ml
D S По 30 капель 2 раза в день

Rp. Pantocrini 1 ml
D t.d N 6 in amp
S По 1 мл 1 раз в день подкожно.

Rp. Tab. Pantocrini 0,15
D t.d N. 20
S. По 1 таблетке 2 раза в день.

7.4.1.2.1.10. Маточное (пчелиное) молочко, апилак *

Маточное молочко является секретом фаринголабиальных желез молодых (7 — 14-дневных) медоносных пчел и служит пищей маточных личинок (но не рабочих пчел). В некоторых странах его называют королевским желе (la gelée royale). Разносторонняя биологическая активность маточного молочка обусловлена его сложным химическим

* Автор раздела Ю. А. Борисенко

составом. Содержащиеся в маточном молочке микроэлементы и витамины входят в состав разнообразных катализаторов и ферментных систем. В нем представлены почти все вещества, необходимые для строения и функционирования любого живого организма: белки, жиры, углеводы, витамины, аминокислоты, ферменты, жирные кислоты и гормоноподобные вещества. Из микроэлементов маточного молочка очень важное значение для нормальной жизнедеятельности человеческого организма, его сексуальной и генеративной функций имеет цинк, значительное количество которого, обнаружено в гипофизе, половых железах, эякуляте [Войнар А. А., 1953]. Цинк играет важную роль в обеспечении половых функций и процесса оплодотворения как у животных, так и у человека. При недостаточности его в суточном рационе у крыс возникают дегенеративные изменения в половых железах, а также уменьшение объема семенной плазмы в придатках [Millar M. и др., 1958]. Цинк усиливает активность гонадотропных гормонов, а также фолликулина и тестостерона. В частности, добавление солей цинка к гонадотропному гормону гипофиза усиливает его эффект в 40—50 раз [Бернштейн Ф. Я., 1947]. При нехватке цинка уменьшается образование тестостерона и гонадотропина. Показано, что средние показатели содержания цинка в крови мужчин с расстройствами сперматогенеза снижены пропорционально глубине нарушения: в случаях олигозооспермии — 34,73 мг %, некроспермии — 26,12 мг% и азооспермии — 17,5 мг% при норме 67,9 мг% [Борисенко Ю. А., 1964].

Терапевтическая эффективность маточного молочка объясняется также тем, что оно содержит вещества типа биокатализаторов. Так, по данным С. Младенова (1971), масса маточной личинки, питающейся маточным молочком, увеличивается за 5 — 6 дней в 3000 раз, а личинки рабочей пчелы — только в 1500 раз. Прием внутрь 50 мг апилака повышает основной обмен у человека в течение первого получаса на 24%. Считается, что апилак стимулирует кору надпочечников, интенсифицируя в ней синтез стероидов, в частности минералокортикоидов [Никулин А. А. и др., 1976].

Ю. А. Борисенко и А. М. Волковский (1967) применили апилак (сухое вещество маточного молочка) по 0,01 г 3 раза в день сублингвально (50 — 75 таблеток на курс) больным с расстройствами нейрогуморальной и психической составляющих копулятивного цикла. После лечения была отмечена нормализация или значительное улучшение их состояния.

Поскольку маточное молочко с успехом применяют при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (стенокардия, атеросклероз, гипертоническая болезнь в сочетании со спазмами мозговых сосудов и т. д.), его целесообразно назначать пожилым сексологическим больным с этими сопутствующими заболеваниями.

При лечении нативное маточное молочко смешивают с натуральным пчелиным медом (1 г молочка на 100 г меда) и принимают по половине чайной ложки (приблизительно 50 мг молочка), задерживая мед во рту до рассасывания. На курс лечения можно использовать 1 — 5 г маточного молочка. Е. Б. Несмеянова и Н. П. Иойриш (1971) рекомендуют принимать маточное молочко в спиртовом растворе (1 часть маточного молочка на 20 частей 45% этилового спирта) по 5 — 10 капель 4 раза в день за 1 ч до еды. За рубежом маточное молочко вводят подкожно или внутримышечно. Внутривенное вливание опасно в связи с возможностью развития коллатоидного состояния. В СССР апилак применяют в виде таблеток по 0,01 г, которые назначают сублингвально.

Противопоказанием к применению маточного молочка и его

препаратов являются идиосинкразия к ним, болезнь Аддисона, заболевания надпочечников и острые инфекционные заболевания. Препараты маточного молочка принимают последний раз не позднее 18 ч, чтобы не вызвать бессонницу.

7.4.1.2.2. Общие механизмы действия адаптогенов

Разнообразие патогенетических механизмов сексуальных расстройств требует различных терапевтических средств. Сексопатолог должен располагать широким набором адаптогенов, знать их различия и общие для всей группы механизмы действия. К тому же вследствие индивидуальных особенностей реагирования организма больного врач никогда не может предугадать все основные и побочные реакции на одно и то же медикаментозное средство.

И. И. Брехман, И. В. Дардымов и Ю. И. Добряков (1946) доказали ускорение развития придаточных половых желез (семенные пузырьки и предстательная железа) у инфантильных самцов мышей под влиянием панаксозидов. Такое же «гонадотропное» действие обнаружилось у элеутерококка: его экстракт приближал течку у неполовозрелых самок мышей, а при введении неполовозрелым самцам мышей экстракта из корней или листьев элеутерококка в течение месяца масса семенных пузырьков у них, по И. Я. Кунцман (1966), превышала таковую у контрольных животных почти в 2 раза. Однако механизм действия гликозидов не аналогичен истинному гонадотропному действию гормонов аденогипофиза. Это подтверждают данные об отсутствии гонадотропного эффекта при применении экстрактов женьшеня в опытах с животными, достигшими половой зрелости. И. В. Дардымов (1976) показал, что элеутерозиды утрачивают гонадотропный эффект и практически не действуют на неизменном фоне, т. е. на завершившем пубертатное развитие здоровых животных. При двусторонней кастрации введение элеутерозидов тоже не препятствовало атрофии вспомогательных половых желез. Следовательно, гликозиды женьшеня и элеутерококка не действуют ни на гонады здоровых зрелых самцов мышей, ни на животных, подвергнутых двусторонней кастрации. В последнем варианте фон изменен слишком глубоко и непоправимо (единственной адекватной моделью в этих случаях является заместительная терапия).

Приведенные данные позволяют сформулировать основное условие лечения адаптогенами: для биологического действия гликозидов (в частности, «гонадотропного») необходимо, чтобы половая функция была не только патологически измененной, но и способной восстанавливаться до нормы. И. В. Дардымов (1976) поставил опыт с односторонней кастрацией взрослых самцов мышей, поскольку удаление одного семенника вызывает меньшую атрофию семенных пузырьков, чем полная кастрация. В этом варианте 5-дневное введение суммарных элеутерозидов полностью восстановило и массу вспомогательных половых желез, и нормальное содержание в них РНК.

На основании биохимических и других исследований можно сделать вывод, что адаптогены не являются допингами, «посягающими» на резервы, предназначенные для экстремальных ситуаций. В этом смысле они резко отличаются от стимуляторов типа фенамина и пиридролла. Повышение работоспособности, вызываемое адаптогенами, главным образом обеспечивают их гликозиды, которые не

только стимулируют работоспособность, но и регулируют энергетическое обеспечение и пластическое восстановление повышенной мышечной активности. Возрастание интенсивности и эффективности мышечной работы под влиянием адаптогенов носит характер, сходный с состоянием тренированности, и не сопровождается отрицательным последствием.

При любой функциональной активности, в том числе при мышечной, энергия расходуется как на собственно двигательную деятельность, так и на обеспечение пластических функций — биосинтез белков и нуклеиновых кислот. При этом энергетическое обеспечение играет роль регулятора функциональной активности различных систем организма: направление энергетических ресурсов на обеспечение наиболее важных в данный момент функций автоматически тормозит менее важные. Возможность одновременного обеспечения широкого круга физиологических функций определяется доступным организму уровнем энергетического обмена, который в свою очередь зависит от мощности ферментных систем. Так, биохимическую основу мышечной деятельности организма составляет именно «ферментативная адаптация» к ней, которая расширяет «узкие места» метаболизма путем увеличения быстромобилизуемого энергетического потенциала, достаточного и для мышечной работы, и для синтетических процессов.

Адаптация организма осуществляется регулированием соотношений «поступающей» и «выходящей» энергии, и совершенство системы (организма) оценивается по затратам: чем меньше энергии расходуется на поддержание какой-либо константы при внешних возмущениях, тем выше ее адаптационный уровень [Казначеев В. П., Субботин М. Я., 1971].

С известной долей условности выделяют и даже противопоставляют адаптацию патологическую и физиологическую. Под последней подразумевают такие формы существования, при которых все физиологические функции обеспечиваются сбалансированными энерготратами без включения стрессовых реакций. Однако в зависимости от состояния организма (его тренированности) у одного человека даже очень быстрая ходьба может обеспечиваться энергией без активации коры надпочечников, а у другого стресс вызывается простым переходом из лежачего в сидячее положение. Возможности к приобретению высокой физиологической адаптации ограничиваются генетическими, наследственными рамками, а реальный ее «потолок» определяется индивидуальной тренированностью.

При нагрузках, превышающих возможности физиологической адаптации индивидуума, совершается переход из зоны физиологической адаптации в зону общей адаптационной реакции (ОАР), что при систематических дозированных повторениях тренирует организм и укрепляет его устойчивость к вредным воздействиям окружающей среды. После прекращения стресса, на выходе из ОАР, происходит восстановление и даже сверхвосстановление израсходованных энергетических и пластических резервов. Эта особенность используется в спорте при выборе режима тренировок: оптимальный тренировочный режим предусматривает начало очередной тренировки на пике суперкомпенсации. Если тренировки слишком часты и организм не успевает компенсировать прежние затраты, наступает снижение его функционального уровня. То же происходит при адаптации организма к широкому спектру стрессорных воздействий окружающей среды (рис. 30).

Повышение неспецифической сопротивляемости с помощью адаптогенов связано с нарастанием физиологической адаптации путем быстрой мобилизации энергии и ее восстановления еще до

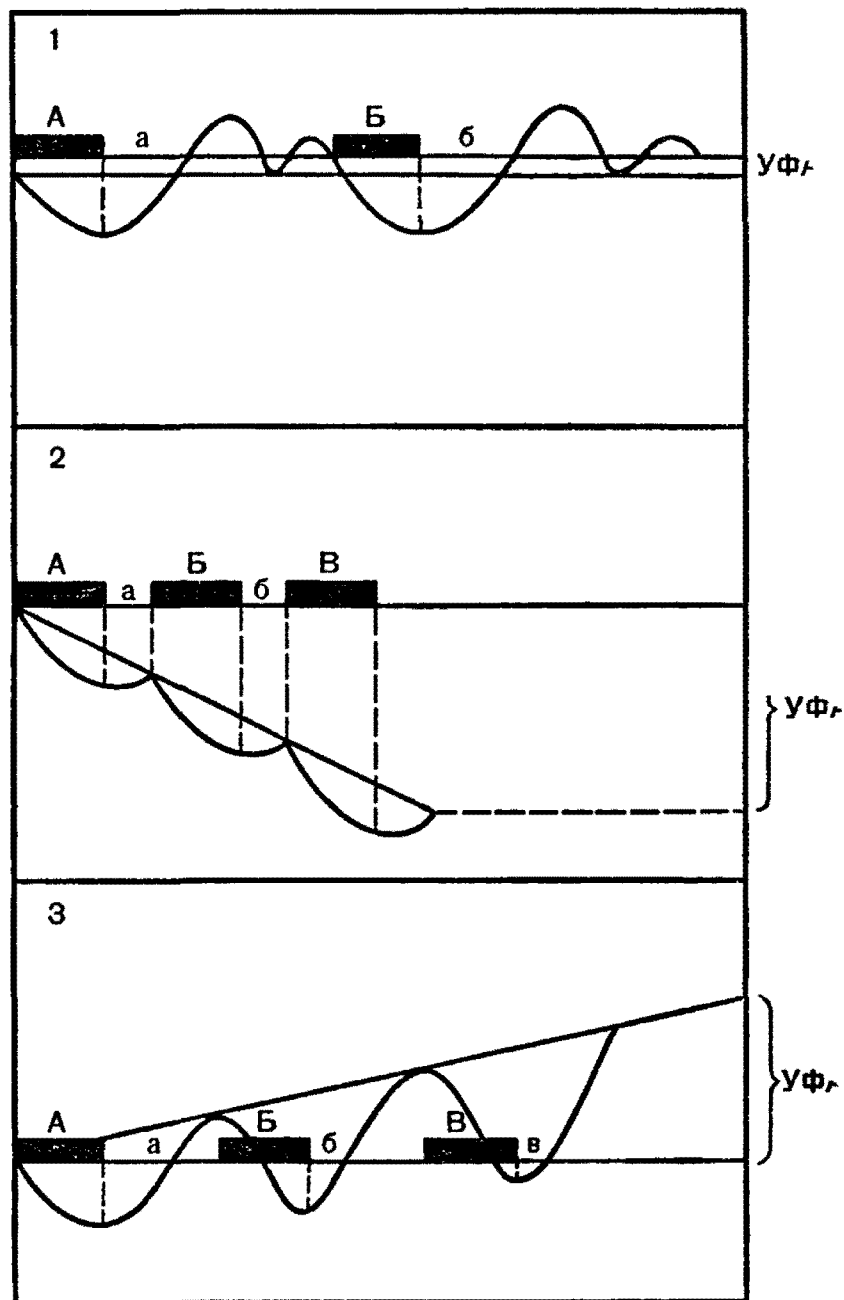


Рис. 30. Влияние стрессорного воздействия одинаковой длительности при различных интервалах на уровень физиологической адаптации (УФА) [Яковлев Н. Н., 1955].

1 — действие нового стрессора на фоне полного восстановления относительно предыдущего, УФА остался прежним; 2 — действие повторного стрессора на фоне неполного восстановления относительно предыдущего, УФА снизился; 3 — последующие стрессоры действуют в период гиперкомпенсации, УФА увеличился; А, Б, В — стрессорные воздействия; а, б, в — отдых.

включения ОАР (стресса). В связи с этим становится понятным уменьшение стресс-реакции организма под влиянием адаптогенов без снижения его резистентности. Другими словами, неспецифическая сопротивляемость энергетически обеспечивается либо повышением физиологической адаптации, либо стрессовыми реакциями.

Однако физиологическая адаптация черпает энергию извне, а потому она энергетически более выгодна для организма, чем ОАГ. При возрастании стрессорного воздействия приток энергии и пластического материала, поддерживающий необходимый уровень физио-

логической адаптации (УФА), начинает отставать от увеличившихся расходов энергии, что вызывает ОАР и выход энергии из внутренних резервов организма. В обычных условиях организму хватает энергетического и пластического материала, поступающего с пищей; и мощности ферментных систем, которыми он располагает (если его деятельность не превышает УФА). У нетренированного организма этот предел сравнительно невысок и во много раз ниже ОАР. У спортсменов УФА возрастает не только к мышечной нагрузке, но и к другим воздействиям. Н. В. Лазарев (1962) назвал подобное изменение УФА *состоянием неспецифически повышенной сопротивляемости* и предположил, что повышение неспецифической резистентности путем тренировки или закаливания и ее увеличение посредством биологически активных веществ (в частности, адаптогенов) имеют много общего. В. Я. Русин (1969) подтвердил это многочисленными экспериментами, а И. В. Дардымов (1976) показал, что гликозиды, подобно мышечной тренировке, усиливают мощность «медленной», но более экономичной ферментной системы, расширяя ее диапазон и тем самым увеличивая поток энергии по гликолитическому и аэробному пути.

Таким образом, биологическое действие адаптогенов осуществляется непосредственно в функционирующих тканях, и гликозиды, переводя биохимические реакции на более экономичные пути, как бы прибавляют организму энергию до уровня, необходимого для его функциональной активности и обеспечения пластических процессов. Роль же центральной нервной системы и эндокринных желез в фармакодинамике адаптогенов вторичная, опосредованная.

Аналогичными свойствами обладает *янтарная кислота* — естественный метаболит, который «с высокой эффективностью поддерживает компенсаторные процессы в организме, восстанавливающие исходное состояние при деятельности или при патологии» [Франк Г. М., 1976]. Основной механизм ее действия — обратный перенос электронов, играющих ключевую роль в формировании «восстановительных эквивалентов» аппарата митохондрий. Это свойство янтарной кислоты используют для интенсификации восстановительного периода у спортсменов, а также для снятия послетренировочного и связанного с различными патологическими состояниями ацидоза.

Анализируя механизмы действия янтарной кислоты, М. Н. Кондрашова (1971, 1975) отмечает, что создаваемая янтарной кислотой биохимическая поддержка из внутренней среды может обеспечить суперкомпенсацию всех систем организма, а благотворное действие обусловлено энергизирующим влиянием на перевозбужденные центральные регуляторные образования, в первую очередь гипоталамуса и надпочечников [Дильман В. М. и др., 1976]. В экспериментах на умеренно ослабленных животных (крысах-отъемышах весенних генераций) янтарная кислота приводит к выраженному снижению разброса массы тела в опытных группах, поскольку слабые животные подтягиваются к уровню сильных. Митохондрии животных, подвергнутых патогенным воздействиям, обнаруживают ослабление энергетической регуляции [Кондрашова М. Н., 1975], они оказываются «хуже» митохондрий здоровых животных. Если же это сравнение проводится после обогащения среды энергизирующими добавками (янтарная кислота, АТФ, восстановленный глутатион, глутамат и т. д.), то группы меняются местами, и те митохондрии, которые в обычной среде были «хуже», в среде энергизированной становятся «лучше» нормальных.

7.4.1.2.3. Адаптационные реакции организма и ступенчатый подбор доз

Одним из парадоксов сексологической фармакотерапии является то, что такие столь мощные средства, как адаптогены, способные восстановить и годами поддерживать половую активность при тяжелых поражениях нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла, подчас не дают эффекта даже при легких ее расстройствах. Этот парадокс зависит от дозировки препаратов. Трафаретное лечение «лошадиными» дозами, увеличиваемыми при отсутствии ожидаемого эффекта, у сексологических больных с поражением нейрогуморальной составляющей чаще приводит к своеобразной блокаде функций, снижая или исключая лечебный эффект препарата. Фармакологи давно отметили и терминологически обозначили эти диапазоны ареактивности организма как «нейтральную зону» [Кравков Н. П., 1926], «зону бездействия вещества» [Венчиков А. И., 1962] и т. д. В наше время данные наблюдения объясняются учением о специфических и общих, типовых реакциях организма на внешнее (не только медикаментозное) воздействие. Сексопатологу необходимо знать основные положения этого учения.

Советский патофизиолог А. Д. Сперанский показал (1935), что различные физические (в частности, температурные), химические и биологические (в частности, инфекционные) воздействия вызывают независимо от специфики патогенного агента довольно однотипные симптомы. Канадский патолог Н. Selye (1960) разработал учение о стрессе с характерным комплексом защитных реакций организма (так называемый общий адаптационный синдром), развивающихся при любых сильных воздействиях. В адаптационном синдроме различают стадии *тревоги* (мобилизация защитных сил), *резистентности* (приспособление к трудной ситуации) и *истощения* (при сильном и длительном стрессе). Стадию тревоги характеризуют уменьшение тимуса, лимфопения, стимуляция секреции АКТГ гипофизом, приводящая к повышению уровня глюкокортикоидных гормонов коры надпочечников в крови, секреция минералокортикоидных гормонов при этом угнетена, так же как и деятельность щитовидной и половых желез. В стадии резистентности отмечается некоторая нормализация деятельности желез внутренней секреции и тимико-лимфатической системы, а иногда даже повышение функциональной активности желез (в том числе половых), которые были угнетены в первой стадии стресса.

Эндокринные сдвиги в стадии тревоги, приводящие к подавлению защитных систем организма, проявляются в том, что глюкокортикоиды в больших количествах угнетают тимус, лимфатические железы, производство лимфоцитов и иммунные системы; секреция минералокортикоидных гормонов, которые оказывают противоположное действие на защитные системы, в стадии тревоги угнетена. Однако эти изменения биологически целесообразны, так как защитный ответ, адекватный большой силе раздражителя, мог бы привести организм к гибели. Если бы, например, не развивалась иммунодепрессия, то при стрессе в условиях повреждения тканей могли бы возникать аутоиммунные заболевания [Дильман В. М., 1969]. В связи с этим в ответ на действие очень сильного раздражителя активность основных защитных систем не нарастает, а, напротив, подавляется. В стадии тревоги развивается запредельное торможение, при котором чувствительность центральных нервных аппаратов

снижается, и благодаря этому другие сильные воздействия воспринимаются уже как слабые и средние раздражители, т. е. устойчивость организма повышается. Этим и объясняется развитие стадии резистентности вслед за стадией тревоги, т. е. на фоне угнетения защитных сил организма без каких-либо дополнительных воздействий. Поскольку, однако, стадия резистентности может наступать только после стадии тревоги, протекающей с большими энергетическими затратами, элементами повреждения и угнетения защитных сил организма, повышение резистентности при стрессе достигается, по словам Селье (1972), дорогой ценой.

П. Д. Горизонтов и Т. Н. Протасова (1968) полагают, что Селье без достаточных оснований придает понятию стресса слишком универсальное значение, включая в него все неспецифические реакции организма. И. А. Аршавский (1976) считает стресс, описанный Селье, «патологическим» и говорит о необходимости выделить «физиологический стресс». Необходимо учитывать, что при стрессе наряду с элементами защиты имеются и элементы повреждения. Понятно, что приспособляться ценой повреждения целесообразно лишь к очень сильному раздражителю, который может угрожать жизни. По отношению к средним или слабым раздражителям подобный путь приспособления биологически нецелесообразен и поэтому не мог закрепиться в процессе эволюции. Л. Х. Гаркави, М. А. Уколова и Е. Б. Квакина (1977), исследовав реакции организма на различные по дозам и характеру внешние воздействия — физические (в частности, постоянные и переменные магнитные поля), химические (углекислый газ), медикаментозные, а также локальное электрическое раздражение через вживленные в мозг электроды, предложили оригинальную концепцию об адаптационных реакциях организма на слабые и средней силы внешние воздействия. По этой концепции наряду со стрессовыми (на сильные раздражители) существуют также неспецифические типовые реакции организма: на слабые раздражители — *реакция тренировки*; на раздражители средней силы — *реакция активации*. В свою очередь в реакциях тренировки и активации выделяют определенные стадии. Реакция тренировки подразделяется на стадии *ориентировки, перестройки и тренированности*.

Каков биологический смысл реакции тренировки и ее стадий? В природе и повседневной жизни действует множество слабых раздражителей, на которые, поскольку они не угрожают жизни, целесообразно было бы вовсе не реагировать. Однако организм должен вначале проанализировать, убедиться в том, что это действительно слабый раздражитель, т. е. должен сориентироваться, и «на всякий случай» привести свои защитные системы в состояние боевой готовности. Изменения, происходящие в организме в стадии ориентировки, во многом противоположны изменениям стадии тревоги при стрессе: тимус не только не уменьшается, но даже увеличен, гонадотропная активность гипофиза повышается, что говорит об умеренной активизации половых желез; признаки угнетения сперматогенеза отсутствуют.

В диэнцефальном отделе ЦНС, контролирующем развитие любой адаптационной реакции, в стадии ориентировки преобладает торможение. Так, согласно ряду наблюдений, возбудимость нервных структур гипоталамуса снижалась на $32 \pm 4\%$ по сравнению с исходной [Квакина Е. Б., 1972, и др.], а в ЭЭГ отмечалось увеличение числа медленных волн (дельта-волны), что соответствует представлениям П. В. Симонова (1962) о развитии в ЦНС при действии слабого

стимула превентивного торможения. Если действующий фактор остается в дальнейшем таким же слабым, то организм перестает на него реагировать. Таким образом, организм защищен от действия малых раздражений первичным охранительным торможением, а от перераздражения и истощения — вторичным запредельным торможением.

Для поддержания в организме реакции тренировки необходимо каждый день немного повышать интенсивность раздражителя, чтобы он снова достиг минимальной величины, вызывающей общую реакцию организма. При этом условии развивается следующая стадия реакции тренировки — *стадия перестройки*. Ее сущность заключается в постепенном снижении секреции глюкокортикоидных гормонов до нормы, сочетающемся с повышением секреции минералокортикоидных гормонов. Активность тимико-лимфатической системы и системы соединительной ткани при этом также повышается. Таким образом, активность защитных систем организма под влиянием каждодневных целенаправленных тренировочных воздействий постепенно нарастает. В связи с установлением оптимального обменного баланса, характеризуемого минимальными затратами энергии и пластического материала (аминокислоты, белки), постепенно (через месяц и более) развивается *стадия тренированности*.

Таким образом, систематическое воздействие слабых, но постепенно нарастающих раздражителей повышает активность защитных систем, устойчивость к повреждающим факторам. При этом особенно важно то, что повышается устойчивость не только к применявшемуся воздействию (физическому, биологическому, медикаментозному), но и к другим. Эту закономерность подтверждают и данные о повышении противоопухолевой резистентности [Уколова М. А., 1963].

Еще более действенной оказывается адаптационная реакция организма на раздражители средней силы — *реакция активации*. При средних раздражителях, которые не настолько сильны, чтобы было целесообразно подавлять защитные реакции, и вместе с тем не настолько слабы, чтобы можно было их игнорировать, адекватный ответ — быстрое повышение активности защитных систем. Первая стадия — *стадия первичной активации*, как и первые стадии реакций тренировки и стресса, формируется через 6 ч и держится 48 ч после воздействия. При этом минералокортикоидная функция коры надпочечников преобладает над глюкокортикоидной, умеренно повышается активность половых желез (несколько увеличивается продолжительность активных фаз полового цикла, активизируется гонадотропная функция гипофиза, в семенниках — разная степень активации сперматогенеза), возбудимость нервных структур гипоталамуса возрастает на 20—35% по сравнению с исходной. В целом повышается активная резистентность организма, но не путем торможения и снижения чувствительности, а путем нарастания активности защитных сил.

При систематическом повторении раздражений средней силы развивается *стадия стойкой активации*, при которой повышенная активная резистентность становится стабильной и может сохраняться после прекращения воздействий (от 1—2 нед до 6 мес).

Таким образом, в определении типовых физиологических ответов организма на внешние раздражители недостаточно ориентироваться только на их величину, рассматривая ответ организма как пассивное следствие воздействия извне. Характер ответа во многом определяется состоянием самого организма, и существо этих раз-

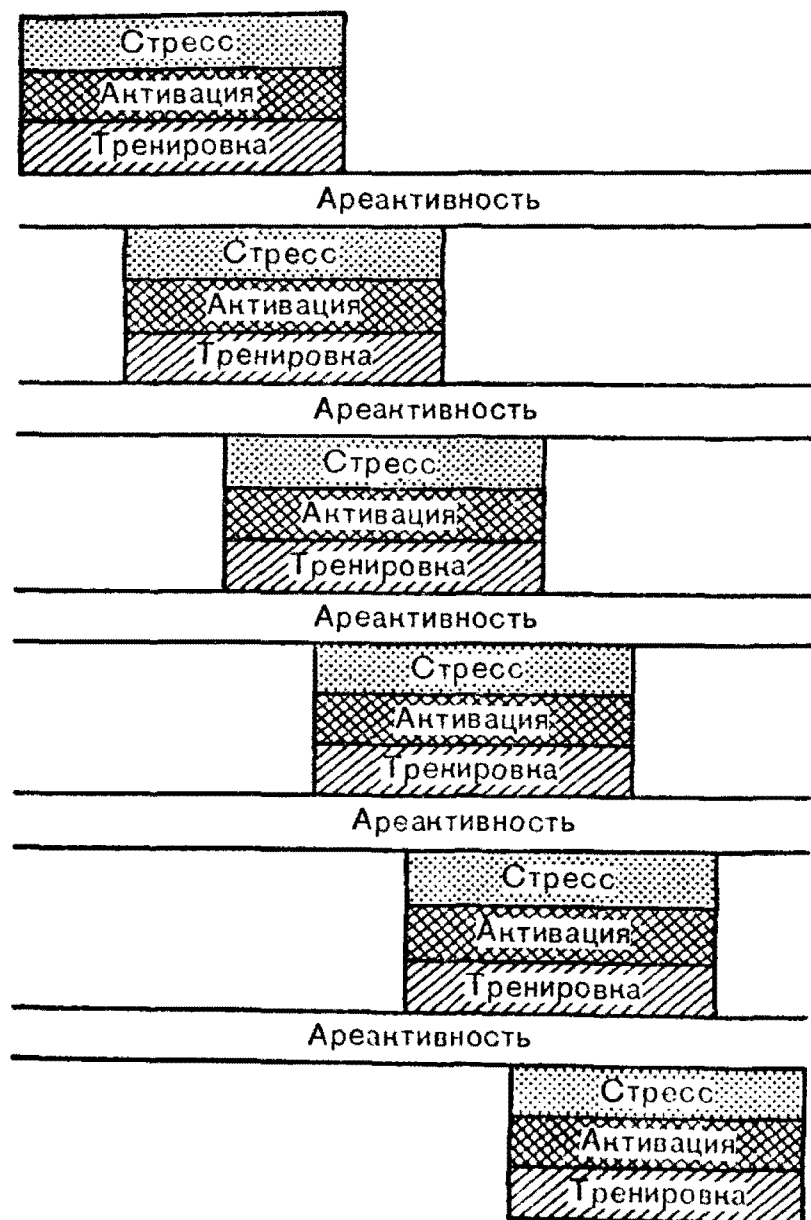


Рис. 31 Периодическая смена триад адапционных реакций (тренировки, активации, стресса), разделенных зонами ареактивности [Гаркави Д. Х. и др., 1977]

личий связано отнюдь не с видовыми особенностями: в организме существуют различные уровни реагирования («этажи»), для каждого из которых закономерны четкие количественно-качественные отношения: слабые для данного уровня раздражители вызывают реакцию тренировки, средние — реакцию активации, сильные — стресс.

Экспериментально обнаружено около 10 таких уровней реагирования. Применение раздражителей, превышающих максимальную (стрессорную) для данного «этажа» интенсивность, приводит к отключению этого уровня и переходу на следующий «этаж», в пределах которого раздражители в свою очередь также различаются в соответствии с их силой, однако здесь соотношения абсолютных и относительных параметров оказываются совершенно иными: слабый раздражитель для последующего диапазона (уровня) значительно превышает величину сильного раздражителя предыдущего этажа (рис. 31). Таким образом, сила раздражителя относительна, причем эта относительность связана не с разной видовой

или врожденно-индивидуальной чувствительностью, а с различными уровнями реактивности данного организма. Реакция развивается даже не на раздражитель, а на его увеличение.

Оказалось, что между стрессом предыдущего уровня и тренировкой следующего лежит своеобразная зона *ареактивности* (см. рис. 31). Раздражитель меньше слабого, тренировочного, перестает вызывать какие-либо изменения, становясь как бы подпороговым. Однако сколько-нибудь заметные изменения отсутствуют и при действии раздражителя большего, чем стрессорный для данного уровня. Таким образом, зона ареактивности закономерно повторяется между всеми триадами адаптационных реакций различных уровней (см. рис. 31) и периодичность приспособительных реакций организма закономерна. Изучение количественных соотношений силы (дозы) воздействия показало, что независимо от их исходного уровня для получения каждой следующей реакции предыдущую дозу нужно увеличить, умножив на один и тот же коэффициент («шаг» между реакциями и зоной ареактивности). У здоровых людей этот коэффициент чаще равен 1,5, но может доходить до 1,9. При старении и у больных, особенно тяжелобольных, коэффициент уменьшается до 1,2. Учение об адаптационных реакциях позволяет объяснить механизм действия на организм очень слабых раздражителей. Биологическая активность очень малых доз (на примере брома и кофеина) подчеркивалась И. П. Павловым (1954). Он писал, что не подлежит никакому сомнению то, что дозировка имеет гораздо большее значение «вниз, чем вверх» и «вся штука в варьировании дозировки вниз.; к несчастью всех больных и всех врачей, это не было учтено, что надо «не вверх, а вниз»; это была бы грубая ошибка, если бы вместо уменьшения дозы ее бы увеличивали., мы должны обратить внимание на строгую дозировку — уменьшать дозу, а не увеличивать». В. Петков (1974) указывает на активность адреналина в дозах, в 1000—10 000 раз меньших, чем общепринятые терапевтические. Именно развитием адаптационных реакций на нижних уровнях («этажах») реагирования объясняется механизм действия веществ в дозах, приближающихся к гомеопатическим.

7.5. Расстройства нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла

7.5.1. Первично-сексологические плюрагландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей

В данный раздел включены синдромы, принципиально отличающиеся от других расстройств нейрогуморальной составляющей следующими особенностями:

1) первичностью сексологической симптоматики. В противоположность поражениям субкортикальных мозговых структур, гипофиза, надпочечников, щитовидной железы, инсулярного аппарата и функций печени, при которых лишь часть больных на определенных стадиях основного заболевания предъявляют сексологические жалобы, при рассматриваемой в данном разделе патологии сексуальные нарушения являются главными; исключение составляют

синдромы, характеризующиеся поражением половых желез, хотя и в этих случаях у многих больных (в частности, с синдромами постпубертатного поражения гонад, Клайнфелтера, Паскуалини) указанные жалобы либо не выступают на первый план, либо больные вообще не осознают сексуальной патологии;

2) диффузностью и размытостью топикки. У большинства больных выявляются симптомы (как правило, маловыраженные), свидетельствующие о поражении нескольких мозговых структур и эндокринных образований. При рассматриваемых в данном разделе синдромах даже современные приемы неврологической и эндокринной диагностики не позволяют ограничить поражение одним четко локализованным участком, в связи с чем эти синдромы объединяются в группу плюригландулярных.

7.5.1.1. Синдромы нарушений темпа пубертатного развития

7.5.1.1.1. Преждевременное пубертатное развитие

Синдром преждевременного (ускоренного) пубертатного развития (ППР) при всей его относительной редкости — один из наиболее легких для диагностики. Он проявляется ранним развитием бесспорных признаков полового созревания. Так, в 1978 г. было описано наблюдение за девочкой, у которой в 2 года начались менструации, в 8,5 лет она стала матерью. М. Я. Милославский и соавт. (1964) наблюдали девочку, у которой первые кровянистые выделения из влагалища появились на 3-й день жизни и регулярно повторялись с 4-недельными интервалами на протяжении первых 13 мес. К началу 2-го года у нее заметно увеличились молочные железы и появилась растительность на лобке. В возрасте 2 лет 7 мес молочные железы «соответствуют таковым у 13—14-летней девочки; волосистость на лобке и больших губах сильно развита, наружные половые органы по своему развитию также соответствуют таковым у 13—14-летней девочки. При ректальном исследовании определена матка, размеры которой соответствуют таковой у 13—14-летней девочки». В связи с тем что нейрохирургическое, психиатрическое и неврологическое обследование исключило опухоль надпочечников и церебральную патологию, был постановлен диагноз «конституциональная форма сверхраннего полового развития».

ППР чаще бывает у девочек. К ППР принято относить выявление признаков полового созревания до пубертатного возраста: у девочек до 8 лет и у мальчиков до 10 лет.

В этиологии ППР наибольшее значение придается инфекционно-токсическим воздействиям, травмам, опухолям и наследственным факторам.

Считают, что в основе патогенеза большинства форм истинного ускорения пубертатного развития лежит преждевременное прекращение тормозящего действия гипоталамуса на переднюю долю гипофиза, в результате чего она начинает секретировать гонадотропные гормоны, которые в свою очередь вызывают активизацию гонад, продуцирующих периферические половые гормоны. Повышение уровня гонадотропинов при ППР у обоих полов было доказано как биологическим и иммунологическим, так и радиоиммунологическим методами — концентрации ФСГ и ЛГ у больных детей независимо от возраста соответствовали пубертатному пе-

риоду В свою очередь вслед за повышением уровней гонадотропинов повышалась концентрация тестостерона в плазме крови у мальчиков (эстрадиола у девочек) аналогично нормальному пубертатному возрасту

По Е. С. Тимаковой (1976), в основе патогенеза ППР церебрального происхождения чаще лежит раздражение или сдавление (т. е. ирритация) гипоталамуса и реже — его деструкция. Повышенная ранимость гипоталамуса при инфекционно-токсических процессах обуславливается его богатым кровоснабжением и близким расположением к ликворным путям [Кахана М. С., 1961, Гращенков Н. И., 1964]

Из различных классификаций клинических вариантов синдрома ППР для сексопатолога наиболее приемлема следующая [Жуковский М. А., 1971]

1) истинное ППР (*pubertas praecox vera*) а) конституциональная, или идиопатическая, форма, б) церебральная форма;

2) ложное ППР (*pseudopubertas praecox*) а) надпочечникового генеза, б) гонадного генеза, в) экзогенного (медикаментозного) генеза

Идентифицируя конституциональную (идиопатическую) форму М. А. Жуковский в то же время подчеркивает ее сходство с ускоренным пубертатным развитием церебрального генеза, допуская в части идиопатических вариантов нераспознанную подбугровую локализацию патологии. Наиболее важным в этой классификации является выделение и противопоставление истинного и ложного ППР. *Истинное ускорение пубертатного развития* наступает в результате преждевременной секреции гонадотропных гормонов гипофиза, и происходящие при этом изменения в системе гипоталамус — гипофиз — гонады соответствуют таковым при нормальном половом созревании. В этих случаях наблюдается половое развитие, имитирующее препубертатный и пубертатный периоды. Истинное ППР как у мальчиков, так и у девочек изосексуальное. В случаях *ложного ускорения пубертатного развития* преждевременной секреции гонадотропных гормонов не наступает, и чрезмерная продукция половых гормонов, выделяемых надпочечниками или опухолью гонад, не соответствует нормальному препубертатному или пубертатному периоду. Гонады остаются инфантильными и не функционируют. У девочек ложное ППР может быть гетеро- и изосексуальным, у мальчиков — только изосексуальным.

Понятие «конституциональное преждевременное половое развитие» обычно употребляют тогда, когда ППР наблюдается в нескольких поколениях без признаков поражения ЦНС. Название «конституциональное» было предложено Е. Novak (1944), который высказал предположение о хромосомной природе ППР. Однако данных, подтверждающих эту теорию, крайне мало. О наследственных формах ППР сообщили авторы, наблюдавшие семьи с ППР у мужчин в пяти поколениях [Jacobsen A и др., 1952] и семью с ППР у мальчиков в семи поколениях [Cloutier M., 1970]. Общая частота ППР выше у девочек, но конституциональное преждевременное развитие встречается главным образом у мальчиков — 1:4 [Hubble D., 1969].

Клиническая картина. Наиболее характерное проявление ППР — раннее формирование вторичных половых признаков (при внутриутробном поражении ЦНС — на первом году жизни или даже с момента рождения ребенка, при конституциональных формах — с 4–5 лет). У мальчиков увеличивается половой член

у девочек — происходит развитие молочных желез и появляются генитальные кровотечения, у детей обоего пола — выраженный рост волос на лобке и характерные изменения темпов роста, общей конфигурации тела и психической направленности.

Л. В. Бец (1970) констатировала увеличение полового члена и ускоренный рост яичек у всех обследованных ею мальчиков, лобковое оволосение — у 97% (при этом в 45% случаев — III и IV степени, характерные для взрослых мужчин) и выраженный рост волос на верхней губе — у 31% обследованных.

ППР у детей обычно сопровождается внезапным ускорением роста, которое часто бывает первым проявлением этого состояния, с последующей его преждевременной остановкой в результате быстрого закрытия диаэпифизарных зон роста, что в конечном счете ведет к низкорослости. К моменту закрытия зон роста обычно формируется соответственно женское или мужское телосложение. У многих детей, особенно у мальчиков, выявляются признаки гиперсексуальности. На фоне участвующих эрекций начинаются поллюции, мастурбаторные эпизоды, принимающие систематический характер, появляется специфическое влечение к детям противоположного (реже того же) пола.

При церебральной форме ППР у 84% больных [Тимакова Е. С., 1976] отмечена неврологическая резидуальная симптоматика: центральные парезы лицевого и подъязычного нервов, недостаточность конвергенции (в части случаев с косоглазием и диплопией), анизокория, гиперкинезы, менингеальные симптомы, патологические рефлексy. У части больных отмечались персистирующие гипертензионно-гидроцефальные нарушения (головные боли и тошнота, наиболее выраженные в утренние часы и усиливающиеся от жажды и духоты), признаки заинтересованности промежуточного мозга (булимия и полидипсия) и повышенная вегетативная лабильность.

В психическом статусе детей с церебральной формой заболевания обращают на себя внимание признаки органического психосиндрома, в первую очередь интеллектуальная недостаточность (снижение познавательной деятельности, слабость суждений, низкая способность к обобщениям, бедность словарного запаса, затруднения в элементарных счетных операциях). При этом топика церебрального поражения определяет нейродинамические расстройства, более интенсивные, чем основные признаки олигофрении. К этим нарушениям нейродинамики относятся интеллектуальная медлительность, пассивность, тугоподвижность, вязкость мышления и плохая переключаемость, которые иногда преобладают в психическом статусе и заставляют думать об олигофрении как о вторичном заболевании, в основе которого лежит апатико-абулический процесс (с выраженной аспонтанностью, отсутствием инициативы, побуждений, интересов). Обращают на себя внимание также своеобразная смазанность и тугоподвижность речи. Их происхождение, очевидно, следует связывать с массивностью мышечной системы артикуляционного аппарата, сочетаемой с незрелостью его иннервации. В пользу этого предположения свидетельствуют: 1) сходство указанных речевых расстройств с нарушением речи у детей с адреногенитальным синдромом; 2) большая выраженность этих расстройств среди мальчиков, у которых более развита мышечная масса; 3) корреляция выраженности данных речевых расстройств с интенсивностью развития мышечной массы и костно-лицевого скелета.

У некоторых детей при низком интеллекте наблюдаются склонность к рассуждательству, довольно сложные речевые штампы, хороший музыкальный слух; определяются признаки гидроцефалии в неврологическом статусе и на краниограммах. Эмоциональная сфера характеризуется либо преобладанием аффективной вялости, либо выраженной возбудимостью, взрывчатостью с агрессией и истероформными проявлениями. Иногда наблюдаются немотивированные аффективные расстройства, склонность к дисфорическим состояниям; в других случаях (в основном у девочек) может преобладать эфорический фон настроения с назойливостью, недостаточным чувством дистанции. Сочетание этих аффективных особенностей с отвлекаемостью и плохой концентрацией внимания позволяет предположить, что в подобных случаях поражаются также лобные доли коры головного мозга.

Нередки проявления своеобразной «взрослости» поведения с карикатурной солидной манерой держаться, склонностью к банальным сентенциям и гротескной взрослостью. Поведение и отношения с окружающими у таких детей связаны с их особым положением среди сверстников и внешним видом. Отношения усугубляются настороженностью окружающих в связи с нередкой сексуальной агрессивностью этих больных. Они оказываются в своеобразной изоляции, становятся замкнутыми, недоверчивыми. При невысоком культурном уровне семьи, недостаточном внимании к ребенку и ограниченности контактов со сверстниками углубляется задержка психического развития («педагогическая запущенность»). Таким образом, в своеобразном патологическом развитии личности больных с ППР значительную роль могут играть психотравмирующие и социальные факторы.

У ряда детей отмечаются контрастирующие с их соматическим обликом и большой физической силой церебральные явления (истощаемость при интеллектуальных и эмоциональных нагрузках), симптомы вегетативной дистонии (гипергидроз, повышение аппетита и жажда, вазомоторная лабильность, явления гиперактузии, плохая переносимость жары, духоты, нарушение терморегуляции в виде склонности к длительному субфебрилитету после инфекций). Возможны различные пароксизмальные состояния: вегетативные кризы, эпилептиформные припадки, приступы головных болей с головокружением, тошнотой, возникающие при перемене положения тела и сопровождающиеся ощущением давления в глазных яблоках. Эти симптомы свидетельствуют о нарушениях ликвородинамики.

В отличие от церебральной формы ППР, при которой преобладают задержки умственного развития, при конституциональной форме в большинстве случаев интеллект либо соответствует возрасту ребенка, либо даже опережает его, а при эндокринных формах интеллект чаще соответствует возрасту больных и лишь изредка снижен.

Диагностика ППР затруднений не вызывает и в большинстве случаев осуществляется на основании жалоб и данных первичного осмотра. Трудности возникают при идентификации конкретной клинической формы и установлении патогенеза расстройства. В таких случаях помогают параклинические методы, в том числе антропометрия, лабораторные исследования концентрации гормонов и их метаболитов, рентгенодиагностика (костный возраст, выявление признаков гидроцефалии и т. д.), а также ЭЭГ.

Л. В. Бец (1970), определяя морфологический тип по Ж. Декуру и Ж. Думику у групп мальчиков с ускоренным половым раз-

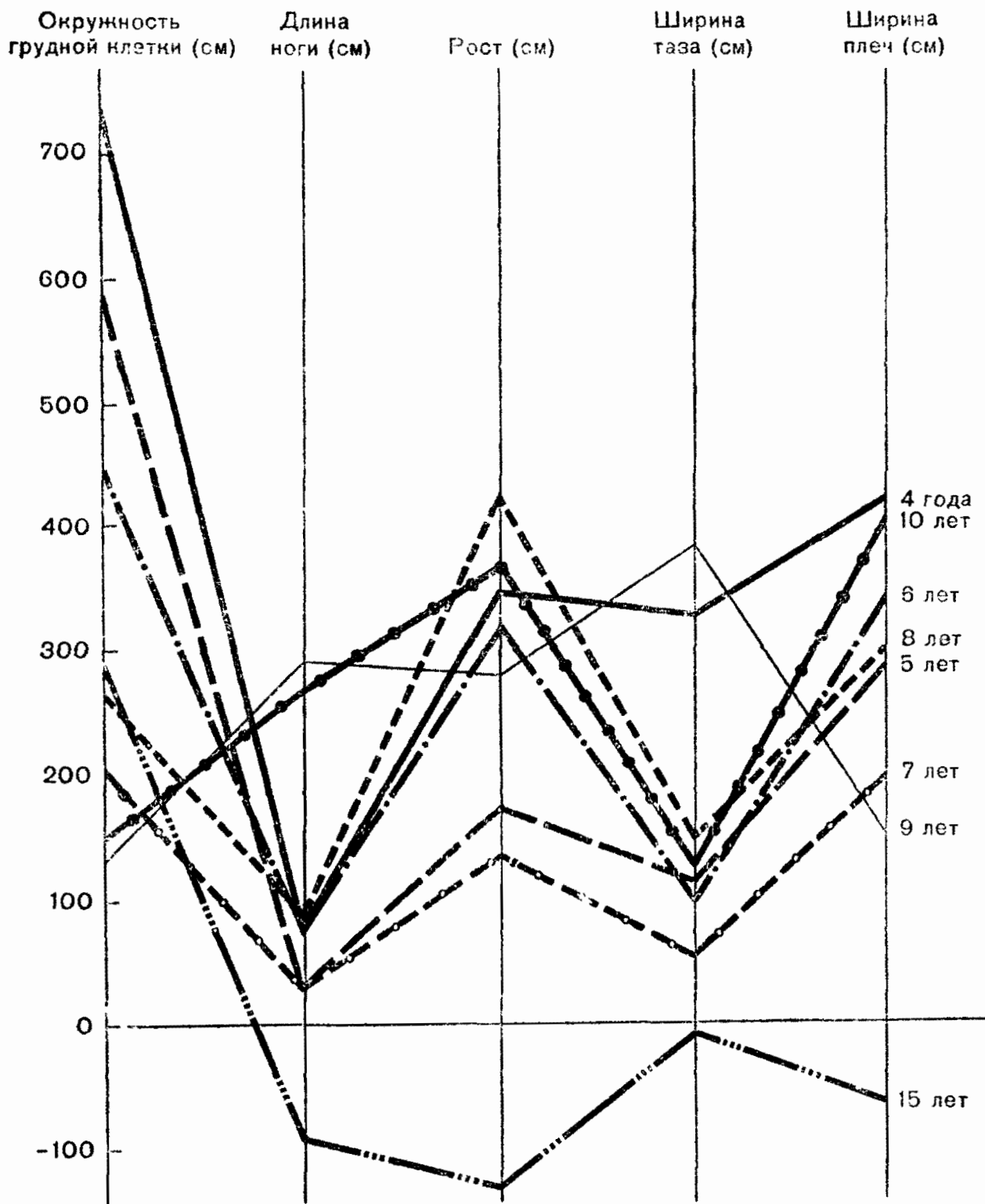


Рис. 32. Морфограммы мальчиков различного возраста с ускорением темпов пубертатного развития [Бец Л. В., 1977]. W-образная конфигурация морфограммы и акцентированный ТИ. По оси ординат — условные единицы по методике Ж. Декур и Ж. Думик (1950).

витием, выявила, что наиболее выраженные подъемы на графике («пики») соответствуют окружности грудной клетки, общей длине тела (росту) и плечевому диаметру, а наибольшие снижения — длине ноги и тазовому диаметру (рис. 32). У большинства детей — акцентированный ТИ и W-образная конфигурация морфограммы в противоположность M-образной конфигурации, характерной для

евнухоидизма Эта М-образная разновидность достаточно четко дифференцируется на рис. 32 у двух мальчиков из трех с наиболее поздними возрастными «рывками» (в 15 и 9 лет) Столь же характерно, что наименьший ТИ отмечен у детей 15, 10 и 9 лет.

Динамика выработки гонадотропных гормонов определяется тем, что в период полового созревания у мальчиков ФСГ содействует росту яичек, а ЛГ (ГСИК) стимулирует интерстициальные клетки Лейдига, которые вырабатывают андрогены Р Lee с соавт (1974) при определении ЛГ и ФСГ у мальчиков в пубертатном периоде выявили следующие закономерности: уровень ЛГ возрастает к 10 годам и незначительно повышается к 13 годам. Секреция ФСГ начинает возрастать к 9—10 годам, увеличивается перед началом полового оволосения, но после начального увеличения яичек, т. е. к 12 годам. В период между 13 и 15 годами секреция ЛГ и ФСГ продолжает возрастать, что связано с наиболее быстрым ростом яичек. От 15 до 17 лет секреция ЛГ у мальчиков увеличивается, а ФСГ падает. Другими словами, ФСГ возрастает в основном до середины, а ЛГ — на протяжении всего пубертатного периода. Продолжительность повышения ЛГ, по-видимому, связана с тем, что ЛГ стимулирует выработку тестостерона.

Е. С. Тимакова (1976), изучая динамику выработки гонадотропинов у больных с церебральной формой ППР, определила следующие показатели: концентрация ЛГ в плазме крови колебалась от 3,2 до 14,04 мед./мл у мальчиков и от 1,16 до 15,9 мед./мл у девочек, ФСГ — соответственно от 1,8 до 24,3 мед./мл и от 1,96 до 37 мед./мл. Таким образом, уровни гонадотропинов превышали возрастную норму и соответствовали препубертатному или пубертатному периоду. У мальчиков преобладал ЛГ, а у девочек — ФСГ. Та же закономерность выявлена и при исследовании суточного выделения 17-КС — у всех больных концентрация метаболитов половых гормонов значительно повышена и соответствует не паспортному, а костному возрасту.

На ЭЭГ при ППР для всех возрастных групп характерна относительно большая выраженность медленной активности (в основном в диапазоне тета-ритмов) по сравнению с соответствующей возрастной нормой. В отличие от здоровых детей, на ЭЭГ которых с возрастом происходят повышение частоты, понижение амплитуды и становление доминирующих альфа-колебаний, у больных с ППР церебрального генеза медленные волны во всех возрастных периодах имеют большую амплитуду и длительность. По данным Е. С. Тимаковой (1976), на ЭЭГ таких больных медленные волны встречаются в среднем в 2 раза чаще, чем у здоровых детей. Наблюдаемые на ЭЭГ изменения (билатеральная выраженность в правом и левом полушариях, преобладание аномальных форм активности в переднецентральных отведениях и их усиление под действием соответствующих функциональных нагрузок) позволяют предположить подкорковую локализацию нарушений с вовлечением в патологический процесс дизэнцефальных структур.

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а при синдроме ППР направлена на идентификацию конкретной клинической формы нарушения, в первую очередь — различных вариантов ложного ускорения пубертатного развития. Большое значение в дифференциальной диагностике истинного и ложного ППР имеет определение в сыворотке крови уровней гонадотропинов. В связи с тем что при ложном ППР система гипоталамус — гипофиз не функциони-

рует, уровни гонадотропинов низки и соответствуют паспортному возрасту больного.

При надпочечниковом генезе ППР у мальчиков, в частности с врожденным адреногенитальным синдромом (ВАГС), дифференциальную диагностику облегчают большие масса тела и рост при рождении, а с начала ППР — относительно маленькие яички при опережающем развитии полового члена. Выделение 17-КС у таких больных значительно превышает норму для взрослых, достигает 15—40 мг/сут. При других формах ППР обычно выявляются показатели, характерные для нормального пубертатного периода, близкие к уровню 17-КС у взрослых, т. е. 2—10 мг/сут. При высоких показателях 17-КС необходимо дифференцировать вирилизирующую гиперплазию надпочечников (для которой характерно обнаружение в моче прегнандиола), гормонально-активную опухоль надпочечника и интерстициально-клеточную опухоль яичек. Заметное снижение содержания 17-КС в моче после назначения кортизона подтверждает гиперплазию надпочечников. При отсутствии реакции на кортизон обнаружение большого количества дегидроэпиандростерона (так называемый синий тест Аллена) свидетельствует об опухоли коры надпочечника. Если, однако, после приема кортизона сохраняется повышенное содержание 17-КС и нет дегидроэпиандростерона, следует заподозрить интерстициально-клеточную опухоль яичек. Наряду с названными критериями дифференциальную диагностику, в частности выявление гиперплазии надпочечников, облегчает рентгенологическое исследование (пневмоперитонеум, инфузионная урография).

По наблюдениям Е. С. Гимаковой (1976), при ППР, обусловленном гормонально-активной опухолью коры надпочечников, оволосение лица и туловища более выражено по сравнению с больными, у которых ППР имеет другие причины. Половой член хорошо развит, а размеры яичек соответствуют норме для паспортного возраста. Показатели суммарных 17-КС и прегнандиола значительно выше, чем в пубертатный период и у взрослых. Глюкокортикоидная проба отрицательная. При рентгенологическом исследовании надпочечников обнаруживается образование округлой формы; в некоторых случаях отсутствие газа при пневмографическом исследовании является косвенным признаком большой опухоли. Для клинической картины ППР, обусловленного гормонально-активными опухолями гонад, характерно более бурное начало: у девочек — с кровянистыми выделениями из влагалища и последующим развитием вторичных половых признаков; у мальчиков наряду с преждевременным появлением вторичных половых признаков, как правило, пальпаторно определяется увеличенная гонада с бугристой поверхностью, плотной консистенции, другое яичко может быть гипоплазировано. В дифференциальной диагностике при ППР гонадного генеза ведущее значение имеют пальпаторное обнаружение опухоли гонад (у девочек также при помощи пневмопельвиографии), исследование содержания гормонов — тестостерона, суммарных 17-КС, прегнандиола, а у девочек — эстрогенов. Все гормональные показатели обычно повышены.

Дифференциальная диагностика различных форм ППР облегчается определением величины яичек. При ВАГС они обычно сохраняют размер, свойственный пубертатному периоду (24 мм или меньше по длинной оси), а при церебральной или конституциональной форме, как правило, увеличиваются до нормы взрослого человека (35—50 мм). Узловатое или диффузное, плотное увеличение

одного или обоих яичек характерно для интерстициально-клеточной опухоли или развития в яичках эктопической ткани надпочечников (обычно сочетается с вирилизирующей опухолью надпочечников). Последний клинический вариант дифференцируется назначением пробного лечения кортизоном: уменьшение содержания 17-КС в моче и рассасывание инфильтрата в яичках подтверждают диагноз вирилизирующей гиперплазии надпочечников. Узловатость или твердая консистенция одного яичка требуют немедленного хирургического обследования. Дифференциальная диагностика конституциональной формы ППР основывается на исключении соматических и лабораторных признаков узкой топической заинтересованности одной из подсистем (гонадной, надпочечниковой и др.), типичной для всех ложных клинических вариантов, а также наряду с установлением истинной плюригландулярности подтверждается параллелизмом и гармоничностью физического, интеллектуального и сексуального развития ребенка. О конституциональном генезе может свидетельствовать раннее половое созревание в предыдущих поколениях обследуемого. Так, Д. Д. Соколов (1957) описал мальчика с классическим выраженным гармоническим ППР конституционального генеза. В 13 лет он обратился к врачу за справкой о своем физическом состоянии для поступления в университет. По росту и половому развитию мальчик не отличался от взрослого мужчины. Он учился в 10-м классе, заочно кончал технический институт, изучал работы по высшей математике. Как свидетельствует катанез [Лебединская К. С., 1968], в 18 лет юноша закончил университет, а в 20 лет стал профессором.

Лечение больных с синдромом ППР определяется его клинической формой. В большинстве случаев лечение патогенетическое (резидуальные церебральные состояния инфекционного или сосудистого генеза), реже — этиологическое (прежде всего опухоли). Однако существуют универсальные нарушения, которые требуют предупредительного лечебного воздействия при большинстве клинических форм. В первую очередь это формирование конфигурации тела, прежде всего — рост. У детей с ППР вслед за опережением сверстников в росте и развитии в результате неизбежно следующего за этим раннего закрытия зон роста формируется низкорослость. В 1962 г. для лечения ППР был впервые применен синтетический прогестаген — медроксипрогестерона ацетат, который дал положительный эффект в отношении замедления закрытия зон роста, остановки и обратного развития половых признаков [Киррегтап Н. и др., 1962]. Наряду с этим препаратом использовались и другие синтетические прогестагены, а в 1969 г. появилось сообщение Н. Helge и соавт. о применении для лечения ППР антиандрогена — ципротерона ацетата.

В настоящее время для лечения больных с ППР применяют как прогестагены, так и антиандрогены — вещества, блокирующие действие натуральных или синтетических андрогенов на органы-мишени. Антиандрогены представляют собой стероидные гормоны, в основном производные гидрокортизона. Наиболее распространенные препараты этой группы — ципротерон и ципротерона ацетат (синтезированы в 1965 г.). Ципротерон обладает только антиандрогенными свойствами, а ципротерона ацетат — еще и прогестагенным действием. Эффект ципротерона ацетата можно объяснить, с одной стороны, торможением влияния андрогенов на органы-мишени (в результате ингибирования соединения андрогенов с рецепторами), а с другой — влиянием на гипоталамо-гипофизарную

систему. При использовании ципротерона ацетата при ППР одни авторы обнаружили замедление созревания костей и нормализацию темпов роста, другие же не выявили существенной разницы между опытной и контрольной группами. Отсутствие ингибирующего действия на рост при положительном влиянии ципротерона ацетата на другие проявления ППР, возможно, связано с тем, что применявшиеся дозы препарата были достаточны для снижения уровня гонадотропинов в крови, в результате чего приостанавливалось дальнейшее развитие вторичных половых признаков, но оказывались недостаточными для подавления периферических андрогенов, вызывающих скелетное созревание.

В связи с этим Е. С. Тимакова (1976) провела клиническое исследование по лечению церебральных форм ППР с применением различных доз ципротерона ацетата. Возраст больных колебался от 3 лет 6 мес до 7 лет 3 мес. Первые 6 мес 6 больных получали по 30 мг/м² ципротерона ацетата, а одному больному с начала лечения препарат был назначен в дозе 60 мг/м²; в последующем доза подбиралась индивидуально и колебалась от 30 до 110 мг/м², чаще составляя 60 мг/м². При правильном подборе дозы приостанавливались прогрессирование костного возраста, развитие наружных гениталий, отмечались регрессия полового оволосения, снижение сексуального влечения, исчезновение acne vulgaris, эрекций, поллюций, прекращение мастурбации. На фоне лечения снижался уровень гонадотропинов у больных, костный возраст которых не прогрессировал, но через 12 мес с начала лечения содержание гонадотропинов в крови у этих больных незначительно возрастало. У больных, костный возраст которых увеличивался в первые 6 мес, при увеличении дозы ципротерона ацетата уровни гонадотропинов снижались в последующие 6 мес (через 12 мес от начала лечения). Наряду с изменениями уровней гонадотропинов изменялось и выделение тестостерона. У больных с изменившимся костным возрастом содержание тестостерона в крови за первые 6 мес снизилось, в последующие 6 мес оставалось приблизительно на том же уровне. У больных, которые стали получать достаточную дозу ципротерона ацетата через 6 мес от начала лечения, уровень тестостерона в первые 6 мес возрос параллельно уровням ЛГ и ФСГ, а в последующие 6 мес снизился. При обследовании через 18 мес содержание гонадотропинов у больных значительно возросло, а тестостерона продолжало снижаться.

Не менее важным, чем усиленная коррекция морфологического развития, является смягчение неизбежной травматизации еще не окрепшей психики ребенка. Уилкинс в своем учебнике 1960 г. присоединился к мнению Морзе, высказанному в 1897 г.: «Медицинское лечение этого состояния состоит в абсолютном воздержании от всех терапевтических мероприятий. Однако важно психологическое лечение. В детские годы половое развитие и чрезмерный соматический рост представляют психологические проблемы; позже при остановке роста в связи с преждевременным срастанием эпифизов всякое лечение излишне. Больные способны вести нормальный образ жизни и иметь детей».

Прогноз зависит от формы синдрома. Поскольку истинное ППР (включая стабилизировавшиеся резидуальные состояния церебральной формы) не угрожает жизни, естественно, встает вопрос о влиянии раннего полового созревания на сексуальные возможности больных в зрелом возрасте и инволюционном периоде. В старой литературе считалось, что раннее половое созревание ме-

ханически предопределяет раннее половое увядание, а по данным некоторых авторов [Фуке С. А., 1930, и др.], даже преждевременные дряхлость и смерть. В настоящее время общепризнано, что разрыв между ППР и фактическим возрастом постепенно сглаживается и половая жизнь пациентов протекает вполне нормально, а половая инволюция у них не только не сдвигается на ранние годы, но, наоборот, наступает позже, что в конечном счете увеличивает генеративный период.

Судебно-медицинская экспертиза половой зрелости основывается на совокупной оценке объективного анамнеза, показателей общей и сексологической антропометрии (включающей исследование вторичных половых признаков), состояния уrogenитального аппарата, а также вспомогательных лабораторных и рентгенологических данных. Повышенная готовность многих детей с ускоренным половым развитием откликаться на сексуальные импульсы, доходящая до гиперсексуальности, может провоцировать действия, требующие в ходе следствия или судебного разбирательства экспертных оценок с участием специалистов. Некоторые дети с ППР, особенно девочки, склонны к оговорам (утверждения о половой связи со сверстниками или родственниками, обвинения в изнасиловании). Это не всегда можно опровергнуть при гинекологическом осмотре, имеющем цель установить сохранность девственной плевы, так как она может быть нарушена при мастурбации, свойственной подобным больным. Судебные дела в связи с оговорами в изнасиловании не всегда заканчиваются благополучно для обвиняемых. Судебным ошибкам способствуют как искусность вымысла в результате сексуальной осведомленности таких «пострадавших» девочек, так и связанная с истероидными чертами личности непосредственность их поведения на суде и следствии. Ситуация становится еще более сложной в юридическом отношении, когда девочки с преждевременной половой зрелостью сами становятся инициаторами половой связи. Возникает судебное дело по обвинению в растлении малолетней. Между тем партнер в большинстве случаев не подозревает об истинном возрасте настоящей «совратительницы», так как она сообщает о себе ложные сведения, а внешний вид не вызывает сомнений в ее совершеннолети.

7.5.1.1.2. Задержка и дисгармония пубертатного развития

Рассматриваемые в этом разделе состояния представляют наиболее частый вид нейрогуморальной дефицитарности, с которым приходится встречаться сексопатологу. Однако в отличие от эндокринолога, который непосредственно наблюдает задержки пубертатного развития (ЗПР) и, как правило, накануне полового созревания, сексопатолог чаще констатирует скрытую дефицитарность пубертатного развития, которая обнаруживается во всех возрастных диапазонах начиная с 21—25 лет (первый критический функциональный период с наиболее частым выявлением половых расстройств).

Суть рассматриваемого синдрома, принципиально отличающая его от других нейрогуморальных расстройств, четко определена Л. Уилкинсом (1963). Он считает, что в основе нарушения лежит задержка функции системы гипоталамус — гипофиз — гонады — надпочечники, «а не дефект в какой-либо из этих желез». До выде-

ления сексопатологии в самостоятельную клиническую дисциплину представители смежных специальностей (в частности, эндокринологи) обозначали данную форму нарушения как «преходящий адипозогенитальный синдром» [Маслов М. С., 1925], «мнимый синдром Фрелиха» [Фанкони Г., 1960] и т. д. Принципиальное отличие рассматриваемого первично-сексологического синдрома от «стертых» или «транзиторных» форм «классических» первично-эндокринологических синдромов (типа адипозогенитальной дистрофии) заключается не столько в их переходящем характере или размытости симптоматики, сколько в органическом, неразрывном сочетании плюригландулярности и стойкости симптомов с преобладанием функционального регистра нарушений над морфологическим. Морфологические признаки ЗПР — редукция полового оволосения, уменьшение трохантерного индекса (ТИ) и изменение других антропометрических показателей отличаются стойкостью, перечеркивающей определение «транзиторный», однако выраженному дефекту первично-эндокринологических синдромов при первично-сексологических синдромах противостоит скрытая дефицитарность.

По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, в 86,4% случаев всех сексуальных расстройств синдром ЗПР или дисгармонии пубертатного развития сочетается с другими синдромами. Относительная частота двух клинических форм рассматриваемого синдрома и место, которое они занимают в структуре наиболее распространенных сочетанных сексуальных расстройств, представлены в табл. 27.

Таблица 27

Синдромы задержки и дисгармонии пубертатного развития в структуре сочетанных (полисиндромных) сексуальных расстройств (в процентах)

Клиническая форма синдрома	Стержневой синдром	Сопутствующий синдром	Всего
ЗПР	6,3	55,5	61,8
Дисгармония пубертатного развития	—	38,2	38,2
Итого...	6,3	93,7	100,0

ЗПР, таким образом, встречается почти вдвое чаще, чем дисгармония (61,8% и 38,2%), но занимает центральное место во всей структуре сексуальных нарушений лишь в 6,3% случаев. Дисгармония не является ключевым синдромом ни в одном наблюдении. Синдромы ЗПР или дисгармонии пубертатного периода формируются на ранних этапах индивидуального развития, поэтому они чаще (93,7%) наблюдаются в структуре сексуальных расстройств в роли предрасполагающего фактора. Недаром авторы, ранее отмечавшие симптомы ЗПР и дисгармонии пубертата, связывали их с конституциональными проявлениями, что отразилось в употреблявшихся ими терминах «конституциональный гипогенитализм» [Peritz G., 1924], «гипогенитальная конституция» [Pende N., 1937] и т. д.

При изучении этиологии и патогенеза ЗПР необходимо учитывать огромный разрыв во времени между действием патогенных факторов (ранний онтогенез) и появлением симптомов сексуальной дефицитарности (поздние стадии пубертатного периода и постпубертатный период). Начав с гипотетических допущений, сексопатология преодолевает этот разрыв при опоре на данные физиологии. Так, предположения В. Г. Штефко о ЗПР будущего ребенка под влиянием алиментарной недостаточности в эмбриональный период (1924) и пагубном влиянии на эмбрион некоторых противозачаточных приемов и средств (1928) находят подтверждение в экспериментальных и клинико-физиологических исследованиях, в частности при изучении влияния стресса на беременность. По данным И. А. Аршавского и соавт. (1971), в зависимости от интенсивности стресса нормальная беременность имеет два исхода: при умеренной интенсивности — подкрепляются алкалитические тенденции гомеостаза и «рождаются физиологически зрелые организмы»; при более сильном стрессе происходит ацидотический сдвиг, что «является источником генеза уродств или состояний физиологической незрелости».

По данным Е. Diczfalussy (1969), раннее повреждение зародышевого зачатка может быть обусловлено даже таким, казалось бы, невинным воздействием, как применение в качестве контрацептивной меры так называемого физиологического метода периодических воздержаний. Высказывалось суждение, что если при «календарном методе» контрацепции «безопасный период» высчитывается недостаточно осмотрительно или овуляция задерживается, то повышается вероятность оплодотворения перезревшей яйцеклетки. Это суждение опирается на многочисленные доказательства того, что задержка в осеменении вызывает нарушения в развитии яиц позвоночных с последующими хромосомными отклонениями, функциональными и морфологическими пороками. Так, Уичи и Микамо (1968) считают внутрифолликулярное и постовуляторное перезревание основной причиной нарушений физиологических предпосылок полноты и завершенности морфологического и функционального созревания на ранних стадиях эмбриогенеза у человека.

Поражает несоответствие между подчас ничтожным воздействием какого-либо фактора на организм (например, трехкратное применение автомобильного гудка в опытах З. А. Библейшвили, 1969) и тяжким конечным эффектом (вплоть до формирования грубейших соматических уродств). Однако это лишь кажущееся несоответствие, его объясняет концепция о критических периодах развития. В этих периодах настолько резко изменяется реактивность систем, определяющих весь ход развития, что непосредственно момент воздействия приобретает большее значение, чем природа и даже «доза» воздействующего агента. С. Dögner (1977), формулируя «правило детерминации», подчеркивает, что в период дифференцировки гипоталамических мозговых структур устанавливаются индивидуальные пределы функциональной выносливости, которые затем характеризуют данную особь на протяжении всей последующей жизни.

Патогенное влияние таких экзогенных факторов, как инфекции, интоксикации, а также неблагоприятные условия раннего развития (в частности, различные виды патологии беременности и родов) в смысле ЗПР были рассмотрены в работе Н. В. Цветковой и соавт. еще в 1966 г.

Клиническая картина синдрома ЗПР характеризуется параллельной задержкой физического, психического и полового

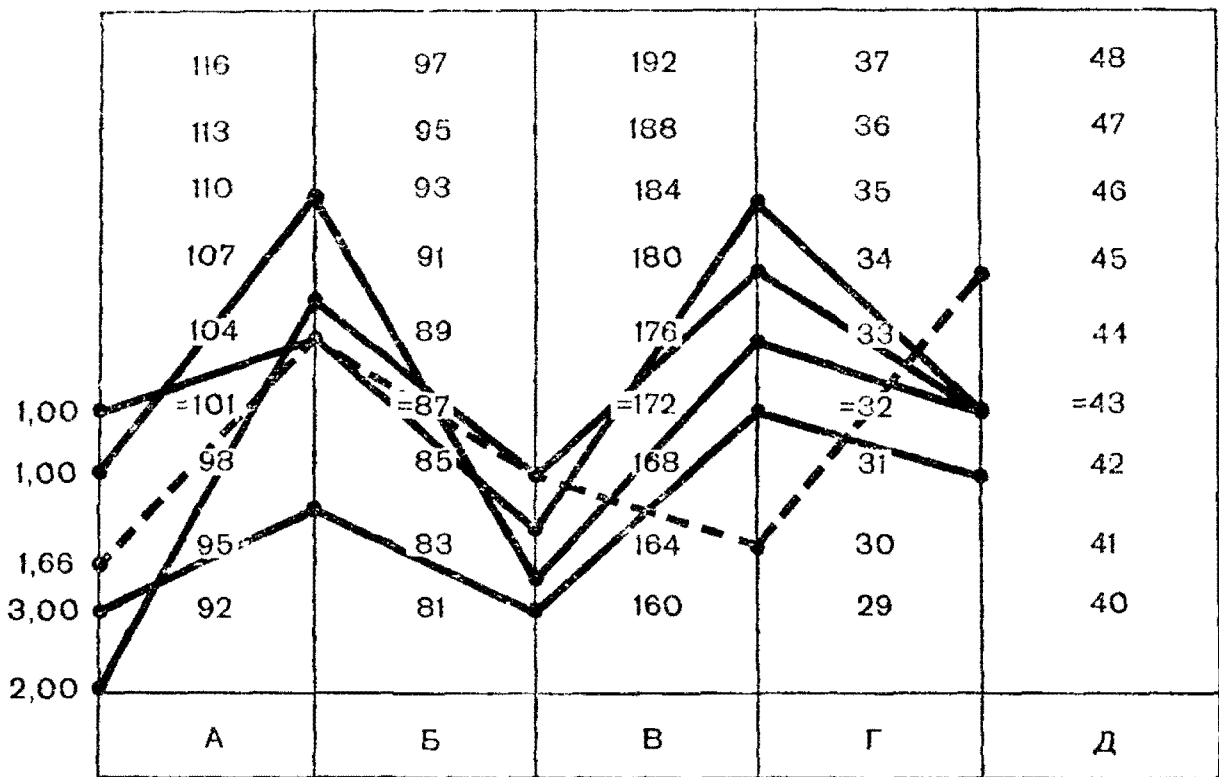


Рис. 33. Морфограммы больных со стержневым синдромом задержки пубертатного развития.

Четко выражена М-образная конфигурация морфограммы.

А — окружность грудной клетки; Б — длина ноги; В — рост; Г — ширина таза; Д — ширина плеч (все размеры в сантиметрах). Цифры слева — величины индекса K_1 . Цифры со знаком равенства — норма.

развития (при ретардационном клиническом варианте) или же (при дисгармонии пубертатного периода) расхождением в темпах этих трех направлений индивидуального созревания, а также отдельных показателей.

В соматическом развитии детей с ЗПР характерна динамика роста: сначала эти дети отстают в росте от своих сверстников, но затем вследствие задержки закрытия диаэпифизарных зон роста они догоняют, а нередко и перегоняют их в росте. В конечном счете приближающийся к средним цифрам или высокий рост сочетается с непомерно длинными конечностями при относительно коротком туловище — характерная евнухоидная диспропорция, обратная диспропорции при ускоренном пубертатном развитии (рис. 33). Четко выражена М-образная конфигурация морфограммы, резко контрастирующая с W-образной конфигурацией при синдроме преждевременного пубертатного развития (см. рис. 32). Этот тип морфограммы фиксируется на всю жизнь.

До закрытия зон роста при рентгенографии кистей рук определяется запаздывание костных дифференцировок, чаще на 2—4 года. Изменениям роста на протяжении всего периода формирования скелета в большинстве случаев сопутствует повышенное отложение жира (с преобладанием на груди, животе, спине). В дальнейшем, после завершения формирования скелета, этот феномен у части больных сглаживается.

При ЗПР отмечаются и другие соматические особенности —

гипотония мышц, нередко сочетающаяся с отсутствием нижних брюшных рефлексов и плоскостопием, а также разболтанность суставов с X-образностью коленей. По некоторым наблюдениям, для этих больных характерны лимфоцитоз и пониженное содержание гемоглобина [Серейский М. Я., Крылов Е. Н., 1928]. Часто бывают признаки незавершенной зрелости вегетативной иннервации (мраморность кожи, акроцианоз конечностей), а также повышенные ортостатический показатель и чувствительность к боли, симптомы вегетативной лабильности (гипергидроз, колебания аппетита, приступы жажды). Снижение адаптационных возможностей и ослабление выносливости ко всякого рода экзогенным вредностям выражаются в том, что значительная часть лиц с синдромом задержки или дисгармонии пубертатного развития не переносят алкоголя и никотина.

В психическом развитии наряду с признаками интеллектуального снижения, аффективной и волевой вялости, апатии и безынициативности у этих детей отмечают хорошую, а подчас повышенную механическую память, говорливость, способность к изучению языков и музыкальную одаренность, контрастирующие с «более слабыми» ассоциативными и комбинаторными способностями.

С. Раглон и соавт. (1956), наблюдавшие 65 детей с «доброкачественной» («функциональной», или «конституциональной») формой адипозогенитального синдрома (49 мальчиков и 16 девочек), выделили у них некоторые психические особенности. При снижении памяти у 17,5% обследованных и ослаблении мышления, сметливости и подвижности мыслительных процессов у 25% пониженная устойчивость внимания отмечена у 60% и стремление избегать напряжения внимания — у 77,5% больных. У 57,5% обследованных отмечены чувство зависимости, отсутствие инициативы и пассивная подчиняемость. Исследуя аффективную сферу тех же детей, К. Пархон и соавт. установили, что эти дети производят впечатление кротких, ласковых, послушных и общительных, что играет компенсаторную роль, облегчая их адаптацию, так как «устанавливается известное равновесие».

Обобщая данные литературы и собственные наблюдения за детьми с задержкой полового созревания конституционального генеза, К. С. Лебединская (1968) отмечает, что в их эмоциональной сфере прежде всего привлекают внимание черты инфантильности: повышенная внушаемость, доверчивость, наивность, непосредственность и простодушие, чрезмерная привязанность к матери, а также повышенная робость, доходящая до трусливости. Из-за ожирения и неуклюжести они постоянно служат объектами насмешек и обидных прозвищ, причем конфликтам со сверстниками способствуют назойливость и привычка жаловаться взрослым. У многих из них рано формируется чувство неполноценности, а у некоторых как проявление гиперкомпенсации отмечаются наивное хвастовство и «косметические» вымыслы, чему способствуют достаточно богатый словарный запас, некоторая литературность и витиеватость речи, склонность к резонерству.

Однако по мере продвижения от наблюдений с четкой конституциональной акцентуацией к наблюдениям с преобладанием церебральной стигматизации (токсического, инфекционного и другого генеза) возрастают частота выраженности снижения интеллекта со слабой памятью, тугоподвижностью мышления, однообразной и бедной речью. Интересы этих детей, как правило,

ограничиваются кругом бытовых вопросов. В отличие от конституционально акцентуированных ретардантов, стремящихся к смене впечатлений, церебрально стигматизированные лучше адаптируются к автоматической, однообразной работе. Такие дети держатся не по возрасту солидно, бывают не по-детски озабочены своим здоровьем, у них часто отмечаются эксплозивность, агрессивность. Повышенное настроение сопровождается двигательной расторможенностью, пониженное — угрюмостью, апатией, сонливостью. По миновании пубертатного периода многие из отмеченных особенностей психики прочно фиксируются.

Специфические *сексуальные* отклонения, на начальных этапах пубертатного развития мало или совсем не заметные и оттесняемые соматической и психической симптоматикой, со временем, чаще в третьем десятилетии жизни, выдвигаются на первый план. Анализ 6,3% историй болезни, в которых задержка пубертатного развития являлась стержневым синдромом (см. табл. 27), показал следующее: у 12,5% больных **либидо** полностью не пробуждается, останавливаясь на понятийной, платонической или эротической стадии, но не достигая стадии сексуальной; в 87,5% случаев, когда сексуальное либидо пробуждается, его формирование резко запаздывает — в среднем это происходит в возрасте 17,5 лет, т. е. с задержкой на 4,7 года по сравнению с нормой (см. табл. 3).

Возраст появления первой эякуляции в среднем составляет $18,0 \pm 0,42$ года, что определяет запаздывание по сравнению с нормой только на 3,8 года. Отмеченное для части наблюдений парадоксальное с точки зрения биологических мотиваций расхождение между темпами ойгархе и пробуждения либидо, когда первая эякуляция происходит до сформирования сексуального либидо, чрезвычайно характерно для синдрома задержки или дисгармонии пубертатного развития и дополняется столь же характерными сдвигами в обстоятельствах появления первой эякуляции. При стержневом синдроме ЗПР первая эякуляция у 66,7% больных наступила при поллюциях (62,5% — ночных и 4,2% — дневных), у 25% — при мастурбации и у 8,3% — при коитусе. Таким образом, при рассматриваемом синдроме по сравнению с нормой возрастает роль поллюций и коитуса как источника первой эякуляции вследствие снижения роли мастурбаций. Они никогда не практиковались при стержневом синдроме ЗПР у 52% обследованных, в 20% случаев были единичными, предпринимавшимися раздражительно, но так и не закончившимися ни эякуляцией, ни оргазмом (клинический тип фрустрационных псевдомастурбаций). У 16% больных была ранняя допубертатная форма мастурбации, когда первые мастурбаторные манипуляции эякуляцией и оргазмом не заканчивались, и они наступали лишь позже, после многократных мастурбаторных воздействий. Наконец, к клинической форме мастурбаций периода юношеской гиперсексуальности условно отнесены 12% наблюдений, при которых эякуляцией и оргазмом закончилось первое же самораздражение гениталий. Условность отнесения этих больных к названному клиническому типу мастурбации определяется тем, что начало мастурбации относится к 19—30 годам. Хотя средний возраст начала мастурбации по всем наблюдениям стержневых синдромов ЗПР составил 17,5 лет (т. е. на 3,2 года позже, чем у здоровых юношей), самыми младшими были пациенты с фрустрационной псевдомастурбацией. Даже «ранняя» допубе-

ртатная мастурбация начиналась у исследованных лиц после 16 лет.

Характерны для этих больных и перипетии, связанные с **возрастом начала половой жизни** (в норме $18,9 \pm 0,25$ года, см. табл. 3). Некоторые больные с синдромом ЗПР (14,3%) начать половую жизнь вообще не смогли, хотя к моменту обращения к врачу достигли возраста 27—31 года (в среднем 28,3 года) и 4,8% из них состояли в браке. Значительная часть обследованных (55,6%) начали половую жизнь только после вступления в брак. Таким образом, добрачным сексуальным опытом располагали только 30,1% обследованных. Однако и у 85,7% обследованных, которым так или иначе удалось преодолеть первые барьеры дебютантского периода, начало половой жизни приходится на возраст $24,5 \pm 0,57$ года, т. е. по сравнению со здоровыми молодыми мужчинами запаздывает на 5,6 года. Однако даже среди этих 85,7% пациентов, завершивших первый этап установления сексуальных отношений в общем благополучно, лишь у 22,2% была удачной первая попытка, у 44,5% она закончилась полным фиаско, а у 33,3% было «пассивное совращение» — коитус проводился по инициативе имеющей сексуальный опыт женщины, которая с начала до конца играла ведущую роль. В этой группе невесты были намного старше женихов (соответственно 40 и 33, 47 и 38 лет и т. д.).

Начало регулярной половой жизни в браке у этих больных приходится на возраст $27,5 \pm 1,01$ года и также запаздывает по сравнению с таковым у здоровых мужчин ($24,6 \pm 0,3$), но уже не на 5,6, а только на 2,9 года: сказывается возрастание роли внешних, социально-психологических факторов (желание «быть как все», настойчивость родителей, инициатива «засидевшейся в невестах» женщины, делающей ставку на тихого, некурящего и непьющего, послушного, легко управляемого ретарданта).

Ряд больных со стержневым синдромом ЗПР (63,2%) проводили не более одного полового акта в сутки, т. е. никогда не имели **сексуальных эксцессов**. У 36,8% обследованных, имевших эксцессы, их максимум не превышал трех завершенных половых актов на протяжении суток и средняя арифметическая максимального количества половых актов составила 1,6 (при 5,9 у здоровых мужчин). При этом у большинства больных, имевших эксцессы, синдром ЗПР сочетался с синдромом парацентральных долек (при котором порог эякуляции снижен). Более того, 35,3% больных со стержневым синдромом ЗПР никогда не достигали **уровня условно-физиологического ритма**, т. е. наибольшая частота половых актов у них всегда была ниже 2 сношений в неделю. Из остальных обследованных названного контингента 29,4% вошли в УФР на первом же году женитьбы, 23,5% — через год и 11,8% — через 2 года. Продолжительность полосы УФР оказалась в пределах $6,1 \pm 0,74$ года, что почти втрое короче этого периода у здоровых мужчин ($16,6 \pm 1,27$).

Из числа объективных признаков, коррелирующих с функциональными возможностями половой сферы и включенных в круг облигатных при обследовании любого пациента, представляющего сексологические жалобы, заслуживают внимания вторичные половые признаки, состояние половых органов и ГИ. По данным научно-методического центра, у 33,4% больных со стержневым синдромом ЗПР отмечается мужской тип **лобкового оволосения**, у 22,2% — оволосение по женскому типу с четкой

горизонтальной верхней границей, у 44,4% — переходный тип. У 11% обследованных были несомненные признаки редукции **оволосения лица**, наряду с этим у 50% в историях болезни отмечены отдельные признаки парциальных отклонений (запозданный, после 19—20 лет, рост усов и бороды, замедленный рост волос на лице, позволяющий бриться один раз в несколько дней, и т. д.). У больных со стержневым синдромом ЗПР старше 20 лет средняя **величина яичек** составила $36,7 \pm 3,86$ мм по длинной оси. По данным J. Hupie, J. Raboch и Z. Zahof (см. раздел 7.2), эта величина характеризует пограничное состояние с преобладанием нормальных канальцев (что косвенно подтверждается сохранностью прокреативных возможностей в сочетании с выраженным обеднением рекреационных проявлений). Наряду с этим у 22,2% обследованных установлена **гипоплазия предстательной железы**. Средняя величина ТИ у больных без синдрома ПЦД составила $1,87 \pm 0,009$. В тех же наблюдениях, где ЗПР сочеталась с синдромом ПЦД, этот показатель составил $1,95 \pm 0,016$. Столь значительное расхождение подтверждает влияние синдрома ПЦД на ход пубертатного развития.

Однако все рассмотренные проявления синдрома ЗПР, преломляясь в сознании больных, получают субъективную окраску, очень часто искажающую существо дела. По частоте сексологические жалобы таких больных располагаются так: ослабление эрекций, ускорение половых актов, чрезмерная длительность сношений и затруднения эякуляции, притупление оргазма, снижение полового влечения. Подобная последовательность больше отражает укоренившиеся взгляды, чем суть нарушений, специфических для этого синдрома. Например, за жалобой на укорочение коитуса нередко скрывалось наступившее под влиянием регулярной половой активности улучшение (с нормализацией длительности сношения), сменившееся *ejaculatio tarda* с затяжными (до 10—15 мин) фрикциями. Аналогичному субъективному преломлению подвергается и суждение больных о начале сексуального расстройства. Связывая его с каким-либо внешним, чаще случайным, обстоятельством, больные считают, что оно произошло в возрасте 18—43 лет (в среднем $27,9 \pm 1,27$ года). Задержка физического, психического и полового развития неизбежно ведет к ослаблению ряда физических, психических и половых функций. Сколь бы преходящей ни была начальная задержка развития, последующее внешнее выравнивание и сглаживание никогда не бывают полными, оставляя после себя скрытую внутреннюю дефицитарность. По данным Г. И. Сальниковой (1968) и Ю. М. Арестова (1970), бесспорные признаки такой функциональной дефицитарности в соматической сфере у ретардантов выявляются при исследовании жизненной емкости легких, силы сжатия кисти, мышечной работоспособности и др. Приведенные выше данные К. Пархона и К. С. Лебединской столь же неопровержимо свидетельствуют о функциональном снижении в психической сфере.

Изучение динамики сексуальных проявлений свидетельствует о *снижении половых потребностей на всех возрастных этапах* как наиболее характерном признаке ретардации пубертатного периода развития.

На начальных этапах развития это проявляется приглушенностью признаков юношеской гиперсексуальности вплоть до полного отсутствия того похотливого ослепления, которое заставляет животное пренебрегать опасностью, а человека — приличиями. У по-

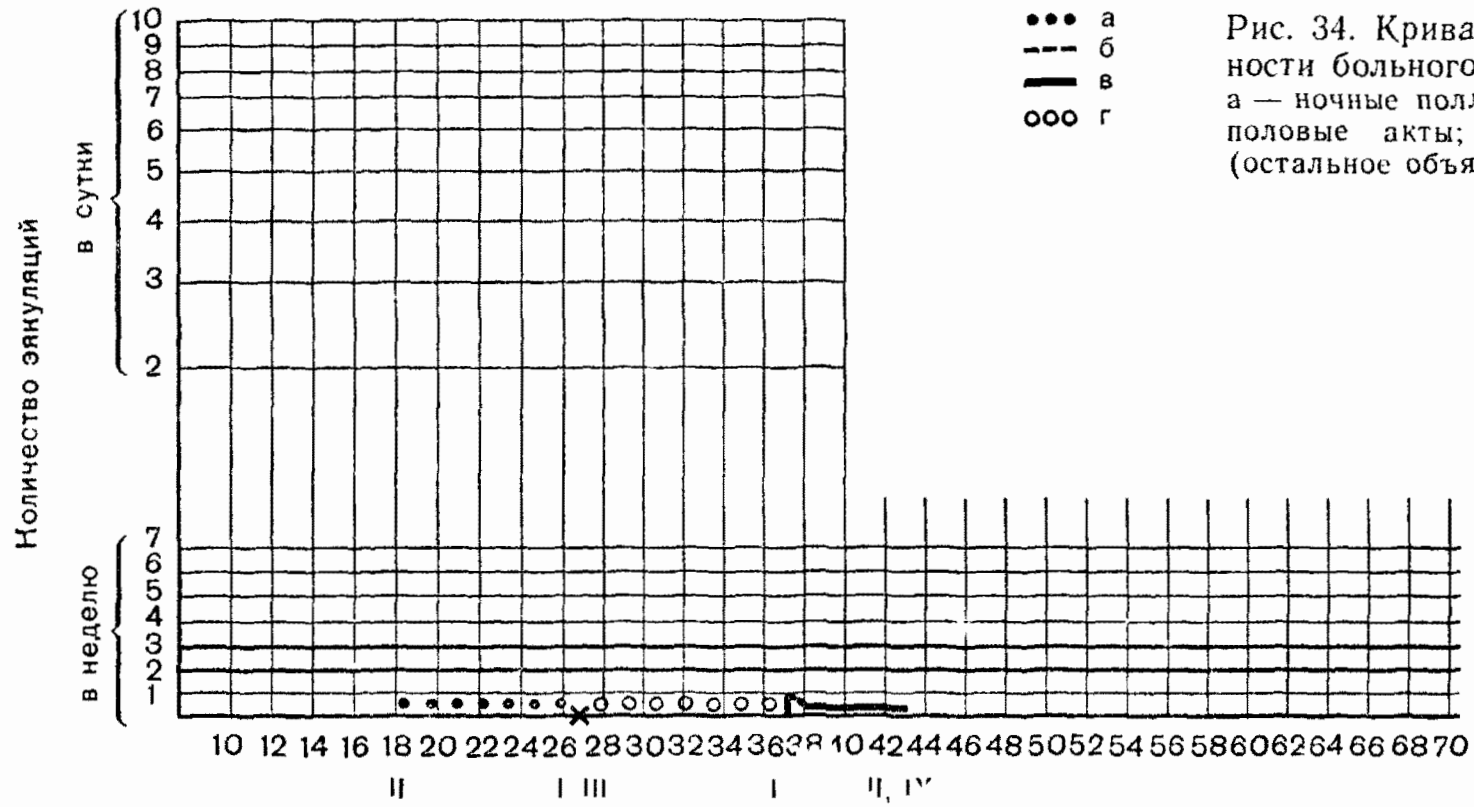


Рис. 34. Кривая динамики половой активности больного А., 43 лет.
 а — ночные поллюции; б — мастурбации; в — половые акты; г — тотальная абстиненция
 (остальное объяснение в тексте, ср. с рис. 7)

добных субъектов запоздалые и редкие энергетические подъемы носят характер эпизодических вспышек, с поразительной легкостью целиком сублимируются в работу (или полуфантастические мечты о деятельности), а еще чаще — во внешние аксессуары благопристойности. Такие люди поразительно скоро и легко настраиваются на абстинентный покой, тотальный и ничем не тревожимый.

Таким образом, все разнообразие физических, психических и сексуальных проявлений можно определить как ослабление биологических мотиваций, выражающихся в снижении энергетического потенциала, реактивности, «запаса прочности» и сочетающихся с элементами незавершенной зрелости. «Такие субъекты остаются маломужественными, со слабой энергией, их характер остается на более ранней ступени развития» [Маслов М. С., 1925]. Маскируемая в ходе размеренного и благоустроенного существования скрытая дефицитарность, свойственная больным с синдромом ЗПР, легко декомпенсируется под влиянием разнообразных стрессовых воздействий.

С особенной наглядностью сексуальные проявления при синдроме ЗПР отражаются на индивидуальных кривых возрастной динамики половой активности при сопоставлении их с типовой кривой нормальных мужчин (рис. 34).

При этом (сравни с рис. 7) отмечаются. значительное (порядка 14 лет) запаздывание пробуждения либидо (I), наступления первых эякуляций (порядка 4 лет — II), начала половой жизни (8 лет — III), вступления в брак (порядка 12 лет — IV), низкий уровень половой активности на протяжении всей жизни (не чаще одного сношения в неделю), редкие (не чаще одного раза в год) ночные поллюции на протяжении первых 8—9 лет, не сопровождавшиеся эротическими сновидениями и оргазмом (показаны на схеме точками); рост 168 см, масса тела 67 кг, длина ноги 89 см, ТИ 1,89; яички 40 мм по длинной оси; индексы половой конституции: $K_{\phi} = 1,33$ (1 — 2); $K_{\alpha} = 1,00$ (1 — 1), $1,66$ (1 — 2); $K_{\alpha}/K_{\Gamma} = 0,60$.

Кривые возрастной динамики половой активности больных М. и У. (рис. 35 и 36) демонстрируют постепенное расширение энергетического и адаптационного диапазона сексуальных проявлений у них, коррелированное с повышением генотипически акцентированного индекса половой конституции (K_{Γ}).

Больной М., 33 лет (см. рис. 35). Пробуждение либидо в 19 лет (I). Первая эякуляция — при ночной поллюции в 21 год (II). Начало половой жизни — после женитьбы в возрасте 23 лет на женщине 30 лет (III, IV). После почти ежедневных половых актов на протяжении первых месяцев брака переходит на 2—3 сношения в неделю, а с 30—32 лет интервалы между сношениями — в несколько месяцев. Имеет двоих детей. Не курит (начинал, но «сделался совсем больным») и не пьет (из-за крайне плохой переносимости). Рост 177 см, ТИ 1,86. Растительность на лице слабая (бреется 1 раз в 3—4 дня), на теле отсутствует, на лобке — переходного типа с выраженным разрежением в надлобковом треугольнике. Яички 40 мм по максимальной оси. Индексы половой конституции: $K_{\phi} = 2,29$ (1—4); $K_{\alpha} = 2,66$ (2—3); $K_{\Gamma} = 2,00$ (1—4); $K_{\alpha}/K_{\Gamma} = 1,33$.

Больной У., 46 лет (см. рис. 36). Пробуждение либидо в 17 лет (I). Первая эякуляция — при ночной поллюции в 18 лет (II). Начало половой жизни — в 23 года (III). Женат с 24 лет (IV). На протяжении первого года после женитьбы — ежедневные поло-

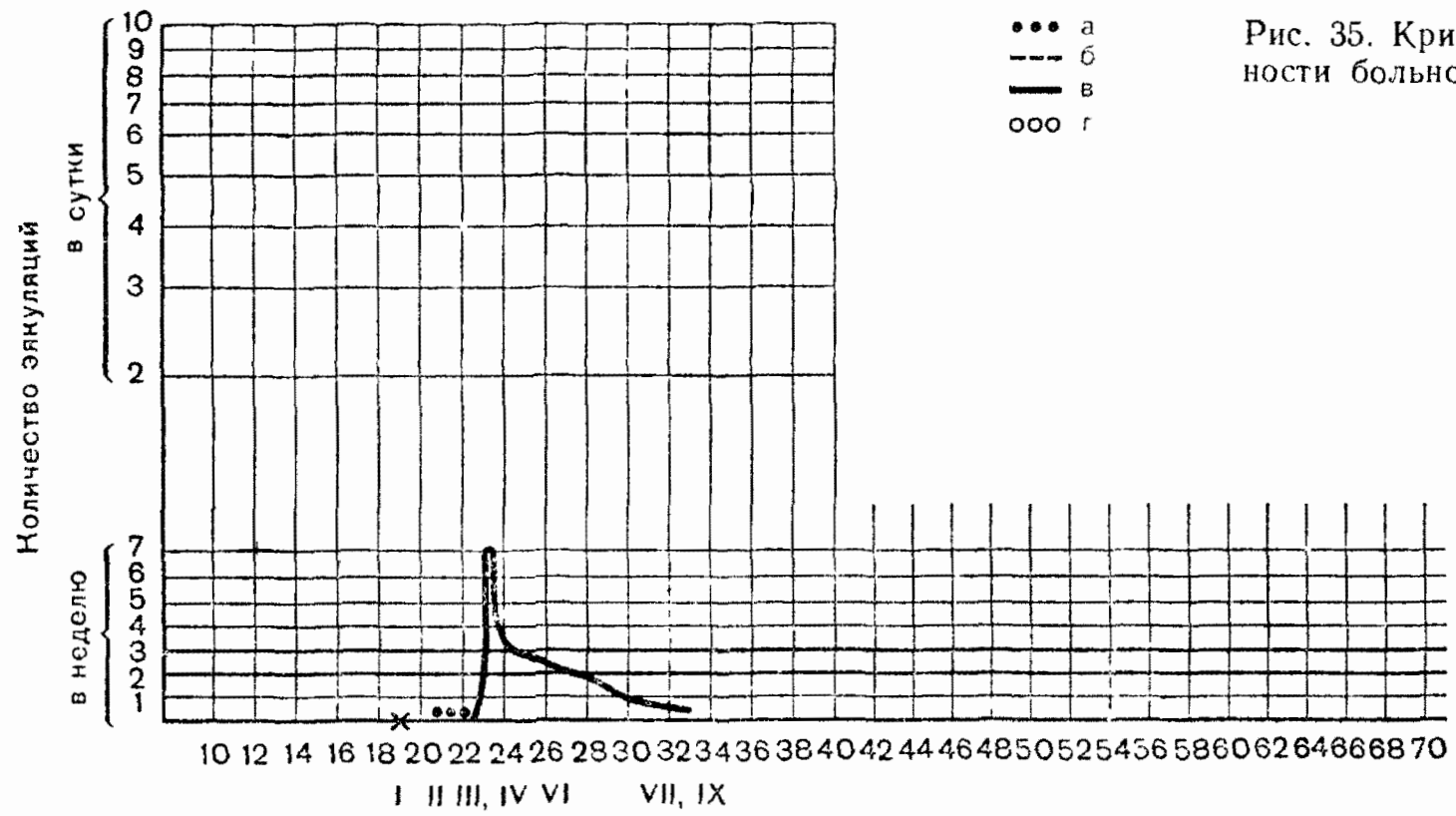


Рис. 35. Кривая динамики половой активности больного М., 33 лет (ср. с рис. 7).

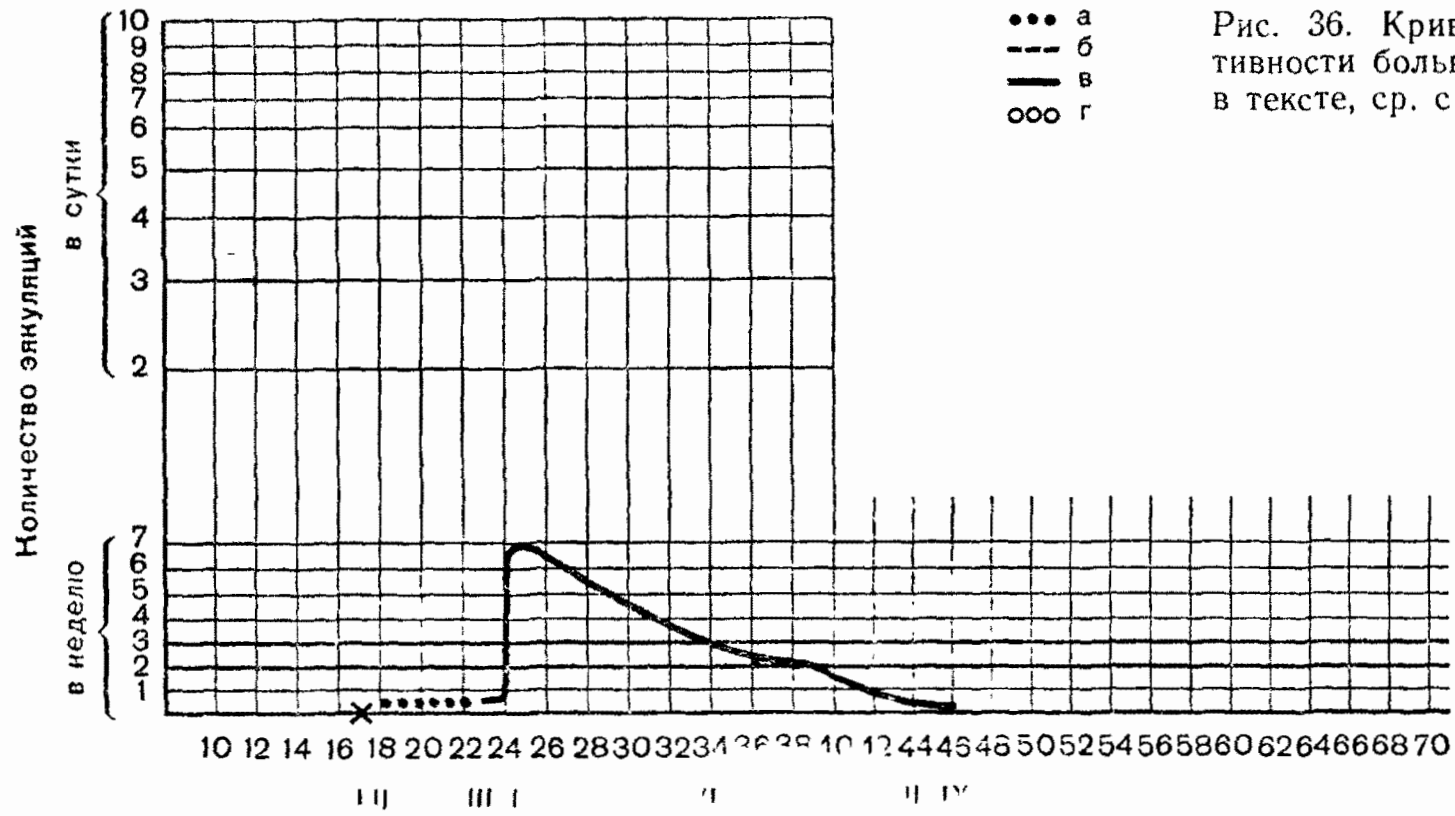


Рис. 36. Кривая динамика половой активности больного У., 46 лет (объяснение в тексте, ср. с рис. 7).

вые акты, начало полосы УФР — с 34 лет (VI), через 4 года уровень половой активности — ниже 2 сношений в неделю. Эксцессов никогда не было. Никогда не мастурбировал. Рост 162 см, ТИ 1,86. Оволосение на груди отсутствует, на лобке — по женскому типу. Индексы половой конституции: $K_{\phi}=2,72$ (1—6), $K_a=4,00$ (1—6); $K_r=1,75$ (1—2), $K_a K_r=2,28$.

Диагностика задержки и дисгармонии пубертатного развития у мужчин является наиболее формализованной из всех сексологических синдромов: при пользовании шкалой векторного определения половой конституции удается не только устанавливать наличие и степень выраженности синдрома, но и дифференцировать такие его клинические разновидности, как задержку, торможение пубертатного развития и его дисгармонию. *Задержка* идентифицируется по величине K_r , лежащей ниже 3,5, *торможение пубертатных проявлений* — по избирательному снижению векторов I и II, сочетающемуся с лучшей сохранностью векторов III и IV, которые могут превышать показатель 3,6, *Дисгармония пубертатного развития* идентифицируется по величине разброса векторов, превышающих три ранговые единицы в пределах одного парциального индекса (K_r или K_a) и четыре — по всему суммарному диапазону (K_{ϕ}) даже тогда, когда усредненные показатели превышают граничный уровень 3,5.

Дифференциальная диагностика при синдромах нарушения темпов пубертатного развития проводится в направлении отграничения их от сходных моногландулярных заболеваний и идентификации клинического варианта плюригландулярного синдрома у обследуемого больного. Основными моногландулярными формами, от которых необходимо дифференцировать синдром ЗПР, являются гипофизарные синдромы и гипогонадизм. Исключить гипогонадизм позволяют: в анамнезе — беременности у сексуальных партнерш обследуемого, в соматическом статусе — нормальная или субкритическая (см. выше) величина яичек, лабораторно — фертильный эякулят. Другими словами, кардинальным отличием плюригландулярного синдрома задержки пубертатного развития является сохранность прокреативных возможностей независимо от степени нарушения рекреативных проявлений.

Идентификация клинического варианта синдрома облегчается формализованными признаками по шкале векторного определения половой конституции и сопоставлением сексологических проявлений, псеврологических микросимптомов и индивидуальных особенностей психики обследуемых.

R. Corbeau (1967), наблюдавший 62 юношей и 18 девушек в течение пубертатного периода вплоть до наступления зрелости, а затем дополнивший эти наблюдения катамнезом, выделил истинную ЗПР у 80% и стойкий инфантилизм у 20% обследованных. По его данным, истинные ретарданты к 22—23 годам по росту достигают и даже превосходят среднюю норму, а инфантильные так и остаются невысокими, у них наблюдается гипогенитализм и их психика навсегда сохраняет черты детскости; при истинной ретардации психическое созревание, развитие половых органов и вторичных половых признаков завершаются полностью, но с запозданием на несколько лет. Инфантильные ретарданты всю жизнь спокойно пребывают под опекой родителей или супругов, а ретардированные стремятся к независимости, страдают от своей неполноценности, иногда в связи с этим замыкаются в себе, но

чаще пытаются ее компенсировать. У ретардированных чаще (приблизительно в половине наблюдений) развиваются невротические расстройства. R. Cogbeau находит, что ретардированные в отличие от инфантильных более осмотрительны в вопросах половых отношений, женитьбы и семьи.

Лечение больных с синдромом ЗПР требует радикальной перестройки химизма с переключением обмена с механизмов гликогенолиза и глюконеогенеза, мобилизуемых при стрессовых состояниях, на увеличение мощности ферментных систем, обеспечивающих гликолиз и аэробные окислительные реакции с широким использованием липидов и возрастанием РНК-полимеразной активности (см. 7. 4. 1. 2. 2). Ключом к такой перестройке является повышение активности мышечного аппарата, а для молодых пациентов самый надежный и безотказный метод — каждодневная интенсивная физическая тренировка на протяжении всей жизни.

На первом этапе для перестройки энергетического обеспечения организма необходимы систематические тренировки под руководством профессионального тренера. По нашим наблюдениям, предпочтения заслуживают не силовые виды спорта, а гимнастика, плавание, лыжи, коньки, бег и игры (теннис, волейбол, баскетбол и т. д.). Однако достижение высоких технических показателей связано с гипермобилизацией сил организма в ущерб его состоянию. Лицам с задержкой или дисгармонией пубертатного развития следует стабилизировать тренировочные нагрузки после первого подъема спортивных результатов (что обычно совпадает с получением III спортивного разряда). Вследствие конституциональных особенностей наибольшие затруднения при активной перестройке общей формулы метаболизма возникают в ее начальных фазах. Для завершения перестройки нужны систематические интенсивные тренировки по 1,5—3 ч не менее 3—4 раз в неделю (не считая ежедневных разминочных упражнений) в течение многих месяцев.

После достижения тренированности с устойчивой перестройкой энергетики организма («спортивная форма») возможно переключение на второй этап, направленный на поддержание достигнутой перестройки. На основе опыта, полученного на первом этапе, можно сократить частоту «полевых» тренировок до 1—2 в неделю (но проводить их обязательно до *второго дыхания*), одновременно сохраняя и даже интенсифицируя ежедневные разминочные упражнения (обязательно до пота). Второй этап физических тренировок должен продолжаться многие годы, во всяком случае до прекращения половой жизни. По мере приближения к среднему и преклонному возрасту, что в большинстве случаев сопровождается увеличением профессионально-должностной занятости и дефицитом свободного времени, приходится редуцировать «полевые» тренировки, отдавая предпочтение видам спорта с минимальным числом участников (например, теннису). По мере сокращения «полевых» тренировок возрастает роль разминочных упражнений, из которых наибольшей эффективностью отличается разминочный комплекс каратэ, гармонично сочетающий силовые нагрузки на мышцы всего тела и упражнения на растяжение, гибкость, скорость, координацию, равновесие, а также расслабление мышц с общей релаксацией и совершенствованием дыхания. По сравнению с разумно поставленными упражнениями каратэ-до асаны хатхайоги чрезмерно статичны, а изометрические упражнения избыточно фокусированы на мышечных элементах в ущерб другим системам.

У пожилых больных, когда возраст и полное отсутствие физи-

ческой подготовки не позволяют рассчитывать на изменение метаболизма, а также при различных отягощениях (презмерная занятость, хронические заболевания и т. д.) показано применение адаптогенов и других методов неспецифической активации защитных сил организма.

Мероприятия по перестройке метаболизма (физические упражнения или применение адаптогенов) должны предшествовать каким бы то ни было специфическим воздействиям на сексуальную сферу. Успешная реализация этих мероприятий при элементарных социально-психологических предпосылках «жизнейского» плана почти автоматически приводит к установлению прочных семейных отношений. Однако в ряде случаев сексопатологу приходится выходить за медицинские рамки, подсказывая пациенту шаги, без которых нельзя достигнуть успеха и закрепить его.

Первое из этих условий — выбор «благожелательной» партнерши. Отсутствие у ретардантов сколько-нибудь значительного сексуального опыта, а также избытка энергетических резервов делает рискованными попытки к интимной близости со случайными, легко доступными женщинами, привыкшими к сексуально изощренным партнерам и настроенными на многократные сексуальные эксцессы. Даже длительный, но однократный коитус, приводящий ретарданта в состояние психофизического изнеможения, граничащего с прострацией, вызывает у таких женщин насмешливые высказывания, провоцирующие невроз ожидания и последующее невротическое развитие. Бесконечное многообразие человеческих характеров делает прогнозирование межличностных отношений крайне рискованным. Однако ретардантам надо посоветовать выбрать спокойную, уравновешенную, даже флегматичную женщину, склонную к чистоплотности, умеренности, аккуратности в сочетании с душевной мягкостью, внимательностью и уважением к социальным нормам и к другим людям (в этом смысле показательно ее отношение к родителям). Для налаживания стабильных сексуальных отношений с ретардантом благоприятно как отсутствие сексуального опыта, так и негативный опыт у женщины (например, обманутой мужчиной, которому она доверилась, движимая первой любовью). Такие женщины хотят прежде всего верности и преданности мужчины, и они часто оказываются идеальными партнершами для стойкой сексуальной и личностной реабилитации пациентов с задержкой пубертатного развития. Хорошо уживаются с ретардантами и женщины, играющие в семье роль лидера и относящиеся к мужу, как к большому ребенку. У таких женщин преобладает материнский инстинкт, и при любом числе детей они распространяют свое чадолюбие и на супруга. Эти женщины обычно высокие, крупные [Stein M., 1974].

После преодоления затруднений дебютантного периода или ликвидации последствий сексуального срыва (чаще всего спровоцированного случайной половой связью) у большинства пациентов спонтанно наступает стабилизация, решающим фактором которой является «резонантная» партнерша. В некоторых случаях может потребоваться помощь сексопатолога и в этой, заключительной, фазе лечебно-реабилитационного курса. Самым частым вопросом на этом этапе является оптимальный ритм половой активности. Общая закономерность, обозначенная в профессиональном жаргоне как «феномен раздаивания», заключается в том, что установление регулярного и достаточно высокого уровня половой активности приводит к улучшению всех частных сексоло-

гических проявлений: раньше других нормализуется продолжительность полового акта (в случаях *ejaculatio praesox* половые акты удлиняются, а в случаях *ejaculatio tarda* — укорачиваются), за этим следует усиление эрекции, либидо и интереса к сексуально-эротическим играм. Как свидетельствуют наблюдения инволюционных синдромов, развивающихся на фоне ЗПР, наилучшие отдаленные результаты отмечаются при превышении показателем активности (K_a) генотипического показателя половой конституции (K_r), причем соотношение K_a/K_r может достигать 2 и даже 3. Однако при этом следует соблюдать обязательное условие — любой половой акт (особенно эксцессивный) должен совершаться только при выраженном сексуально-эротическом влечении (одна лишь эрекция, не сопровождаемая общим сексуально-эротическим возбуждением, не должна служить сигналом к коитусу) и никогда, ни при каких условиях не становится насильственным, вынужденным. Наряду с этим, однако, пациентам с синдромом задержки пубертатного развития не следует подавлять подъемы общего сексуально-эротического возбуждения, возникающие в адекватных для сближения условиях и соответствующие установившемуся ритму, только потому, что эрекция не достигла предела. Как сигнал к началу коитуса сопровождающий эрекцию *Vorlust* имеет гораздо большее значение, чем механическая «твердость» кавернозных тел.

Прогноз в отношении половых функций, обусловленных ЗПР, поскольку они связаны с конституциональными особенностями, многими специалистами представляется неблагоприятным и даже безнадежным. Однако это не так. Сексопатолог не может активно воздействовать у взрослого человека на такие конституциональные показатели, как рост, пропорции тела или характер лобкового оволосения, но он отнюдь не безоружен перед чисто функциональными проявлениями конституциональных особенностей. Пациенты с синдромом ЗПР не годятся в любовники, но у них есть все необходимое для семейной жизни и при соответствующем подборе партнерши из них получаются хорошие мужья. Поскольку эффективность лечебно-реабилитационных воздействий современной сексопатологии наиболее четко подтверждается катамнезом пациентов преклонного возраста, соответствующие фактические данные будут представлены в следующем разделе, при разборе инволюционных форм, развивающихся в связи с ЗПР.

Наиболее общими индикаторами благоприятного прогноза являются сохранность у подавляющего большинства ретардантов прокреативных возможностей (утрачиваемых лишь с возрастом) и широкий регистр энергетических проявлений реактивности, поддающихся коррекции. Следует иметь в виду и свойственное очень многим ретардантам довольно спокойное отношение ко всем проявлениям сексуальности, в том числе к эпизодическим срывам, что свидетельствует об определенном запасе прочности психической составляющей копулятивного цикла, которая играет роль мощного резерва в большинстве реабилитационных программ. „Это позволяет сформулировать почти на знающее исключений правило: чем ниже в шкале ценностных ориентаций пациента располагаются сексуальные интересы, тем прогноз лучше. В прочих сходных условиях прогноз намного благоприятнее при наличии периодов нормальной, по убеждению обследуемого, половой активности. Чем больше было таких периодов и чем они были длительнее и регулярнее, тем более полным и стойким оказывается результат лечения.

Дисгармония пубертатного развития, прогностически более

благоприятная по сравнению с его *задержкой*, все же свидетельствует о повышенном риске сексуального неблагополучия даже при преобладании явлений ППР, нарушающего гармоничность формирования различных компонентов сексуальности. Отрицательные последствия дисгармонии оказываются тем неблагоприятнее, чем на более ранний возраст приходится дискоординированные сексуальные проявления. Прогноз отягощают чрезмерная индифферентность пациента, отсутствие «благожелательной» партнерши, вовлечение широкого круга родственников в обсуждение и «улаживание» медицинских, морально-этических, правовых и прочих аспектов семейной коллизии, а также синдромы психической составляющей в структуре сексуального нарушения.

Профилактика синдрома задержки и дисгармонии пубертатного развития должна начинаться в период внутриутробной жизни. Профилактические меры должны исключить пагубные воздействия на плод. Необходимы прекращение половой активности после установления беременности, полный отказ от табака и алкоголя, исключение стрессовых ситуаций и по возможности отказ от медикаментов. Профилактические меры в отношении больных могут быть успешными лишь при раннем выявлении нарушенного пубертатного развития, что предполагает диспансеризацию подростков. А. Н. Демченко и И. А. Черкасов (1978) разработали диагностические методы, позволяющие квантифицированно выявлять отклонения в темпах пубертатного развития, начиная с ранних стадий, дифференцировать физиологические и патологические формы задержанного полового развития и осуществлять строго индивидуализированные профилактические мероприятия, обеспечивающие эффективную функциональную реабилитацию.

7.5.1.2. Синдром инволюционного снижения и дезинтеграции половых проявлений у мужчин

Возрастное угасание сексуальных проявлений, хотя этот процесс неизбежен и физиологичен, для многих людей оказывается трудным периодом. При всей непреложности того, что половая активность с возрастом снижается и сходит на нет (см. рис. 7), большинство мужчин переживает это болезненно, о чем свидетельствует статистика. Рассматриваемый синдром оказывается в ключевой позиции одним из наиболее частых среди всех сексологических расстройств и самым частым среди других синдромов поражения нейрогуморальной составляющей (по данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, диагностирован в 17,4% всех случаев обращения за сексологической помощью).

Сущность синдрома составляет выявление внутренней дефицитарности сексуальной сферы, происходящее под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. При отсутствии какой бы то ни было сексуальной дефицитарности мужчины не приходят к сексопатологу, потому что ко времени инволюционного снижения половых потребностей ценностные ориентации у них смещаются в сторону других жизненных интересов. Гармоничность вхождения в половую зрелость во многом предопределяет и гармоничность выхода из периода воспроизводства.

Для уяснения сущности синдрома необходимо обратить внимание на характерные для инволюции клинические проявления

возрастной дезинтеграции, в частности на утрату психофизиологической целостности в ситуации интимной близости и необходимость «подтягивать» одни парциальные проявления сексуальности к другим (см. раздел 3.2.4.). Очень важно понять, что в той сложной иерархии подсистем, из которых интегрируется половая активность, при данном синдроме чаще сказывается патологическое состояние не верхних, психологических уровней (что выражается в холодной, интеллектуально окрашенной квазипотребности), а уровней физиологических, придающих сексуальным проявлениям специфическую витально-чувственную окраску. Хотя различным «этажам» этой иерархии здорового организма свойственна известная автономность, наибольшая именно на верхних уровнях (здесь больше вариантов поведения, или степеней свободы), эта независимость психики от «низменной» физиологии может существовать лишь постольку, поскольку ее обеспечивает физиология.

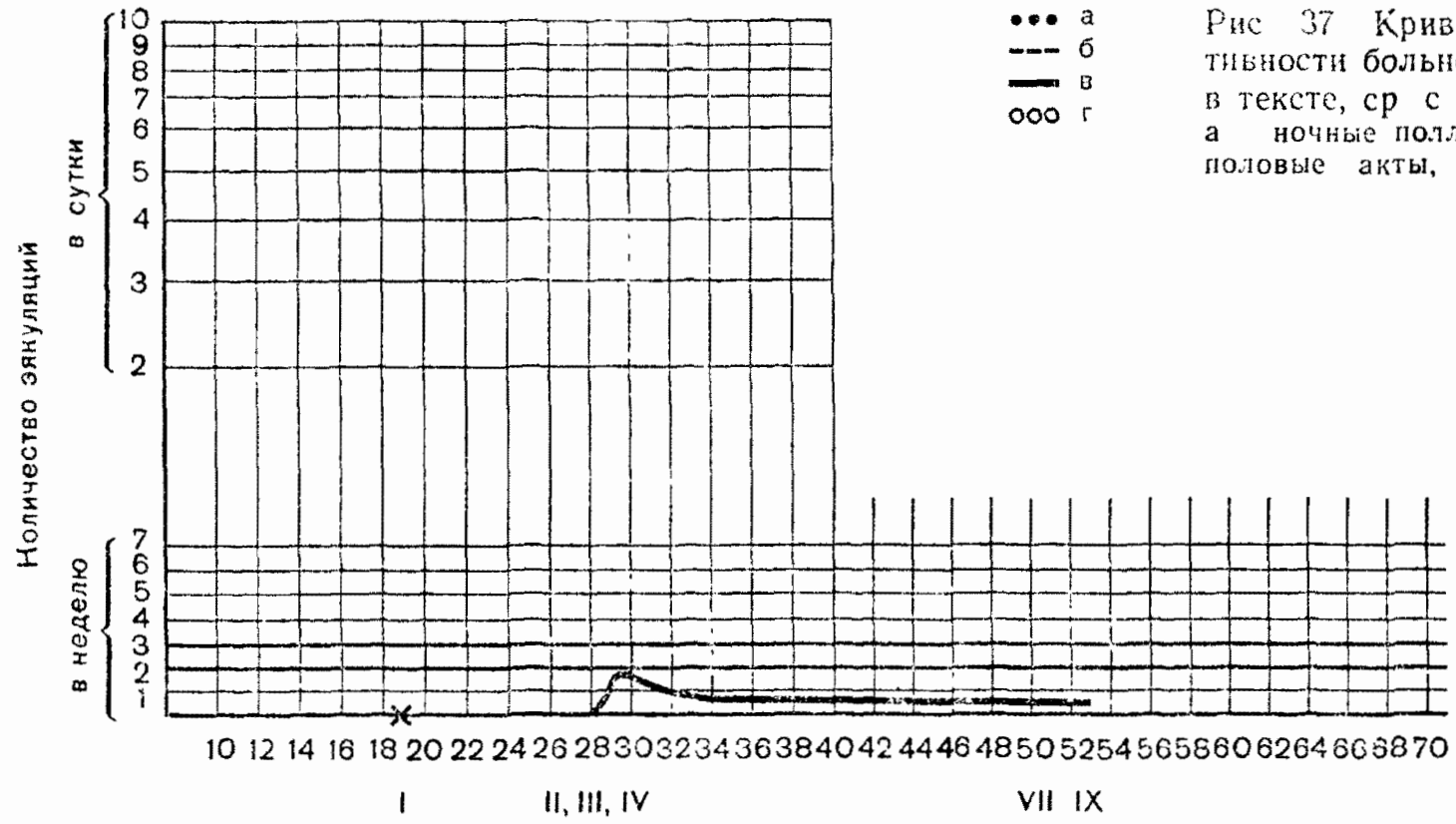
Этиология синдрома демонстрирует специфический вариант «большой» геронтологической модели старения, а именно одновременную зависимость как от внутренних (унаследованных или сформировавшихся к моменту рождения), так и от внешних причин. Единичные, но играющие главную роль внутренние факторы в модели сексологической инволюции по существу сводятся к одному феномену — изначальной задержке или дисгармонии пубертатного развития.

Клинические проявления описываемого синдрома связаны с ЗПР настолько тесно, что разграничить их можно только условно. Очень часто пациент жалуется на нарушения, возникшие 4—5 лет назад, и этим временем датирует начало расстройств, однако сексопатолог не может не видеть, что бесспорные признаки сексуальной дефицитарности имелись с начала половой жизни, так что истинная давность половой недостаточности исчисляется 15 или 20, а то и 40—50 годами. Если исходить из жалоб пациента, то в качестве ключевого синдрома следует выделить инволюционное снижение половых потребностей, развившееся на фоне ЗПР. Если же руководствоваться действительным состоянием половой сферы обследуемого в течение всей жизни, то более оправдан диагноз синдрома ЗПР с декомпенсацией в инволюционном периоде. Сказанное иллюстрируется индивидуальной кривой динамики половой активности больного Ш., 53 лет (рис. 37).

У обследуемого наблюдались пробуждение либидо в 18—19 лет (I), первая эякуляция (II) при половом сношении в браке (III, IV) в возрасте 29 лет; максимальный уровень половой активности на протяжении двух первых лет — 1 сношение в 3—4 дня, затем от 3 до 1 сношения в месяц. Больной никогда не мастурбировал, поллюций у него никогда не было, сношения всегда проводил «только в угоду жене». После каждого полового акта он испытывал общую слабость и боли во всем теле («как при гриппе»). Больной не курил, никогда не употреблял алкогольных напитков, потому что даже пиво вызывает головокружение, общую слабость и боли во всем теле. Больным себя считал в течение 10 лет, в возрасте 28 лет перенес тяжелую контузию. Рост 162 см, ТИ 1,74. Общее недоразвитие волосяного покрова. Индексы половой конституции:

$$K_r = K_a (1 - 1); K_a/K_r = 1,0 (1-1).$$

Хотя пациент считает себя больным 10 лет и определенная часть симптоматики этиологически обусловлена контузией, опытный



сексопатолог устанавливает симптомы выраженной ЗПР: морфологические (низкий ТИ, редукция оволосения) и функциональные (резкое запоздание пробуждения либидо, первой эякуляции, отсутствие юношеской гиперсексуальности, в частности поллюций и мастурбаций). Контузия в данном случае стала лишь дополнительным фактором, способствовавшим выявлению изначальной дефицитарности энергетического обеспечения всего адаптационного регистра, в том числе и сексуальных возможностей больного.

Обнаружение признаков задержки или дисгармонии пубертатного развития является обязательным для диагностики рассматриваемого синдрома. В качестве провоцирующих развитие синдрома (экспозитивных) факторов, способных нарушить установившееся равновесие, могут быть чисто психогенные влияния (например, высказывания партнерши), сексуальные абстиненции или массивные повреждающие физические, химические, биологические (в частности, инфекционные) воздействия. В большинстве наблюдений внешние факторы действуют в совокупности.

Для понимания патогенеза синдрома инволюционного снижения и дезинтеграции половой активности необходимо уяснить, почему при нерасторжимой связи этого синдрома с первичной ЗПР у одних больных рано возникает именно синдром ЗПР, а у других этот изначальный синдром оказывается «инкапсулированным», латентным и выявляется лишь в более позднем возрасте в форме синдрома инволюционного снижения половых потребностей? Ответ на этот вопрос определяется тем, что на протяжении жизненного цикла кризисные периоды сексуальности приходится преодолевать всем людям, однако у ретардантов они вырисовываются более четко, принимая резкие формы в возрастах сексуальной инициации и инволюции. Если исключить малозначащие неспецифические воздействия (бытовая неустроенность и др.), то решающими остаются два патогенетических фактора: глубина ретардации пубертатного развития и сочетание ее с врожденными аномалиями личности. Отягощенность изначальной биологической ретардации сопутствующей дефицитарностью личности (о чем будет сказано ниже) обуславливает манифестный сексуальный срыв на ранних дебютантных стадиях формирования сексуальности индивидуума. Этому во многом способствует глубина биологической ретардации, что подтверждается сравнением генотипически акцентуированных индексов половой конституции (K_p). Как свидетельствует табл. 9, самый низкий индекс K_p (2,13) соответствует именно первичной ЗПР, а средняя величина этого показателя при инволюционных формах составляет 2,88. Таким образом, резервного запаса прочности, эквивалентного разнице 0,75, в совокупности с меньшей отягощенностью структуры личности оказывается достаточно для того, чтобы благополучно преодолеть затруднения дебютантного периода и столкнуться с сексуальными нарушениями лишь по прошествии многих лет.

Клиническая картина синдрома развертывается после продолжительного периода налаженной половой активности. Пациенты обращаются за сексологической помощью (по данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии) в возрасте 36—72 лет, в среднем $50,3 \pm 0,32$ года; возраст, в котором больные отметили появление первых признаков сексуального расстройства, — 28—69 лет. Основные жалобы больных: недостаточность эрекций (49,3%), ослабление полового влечения (30,3%), расстройства эякуляции и оргазма — затруднения в

наступлении эякуляции и оргазма вплоть до полного их отсутствия, притупление *Vorlust*, *Wollust* и оргазма (15,9%), ускорение эякуляции (4,5%). По сравнению со случаями первичной ЗПР ослабление либидо (составляющее патогенетический корень обоих синдромов) у этих больных переместилось с 5-го на 2-е место, а симптоматологические варианты снижения и дезинтеграции эякуляторно-оргастических расстройств более многочисленны. Еще более показательным в этом смысле оказывается распределение симптомов, которыми манифестировало все нарушение. Как первое проявление, обратившее на себя внимание больного, чаще других отмечается снижение полового влечения (38,3%), на 2-м месте по частоте стоит ускорение эякуляций (38,1%), им уступает ослабление эрекции (13,7%) и чрезмерная длительность сношения с затруднениями эякуляции (9,9%). В этом ранжировании особенно четко выступает патогенетическая роль ключевого симптома — ослабления либидо. Наряду с этим очень высокая частота ускорения эякуляций, отстающая от снижения либидо лишь на 0,2%, свидетельствует о лучшей сохранности защитных резервов в начальной фазе расстройства, так как сдвиг в сторону ускорения по своей биологической (а точнее, биоэнергетической) сущности есть проявление компенсаторное, свидетельствующее о здоровье. Характерно также, что в начальных фазах нарушения эякуляции (48%) и снижение либидо (38,3%) оттесняют нарушения эрекции на последнее место (13,7%).

Некоторые наиболее специфические для рассматриваемого синдрома особенности определяются тем, что у многих больных после формирования понятийной и платонической стадий либидо не достигает специфически мужской, оргастически акцентуированной стадии сексуального либидо, которое задерживается на стадии либидо эротического. Эротическое либидо проявляется даже у мужчин акцентуацией таких по сути «девических» черт, как нежность и ласковость. Именно на этой основе формируются психофизиологические «блоки», которые затем в обстановке интимного общения определяют у женщин потребность в нежности и ласке. Однако у «нормального» мужчины при сильной половой конституции период юношеской гиперсексуальности проходит бурно, сметая все проявления эротического либидо, и очень быстро завершается установлением чисто мужской модели сексуальной одержимости, нацеленной на овладение, с феноменом Тарханова и резко выраженной сексуальной агрессивностью, фокусированной на гениталиях и оргазме. Свойственные молодой женщине эмоциональная открытость, незащищенность и даже ранимость, ее потребность в словесной и тактильной ласке, сигнализирующей готовность заботиться о любимых, — все это очень многим «нормальным» молодым мужчинам остается недоступным. Культивировавшийся веками и воспитываемый у мальчиков социальный стереотип мужественности, сплавляясь с феноменом Тарханова, начисто лишает значительную часть «нормальных» молодых мужчин возможности понять, что естественное и скорейшее пробуждение сексуальности у женщины обеспечивается преобладанием на первых этапах общей, экстрагенитальной ласки, а брутальность и чрезмерная генитальная направленность лишь блокируют, иногда временно, а иногда и навсегда, формирование у женщины зрелой сексуальности с гармоничным соотношением понятийного, романтического, эротического и сексуально-чувственного аспектов, органично сливающихся со всей системой морально-этических ценностных ориентаций личности.

Один из самых широко распространенных парадоксов сексологии заключается в том, что мужчины с определенной изначальной ЗПР обеспечивают более верное и раннее гармоничное формирование сексуальности у своих жен, чем их собратья с более сильной половой конституцией (табл. 28). Характерно, что многие мужчины с ретардацией пубертатного развития, либидо которых задержалось на эротической стадии, проявляют в ситуации интимного сближения типично женские черты - они подолгу проводят предварительные ласки (Vorgspiel), воздействуя преимущественно или даже исключительно на экстрагенитальные эрогенные зоны и испытывая именно в этих фазах наибольшее наслаждение. Для многих из них эта особенность оставалась неосознанной (им не с чем было сравнивать), однако их жены, имевшие добрачные половые связи, сравнивая стиль интимной близости своих мужей и любовников (обладавших «нормальным» мужским темпераментом), давали этой их особенности положительную оценку. Эта своеобразная диалектика слабости, оборачивающейся преимуществом, способствует формированию оптимистической оценки и стабилизации брачных отношений многих семейных пар. Из всех больных со стержневым синдромом инволюционного снижения половых потребностей только некоторые (11%) более или менее осознавали свою принадлежность к разряду менее одаренных природой в сексуальном отношении.

Только 5% обследованных пациентов имели преходящие неудачи при первых половых актах, т. е. в 13 раз реже, чем здоровые мужчины, у которых такие неудачи отмечены в 66% наблюдений.

Т а б л и ц а 28

Сроки пробуждения сексуальности у женщин, состоящих в браке с сексуально здоровыми мужчинами и с мужьями, у которых диагностирован синдром инволюционного снижения половых потребностей (в кумулятивных процентах)

Длительность брака к моменту первого оргазма	У жен сексуально здоровых мужей [Святош А. М., 1974]	У жен мужей с синдромом инволюционного снижения	Длительность брака к моменту первого оргазма	У жен сексуально здоровых мужей [Святош А. М., 1974]	У жен мужей с синдромом инволюционного снижения
1 мес	—	22	5 лет	72	84
3 »	22	29	10 »	89	91
6 »	—	38	15 »	—	96
1 год	42	58			

Однако, как выяснилось в отношении больных с ключевым синдромом инволюционного снижения половых потребностей, именно их повышенная способность пробуждать дремлющую сексуальность у большего числа женщин, чем это удается мужчинам с более высокими конституциональными показателями, в некоторых случаях оборачивается в конечном счете против них же. После пробуждения сексуальности у женщины иногда формируется на-

столько высокая сексуальная требовательность, не умеряемая заботами о детях, быте, профессиональными обязанностями и т. д., что удовлетворить ее муж оказывается не в состоянии.

Клинические варианты рассматриваемого синдрома, как указывалось ранее (раздел 4.3.1), четко делятся на следующие разновидности: 1) вариант *спокойного угасания* (44,1%) с равномерным снижением всех сексуальных проявлений при раннем и наиболее выраженном снижении полового влечения; 2) *экзальтационный* вариант (30,1%) с ускорением эякуляций как ведущим симптомом; 3) *ажитированно-невротический* вариант (25,8%) с преобладанием эмоционально-личностной реакции на незначительные отклонения от привычного стереотипа сексуальных проявлений. Наблюдается еще *ретардационно-анэякуляторный* вариант с преобладанием *ejaculatio tarda* вплоть до отсутствия эякуляции, который обычно сочетается с указанными выше.

Диагностика синдрома инволюционного снижения и дезинтеграции половой активности по формализации уступает лишь синдрому первичной задержки и дисгармонии пубертатного развития. Обязательным условием идентификации рассматриваемого синдрома является установление первичной задержки или дисгармонии пубертатного развития, обеспечиваемое с помощью шкалы векторного определения половой конституции. Обязательным условием диагностики является также период успешной половой жизни, продолжительность которого измеряется годами. Из специфических сексопатологических приемов диагностики установление обобщенного синдрома и особенно идентификация клинических вариантов облегчаются анализом цифрового ряда СФМ (см. раздел 4.3.1) и вычерчиванием индивидуального графика возрастной динамики половой активности, наносимого на типовую сетку (см. рис. 7 и 37).

Дифференциальная диагностика облегчается опорой на формализованные критерии (индексы шкалы векторного определения половой конституции, профиль СФМ, отклонения от типовой кривой возрастной динамики половой активности и др.). Вариант *спокойного угасания*, характеризуемый самым низким значением показателя I шкалы СФМ (уровень либидо) и суженным диапазоном колебаний между наибольшим и наименьшим показателями всего ряда в сочетании с низким суммарным показателем СФМ (около 15), следует дифференцировать от сексуальных расстройств при некоторых формах шизофрении. В отличие от случаев инволюционного синдрома для них характерны раннее снижение половой предприимчивости, ощущение «измененности», резонерство при изложении мотивов уменьшения половой активности на фоне «холодности» и упоминавшейся ранее сексуальной *квазипотребности*. **Экзальтационный** вариант необходимо дифференцировать от постабстинентного ускорения эякуляций у сексологически здоровых мужчин, синдромов эякуляторной составляющей копулятивного цикла и соответствующего варианта невроза ожидания (см. ниже). Отграничение **ажитированно-невротического** варианта от широкого спектра невротических нарушений рассматривается далее при описании соответствующих синдромов.

В лечении больных с синдромом инволюционного снижения половых потребностей одно из самых серьезных препятствий — широко распространенное предубеждение против сексуальных проявлений, если они выходят за рамки прокреации. Большие трудности эффективной реабилитации обуславливаются и отрицательной психологической установкой некоторых сексопатологов, проявляю-

щих диагностическую зоркость главным образом в распознавании противопоказаний к проведению у больных преклонного возраста лечебных мероприятий. Сексопатологу часто приходится преодолевать предубеждения жены пациента, непоколебимо уверенной, что, поскольку у них не только взрослые дети, но и внуки, они с мужем «свое дело сделали» и сексуальные реакции у супруга не более чем излишество, которое приличным людям следует подавлять.

Поскольку сексуальные функции в норме осуществляются парно, реабилитация при инволюционном синдроме должна начинаться с установления факта наличия благорасположенной сексуальной партнерши. Абсолютная бесперспективность и абсурдность каких бы то ни было «лечебных» рекомендаций при отсутствии сексуальной партнерши совершенно очевидны, но врачи различных специальностей нередко в таких ситуациях упорно назначают медикаментозные и физиотерапевтические средства на протяжении многих месяцев и лет. Сексопатолог не может, однако, ограничиться формальной констатацией существования сексуальной партнерши. Поскольку при инволюционном синдроме вследствие кумулировавшихся на протяжении жизни повреждающих внешних факторов многие элементы сексуальной констелляции оказываются «искондиционными», сексопатологу необходимо прежде всего исследовать, насколько благорасположена к больному сексуальная партнерша. Первичную ориентацию в этом вопросе облегчают пункт IX шкалы СФМ и соответствующие разделы карты сексологического обследования мужчины в пределах п. 6, однако во многих случаях этих сведений оказывается недостаточно и требуется беседа с женщиной. Необходимость беседы с женой пациента определяется выявлением деструктивных психотравмирующих установок, подлежащих обязательной коррекции (один из частных формальных показателей к этому — величина IX пункта шкалы СФМ на уровне I и ниже).

Приглашение женщины для беседы с сексопатологом, психологически безболезненное у молодоженов, при данном синдроме — крайне деликатная акция. Ее желательно проводить женщине-сексопатологу, так как супруги пациентов, дамы преклонного возраста, часто наотрез отказываются обсуждать детали интимной жизни с молодым врачом — мужчиной. Еще более серьезные трудности возникают при сексопедической коррекции: в большинстве случаев приходится изменять установившиеся поведенческие стереотипы, расширять диапазон приемлемости, оживлять и у некоторых индивидуумов впервые культивировать элементы сексуальной игры. Существенную помощь в этой работе может оказать строго отобранная санитарно-просветительная литература, свободная от запугивания и неудачно маскируемых примитивных проповедей.

Постоянными и систематическими с первых же дней, независимо от наличия сексуальной партнерши, должны стать мероприятия, направленные на обеспечение биохимического фундамента адаптации. Поскольку суть инволюционного синдрома составляет начальная стадия ЗПР, эти мероприятия идентичны таковым при указанной патологии. Однако тотальная перестройка всей формулы метаболизма путем систематических тренировок, составляющая основу реабилитации молодых мужчин с первичной ЗПР, претерпевает значительные затруднения у пациентов с синдромом инволюционного снижения половых потребностей, поскольку у них резко ограничены пределы функциональных нагрузок. В связи с этим

активация адаптационно-энергетических механизмов посредством тренировки мышечного аппарата им не под силу. Из числа больных прежде всего отбирают тех, кто в прошлом имел хорошую спортивную подготовку, и при отсутствии противопоказаний советуют им возобновить интенсивные тренировки с целью восстановления спортивной формы. У остальных пациентов на фоне систематических двигательных и дыхательных упражнений умеренной интенсивности [Динейка К., 1966] предпринимают перестройку уровней реактивности путем применения адаптогенов.

Физические упражнения независимо от их интенсивности должны выполняться ежедневно; медикаменты назначают курсами, длительность которых зависит от применяемого препарата и индивидуальной реактивности организма, а начало приурочивается к естественным спадам реактивности либо к ее снижению вследствие инфекций и т. п.

Если сексологическая симптоматика характеризуется единичными гиперфункциональными симптомами, свидетельствующими о значительной резистентности организма (например, только ускорением эякуляций), то следует ограничиться назначением поливитаминных препаратов типа декамеvита (профилактически в периоды сезонных спадов резистентности). При сексологических гипофункциональных симптомах у пациентов с общесоматической отягощенностью двигательные нагрузки умеренной интенсивности следует сочетать с применением адаптогенов и их аналогов. Наконец, у ряда больных заметной компенсации специфически сексологических проявлений удастся добиться применением следующей прописи:

Rp.: Sulfadimezini 0,25
Calcii pantothenatis 0,01
Magnesii sulfatis —
Acidi ascorbinici aa 0,25
S. По 1 порошку в первой половине дня между приемами пищи.

После 30-дневного курса лечения делают перерыв на 10 дней. Такие 40-дневные циклы повторяют подряд 3—4 раза.

Достигнутая биохимическая адаптация должна систематически поддерживаться предпочтительно двигательным режимом и воздействием природных лечебных факторов.

Специфическими показателями достигнутой энергетической перестройки являются повышение общей витальности (в том числе агрессивности и сексуального либидо), усиление *Vorlust* и *Wollust*, обострение оргазма, появление или учащение спонтанных и увеличение стабильности адекватных эрекции, своеобразное «усреднение» продолжительности фрикционной стадии копулятивного цикла (при исходной ускоренной эякуляции — сдвиг в сторону замедления, при *ejaculatio tarda* — в сторону ускорения).

Особое значение в инволюционном периоде приобретает регулирование и поддержание соответствующего уровня половой активности. Если в молодом возрасте можно, а в определенных условиях и должно подавлять несвоевременные вспышки полового возбуждения, то у пожилых супругов в связи со спонтанностью большинства сексуальных проявлений у мужчин чрезмерная щепетильность в выборе времени и условий для сношений с возрастом становится рискованной. Половое желание у большинства мужчин уплудулирует — за каждым подъемом волны возбуждения, если оно

не включается в копулятивный цикл, следует естественный спад, за которым следует очередной подъем. Общее количество подъемов, длительность интервалов между ними и соотношение высот отдельных волн возбуждения определяются множеством факторов, среди которых и адаптационная способность, и индивидуальное соотношение возбудительного и тормозного процессов, и феномен Тарханова, и возраст. С возрастом интервалы между отдельными подъемами увеличиваются, а интенсивность полового желаяния идет на спад. Если пожилые супруги не были готовы или сочли несвоевременным первое, второе и третье хотение и успешно их подавили, то четвертое может вообще не наступить: услужливая природа ускорит возрастную тенденцию, направленную на полное и необратимое исключение половой активности из реестра свойственных данному индивидууму жизненных проявлений. Супругам приходится отказываться от некоторых сложившихся ритуалов и проявлять гибкость в изменении укоренившихся сексуальных стереотипов, связанных прежде всего со временем, местом и т. п. (только перед сном, только в спальне, только после ванны и много других «только»). Обоим супругам, особенно жене, необходимо более чутко, отзывчиво и оперативно реагировать на сексуальные проявления мужа.

В рамках общей установки на поддержание оптимального уровня половой активности длительность интервалов между половыми актами в значительной мере определяется клиническим вариантом синдрома: при экзальтационном варианте показано укорочение интервалов, при ретардационно-анэякуляторном их следует несколько удлинить. Наряду с этим при названных вариантах могут использоваться такие нейрогуморальные механизмы, как воздействие на пороги эякуляторной реакции ацидотического или щелочного сдвига, вызываемые произвольной регулировкой дыхания: ускоренное семяизвержение успешно задерживается гипервентиляцией (глубокое форсированное дыхание при приближении момента семяизвержения), сочетаемой с урежением фрикций, при ретардации ускорению семяизвержения способствует задержка дыхания на фазе максимального выдоха.

Прогноз. Катамнез (от 4 до 12 лет) при стержневом синдроме инволюционного снижения и дезинтеграции половых проявлений у больных, лечившихся во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии, свидетельствует о высокой общей эффективности реабилитационного комплекса: стойкое выздоровление достигнуто у 28,5% пациентов, улучшение со стабилизацией на приемлемых для обоих партнеров формах и уровнях сексуальных проявлений — у 57,2%, отсутствие положительных сдвигов обнаружено у 7,3%, у 7% в катамнезе произошло дальнейшее ухудшение сексуальных проявлений. В двух последних группах отсутствие положительных результатов четко определялось утратой привычного сексуального партнера (смерть или разрыв отношений). Этот же фактор выступал (однако намного реже) и в других группах в качестве одной из самых омрачающих прогноз и затрудняющих реабилитацию детерминант. Заключение нового союза у большинства пожилых мужчин вследствие возрастающей с годами избирательности межличностных контактов и снижения возможностей приспособить свои взгляды и стиль поведения к жизненному стереотипу другого человека оказывалось одним из серьезных препятствий на пути к сексуальной реабилитации.

Прогностически наиболее благоприятен экзальтационный вариант, за ним следует вариант спокойного угасания и ретардацион-

но-анэякуляторный; наиболее труден для реабилитации вариант ажитированно-невротический.

В судебно-экспертной практике следует учитывать специфические возрастные особенности: возможность оживления некоторых подавлявшихся на протяжении жизни сублатентных (а иногда латентных, неосознанных) аномальных и перверсных тенденций, часть которых (например, визионизм, проявляющийся, в частности, интересом к порнографии) носит явно компенсаторный характер. Однако такие тенденции во все эпохи сильно преувеличивались и драматизировались дурной обывательской традицией, при подобных обвинениях необходимо соблюдать предельную объективность. Оптимальная тактика в этих случаях основывается на проведении разумной границы между проявлениями терпимыми и недопустимыми с использованием в качестве главного критерия сбалансированности индивидуальных прав личности с охраной общественных интересов.

В профилактике наряду с предотвращением пагубного воздействия мышечной гиподинамии и переедания решающее значение для сохранения половых функций в инволюционном периоде приобретает регулярность половой жизни. При абстиненциях затяжного характера (чему способствуют учащающиеся в этом возрасте заболевания то одного, то другого супруга) легко преступить критическую черту, за которой угасание половых функций становится необратимым. Профилактика рассматриваемого синдрома не должна ограничиваться сексологическими рамками, и сохранение половой активности следует оценивать шире, в общегеронтологическом аспекте.

7.5.1.3. Расстройства нейрогуморальной составляющей, вызванные применением лекарственных средств, производственными интоксикациями и другими вредностями

Объединение разнородных наблюдений такого рода расстройств, составляющих 3,1% всех обращений за сексологической помощью, обусловлено единством патогенеза (поражение нейрогуморальной составляющей), учетом важности этих расстройств для охраны труда и необходимостью обеспечения безопасности лечебного процесса (т. е. исключения неблагоприятных для половой сферы побочных эффектов медикаментозных средств).

В этиологии рассматриваемых нарушений основную роль играли следующие факторы: 1) гормональные препараты (сустанон, метилтестостерон пропионат и др.) — 31%; 2) противоэпилептические средства — 20%; 3) рентгеновское и другие облучения — 16%; 4) тетраэтилсвинец — 12%; 5) радиоактивные кобальт и стронций — 8%; 6) ртуть и ртутьсодержащие соединения — 4%; 7) свинец — 4%; 8) транквилизаторы (чаще длительный прием элениума при различных невротических состояниях типа «невроза сердца» и т. д.) — 3%; 9) анафилаксия, спровоцированная введением лечебных сывороток — 2% случаев.

Общими в патогенезе этого рода нарушений являются «заинтересованность» нейрогуморальных механизмов — от гипота-

ламического отдела до синаптических медиаторов — и плюригландулярность (изменения многих эндокринных желез).

Клинические проявления зависят от особенностей этиологического фактора. Так, большинство противосудорожных средств при длительном их приеме повышают пороги возбудимости тех образований ЦНС, которые обеспечивают протекание копулятивного цикла, что сказывается снижением либидо, притуплением *Vorlust*, *Wollust* и оргазма, задержками эякуляции и ослаблением эрекции. У некоторых больных развитию *ejaculatio tarda* предшествует ускорение эякуляций, что свидетельствует о резерве для функциональной компенсации и гиперкомпенсации. Все эти явления на протяжении многих лет сохраняют обратимость, однако со временем, чаще с момента ослабления эрекции, клиническая картина осложняется формированием невроза ожидания. При других этиологических факторах вовлечение субкортикальных нервных структур сочетается с поражением генеративного аппарата. Так, после многолетнего производственного контакта с повышенными (до изменения ПДК) концентрациями винилхлорида наряду с расстройствами рекреативных проявлений сексуальной сферы (статистически значимое снижение I показателя СФМ) были выявлены нарушения репродуктивного аппарата в виде общего снижения количества и подвижности сперматозоидов [Глущенко В. И., 1980].

Однако наиболее часто встречаются нарушения, обусловленные необоснованным или избыточным применением гормональных препаратов андростероидного ряда. Последовательность появления симптоматики у таких больных вырисовывается при анализе анамнестических данных. В начале «лечения» у отдельных больных (обычно повышенно внушаемых) отмечается преходящее «улучшение» в виде усиления эрекции, изменения длительности полового акта, повышения полового влечения (в действительности имеет место суггестивный преходящий подъем уверенности в своих возможностях). Гораздо чаще, однако, в начале применения андрогенов больные не отмечают ожидавшихся положительных сдвигов, что нередко вызывает обостренную эмоциональную реакцию («крушение надежд»). Наконец, у некоторых больных отмечаются сдвиги, обусловленные не положительным или «реактивным» (на отсутствие ожидавшегося эффекта) эмоциональным резонансом, а соматической реакцией физиологических регуляторных систем, обеспечивающих гомеостаз: развитие мастопатий, появление симптомов вегетативной лабильности и т. д. Сроки выявления и выраженность этих симптомов определяются главным образом интенсивностью «лечения», а также состоянием физиологических систем.

В отличие от больных, которым проводится заместительная терапия андрогенами по соответствующим показаниям, у этих пациентов выраженность и длительность положительного эффекта с каждой инъекцией не возрастают, а, напротив, снижаются. В ряде случаев впервые «моделируются» клинические варианты синдрома инволюционного снижения. Если применение андрогенов не прекращается, у больного формируется синдром *фармакологической кастрации*.

Лечение рассматриваемых нарушений во всех случаях является симптоматическим и поэтому оттесняется на задний план важностью профилактики. Только своевременное исключение производственных факторов и лекарственных средств, отличающихся тропизмом к сексуальной сфере, может предупредить развитие синдромов, в основном необратимых. Даже наиболее благоприятный по прогнозу синдром повышения порогов сексуальной возбудимости под

влиянием противоэпилептических средств не обеспечивает врачу никакого оперативного простора — отмена препаратов чревата утяжелением основной симптоматики вплоть до развития *status epilepticus*. Только сравнительный анализ различных противоэпилептических средств, соизмеряющий их противосудорожное действие с угнетением сексуальной сферы, может представить данные для обоснованных лечебно-профилактических рекомендаций.

Ущерб от необоснованного назначения гормональных средств чаще всего «растворяется» в другой патологии (гипогонадизм, частичная атрофия яичек с олигоспермией, астеноспермией, тератоспермией и др.)

7.5.2. Патология дифференцировки пола (вследствие нарушений соматосексуального развития)

7.5.2.1. Биологическая детерминация пола

Для четкой ориентировки в различных формах патологии пола следует помнить, что понятие «пол» складывается из многих взаимосвязанных биологических и социально-психологических компонентов (см. рис. 2).

Биологическая дифференцировка пола программируется генетическим набором половых хромосом, образующихся в зиготе при слиянии материнской и отцовской гамет. Женская гамета-яйцеклетка в норме несет одну X-хромосому, мужская гамета-сперматозоид может нести либо X-, либо Y-хромосому. Таким образом, зигота обладает набором половых хромосом XX либо XY. Набор хромосом XX индуцирует дифференцировку первичной половой железы в женском направлении (яичники), набор XY — в мужском (яички). Итак, критерием *генетического пола* является набор половых хромосом.

Половая дифференцировка гонад происходит между 7-й и 10-й неделями жизни эмбриона. К 10-й неделе пол эмбриона можно определить по двум критериям: набору половых хромосом и гистологической структуре половых желез. *Пол зрелой гонады (гонадный пол)* определяется по состоянию генеративных элементов: примордиальных фолликулов с яйцеклетками в яичниках или семенных канальцев, содержащих сперматозоиды, в яичках.

Гормональной функцией гонад является продуцирование половых гормонов их межтубулярной тканью (тека-ткань яичников и клетки Лейдига яичек). В процессе биосинтеза как в яичнике, так и в яичке образуются основные половые гормоны: тестостерон, эстрогены и прогестерон. Половое различие в биосинтезе стероидных гормонов носит количественный характер: яичники образуют преимущественно эстрогены и при условии прошедшей овуляции — прогестерон. Яички продуцируют в основном тестостерон. Особенности биосинтеза половых стероидов, присущие яичникам или яичкам, формируют *гормональный пол*, т. е. относительное соотношение и абсолютные количества половых гормонов, характерные для определенного пола.

На 10—12-й неделе внутриутробной жизни формируются внутренние половые органы (рис. 38). До периода дифференцировки

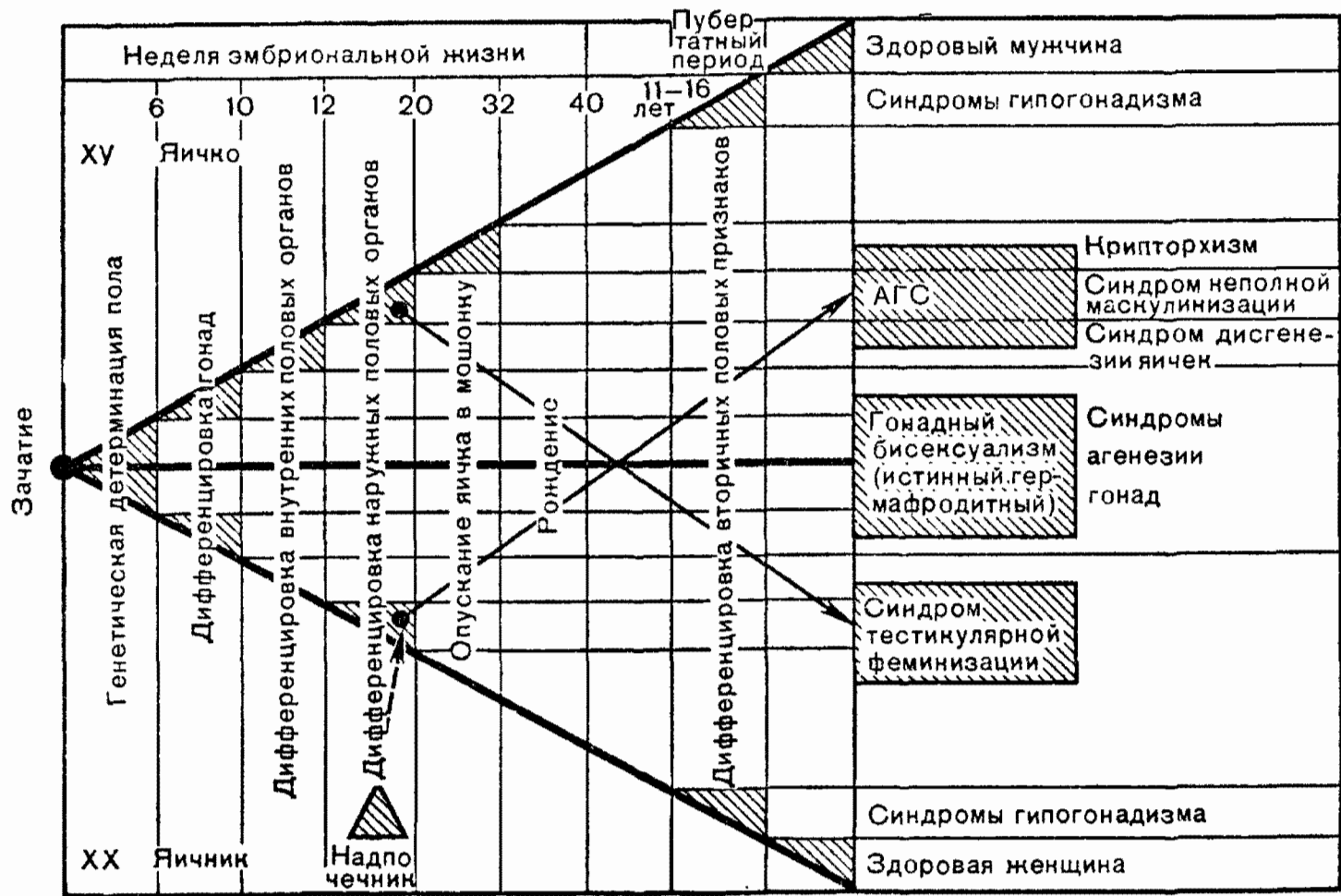


Рис 38. Хронологические этапы дифференцировки пола. Средняя горизонтальная линия — развитие субъекта без эмбриональных закладок гонад; косая лучевая линия, направленная вверх, — развитие субъекта с мужскими гонадами; косая лучевая линия, направленная вниз, — с женскими гонадами. Вертикальные линии разделяют схему на хронологические этапы формирования биологического пола. Горизонтальные линии, идущие параллельно средней горизонтали от точек пересечения вертикальной линии с косыми лучевыми линиями, — хронологический этап формирования определенных нозологических форм патологии полового развития. АГС — адреногенитальный синдром

внутренних гениталий эмбрионы как женского, так и мужского генетического пола имеют структуры — предшественники внутренних половых органов обоих полов. Так называемые мюллеровы каналы (парамезонефрические протоки) являются предшественниками женских внутренних половых органов — маточных труб, матки, верхней части влагалища; вольфовы протоки (протоки первичной почки) впоследствии трансформируются в придаток яичка, семявыносящий проток, семенные пузырьки. Согласно законам эмбриогенеза, только полноценное яичко вызывает атрофию мюллеровых каналов, выделяя гормоноподобное вещество, получившее название «антимюллеров фактор». Если полноценное эмбриональное яичко не образуется, то независимо от генетического пола, наличия или отсутствия яичников мюллеровы каналы не атрофируются и под влиянием эстрогенов материнского организма формируются в матку, маточные трубы и верхнюю часть влагалища.

После 12-й недели эмбриональной жизни при определенном уровне андрогенов в организме эмбриона начинается маскулинизация наружных половых органов, завершающаяся к 20-й неделе (см. рис. 38). Маскулинизация заключается в атрофии влагалищного отростка уrogenитального синуса, включающего нижнюю часть влагалища, срастании мошоночного шва (образование мошонки), увеличении пещеристых тел полового члена и формировании кавернозной части мочеиспускательного канала. Без соответствующего уровня андрогенов в этот период или при нечувствительности к ним тканей наружных половых органов в производных уrogenитального синуса маскулинизация не происходит (наружные половые органы имеют женское, «нейтральное» строение) либо сохраняются стигматы неполной маскулинизации (расщепленная мошонка, гипоспадия мочеиспускательного канала, недоразвитие кавернозных тел).

В пубертатном периоде определенный уровень эстрогенов обеспечивает развитие женских половых признаков — феминизацию (женское строение тела, формирование молочных желез, малых половых губ, девственной плевы, увеличение матки и влагалища). Андрогены определяют мужской тип скелета, мускулатуры, хрящей гортани — «адамова яблока», мутацию голоса, увеличение мошонки и полового члена, развитие полового оволосения, проходящего через стадию женского (горизонтальная линия на лобке) к мужскому типу. Синхронизация овариального цикла (развитие фолликула, овуляция, формирование желтого тела) и гипоталамической гонадотропной регуляции также происходит в пубертатном периоде и завершается установлением присущего женскому организму циклического типа регуляции. У мужчин гонадотропная функция постоянна.

7.5.2.2. Общая характеристика нарушений соматосексуального развития

Врожденная патология половой дифференцировки ставит человека в чрезвычайно сложные обстоятельства в связи с несоответствием компонентов пола. Например, у человека с *кариотипом 45 X* отсутствие второй половой хромосомы не позволяет определить генетический пол: с этой точки зрения это существо бесполое. Отсутствие второй хромосомы обуславливает также отсутствие дифференцировки гонад, их агенезию. Следовательно, такой субъект лишен гонадного и гормонального пола. Однако его соматический пол вполне определенный: при рождении такой субъект имеет жен-

ские наружные и внутренние гениталии (половые органы) и лишь в пубертатном периоде у него не разовьются вторичные половые признаки. Следовательно, присвоение такому субъекту женского гражданского пола закономерно. Психологически, несмотря на отсутствие гонад и половых гормонов в эндокринном балансе, пол формируется в женском направлении, и такой субъект в жизни играет женскую социальную роль.

Еще более парадоксальны в этом отношении случаи «чистой» *агенезии гонад*. Нередко при этом определяется мужской кариотип — 46 XY, т. е. генетически это мужчина. В отношении гонадного и гормонального компонента пола такой субъект — существо бесполое. Однако внутренние и наружные гениталии у него женские, при рождении определяется женский пол, в дальнейшем у него формируются психологически-социальные стереотипы женского пола, несмотря на отсутствие (без лечения) женских вторичных половых признаков.

Мужчины с кариотипом 47 XXY имеют все основные компоненты мужского пола, хотя с генетической точки зрения они двуполы.

При синдроме *тестикулярной феминизации* ребенка считают девочкой. В этом случае даже в пубертатном периоде вторичные половые признаки развиваются по женскому типу, и к врачу таких лиц приводит лишь отсутствие менструаций. Однако генетически они мужчины, имеют кариотип 46 XY; женских внутренних гениталий у них нет, так как мюллеровы каналы претерпели атрофию, и развились придатки яичек и семявыносящие протоки. Гонады таких больных — яички, располагающиеся в расщепленной мошонке — больших половых губах либо в паховых каналах. Таким образом, субъекты с синдромом тестикулярной феминизации имеют генетический и гонадный пол мужской, гормональный пол женский, соматически они двуполы, так как внутренние гениталии у них мужские, наружные — женские и имеют женские вторичные половые признаки. Социально-психологические детерминанты пола у них также женские.

Таким образом, существует ряд патологических состояний, при которых обнаруживается двуполость по одному или нескольким компонентам пола. Задачей врача становится создание однозначного пола путем хирургического и гормонального лечения, предоставление больному оптимальной возможности половой жизни, вступления в брак. Становление личности, половая аутоидентификация и половое поведение у больных с врожденной патологией полового развития формируются в необычных условиях анатомического и гормонального несоответствия возрастным и половым нормам. Каждая клиническая форма полового развития возникает и проявляется на определенном этапе онтогенеза (см. рис. 38) и имеет характерные особенности формирования полового самосознания и поведения, которые необходимо учитывать в процессе диагностики и лечения.

7.5.2.3. Клинические формы врожденной патологии полового развития

Внутриутробные нарушения морфогенеза половых желез, половых путей и половых органов подразделяют на следующие группы

I Агенезия гонад

1 «Чистая» агенезия гонад (без соматических уродств)

2. Агенезия гонад при синдроме Тернера * (с соматическими уродствами).
 3. Внутриутробный апорхизм.
- II. Дисгенезия гонад.
1. Синдром двуполоых гонад (истинный гермафродитизм).
 2. Синдром дисгенезии яичек.
 3. Синдром дисгенезии яичников.
- III. Эмбриогенетические формы функциональной (эндокринной) патологии гонад.
1. Синдром неполной маскулинизации.
 2. Синдром тестикулярной феминизации.
 3. Синдром Майера—Рокитанского—Кюстера.
- IV Врожденная дисфункция коры надпочечников (врожденный аденогенитальный синдром)

7.5.2.3.1. Агенезия гонад

Агенезия гонад — отсутствие дифференцировки гонад в раннем онтогенезе. В этих случаях независимо от кариотипа формирование половой системы происходит без всякого участия гонад. Согласно законам эмбриогенеза, у таких больных персистируют мюллеровы каналы, формируясь в рудиментарные трубы, матку, влагалище. Наружные гениталии имеют инфантильное женское строение. Вторичные половые признаки не развиваются.

7.5.2.3.1.1. «Чистая» агенезия гонад

«Чистой» агенезии гонад соответствует кариотип 46 ХУ или 46 ХХ. Гонады отсутствуют, в месте обычного расположения яичников имеются лишь соединительнотканые тяжи. Внутренние гениталии — женские (матки, маточные трубы, влагалище) и наружные — женские, допубертатного строения. Вторичные половые признаки самостоятельно не развиваются, т. е. не происходит феминизация организма под влиянием эстрогенов. В пубертатном периоде развития при отсутствии лечения формируется высокорослость с евнухоидными пропорциями тела. ТИ ниже 1,85. Лобковое оволосение отсутствует или имеются на лобке единичные остевые волоски. Менструации самостоятельно не появляются.

При рождении ребенка сомнений в принадлежности его к женскому полу не возникает, ребенок регистрируется и воспитывается как девочка. Половая аутоидентификация женская. В пубертатном периоде большинство больных тяжело переживают отсутствие вторичных половых признаков и менструаций. Либи́до, как правило, направлено на мужской пол, но подавляется сознанием своей неполноценности.

Лечение зависит от особенностей больной. Обычно его начинают с назначения эстрогенов, имитируя постепенное нарастание их уровня в пубертатном периоде. Лечение можно начинать либо сразу по циклической (прерывистой) схеме, либо вначале непрерыв-

* В советской медицинской литературе агенезию гонад с соматическими уродствами у лиц женского пола обозначают как синдром Шершевского — Тернера.

но, до появления индуцированных менструаций, с переходом на такую в дальнейшем.

1. Непрерывная заместительная терапия: синэстрол по 1 таблетке (0,001 г) в день ежедневно в течение 6 мес; микрофоллин-форте по 1 таблетке (0,05 мг) в день постоянно, одновременно с внутримышечными инъекциями 12,5% раствора оксипрогестерона капроната по 1 мл каждые 10 дней в течение 3—6 мес.

2. Циклическая (прерывистая) заместительная терапия: микрофоллин-форте по 1 таблетке (0,05 мг) в день с 1-го по 15-е число каждого месяца или с 5-го по 20-й день цикла, прегнин по 1 таблетке (0,01 мг) 3 раза в день сублингвально с 21-го по 26-й день цикла.

Заместительная терапия женскими половыми гормонами, проводимая с пубертатного возраста в течение всего периода зрелости, приводит к развитию женских вторичных половых признаков и регулярным менструациям. Наружные и внутренние половые органы достигают нормальных размеров, создается возможность нормальной половой жизни. Многие пациентки выходят замуж. Чувство ущербности у этих больных может сохраняться в связи с бесплодием и чертами евнухоидности.

7.5.2.3.1.2. Агенезия гонад при синдроме Тернера

Агенезия гонад при синдроме Тернера — генетически обусловленная форма первичного агонадизма. Частота этих нарушений развития среди новорожденных составляет в среднем 0,03%.

Этиология и патогенез. При генетическом обследовании обнаруживаются гоносомная моносомия 45 X (отсутствие одной из половых хромосом) или варианты со структурными дефектами X-хромосомы (делеция короткого плеча, кольцевая X-хромосома и др.), а также хромосомный мозаицизм 45 X/46 XX, 45 X/46 XY и др.

У большинства больных половой хроматин отсутствует.

Отсутствие или структурные дефекты половой хромосомы приводят к нарушению формирования половых желез, выраженной эстрогенной недостаточности, половому недоразвитию, первичной аменорее и бесплодию.

Клиническая картина. Заболевание нередко диагностируется при рождении ребенка на основании характерных врожденных соматических отклонений от нормы (крыловидные кожные складки на короткой шее, укорочение фаланг IV и V пальцев рук и ног, «лицо сфинкса», лимфатический отек стоп и др.). Однако сомнений в принадлежности ребенка к женскому полу не возникает (строение наружных гениталий женское). В пубертатный период вторичные половые признаки не развиваются, менструации не появляются. Молочные железы у большинства больных также не формируются, соски с малым околососковым кружком, бледные, втянутые, широко расставлены, низко расположены. У части больных отмечается развитие молочных желез вследствие образования жировой ткани. Оволосение лобка у большинства больных чаще бывает скудным, подмышечное оволосение, как правило, отсутствует. Матка и половые железы недоразвиты. Частыми признаками являются геродермия и мошонкообразный вид больших половых губ, высокая промежность, недоразвитие малых половых губ, девственной плевы и клитора, воронкообразный вход во влагалище. В то же время у части больных имеются признаки маскулинизации в виде гипертрофии клитора,

что часто сочетается с вирильным оволосением тела. Больные низкорослы, величина ТИ выше 2,0.

Лечение и прогноз. Терапия на первом этапе заключается в стимуляции роста больного анаболическими стероидами (инъекции масляного раствора ретаболила — по 1 г 1 раз в 3—4 нед, внутрь — неробол по 1—2 таблетки в день курсами по 20—30 дней с такими же перерывами). Однако в результате длительного лечения анаболическими препаратами может произойти вирилизация или гипертрофия клитора. В этих случаях препараты следует отменить. Главный вид терапии — эстрогенизация (с 14—16 лет непрерывно до появления первого кровотечения, далее — циклическая терапия, имитирующая нормальный менструальный цикл — см. в предыдущем разделе). Лечение приводит к феминизации больных, развитию вторичных женских половых признаков, улучшению трофики половых путей, что позволяет им вести нормальную половую жизнь. Лечение следует проводить в течение всего детородного периода. Абсолютное большинство больных остаются бесплодными.

В отличие от «чистой» агенезии гонад при синдроме Тернера чувство неполноценности у больных возникает значительно реже, несмотря на более выраженные внешние черты патологии. Эти больные общительны, нередко кокетливы. В результате терапевтического эффекта от проводимого лечения (развитие вторичных женских половых признаков, появление менструаций) у них обнаруживается стремление к созданию семьи (в большинстве случаев выходят замуж). Внебрачные связи редки. Инстинкт материнства, однако, почти не выражен, мало кто из пациенток изъявляет желание усыновить ребенка.

7.5.2.3.1.3. Внутриутробный анорхизм

Анорхия (анорхизм) — аномалия развития, заключающаяся во врожденном отсутствии яичек. Встречается редко. Предполагается, что гибель эмбриональных яичек происходит около 20-й недели внутриутробной жизни, когда уретра уже сформировалась по мужскому типу, но не происходит нормального развития полового члена. Причина этой патологии неизвестна.

Клиническая картина. Если яички погибают позднее 20-й недели эмбриональной жизни плода, то они успевают оказать влияние на морфогенез полового тракта: мюллеровы каналы атрофируются и женские внутренние гениталии не развиваются, происходит полная маскулинизация наружных гениталий (закрытие половой щели, формирование пениальной уретры). Однако в связи с ранней гибелью яичек размеры полового члена соответствуют внутриутробным: нет кавернозных тел или они слабо развиты, головка полового члена и мошонка недоразвиты, иногда мошонка отсутствует («гладкая промежность»). Развитие вторичных половых признаков в пубертатном периоде не происходит, половой член часто не больше женского гипертрофированного клитора, формируются евнухоидные пропорции тела, что нередко сопровождается нарушением жирового обмена. При обследовании не удается обнаружить яички ни в брюшной полости, ни по ходу паховых каналов. Созревание скелета значительно отстает от возрастной нормы. Половой хроматин отрицательный, кариотип 46 XY. Экскреция с мочой 17 КС значительно снижена, уровень гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) в плазме высокий, а тестостерона — низкий. Либи́до резко

снижено, в зрелом возрасте у больных нет попыток к половой близости, эрекции, как правило, отсутствуют, поллюций нет. Половая ориентация чаще по мужскому типу, но бывает крайне неустойчива. Дифференциальная диагностика должна проводиться от двустороннего крипторхизма, синдрома дисгенезии яичек, врожденного аденогенитального синдрома.

Лечение зависит от клинической картины, реакции больного на введение андрогенов и психосексуальной ориентации. При очень малых размерах полового члена, исключающих возможность половой жизни в качестве мужчины, оправданы избрание женского гражданского пола с феминизирующей реконструкцией гениталий и проведение постоянной заместительной терапии эстрогенами с 13—14 до 45 лет. Достигается феминизация внешности, развитие молочных желез, возможность половой жизни (сексуальная реабилитация). При относительно развитом половом члене и адекватном ответе на андрогенотерапию рекомендуются сохранение мужского пола и проведение заместительной терапии андрогенами с пубертатного возраста. Обычно вводится внутримышечно сустанон-250 по 1 мл 1 раз в месяц (до 45—50 лет). Можно вводить андрогены более короткого действия (тестэнат 10 %, тестостерона пропионат 5 % и др.). В результате лечения андрогенами у больных пробуждается половое влечение, увеличивается половой член, возникают адекватные эрекции, происходит оволосение лобка и подмышечных впадин. Они могут вступать в брак, проводить нормальный половой акт. Иногда при попытках сохранения мужского пола наблюдается недостаточная эффективность терапии андрогенами вследствие сниженной чувствительности тканей и органов-мишеней к этим препаратам.

7.5.2.3.2. Дисгенезия гонад

Дисгенезия гонад — общее название состояний, обусловленных нарушениями эмбриогенеза, которые приводят к неполноценному формированию гонад с первых этапов внутриутробного развития. В отличие от агенезии при дисгенезии гонады анатомически и гистологически формируются и пол определяется по наличию герминативных элементов — фолликулов яичника или семенных канальцев яичек. Однако размеры гонад значительно отстают от возрастной нормы, а их структура и эндокринные функции неполноценны. Генеративная функция, как правило, отсутствует (больные стерильны), так как фолликулы яичников не достигают зрелости, а в яичках не происходит сперматогенез. Стероидопродуцирующие элементы гонад (клетки Лейдига яичек, тека-ткань яичников) гормонально активны, но количественная их недостаточность создает дефицит продукции половых гормонов, что отражается не только на недостаточности развития вторичных половых признаков в пубертатном периоде, но и на формировании наружных гениталий плодов мужского пола в эмбриогенезе (незавершенность маскулинизации). Характерным признаком дисгенезии яичек является недостаточность или отсутствие «антимюллерова фактора», что приводит к персистенции мюллеровых каналов и формированию матки, труб и влагалища у субъектов с генетическим гонадным мужским полом. Незавершенность формирования наружных гениталий создает трудности в определении пола новорожденного. В ряде случаев выявляются дефекты половых хромосом.

7.5.2.3.2.1. Синдром двуполых гонад (истинный гермафродитизм)

Гермафродитизм (синонимы: двуполость, бисексуализм, интерсексуализм) — наличие у индивидуума признаков обоего пола: гонады содержат герминативные элементы как женские, так и мужские, совместно или раздельно, в одной или разных гонадах. Яички, как правило, дисгенетичны, не имеют способных к созреванию мужских половых клеток. Яичниковая часть гонад более сохранна, фолликулы способны к созреванию и овуляции.

Этиология и патогенез. Причины развития у эмбриона гонад обоего пола неизвестны. Хромосомный анализ показывает, что у большинства больных с гонадальной двуполостью встречается женский кариотип 46 XX, но бывает и мужской — 46 XY, реже — мозаицизм. Однако зависимости между хромосомным набором, строением гонад и их функциональными особенностями у больных с двуполостью выявить не удалось.

Возможна особая аномалия полового развития, когда закладка гонады дифференцируется сразу в обоих направлениях — овариальном и тестикулярном, при этом формируются и фолликулы, и семенные каналы. Интерстициальная ткань также бисексуальная, дифференцируется частично в glanduloциты яичка (клетки Лейдига), частично в тека-клетки с соответствующими особенностями биосинтеза половых стероидов (андрогенов или эстрогенов).

Строение внутренних и наружных гениталий и вторичные половые признаки зависят от функционального преобладания той или иной части гонады в эмбриональном и пубертатном периодах.

Клиническая картина. Истинный гермафродитизм — редкое заболевание. В зарубежной литературе описано 146 истинных гермафродитов, в отечественной — 20. Гораздо чаще встречается *ложный гермафродитизм*, который включает все формы тестикулярной и экстрагенитальной — надпочечниковой, медикаментозной и другой врожденной патологии полового развития. При этом наружные половые органы имеют различную степень неполной маскулинизации. Вторичные половые признаки — двуполы. Оволосению и архитектонике скелета свойственна маскулинизация, в то же время отмечается развитие молочных желез. В большинстве случаев наблюдаются спонтанные менструации.

Внутренние половые органы содержат женские и мужские элементы только при раздельных разнополых гонадах: в этих случаях на стороне, где расположен яичник, имеются однорогая матка, суженное влагалище, на стороне яичка — придаток, семявыносящий проток, семенные пузырьки. Предстательная железа пальпируется редко.

Половая аутоидентификация нечеткая: большинство больных выражают сомнение в своем поле, однако настойчиво хотят его сохранить. В поведении чаще преобладают женские черты. Выбор женского пола более оправдан ввиду большей активности и жизнеспособности овариальной части гонад. После коррекции пола, даже в случае его смены в зрелом возрасте, у больных резко возрастает сексуальность, большинство из них стремятся вступить в брак.

При выборе пола учитывается функциональное превалирование женской или мужской части гонад. Элементы гонад, противоположных избранному полу, по возможности удаляют и производят пластическую операцию реконструкции наружных половых органов.

7.5.2.3.2.2. Синдром дисгенезии яичек

Этиология неизвестна. Кариотип 46 XY, встречается мозаицизм 46 XY/45 XO.

Клиническая картина. Наблюдается неполная маскулинизация наружных половых органов. В пубертатном периоде пещеристые тела полового члена, как правило, значительно увеличиваются. Внутренние половые органы женские (рудиментарная матка, маточные трубы, влагалище) — как результат недостаточности «антимюллерова фактора» в дисгенетичных яичках. Гонады — гистологически определяемые яички, располагающиеся, как правило, в брюшной полости; они значительно меньше возрастной нормы и не соединены с недоразвитым придатком. Генеративные элементы содержат малое количество половых клеток, которые неспособны к созреванию. В постпубертатном периоде развиваются гиперплазия клеток Лейдига и гиалиноз семенных канальцев.

Половая аутоидентификация в большинстве случаев зависит от воспитания. В связи с недоразвитием полового члена, отсутствием яичек и наличием влагалища новорожденному ребенку чаще присваивают женский гражданский пол. Однако в пубертатном периоде в большинстве случаев происходят увеличение полового члена, мутация голоса, оволосение по мужскому типу. У таких «девочек» не развиваются грудные железы и не появляются менструации. Гетеросексуальное (по отношению к зарегистрированному при рождении гражданскому полу) развитие вторичных половых признаков нередко вызывает у больных сомнение в принадлежности к женскому полу; большинство больных тяжело переживают это состояние в пубертатном периоде развития.

При выраженной маскулинизации в некоторых случаях рационально ставить вопрос о смене пола на мужской, что, естественно, требует серьезной психологической подготовки. Выбор мужского пола при достаточной андрогенной активности яичек позволяет больному в большинстве случаев в дальнейшем обходиться без дополнительной андрогенотерапии. При выборе женского пола больная подвергается кастрации с последующей заместительной эстрогенотерапией, под влиянием которой развиваются женские вторичные половые признаки, влагалище, матка, наступают индуцированные менструации. После хирургической и гормональной коррекции в ту или иную сторону в большинстве случаев наступает хорошая адаптация, формируется нормальное сексуальное влечение; такие пациенты нередко вступают в брак.

7.5.2.3.2.3. Синдром дисгенезии яичников

Этиология и патогенез. При этом синдроме имеется патология эмбрионального развития функции яичников, обусловленная хромосомными или генными нарушениями, влиянием эмбриотоксических факторов. В зависимости от сохранности эстрогенной функции яичников выделяют две формы их дисгенезии.

Дисгенезия нефункционирующих яичников определяется в пубертатном возрасте, когда обращает на себя внимание отсутствие вторичных половых признаков и менструаций. При рождении ребенка сомнений в женском поле не возникает. Наружные половые органы женские. Телосложение до пубертатного возраста правильное, иногда имеются проявления синдрома Шерешевского — Тернера. Молочные

железы в пубертатном периоде не развиваются, соски обычные, половое оволосение скудное или отсутствует.

Внутренние половые органы женские (маточные трубы, матка, влагалище); без лечения сохраняются допубертатные размеры. Яичники резко уменьшены, гистологически выявляется незначительное количество примордиальных, первичных фолликулов без яйцеклеток или с дегенеративными яйцеклетками. С возрастом увеличивается склерозирование тканей гонад. Проба на половой хроматин положительная, с нормальным или низким содержанием телец Барра (женский половой хроматин). Кариотип — 46 XX, реже — мозаицизм 45 X/46 XX.

Диагностика основана на исследовании гонадотропинов крови (содержание повышено, особенно ФСГ) и состояния гонад (данные пневмопельвиографии, лапароскопии, диагностической лапаротомии).

Диагноз ставится обычно поздно, так как больные обращаются к врачу только в связи с аменореей и бесплодием.

Лечение. Проводят заместительную циклическую терапию эстрогенами или эстрогенами и прогестинами на протяжении всего зрелого возраста по обычной схеме с учетом индивидуальной чувствительности и переносимости. В результате лечения происходит феминизация фенотипа — развитие вторичных женских половых признаков, наружных и внутренних половых органов до возрастной нормы; возникают регулярные индуцированные менструации. Больные могут вести половую жизнь, но ввиду отсутствия нормальных яйцеклеток они стерильны. При поздно начатой терапии формируется свнухоидизм, может возникать гипоталамическая дисфункция. При передозировке эстрогенов возможны мастопатия, пролиферативные маточные кровотечения, легко устранимые гестагенными средствами.

Дисгенезия функционирующих яичников диагностируется в постпубертатном возрасте. Основные признаки: опсоменорея, переходящая в аменорею, недостаточное развитие вторичных половых признаков, явления раннего климакса (вегетативно-сосудистые нарушения, «приливы»), первичное бесплодие. При рождении сомнений в женском поле не возникает.

Наружные половые органы женские, в зрелом возрасте — иногда с инфантильными чертами. Телосложение правильное, в пубертатном периоде приобретает женские формы. Молочные железы развиваются своевременно, иногда недостаточно. Половое оволосение по женскому типу. Внутренние половые органы женские, матка может сохранять пропорции, присущие детскому возрасту, недостаточных размеров. Яичники резко уменьшены, при гистологическом исследовании обнаруживаются резкое снижение числа примордиальных, первичных фолликулов, отсутствие яйцеклеток или их дегенерация, склеротические изменения межуточной ткани. Проба на половой хроматин положительная. Кариотип 46 XX, иногда мозаицизм 46 XX/45 XO, 46 XX/47 XXX.

Диагностика, лечение и осложнения аналогичны таковым при дисгенезии нефункционирующих яичников. При недостаточном лечении наблюдаются выраженные явления климактерического ангионевроза, которые при проведении заместительной терапии исчезают. Постепенно возникают регулярные индуцированные менструации.

В единичных случаях (до развития стойкой аменореи) возможна беременность.

7.5.2.3.3. Эмбриогенетические формы функциональной (эндокринной) патологии гонад

7.5.2.3.3.1. Синдром неполной маскулинизации

Кариотип 46 XY. В патогенезе этого заболевания основную роль играет снижение чувствительности тканей к андрогенам. Гонады: яички, располагающиеся в расщепленной мошонке либо в паховых каналах. Внутренние половые органы мужские: придаток яичка, семявыносящий проток, семенные пузырьки. Предстательная железа в большинстве случаев не определяется. Наружные половые органы с более или менее выраженной неполной маскулинизацией: имеются искривленный недоразвитый половой член и урогенитальный синус, в который впадает короткое слепое влагалище.

При описываемом синдроме в отличие от синдрома тестикулярной феминизации развития женских вторичных половых признаков не происходит. При рождении ребенку в зависимости от степени маскулинизации наружных половых органов может быть присвоен как мужской, так и женский пол. Однако в пубертатный период в зависимости от степени маскулинизации наружных половых органов и выраженности мужских вторичных половых признаков развитие может пойти по *андроидному* или *евнухоидному типу*, не всегда совпадая с указанным при рождении полом.

Прогрессирующая маскулинизация внешности и нередко довольно крупные яички в расщепленной мошонке при андроидной форме приводят подростка к мужской аутоидентификации независимо от пола регистрации и воспитания. При евнухоидной форме, как правило, мужские вторичные половые признаки не развиваются: телосложение сохраняет инттерсексуальные черты, оволосение лобка скудное (не более II степени), мутации голоса не происходит, эрекция не бывает, либидо не пробуждается. Яички чаще небольшие, располагаются у наружных отверстий паховых каналов. Половая аутоидентификация формируется в зависимости от воспитания, однако осознание больными дефектов полового развития заставляет их тормозить половое влечение. В этих случаях рационально избрать женское направление коррекции, при котором легче обеспечить половую функцию в качестве пассивного партнера. Яички удаляют. Последующая заместительная эстрогенотерапия вызывает развитие вторичных половых признаков по женскому типу.

7.5.2.3.3.2. Синдром тестикулярной феминизации (СТФ)

Наследственное заболевание, которое передается здоровыми женщинами; вариант мужского псевдогермафродитизма, характерный для больных с мужским генотипом (46 XY) и женским фенотипом. Тип наследования рецессивный, связанный с полом. Нередки случаи заболевания в нескольких поколениях одной семьи. Важный диагностический признак — отсутствие полового хроматина.

Этиология и патогенез. Формирование начальных

признаков заболевания происходит на ранних этапах морфогенеза половых органов между 12-й и 20-й неделями внутриутробного развития плода. Эмбриональные яички этих больных обладают «антимюллеровым фактором», приводящим к атрофии мюллеровых каналов, поэтому при СТФ отсутствуют матка, маточные трубы и верхняя треть влагалища. Вследствие нарушения чувствительности тканей к андрогенам наружные половые органы не маскулинизируются, сохраняют «нейтральное» (женское) строение. В случае сохранения частичной чувствительности к андрогенам возможно появление признаков маскулинизации наружных половых органов (неполная форма СТФ).

Клиническая картина. Основным признаком СТФ является несоответствие между гонадным полом (наличие яичек) и фенотипом: телосложение женское, хорошо развитые грудные железы (своевременное развитие). Влагалище имеет форму укороченного «слепого мешка», глубиной 1,5—6 см. Гонады — правильно сформированные яички, располагающиеся в брюшной полости, по ходу паховых каналов или в расщепленной мошонке — «больших половых губах». Придатки яичка и семявыносящие протоки сохраняются, однако последние открываются в преддверие влагалища на уровне наружного отверстия (гименальное кольцо) влагалища.

В пубертатный период обычно выявляется отсутствие менструаций и полового оволосения. При недиагностированном заболевании во время первого полового акта нередко возникают повреждения тканей промежности. Все больные с СТФ имеют с момента рождения женский гражданский пол. У больных, осведомленных о своем заболевании, возможны психогенные реакции, суицидальные попытки.

В зависимости от выраженности признаков феминизации выделяют две формы СТФ. Для *полной*, классической, формы характерны хорошее развитие вторичных женских половых признаков (телосложение, молочные железы, высокий голос) при отсутствии вторичного оволосения («безволосые женщины»), наличие женских наружных половых органов, достаточно глубокого «слепого» влагалища. Таким пациентам перед замужеством рекомендуется производить кольпопоз (например, образование влагалища из сигмовидной кишки). Если яички находятся в паховом канале или толще больших половых губ, то их перемещают под кожу живота. Это позволяет следить за их размерами, так как серьезным осложнением является развитие опухолей яичек, при выявлении которых производят кастрацию. Следует помнить, что при удалении яичек может развиваться тяжелый посткастрационный синдром.

Для *неполной* формы СТФ характерны интерсексуальное телосложение, недоразвитие молочных желез, женский тип оволосения, короткое влагалище, умеренная маскулинизация наружных гениталий (гипертрофированный клитор, неполное закрытие шва мошонки, формирующее урогенитальный синус; мошонкообразные большие половые губы). Эту форму СТФ диагностируют сразу же после рождения по аномальному строению наружных половых органов. С возрастом у больных нередко развивается неуверенность в половой принадлежности, половое влечение при этом сознательно подавляется.

Прогноз после хирургической коррекции как в сексологическом, так и в социальном плане благоприятный. Больные выходят замуж и не испытывают затруднений в половой жизни. У них

имеются нормальное половое влечение, оргазм. Главной проблемой является бесплодие.

СТФ следует дифференцировать от синдромов неполной маскулинизации, дисгенезии яичек и синдрома Майера—Рокитанского—Кюстера. В пубертатном периоде при СТФ в отличие от синдрома неполной маскулинизации идет спонтанное развитие молочных желез. Основным дифференциально-диагностическим критерием при синдроме дисгенезии яичек является отсутствие матки. При синдроме Майера—Рокитанского—Кюстера влагалище и матка отсутствуют, своевременно развиваются вторичные женские половые признаки, имеются положительная проба на половой хроматин и нормальные яичники.

7.5.2.3.3. Синдром Майера — Рокитанского — Кюстера

Представляет собой врожденную аплазию влагалища и матки. Кариотип 46 XX. Гонады — яичники, обычно нормально сформированные и функционирующие. Наружные гениталии — женские. Вторичные половые признаки — женские, появляются своевременно. При рождении сомнений в женском поле нет. Патология диагностируется в пубертатном возрасте в связи с отсутствием менструаций. Половая аутоидентификация — женская. Половое влечение выражено. После хирургической коррекции (образование искусственного влагалища) препятствие для нормальной половой жизни устраняется, однако больные бесплодны.

7.5.2.3.4. Врожденная дисфункция коры надпочечников (врожденный адреногенитальный синдром)

Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВДКН) обусловлена гиперфункцией коры надпочечников — высокой секрецией андрогенов и недостаточной секрецией глюкокортикоидов.

Этиология и патогенез. ВДКН — генетическое заболевание, связанное с недостаточностью ферментных систем, обеспечивающих синтез глюкокортикоидов и (или) минералокортикоидов. Недостаток глюкокортикоидов приводит к повышенному выделению АКТГ, который стимулирует кору надпочечников, секретирующую при этом заболевании в основном андрогены. В зависимости от типа генетического дефекта ферментной системы выделяют несколько форм ВДКН; наиболее часто встречаются:

1) *вирильная форма*, симптомы которой зависят от действия андрогенов, без заметных проявлений недостаточности глюкокортикоидов и минералокортикоидов. Возникает обычно при умеренном дефиците фермента 21-гидроксилазы;

2) *сольтеряющая форма* (синдром Дебре—Фибигера), связанная с более глубоким дефицитом фермента 21-гидроксилазы, сопровождающимся нарушением образования не только глюкокортикоидов, но и минералокортикоидов;

3) *гипертоническая форма*, возникающая при дефиците фермента 11 β -гидроксилазы.

Клиническая картина *вирильной формы* ВДКН складывается из врожденной вирилизации наружных гениталий у девочек (пенисообразный клитор, уrogenитальный синус, мошонкооб-

разные большие половые губы) и преждевременного физического развития у больных обоим пола. Степень вирилизации варьирует в широких пределах.

Несмотря на маскулинизацию наружных половых органов у лиц женского пола андрогены надпочечников на дифференцировку внутренних половых органов не влияют, так как их маскулинизация возможна только в присутствии яичек, выделяющих особую «антимюллерову» субстанцию. Поэтому развитие матки и яичников происходит нормально. При рождении у всех девочек отмечается неправильное строение наружных половых органов. Резкие степени вирилизации, определяемые возникновением заболевания на ранних стадиях внутриутробного развития, приводят к рождению девочек с наружными половыми органами, по строению близкими к мужским; в таких случаях ребенку ошибочно присваивают мужской гражданский пол, с учетом которого он в дальнейшем и воспитывается. Вследствие анаболического действия андрогенов в первые годы жизни больные быстро растут, обгоняя сверстников, но затем происходит раннее (иногда к 12—14 годам) закрытие эпифизарных зон роста костей, и больные остаются низкорослыми, непропорционально сложенными (ТИ выше 2,00), с широким плечевым поясом, узким тазом и хорошо развитой мускулатурой. У этих больных рано появляется оволосение как вторичный половой признак.

У девочек молочные железы не развиваются, матка резко отстает в размерах от возрастной нормы, менструации не наступают. В то же время усиливается вирилизация наружных половых органов, голос становится низким, половое оволосение происходит по мужскому типу.

Больные мужского пола развиваются по изосексуальному типу. У них в детском возрасте отмечается гипертрофия полового члена, но яички у некоторых больных бывают гипоплазированы и по величине отстают от возрастной нормы. В пубертатном и постпубертатном возрасте в яичках у некоторых больных возникают опухолевидные образования. При гистологическом исследовании этих опухолей в одних случаях выявляются лейдигомы, в других — образование эктопированной ткани коры надпочечников. Однако дифференциальный диагноз между эктопированными клетками коры надпочечников и опухолями, состоящими из клеток Лейдига, затруднителен. Некоторые мужчины при этом заболевании страдают бесплодием. При исследовании эякулята у них обнаруживается азооспермия.

Сольтерьяющая форма ВДКН чаще всего наблюдается у детей. Кроме признаков, характерных для неосложненной вирильной формы, у таких больных наблюдаются симптомы недостаточности коры надпочечников, нарушение электролитного обмена (гипонатриемия и гиперкалиемия), плохой аппетит, отсутствие нарастания массы тела, рвота, дегидратация, артериальная гипотензия. С возрастом при правильном лечении эти явления проходят. Без лечения больные погибают в раннем детстве.

Гипергоническая форма ВДКН (возникающая на фоне преждевременного полового и физического развития), отличается стойким повышением артериального давления, наличием объективных признаков, характерных для гипертонической болезни (расширение границ сердца, изменение сосудов глазного дна, содержание белка в моче и др.).

Диагностика. При рождении ребенка с интерсексуальным

строением наружных половых органов и невозможности пальпаторного определения яичек во избежание ошибок в диагностике пола при ВДКН у девочек обязательно исследование полового хроматина и уровня 17-КС и 17-ОКС в моче. При ВДКН экскреция 17-КС с мочой может превышать норму в 5—10 раз, а иногда и больше; уровень 17-оксипрогестерона в крови также повышен.

Наиболее эффективна для дифференциации ВДКН от андрогенпродуцирующих опухолей проба с дексаметазоном: взрослым дают внутрь по 2 мг дексаметазона через каждые 6 ч после еды в течение 48 ч (32 таблетки по 0,5 мг). Перед пробой и в последний день пробы определяют содержание 17-КС в суточной моче. У больных с ВДКН экскреция 17-КС с мочой на фоне пробы резко уменьшается; проба считается положительной, если экскреция 17-КС снижается более чем на 50%. При опухолях (андростерома, арренобластома) уровень 17-КС обычно не снижается или уменьшается незначительно.

Рентгенография кистей выявляет значительное опережение так называемого костного возраста относительно паспортного. При рентгеноскопии грудной клетки почти у всех больных обнаруживают преждевременное обызвествление реберных хрящей и склонность к уплотнению структуры костной ткани, а в ряде случаев — отложение кальция в сухожилиях мышц, ушных раковинах. Ретропневмоперитонеум и инфузионная урография позволяют установить степень гиперплазии надпочечников или наличие опухоли. У длительно нелеченных больных можно обнаружить аденоматоз надпочечников, который иногда трудно отличить от опухоли (в этом случае прибегают к пробе с дексаметазоном). Проведение пневмопельвиографии у больных с генетическим женским полом помогает выявить наличие матки, определить размеры и форму придатков, что важно для диагностики пола и дифференциальной диагностики ВДКН от вирилизующей опухоли яичников. С этой же целью могут применяться ультразвуковое исследование органов малого таза и компьютерная томография.

ВДКН у лиц женского пола следует дифференцировать от андрогенпродуцирующих опухолей (андростерома, арренобластома) и истинного гермафродитизма, при которых не бывает преждевременного полового и физического развития. Кроме того, при андрогенпродуцирующих опухолях проба с дексаметазоном не приводит к значительному снижению экскреции 17-КС с мочой, а при гермафродитизме экскреция 17-КС с мочой обычно в пределах нормы, иногда снижена. Супраренорентгенография, сканирование и компьютерная томография надпочечников, а также пневмопельвиорентгенография и ультразвуковое исследование органов малого таза помогают выявить опухоль и позволяют судить о состоянии надпочечников и внутренних половых органов.

У лиц мужского пола ВДКН следует дифференцировать от опухолей яичек, при которых в анамнезе нет преждевременного полового и физического развития. Важным диагностическим показателем является проба с дексаметазоном.

ВДКН следует также дифференцировать от чрезвычайно редкого заболевания — *идиопатической врожденной вирилизации наружных половых органов*, являющейся обособленной клинической формой ложного гермафродитизма. Клиническая картина этого заболевания сходна с ВДКН, однако при данной патологии менструации регулярные, молочные железы

развиты, экскреция 17-КС с мочой в пределах возрастной нормы, костный возраст не опережает паспортный.

Лечение. Основная задача лечения — устранение дефицита глюкокортикоидов и гиперпродукции кортикостероидов, обладающих вирилизующим анаболическим действием.

При ВДКН рекомендуется заместительная терапия глюкокортикоидами. Она восстанавливает обратную связь системы гипофиз — кора надпочечников и таким образом тормозит усиленную секрецию АКТГ гипофизом, что в свою очередь ведет к угнетению секреции андрогенов корой надпочечников. В результате уменьшается образование промежуточных продуктов биосинтеза — 17-ОКС и прогестерона, а следовательно, биосинтез и секреция андрогенов. При длительном применении глюкокортикоидов (преднизолон и др.) уменьшается вирилизация организма. В результате снятия «андрогенного тормоза» с органов-мишеней у девочек и женщин наступает феминизация, под влиянием собственных овариальных гормонов развиваются молочные железы, восстанавливается менструальный цикл. Дополнительного введения половых гормонов обычно не требуется. У мальчиков происходит истинное половое развитие, появляется сперматогенез, иногда исчезают опухолевидные образования в яичках.

Для быстрого подавления адренокортикотропной активности и андрогенной гиперфункции коры надпочечников лечение больных рекомендуется начинать с больших доз дексаметазона, применяемых для проведения дифференциально-диагностических проб: дают по 4 таблетки (2 мг) препарата через каждые 6 ч в течение 48 ч с последующим снижением до 0,5—1 мг (1—2 таблетки). Затем больных обычно переводят на лечение преднизолоном. Если ВДКН не вызывает сомнений, то преднизолон назначают по 10 мг в сутки в течение 7—10 дней, затем еще раз определяют экскрецию 17-КС с мочой. В зависимости от полученных результатов дозу преднизолона увеличивают или уменьшают. В некоторых случаях необходима комбинация различных стероидных препаратов. Например, при появлении у больного признаков недостаточности коры надпочечников необходимо применение глюкокортикоидов, приближающихся по действию к природному гормону кортизолу. Больному вводят дезоксикортикостерона ацетат (ДОКСА), а в пищу добавляют поваренную соль по вкусу, обычно 6—10 г в день. Такое же лечение назначается и при сольтеряющей форме заболевания.

Сравнительный анализ различных препаратов, применяемых для лечения ВДКН, показывает, что наиболее приемлемы дексаметазон и преднизолон. К тому же преднизолон обладает некоторым натрийзадерживающим эффектом, положительно сказывающимся при лечении больных с относительной минералокортикоидной недостаточностью. В некоторых случаях необходима комбинация препаратов. Так, если преднизолон в дозе 15 мг не снижает экскрецию 17-КС до нормальных показателей, то следует назначать другой препарат, более энергично подавляющий секрецию АКТГ, например дексаметазон по 0,25—0,5—1 мг в сутки, чаще в сочетании с 5—10 мг преднизолона. Дозировка препарата определяется следующими показателями: состоянием больного, его артериальным давлением, экскрецией 17-КС и 17-ОКС с мочой.

Учитывая трудности подбора оптимальной дозы препарата, целесообразно лечение начинать в условиях стационара под контролем экскреции 17-КС и 17-ОКС с мочой. В дальнейшем лечение

продолжают амбулаторно под постоянным диспансерным наблюдением.

Лечение больных ВДКН проводится непрерывно и пожизненно. Средние лечебные дозы преднизолона обычно 5—15 мг в сутки. При возникновении у больного интеркуррентных заболеваний дозу препарата увеличивают в зависимости от течения болезни, обычно на 5—10 мг. Осложнения и побочные действия при лечении глюкокортикоидами крайне редки, наблюдаются лишь в случаях превышения физиологических доз препарата и могут проявиться симптомокомплексом болезни Иценко—Кушинга (нарастание массы тела, появление ярких стрий на теле, артериальная гипертензия и др.). Избыточные дозы глюкокортикоидов могут привести также к остеопорозу, снижению иммунитета, образованию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. При снижении доз препарата эти явления исчезают, однако дозы следует уменьшать постепенно, под контролем экскреции 17-КС с мочой. Отменять или прерывать лечение ни в коем случае нельзя.

Иногда больных с ВДКН лечат неправильно, назначая им большие дозы глюкокортикоидов, применяя прерывистое лечение, отменяя глюкокортикоиды при интеркуррентных заболеваниях (вместо повышения доз). Следует помнить, что лечение таких больных заместительное и пожизненное. Отмена препарата даже на короткое время вызывает рецидив заболевания, что проявляется возрастанием экскреции 17-КС с мочой. Кроме того, при длительном перерыве в лечении и у нелеченых больных возможно развитие аденоматоза или опухоли коры надпочечников, мелкокистозной дегенерации яичников у девочек и женщин, опухолевидных образований яичек у лиц мужского пола. В некоторых случаях при отсутствии лечения у больных в результате длительной гиперстимуляции АКГГ постепенно наступает истощение коры надпочечников с проявлением хронической недостаточности коры надпочечников.

При лечении гипертонической формы заболевания наряду с глюкокортикоидами применяют гипотензивные средства. Лечение таких больных только гипотензивными средствами неэффективно. При этой форме особенно опасно прерывистое лечение глюкокортикоидами, так как оно способствует осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и почек, которые в свою очередь ведут к стойкой артериальной гипертензии.

В отличие от вирильной (неосложненной) формы заболевания при лечении больных с гипертонической формой ВДКН следует ориентироваться не только на данные экскреции 17-КС с мочой, которые иногда могут быть не очень высокими даже при значительном повышении артериального давления. Адекватность терапии определяется не только по клиническим данным, но и по результатам фракционного исследования экскреции 17-ОКС с мочой, особенно дезоксикортизола. В отличие от других форм результат лечения больных с гипертонической формой ВДКН зависит от своевременного начала лечения и выраженности артериальной гипертензии к началу лечения.

При сольтеряющей форме, в связи с тем что у больного бывают часто рвота и понос, лечение следует начинать с парентерального введения глюкокортикоидных препаратов. Таким больным в пищу добавляют 6—10 г соли в день. При выраженных нарушениях солевого обмена наряду с глюкокортикоидами назначают ДОКСА. В первые месяцы лечения этот препарат вводят по 5 мг в сутки

(1 мл 0,5% масляного раствора внутримышечно). Исчезновение диспепсических явлений, нарастание массы тела, устранение дегидратации, нормализация электролитного баланса являются показателями положительного действия препаратов. В последующем можно перевести больного на лечение таблетками ДОКСА по 5 мг ежедневно или через день (под язык до полного всасывания).

Хирургическая коррекция наружных гениталий диктуется не только косметической необходимостью. Гетеросексуальное строение наружных половых органов иногда приводит к патологическому формированию личности и может стать причиной суицида. Кроме того, неправильное строение наружных гениталий препятствует нормальной половой жизни.

Прогноз. Лечение глюкокортикоидными препаратами в постпубертатном возрасте вызывает быструю феминизацию организма больных с женским генетическим и гонадным полом, развитие молочных желез, матки, влагалища, появление менструаций. Поэтому операцию пластической реконструкции наружных половых органов следует проводить не ранее чем через 1 год после начала медикаментозного лечения. Под влиянием лечения глюкокортикоидами значительно расширяется вход во влагалище, уменьшается напряжение клитора, что технически облегчает операцию. При необходимости смены пола прогрессирующая феминизация лучше всего убеждает больного в правильности доводов врача относительно перемены пола. Даже резкая степень вирилизации наружных половых органов — с пенисообразным клитором и наличием пениальной уретры — при условии компенсирующей терапии глюкокортикоидами никогда не вызывает необходимости образования искусственного влагалища, так как в процессе лечения оно развивается до обычных размеров.

Лечебная тактика при беременности. Правильное лечение, начатое даже в зрелом возрасте, делает возможным достижение нормального полового развития, наступление беременности и родов. При наблюдении за больными в период беременности необходимо учитывать, что они страдают глюкокортикоидной недостаточностью коры надпочечников. Наряду с этим даже небольшое повышение уровня андрогенов при недостаточной дозировке преднизолона препятствует нормальному течению беременности и нередко приводит к самопроизвольному ее прерыванию. При высоком уровне андрогенов в организме беременной вследствие недостаточной дозы преднизолона возможна внутрнутробная вирилизация наружных гениталий плода женского пола. В связи с указанными особенностями лечение больных с ВДКН во время беременности должно проводиться под строгим контролем экскреции 17-КС, которая должна оставаться в пределах нормы. В последний месяц беременности или при угрожающем выкидыше больную следует поместить в родильный дом под постоянное наблюдение специалистов. При раннем окостенении скелета, как правило, формируется узкий таз, что обычно требует родоразрешения путем кесарева сечения.

Выбор пола у больных с ВДКН. Поскольку лечение глюкокортикоидами быстро приводит к феминизации, развитию молочных желез, появлению менструаций и восстановлению детородной функции, при ВДКН у лиц с генетическим и гонадным женским полом единственно целесообразным является выбор женского гражданского пола.

Вопрос о перемене пола в случае его ошибочного определения следует решать в возможно более раннем возрасте больного, после

всестороннего обследования в специализированном стационаре с участием сексопатолога, психиатра, уролога и гинеколога. Кроме эндокринно-соматических факторов, необходимо учитывать возраст больного, прочность его психосексуальных и психосоциальных установок, особенности структуры личности. При перемене пола необходимы настойчивая и целеустремленная психологическая подготовка и последующая адаптация.

Больные, сохранившие ошибочно присвоенный им мужской пол, обречены на бесплодие, часто полную невозможность половой жизни в связи с пороком развития «полового члена», постоянным применением андрогенов на фоне глюкокортикоидной терапии. В ряде случаев приходится прибегать к удалению внутренних половых органов (матки с придатками), что нередко приводит к развитию тяжелого посткастрационного синдрома. Сохранение мужского пола больным с генетическим и гонадным женским полом следует считать врачебной ошибкой или следствием недостаточно серьезной психологической подготовки больного.

Диспансеризация больных с ВДКН. Для поддержания полученного при всех формах ВДКН лечебного эффекта необходимо пожизненное применение глюкокортикоидов, что требует постоянного диспансерного наблюдения. Диспансеризация больных проводится эндокринологом. Он обследует больных и организует осмотры гинекологом и урологом не реже 2 раз в год. Исследование экскреции 17-КС с мочой должно проводиться не реже 2 раз в год.

7.5.3. Половые расстройства при патологии гипоталамуса

Важнейшим звеном нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла является гипоталамическая область. Она регулирует эндокринное обеспечение половых функций, а посредством клеток-мишеней гипоталамуса, чувствительных к половым стероидам, осуществляется эротизирующее влияние половых гормонов на мозг.

Этиология. Расстройства функций гипоталамуса возникают под действием различных экзогенных вредностей: черепно-мозговых травм, инфекций (грипп, ангина, ревматизм и др.), интоксикаций (алкогольной, органическими растворителями, при длительном приеме больших доз нейролептиков и др.), нарушений мозгового кровообращения, электромагнитных полей, ионизирующего излучения и т. д. В некоторых случаях гипоталамические дисфункции развиваются как вторичная патология при различных эндокринных и соматических заболеваниях или возникают после тяжелых (шоковых) психогенных реакций, длительных стрессовых состояний.

Помимо экзогенных вредностей в происхождении гипоталамической патологии значительна роль наследственной и конституциональной предрасположенности, а также возраста (период пубертатного и инволюционного развития) и пола. У женщин дисфункции гипоталамуса встречаются примерно в 3 раза чаще, чем у мужчин. Это связано с цикличностью его работы у женщин и выраженными физиологическими сдвигами в организме во время беременности, родов, менструаций, приема гормональных контрацептивов и т. д.

Клинические проявления возникают в различные сроки после действия экзогенных вредностей, однако в некоторых случаях наличие предшествовавшей экзогенной установить вообще не удается. В зависимости от преобладания в клинической картине тех или иных нарушений выделяют следующие формы гипоталамической патологии: нейроэндокринно-обменные, вегетативно-сосудистые, нейродистрофические, диссомнические, невроз- и психопатоподобные.

Нейроэндокринно-обменные нарушения могут проявляться в виде адипозогенитальной дистрофии, болезни Иценко—Кушинга, несахарного диабета, синдрома Лоренса—Муна—Бидля, преждевременного полового развития, болезни Деркума, прогрессирующей липодистрофии Барракера—Симонса и др.

Одним из наиболее распространенных проявлений гипоталамической патологии является так называемое гипоталамическое (межуточно-гипофизарное) ожирение. Оно составляет примерно 30—35% случаев патологической тучности у лиц молодого возраста (14—35 лет). Тучность обычно быстро прогрессирует, нередко за короткий срок больные прибавляют в массе 20—30 кг. Для начала или обострения заболевания типично появление синеватых полос растяжения (стрии) на коже груди, живота и бедер, которые при улучшении состояния бледнеют и несколько уменьшаются. Ожирение часто носит относительно равномерный или диспластичный характер. Иногда можно выделить формы ожирения, протекающие по типу болезни Иценко—Кушинга, адипозогенитальной дистрофии, липодистрофии Барракера—Симонса или по смешанному типу. Одновременно с увеличением массы тела появляются головные боли, утомляемость, расстройства сна, жажда, разнообразные вегетативно-сосудистые нарушения (чаще с повышением артериального давления), гиперфагия, трофические изменения кожи (гиперкератозы, гиперпигментация и др.) Часто возникают сопутствующие обменно-гормональные нарушения — легкие формы гипотиреоза, задержка или ускорение роста, нарушение водно-солевого обмена. Примерно у половины женщин с гипоталамическим ожирением отмечаются нарушения менструального цикла (опсо-, дис- или аменорея), нередко у них различной степени вирилизация; у мужчин часто выявляется гинекомастия.

Чем продолжительнее заболевание, тем больше имеется сопутствующих обменных и соматических нарушений и осложнений. Нередко наступает преждевременный климакс, как у женщин, так и у мужчин.

При лабораторном исследовании определяется повышение содержания в крови АКТГ, ФСГ и эстрогенов, уровень тестостерона у мужчин снижается. В моче обнаруживается повышение уровня 17-ОКС и 17-КС, однако последние иногда могут быть снижены (чаще у мужчин). Изменения содержания в крови половых гормонов обычно выражены нерезко и наблюдаются не во всех случаях. Значительную роль в этом играет степень ожирения — при выраженных степенях (III—IV) указанные нарушения обмена половых гормонов могут возникать и независимо от его происхождения (гипоталамическое, церебральное или алиментарно-конституциональное). Полагают, что снижение концентрации тестостерона в крови при этом связано с повышенной утилизацией его жировой тканью, которая способствует избыточной ароматизации тестостерона в эстрогены. Исследования эякулята обнаруживают как повышение, так и понижение количества сперматозондов.

Разновидностью гипоталамического ожирения, возникающего в детском или пубертатном возрасте, является так называемый пубертатно-юношеский диспитуитаризм (пубертатный базофилизм). Наряду с описанной симптоматикой для этих больных характерен высокий рост. У девушек происходит ускоренное физическое и половое созревание, хорошо развиваются вторичные половые признаки, отмечаются гирсутизм, повышенная сексуальность. Для юношей, наоборот, характерны задержка (часто дисгармоничная) полового созревания, широкий таз, длинные ноги, скудное оволосение, однако размеры половых органов у них, как правило, не отличаются от нормальных.

В выраженных случаях заболевание продолжается и в зрелом возрасте. Симптоматика его может стабилизироваться, компенсироваться или иметь тенденцию к прогрессивному течению. Легкие проявления этого синдрома рассматриваются как варианты физиологической перестройки организма, «базофильные эпизоды» периода пубертатного развития. Они претерпевают обратное развитие обычно без какой-либо терапии на протяжении 1—2 лет.

Вегетативно-сосудистые нарушения проявляются выраженными колебаниями артериального давления, склонностью к сердцебиениям, спазмам мозговых, сердечных и периферических сосудов. При этих расстройствах наблюдаются периодическая гипер- или гипотермия, желудочно-кишечные и мочепузырные дискинезии. Типичны периодические вегетативно-сосудистые пароксизмы симпатико-адреналового, вагоинсулярного или смешанного характера. Пароксизмы, как правило, сопровождаются выраженным чувством страха и другими аффективными нарушениями. В некоторых случаях на высоте состояния у мужчин возникает слабая эрекция и происходит неполная эякуляция, вслед за которой появляются чувство утомления, апатия, реже дисфорическое состояние. Характерны неврозоподобные расстройства. Нередко вегетативно-сосудистые нарушения сочетаются с негрубой эндокринно-обменной симптоматикой.

При *нейродистрофических* нарушениях наблюдаются трофические изменения кожи (зуд, сухость, нейродермит, изъязвления) и мышц, поражения внутренних органов (кровотечения в желудочно-кишечном тракте), костей (остеомалация, склерозирование). Нарушается также солевой обмен, в результате чего иногда имеются оссификация мышц, внутритканевые отеки.

При *диссомнических* нарушениях отмечаются расстройства почного сна и сонливость днем, симптом «опьянения сном», никквикский синдром; изредка встречаются нарколепсия, синдром неридической спячки и др.

Неврозоподобные и психопатоподобные нарушения имеются у подавляющего большинства больных с гипоталамической патологией. Наиболее часто они представлены астеноипохондрической и аффективной симптоматикой. При гипоталамической патологии, как правило, анимальная неврологическая симптоматика представлена лишь негрубыми рассеянными признаками и общемозговыми симптомами, связанными с повышением внутричерепного давления.

В сексологической практике обычно наблюдаются больные с гипоталамическим ожирением, вегетативно-сосудистыми и смешанными формами (сочетание эндокринно-обменных, вегетативных и трофических расстройств) гипоталамической патологии.

7.5.3.1. Нарушения половых функций при патологии гипоталамуса у мужчин

В клинической картине половых нарушений у мужчин с гипоталамической патологией в качестве наиболее общего и характерного расстройства можно выделить снижение энергетического обеспечения сексуальности. Это ведет к ограничению сексуальных возможностей и повышению чувствительности к декомпенсирующему влиянию на половые функции различных внешних факторов. Половое влечение у таких больных появляется реже, ослабевает его настоятельность и усиливается избирательность, в нем начинают преобладать не сексуальный, а эротический и эстетический компоненты. Урежаются достаточные для половой близости эрекции. Снижается или утрачивается способность к эксцессам. Продолжительность коитуса, как правило, уменьшается. Могут ослабевать ощущения во время фрикций и оргазма, а также степень удовлетворения, получаемая от коитуса в целом. Для проведения успешной половой близости многим больным становятся необходимыми особенно благоприятные условия. Утомление, эмоциональное напряжение, интеркуррентная инфекция, незначительная алкоголизация и другие не патогенные для здоровых мужчин факторы могут вести у них к декомпенсации половых функций, которая в большинстве случаев сочетается с ухудшением и общего состояния. Создается впечатление, что после развития гипоталамической патологии больные как бы переходят в более старшую возрастную категорию, или их половая конституция становится на «порядок» слабее.

Возникшие в результате декомпенсации сексуальные расстройства (особенно ослабление эрекции) могут в дальнейшем фиксироваться по невротическим механизмам. У больных с вегетативно-сосудистыми кризами (чаще симпатико-адреналового или смешанного характера) и ипохондрическими переживаниями иногда развивается коитофобия со страхом смерти или ухудшения состояния в результате коитуса, приводящая к торможению эрекции и отказу от половой жизни. В некоторых случаях, обычно на фоне выраженных астеновегетативных расстройств, у больных возникают постэякуляторные ухудшения самочувствия: вялость, разбитость, раздражительность, подавленность, усиление вегетативной симптоматики. Эти симптомы появляются через несколько часов после семяизвержения и продолжаются в среднем 1—3 дня. К редким симптомам у рассматриваемой группы больных относятся также сенестопатии и вегетативные нарушения (в том числе кратковременные приступообразные головные боли), возникающие во время или сразу после оргазма.

В литературе имеются указания и на возможность повышения полового влечения у мужчин с гипоталамической патологией. Периоды гиперсексуальности возникают обычно в начале заболевания и являются преходящими. В некоторых случаях повышение либидо провоцируется ощущениями зуда, жжения, щекотания в области гениталий, что иногда приводит к расторможенности и аморальным поступкам. В других случаях некоторое повышение полового влечения происходит на фоне возникающих у этих больных гипоманиакальных состояний. Однако гиперсексуальность у мужчин поражением гипоталамуса является редкостью.

Диагностика гипоталамического поражения основывается

на выявлении полиморфной картины сочетающихся между собой эндокринно-обменных, вегетативных и трофических расстройств. Заключение о поражении гипоталамуса на основе одних только сексологических расстройств неправомерно в силу их относительной неспецифичности. Уточнение экзогенно-органического характера поражения основывается на анамнестических данных (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.) и наличии рассеянной неврологической, общемозговой и церебрастенической (энцефалопатической) симптоматики.

При краниографическом исследовании могут быть выявлены признаки повышения внутричерепного давления или лобный гиперостоз (довольно характерный признак, часто сочетающийся с гипоталамо-гипофизарной патологией). Изменения ЭЭГ обычно носят функциональный характер. Исключение могут составлять случаи с отчетливой латерализацией патологической электрической активности. Одним из наиболее информативных методов обследования остается пневмоэнцефалография, позволяющая определить наличие слипчивого процесса в оболочках мозга и наружной гидроцефалии. Однако более доступным для сексопатолога и достаточно информативным методом является эхоэнцефалография, дающая возможность оценить степень расширения III желудочка мозга (внутренняя гидроцефалия) и выявить смещение срединных структур мозга.

Существенное значение для диагностики описываемой патологии имеет исследование гормонов в крови (тестостерон, эстрадиол, ЛГ, ФСГ, пролактин, тиреотропный гормон, трийодтиронин, кортизол). Наиболее адекватным для этих целей в настоящее время является метод радиоиммунологического анализа, с помощью которого может быть выявлен клинически не диагностируемый гипогонадизм и уточнен его характер (первичный или вторичный).

В большинстве случаев основной причиной развития сексуальных расстройств при патологии гипоталамуса являются первично-психические (неврозоподобные и общемозговые) нарушения, а эндокринно-обменные сдвиги играют роль фона, патологически измененной почвы, ослабляющей резервные возможности организма.

Дифференциальный диагноз. Поражение гипоталамуса органического генеза, особенно при нерезко выраженных эндокринно-обменных нарушениях, необходимо дифференцировать от эндогенных психических заболеваний, проявляющихся в первую очередь соматизированными депрессиями и астеноипохондрическими расстройствами, а также от затяжных неврологических состояний и нарушений на фоне резидуально-органической церебральной (в том числе и гипоталамической) недостаточности. Снижение либидо беспокоит больных в большей степени при эндогенных заболеваниях, нежели при органических расстройствах. При этом они отмечают снижение не только сексуального, но и эротического, платонического и эстетического его компонентов.

В некоторых случаях, при выраженных эндокринно-обменных нарушениях, дифференциальный диагноз приходится проводить с первичными эндокринными заболеваниями (болезнь Иценко—Кушинга, адипозогенитальная дистрофия, первичный гипогонадизм), опухолями гипоталамо-гипофизарной области, а также с патологически протекающим климаксом (в основном у женщин) и патологией внутренних органов, например печени.

Лечение. Этиологическое лечение гипоталамической патологии возможно только в случаях текущего инфекционного процес-

са, опухолей, продолжающейся интоксикации. Если поражение гипоталамуса является следствием прошедшего инфекционного заболевания, назначение противомикробных средств нецелесообразно. Таким больным в качестве неспецифического антисептического средства применяют гексаметилентетрамин (внутривенно).

Для патогенетической терапии назначают дегидратирующие средства (гипертонические растворы внутривенно, раствор магния сульфата внутримышечно или внутривенно), мочегонные препараты (диакарб, гипотиазид, триампур, фуросемид). Показаны рассасывающие (лидаза, бийохинол) и сосудорасширяющие (кавитон, компламин, трентал и т. п.) средства. Обычно назначают также десенсибилизирующие (глюконат кальция, димедрол и др.), общеукрепляющие (алоэ, ФиБС и др.) препараты, витамины (группы В и С). Широко применяют ноотропные препараты (ноотропил, аминалон, энцефабол, пантогам, церебролизин). В некоторых случаях показано подкожное введение кислорода. Ослабленным больным могут быть рекомендованы легкие стимулирующие средства (ацефен) и анаболические стероиды, например ретаболил (в последнем случае необходимо учитывать возможность прибавки массы тела на фоне приема препарата). Указанные курсы в первые 2—3 года заболевания рекомендуется проводить 2 раза в год.

Тучным больным показано обязательное снижение массы тела, которое уже само по себе может приводить к улучшению общего состояния и сексуальных функций. Используется диета с ограничением жиров и углеводов. Суточную калорийность ограничивают 1200—1800 кал (20 кал на 1 кг нормальной массы тела), 1—2 раза в неделю проводят разгрузочные дни. Обязательна дозированная физическая нагрузка, назначаемая с учетом общего состояния и сопутствующих заболеваний. В случаях, плохо поддающихся диетическому лечению, целесообразно проведение дозированного лечебного голодания (разгрузочно-диетическая терапия — РДТ). РДТ показана не только для снижения массы тела. Лечебное голодание и у лиц без ожирения способствует сглаживанию астеновегетативной и астенодепрессивной симптоматики, усилению полового влечения и эрекции. В редких случаях для уменьшения аппетита показаны анорексигенные средства (дезонимон, фенранон), однако назначать их следует с осторожностью в связи с высокой токсичностью.

При неврозоподобных и аффективных расстройствах рекомендуется назначение антидепрессантов (азафен, пиразидол, небольшие дозы amitriptилина), транквилизаторов (рудотель, тазепам, седуксен, феназепам), нейролептиков (френолон, соннапакс, терален). Для дополнительного воздействия на вегетативную нервную систему назначают симпатикотонические (аскорбиновая кислота, препараты кальция, витамин В₁) или симпато- и адренолитические (резерпин, эрготамин, пирроксан) средства, ганглиоблокаторы, спазмолитики. Тонус парасимпатической системы регулируют холинолитиками (атропин и др.). Показаны препараты, обладающие сочетанным сбалансированным действием (беллоид, белласпон). При наличии вегетативных кризов назначают внутримышечные инъекции 5% раствора амитал-натрия в нарастающей дозировке от 3 до 8 мл (5—10 инъекций на курс), а также подкожные инъекции гистаглобулина (по 2 мл через 3 дня, 4—6 раз), способствующего инаktivации свободного гистамина в крови больных.

Большое значение имеют физиотерапевтические методы, ко-

которые оказывают наиболее выраженное действие при вегетативно-сосудистых гипоталамических нарушениях. Применяют длительную гальванизацию по глазнично-затылочной методике, диатермию (височное или лобно-затылочное расположение электродов) Иногда эти процедуры, чередуя, назначают через день. Целесообразно применение назальной методики электрофореза хлорида кальция, витамина В₁, димедрола, эрготамина, аминазина. Показано чередование через день назального электрофореза раствора аминазина с общим электрофорезом растворов сульфата магния, платифиллина. Имеется положительный опыт применения электрофореза на воротниковую зону различных лекарственных веществ (хлорид кальция, сульфат магния, аминазин, новокаин и др.) Применяют также УВЧ и грязевые аппликации. Эффективна диатермия шейных симпатических узлов по методике Щербака. При стойких нарушениях сна и вегетативных расстройствах показано назначение через день электросна и общего электрофореза бромида натрия и сульфата магния (с расположением катода в межлопаточной области, а раздвоенного анода — на голени).

При непереносимости электролечения назначают массаж воротниковой зоны и спины небольшой длительности и силы воздействия. Наиболее положительное действие оказывают такие курортные факторы, как радоновые и сульфидные ванны — искусственные и естественные (Пятигорск, Сочи). Показаны также йодобромные, кислородные, углекислые ванны. На курорты следует направлять больных не раньше чем через 4—6 мес после острого периода заболевания.

Одним из эффективных методов лечения является иглоукалывание, рецепты подбираются индивидуально по общепринятым правилам.

При вторичном гипогонадизме, который не компенсируется описанными выше терапевтическими мероприятиями, показано применение гормональной терапии. Назначают хорионический гонадотропин по 1500 МЕ внутримышечно через день на курс 10—15 инъекций, нередко в сочетании с витамином Е. При недостаточно стойком эффекте курс лечения через несколько месяцев следует повторить. Лечение хоригоном мальчиков с резко выраженным гипогонадизмом показано с 10—12-летнего возраста, при резко выраженной задержке полового развития — с 6—8 лет. Препараты мужских половых гормонов и их синтетические аналоги применяют при необходимости с 12 лет.

Наряду с биологическими методами лечения показаны психотерапия во всех ее видах как для устранения вторичных невротических наслоений, так и с целью коррекции некоторых сексуальных, вегетативных и эмоциональных нарушений, связанных непосредственно с первичной гипоталамической дисфункцией.

7.5.3.2. Нарушения половых функций при патологии гипоталамуса у женщин

Патология гипоталамической области у женщин в зависимости от ее локализации, характера поражения и особенностей нейрогормональных отношений в пределах единой гипоталамо-гипофизарной системы может приводить как к ослаблению, так и к повышению половой функции в любом возрасте. В этих случаях сексуальные

нарушения входят в структуру гипоталамического синдрома, сопровождаясь другими признаками поражения гипоталамуса, хотя встречаются и изолированные (моносимптомные) поражения сексуальной сферы.

Провоцирующими факторами могут быть стрессовые ситуации в результате оперативных вмешательств, патологических родов, массивных кровотечений, а также психогении. При снижении сексуальности женщины за сексологической помощью обращаются реже, так как другие проявления гипоталамического синдрома, связанные с вегетативно-висцерально-сосудистыми и другими нарушениями, дезактуализируют сексуальную сферу. Нередко угнетение гипоталамусом гонадотропной функции передней доли гипофиза приводит к снижению сексуальности, сопровождающемуся аменореей и дисменореей.

7.5.3.2.1. Синдром гипоталамической гиперсексуальности

Гиперсексуальность при гипоталамическом синдроме у большинства пациенток протекает пароксизмально, в виде кризов. Кризы выражаются в резком повышении полового влечения и половом возбуждении, которое нарастает до оргазма. Половое влечение, становящееся иногда императивным, может быть гетеро-, гомо- или бисексуальным. В некоторых случаях отмечается расторможенность с направленностью сексуального влечения на различные объекты с перверсными тенденциями. В других случаях вообще никакой направленности полового влечения нет и оно воспринимается как беспокойство, тревога, «неиахождение себе места». Такие явления бывают в детском возрасте или у взрослых при систематическом подавлении сексуальности чрезмерно строгим воспитанием или самоограничением в связи с сознанием болезни.

Возбуждение свойственно всем формам гиперсексуальности независимо от направленности полового влечения. Оно характеризуется сильными специфическими ощущениями в области половых органов (чувство переполнения кровью, увеличения объема), повышением их чувствительности. Иногда к этому присоединяются чувство жара, щекотания, «дребезжания», переполнения мочевого пузыря, учащенные позывы к мочеиспусканию, часто сопровождающиеся болевыми ощущениями внизу живота и пояснице. Женщины с гиперсексуальностью мультиоргастичны, т. е. способны испытать не один, а несколько ярких оргазмов; в более тяжелых случаях оргазм возникает с самого начала стимуляции или даже без стимуляции при нарастании возбуждения, длится до 1 ч и более, принимая волнообразный характер. Оргазм у них обычно возникает легче, чем у здоровых женщин, при любой форме стимуляции (половой акт, петтинг, мастурбация), при эротических сновидениях и даже под воздействием неадекватных раздражителей. Удовлетворение в виде разрядки и спада возбуждения или наступает ненадолго (от нескольких часов до нескольких минут), или вовсе не наступает. В этих случаях возбуждение с каждым оргазмом нарастает. Такое состояние нередко приводит к тому, что женщина, несмотря на сильное половое влечение, начинает избегать как половой близости, так и вообще любых ситуаций и факторов, провоцирующих сексуальность.

Половое возбуждение часто возникает в виде кризов, которые наступают либо под влиянием присутствия мужчин, разговоров на сексуальные темы, эротических сцен в кино, при чтении литературы, либо внезапно при действии неадекватных раздражителей (например, мелькание изображения на экране телевизора, вибрации в транспорте, любые отрицательные эмоции, физические нагрузки). При этом половое возбуждение сопровождается ухудшением общего состояния, покраснением или побледнением кожи, головной болью, головокружением. В отличие от больных с «чистыми» гипоталамическими кризами (без полового возбуждения) такие больные одновременно могут предъявлять жалобы на императивные позывы к мочеиспусканию и дефекации, сочетающиеся с затрудненным мочеиспусканием. Некоторым женщинам свойственна гипертермия, причем не только во время приступов, но и в межприступный период. В отдельных случаях у больных с синдромом гипоталамической гиперсексуальности отмечаются отеки лица и сыпи различной локализации, сопровождаемые зудом. Иногда сексуальный криз сопровождается мышечной слабостью, астенией, адинамией. У некоторых больных нарушается аппетит, что приводит к повышению или резкому снижению массы тела.

При этом синдроме могут быть различные нервно-психические расстройства. Наиболее часто наблюдается астения. Нарушения сна проявляются сонливостью днем и ночной бессонницей; эротические сновидения с оргазмом нередко не только будят больную, но и вызывают боли внизу живота, пояснице, половых органах и нарастание возбуждения. Во время криза нередко появляются сенестопатии, приступы сопровождаются опасениями, тревогой, страхом. У больных наблюдаются ипохондрические расстройства, особенно при затяжном течении заболевания. Характерны и аффективные нарушения с длительным снижением фона настроения, иногда до выраженных депрессий. Кризы гиперсексуальности у больных могут представлять эквивалент гипоталамической эпилепсии, чередоваться с кратковременными потерями сознания и тоническими судорогами. У части этих больных не бывает припадков, на дневной и ночной ЭЭГ регистрируются судорожные разряды в виде вспышек острых одиночных волн.

Повышение сексуальности может приводить как к асоциальному поведению с множеством случайных половых связей и алкоголизацией, так и к затруднению половых и социальных контактов. Асоциальное поведение чаще развивается тогда, когда заболевание начинается в детском, подростковом или юношеском возрасте, когда больная еще не сформировалась как личность, и образовавшийся психический инфантилизм не позволяет противостоять болезненному повышению влечения. Повышение влечения, как правило, не диагностируется, а отклонения в поведении при отсутствии формально распознанных психических заболеваний рассматриваются как распушенность. Изоляция таких больных в однополом коллективе не излечивает гиперсексуальность, а приводит к переориентации влечения на гомосексуальное. При позднем развитии синдрома гипоталамической гиперсексуальности, после того как сложились и осознались моральные и социальные нормы, внезапное повышение сексуальности воспринимается как психическая травма. Особенно страдают лица психастенического, тревожно-мнительного склада. Они воспринимают заболевание как катастрофу, боятся, что это приведет их к моральному падению. У них нередко навязчивые мысли о том, что окружающие «все зна-

ют». Такие больные активно избегают контактов с мужчинами. Сексуальные контакты, если они возникают, омрачаются сознанием своей «порочности», уверенностью в том, что партнер не женится на такой «развратной» женщине. В некоторых случаях намечающиеся браки действительно распадаются, так как партнер бывает озадачен необычным поведением женщины, особенно при интимной близости. Нередко нарушаются и межличностные отношения в семьях, до этого бесконфликтных, что объясняется не столько повышением притязательности женщины, сколько наслаивающейся раздражительностью и ухудшением ее общего состояния.

Диагностика основывается на анамнезе и объективных данных. Кроме явлений гиперсексуальности, почти всегда имеются симптомы, характерные для гипоталамического синдрома. На ЭЭГ почти всегда выявляются патологические изменения. На рентгенограммах черепа иногда обнаруживаются признаки повышения внутричерепного давления. В каждом подобном случае необходим снимок турецкого седла, так как гиперсексуальность, вызванная гипоталамическим синдромом или опухолью гипофиза со вторичным вовлечением гипоталамической области, по нервному и психическому статусам неразличимы.

Гиперсексуальность гипоталамического генеза следует дифференцировать от нимфомании, обычно обусловленной эндогенным психическим заболеванием. *Нимфомания* — гипертрофированное половое влечение навязчивого или сверхценного характера, в основе которого лежит диссонанс между биологическим и психическим компонентом либидо. При нимфомании возбуждение субъективное, не сопровождается специфическими изменениями васкуляризации, мышечного тонуса половых органов, оргазм достигается с трудом или не наступает вовсе. Однако навязчивый или сверхценный характер полового влечения толкает женщину на частую смену партнеров. В подобных случаях мастурбация (если она есть) бывает персевераторно-обсессивной. В тех редких случаях, когда поражение глубоких структур головного мозга сочетается с эндогенным психическим процессом, жалобы на гиперсексуальность становятся нелепыми, часто имеют бредовую окраску. В некоторых случаях окончательную дифференцировку заболевания удастся провести лишь после терапии. Циклическое повышение влечения и возбуждения при гипоталамическом синдроме, чаще в дни, близкие к менструации, следует отличать от колебаний влечения при циркулярных аффективных расстройствах. При гипоталамическом синдроме повышение влечения болезненное, совпадает с ухудшением общего состояния, чаще сопровождается депрессией, а при циркулярных аффективных расстройствах, как правило, совпадает с маниакальной фазой.

Лечение. При инфекционном поражении гипоталамуса показаны антибиотики, противоревматические средства. При посттравматических расстройствах и повышении внутричерепного давления весьма эффективны дегидратация, спинномозговая пункция или пневмоэнцефалография. Введение АКТГ дает эффект при нарушениях терморегуляции, нейротрофических расстройствах. Если поражение глубоких структур вызвано опухолью, то необходимо хирургическое или лучевое лечение. Рентгенотерапия с облучением базальной части мозга и гипоталамо-гипофизарной области в некоторых случаях применяется и при изолированном неопухоловом гипоталамическом синдроме. Введение препаратов кальция снижает тонус симпатической нервной системы и повышает тонус

парасимпатической. Витамин В₁, напротив, повышает тонус симпатической нервной системы. Применяют антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин) и эрготамин. Если кризы гиперсексуальности протекают на фоне гипоталамической эпилепсии, то следует назначать противосудорожные средства, а также транквилизаторы (элениум, седуксен). При психических расстройствах необходимо применение психотропных препаратов. В случае циклического повышения сексуального возбуждения хороший эффект иногда дает применение синтетических прогестинов (инфекундин, бисекурин и др.). Назначение монобромистой камфоры при большинстве клинических вариантов синдрома гипоталамической гиперсексуальности малоэффективно. Показана рефлексотерапия.

7.5.4. Половые расстройства при нарушениях функций гипофиза

Будучи тесно связан с гипоталамической областью мозга, гипофиз вырабатывает гормоны, регулирующие функции других эндокринных желез, и таким образом объединяет эндокринную систему в единое функциональное целое. Нарушения функций гипофиза проявляются разнообразными синдромами, которые возникают при понижении выработки гормонов гипофиза (гипопитуитаризм) или их повышении (например, при гормонпродуцирующих опухолях гипофиза).

7.5.4.1. Гипопитуитаризм

Синдром характеризуется недостаточностью функций гипофиза или гипоталамуса с последующим выпадением тропных функций аденогипофиза.

Этиология и патогенез. Наиболее частыми причинами гипопитуитаризма являются опухоли, нарушения эмбрионального развития гипофиза, сосудистые нарушения, дистрофические, воспалительные процессы, а также операции на гипофизе или радиационные воздействия при лечении гиперфункции гипофиза.

Механизм развития гипопитуитаризма связан с выпадением одного (парциальный гипопитуитаризм) или нескольких тропных гормонов гипофиза, регулирующих деятельность определенных желез внутренней секреции. Так, при недостаточности гонадотропного гормона развивается гипогонадизм. Однако чаще наблюдается преимущественная, а не изолированная недостаточность той или иной тропной функции.

Клиническая картина зависит от степени недостаточности функций гипофиза. Возможны похудание, сухость и атрофия кожи, выпадение волос, гипоплазия половых органов, у женщин — аменорея и атрофия молочных желез. При недостатке в организме других гормонов аденогипофиза может быть задержка роста, нарушение анаболических процессов, развитие вторичного гипокортицизма (центральная форма аддисоновой болезни). Дефицит всех тропных гормонов гипофиза вызывает так называемый пангипопитуитаризм.

У больных, обращающихся за сексологической помощью, не-

редко при обследовании выявляются опухоли гипофиза. Интраселлярная хромофобная аденома гипофиза обычно вызывает пангипопитуитаризм, который часто возникает и после хирургического удаления гипофиза. Нередко первой и единственной жалобой больных являются признаки снижения половых проявлений: ослабление или утрата полового влечения, спонтанных и адекватных эрекций, исчезновение поллюций, ненаступление эякуляций, «побледнение» оргазма.

Явления пангипопитуитаризма могут возникать и в детском возрасте, как это бывает при *краниофарингиомах*. Снижение тропных функций гипофиза обычно приводит к отставанию в половом и физическом развитии.

Лечение. Заместительная терапия гонадотропинами при изолированном выпадении только гонадотропной функции приводит к восстановлению половой активности. Иногда гонадотропины приходится вводить в сочетании с андрогенами. При выпадении функций гипофиза (кроме гонадотропной) к лечению добавляют соответствующие гормоны (тиреоидин, кортикостероиды и др.), приводящие к восстановлению гормонального равновесия в организме больного.

7.5.4.1.1. Гипофизарный нанизм

Патологическое состояние, характеризующееся отставанием в росте по сравнению со средней нормой для соответствующих пола, возраста, расы, популяции.

Этиология и патогенез. Гипофизарный нанизм обусловлен нарушением функций гипофиза. Выделяют три типа нанизма: с изолированным дефицитом соматотропного гормона (СТГ), с нормальным содержанием СТГ в плазме наряду с его биологической неактивностью и нанизм с пангипопитуитаризмом.

Абсолютный или относительный дефицит СТГ часто сочетается с нарушением продукции других гормонов гипофиза. Недостаточность СТГ может быть первичной либо вторичной.

Клиническая картина. Основным симптомом является задержка роста. Ребенок с гипофизарной недостаточностью при рождении обычно имеет нормальную длину тела и начинает отставать в росте с 2—4 лет.

Если гипофизарный нанизм вызван изолированной недостаточностью СТГ или его биологической неактивностью, то развитие других эндокринных желез у детей может не нарушаться. Это практически здоровые люди карликового роста. Принято считать карликовым рост взрослых мужчин ниже 130 см и женщин — ниже 120 см. Диагноз у взрослых не представляет затруднений. У детей диагноз ставится на основании прогрессирующего отставания в росте и задержке созревания скелета, что выявляется при повторном рентгенологическом исследовании.

Больные обычно бесплодны, почти у всех мужчин резко недоразвиты яички, половой член и мошонка. У некоторых мошонка рудиментарна без характерной пигментации и складчатости. Пороки формирования половых органов редки. У части больных наблюдается крипторхизм. Либи́до, адекватные эрекции и поллюции отсутствуют. Инфертильность при гипофизарном нанизме обусловлена снижением гонадотропной, прежде всего фолликулостимулирующей, функции гипофиза. Крайне редкая способность к дето-

рождению больных нанизмом свидетельствует о патологии герминативного эпителия, развитие которого зависит от уровня ФСГ.

Вторичные половые признаки не выражены у лиц обоего пола. У девочек матка недоразвита, пальпаторно определяется в виде тяжа, придатки не пальпируются, молочные железы не развиты. Наблюдаются раннее увядание кожи лица, появление морщин в юношеском возрасте.

Лечение. Пока возможен рост пациента (обычно до 16—18 лет), применяют анаболические стероиды: неробол в дозе 0,1—0,15 мг/кг/сут курсами продолжительностью 1—2 мес с перерывами соответственно в 2—4 нед; инъекции ретаболила из расчета 1 мг/кг в месяц или инъекции СТГ по 2—4 мг через день в течение 1—2 месяцев с такими же перерывами, лечение может проводиться в течение 2 и более лет. При карликовости с половой недостаточностью применяют хорионический гонадотропин, дозы зависят от массы тела и возраста пациента, назначают его не ранее 16 лет.

При гипогонадизме на заключительном этапе лечения половые гормоны применяются в обычных дозах. У большинства мужчин, несмотря на лечение, при исследовании эякулята обнаруживается азооспермия.

При выявлении симптомов гипотиреоза больным назначают тиреоидные препараты в обычных дозах.

7.5.4.1.2. Краниофарингиома

Краниофарингиома — врожденная опухоль головного мозга, развивающаяся из эмбриональных клеток гипофизарного хода — так называемого кармана Ратке. Это, как правило, доброкачественная опухоль, встречающаяся в любом возрасте. Продолжительность заболевания колеблется от нескольких месяцев до 10—15 лет. Эндокринные нарушения отмечаются примерно у 85% больных. При эндоселлярном росте краниофарингиомы обнаруживается выпадение функций гипофиза и даже развивается пангипопитуитаризм, т. е. происходит выпадение всех тропных функций гипофиза, что проявляется прежде всего половым и физическим недоразвитием. Изредка встречается изолированное выпадение гонадотропной функции гипофиза, обуславливающее клиническую картину вторичного гипогонадизма.

Помимо выпадения гонадотропной и тиреотропной функций, у больных могут отмечаться полидипсия, расстройства терморегуляции, anosmia, нарушение зрения и другие симптомы поражения гипоталамо-гипофизарной области.

При рентгенологическом исследовании черепа над турецким седлом у 60—75% больных определяются петрификаты.

Лечение обычно оперативное. Во всех случаях назначают заместительную терапию гонадотропинами и другими гормонами, в соответствии со снижением тропных функций гипофиза. Лечение гонадотропинами проводят в обычных дозах. Если оно малоэффективно, добавляют андрогены. В результате проводимого лечения в большинстве случаев у больных развиваются вторичные половые признаки, пробуждается половое влечение, и они могут вступить в брак.

7.5.4.1.3. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихена)

Послеродовой гипопитуитаризм — заболевание, развивающееся в результате некроза большей части гипофиза (более 90%) после длительного спазма его артерий при обильном кровотечении во время родов или аборта.

Обычно сначала нарушается гонадотропная функция гипофиза, затем тиреотропная и, наконец, адренкортикотропная функция.

Клиническая картина. Основные признаки заболевания: агалактия (иногда гипогалактия) или преждевременное прекращение лактации вскоре после родов, аменорея, гипотрофия наружных и внутренних половых органов, снижение полового влечения, адинамия, снижение артериального давления, брадикардия, сухость кожных покровов и слизистых оболочек. При тяжелых формах пангипопитуитаризма иногда возникают нарушения психики: затяжные депрессии, апатия, потеря интереса к окружающему, ослабление памяти.

Лечение проводится в зависимости от резервных возможностей аденогипофиза: назначают заместительную терапию гонадотропинами и(или) эстрогенами, препаратами АКТГ и(или) кортикостероидами и глюкокортикоидами; тиролиберином и(или) тиреоидными препаратами. Обычно в результате лечения восстанавливается либидо, но наладить менструальный цикл удается не всегда.

Имеются наблюдения, когда больные в результате проводимого лечения беременеют и рожают.

Синдром Шихена следует дифференцировать от болезни Симмондса.

7.5.4.1.4. Болезнь Симмондса

Это наиболее тяжелая форма пангипопитуитаризма, которая развивается вследствие деструктивных процессов в аденогипофизе и гипоталамусе (инфекционное заболевание, травма черепа с последующим кровоизлиянием в аденогипофиз, гипофизэктомия и др.).

Клиническая картина сходна с таковой синдрома Шихена, но более резко выражена. Внешний вид больных достаточно типичен: истощение с полным исчезновением подкожного жирового слоя, атрофия мышц, выпадение волос на голове, лобке и в подмышечных впадинах. У больных крошатся, расшатываются и выпадают зубы. Имеются нарушения функций всех эндокринных желез.

Исчезновение полового влечения и аменорея часто бывают первыми симптомами, на которых фиксируют внимание сами больные, особенно в молодом возрасте. Происходит гипоплазия молочных желез, матки и придатков.

Лечение такое же, как и при синдроме Шихена; кроме того, проводится лечение основного патологического процесса.

7.5.4.2. Нарушения половых функций при опухолях гипофиза с избыточной секрецией гормонов

7.5.4.2.1. Гиперпролактинемический синдром у мужчин

Пролактин активно влияет на гормональную и сперматогенную функции тестикулов. В физиологических условиях он стимулирует синтез тестостерона. Однако длительная гиперпролактинемия снижает уровень гонадотропинов в плазме, нарушает продукцию тестостерона в яичках. Обычно она сочетается с симптомами гипогонадизма (исчезновение полового влечения, урежение и ослабление интенсивности эрекций, гинекомастия, нарушение сперматогенеза), в генезе которого важная роль принадлежит нарушению конверсии тестостерона в его наиболее биологически активный метаболит — дигидротестостерон в периферических тканях, чем и объясняется выраженность нарушений при сравнительно небольшом снижении уровня тестостерона в плазме.

Аденома гипофиза (пролактинома) проявляется чрезмерной секрецией пролактина, различными неврологическими нарушениями, расстройствами зрения. Поэтому при снижении половой активности у мужчин в сочетании с признаками гипогонадизма необходимо проводить рентгенологическое исследование черепа и полей зрения. На рентгенограммах черепа выявляется увеличенное турецкое седло. Однако микроаденомы гипофиза, как правило, не сопровождаются увеличением турецкого седла. В таких случаях в диагностике помогает определение уровня пролактина в плазме, который при аденомах гипофиза бывает увеличен в сотни раз. Исследование тестикулярной ткани показало атрофию клеток Лейдига при сохранившихся семенных канальцах.

Гиперпролактинемия, возникшая в препубертатном или пубертатном возрасте, приводит к задержке полового и физического развития. У мужчин первым симптомом развившейся аденомы гипофиза может быть снижение либидо, затем появляются ослабленные эрекции и уменьшение объема эякулята, скуднее становится оволосение (больные реже бреются). Такие больные часто безуспешно и долго лечатся у сексопатолога.

Гиперпролактинемия встречается также при ряде других эндокринных заболеваний: так, у 40% больных акромегалией (с соматотропинпродуцирующей аденомой гипофиза), при болезни Иценко—Кушинга, у значительного числа больных гипотиреозом.

При обширных процессах в гипоталамусе может возникнуть гипоталамическая гиперпролактинемия.

Многие лекарственные препараты также могут вызвать развитие гиперпролактинемии (лекарственная гиперпролактинемия); например, препараты группы фенотиазина (аминазин, галоперидол и др.), антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин), гипотензивные средства (резерпин, метилдофа).

Лечение больных с гиперпролактинемическим синдромом проводится в соответствии с его формой. При опухолевых формах хороший эффект у части больных дает дистанционная лучевая терапия (гамма-терапия и протонотерапия). При сужении полей зрения приходится прибегать к удалению опухоли хирургическим путем, после чего, как правило, возникает пангипопитуитаризм.

В связи с этим назначают заместительную терапию гормонами, дефицит которых возник после операции (ХГ, тиреоидин и др.).

Для лечения неопухолевых форм гиперпролактинемии наиболее эффективен парлодел (бромкриптин). Дозы парлодела подбираются под контролем уровня пролактина в плазме. Показано применение препаратов, снижающих секрецию пролактина (парлодел, I-ДОФА и др.), особенно тогда, когда наблюдается уменьшение пролактина в ответ на лечение. В ряде случаев показано комбинированное лечение парлоделом с гонадотропинами или препаратами тестостерона.

При возникновении лекарственной гиперпролактинемии следует заменить препарат, вызвавший гиперпролактинемия, на аналогичный по действию, но не вызывающий повышение пролактина.

7.5.4.2.2. Гиперпролактинемический синдром у женщин (синдром персистирующей лакторей — аменореи — ПЛА)

Заболевание выражается в патологически длительной лактации в сочетании с аменореей и атрофией половых органов.

Синдром ПЛА разделяют на следующие формы:

- 1) послеродовая (синдром Киари—Фроммеля);
- 2) идиопатическая, не связанная с родами (Аумады — дель Кастильо триада);
- 3) опухолевая (синдром Форбса — Олбрайта — аденома гипофиза);
- 4) медикаментозная (ятрогенная).

Выделение различных форм синдрома ПЛА позволяет выработать более точные показания для того или иного метода лечения.

Ведущая роль в развитии симптомов заболевания принадлежит гиперпролактинемии. Наиболее выражено повышение пролактина у больных с опухолевой формой ПЛА. Снижение уровня эстрогенов, вызванное первичным поражением яичников, повышает чувствительность молочных желез к пролактину, что приводит к развитию лакторей. Нарушение фертильности связано чаще всего со снижением уровня ФСГ. Наиболее выражены нарушения гонадотропной функции гипофиза при опухолевых формах ПЛА. Многие больные отмечают снижение полового влечения.

На регуляцию выделения пролактина влияют многие факторы. Половой акт может вызвать повышение его уровня у женщин в 8—10 раз, но не влияет на таковой у мужчин. Прерывание беременности простагландинами вызывает лакторейю значительно чаще, чем инструментальный аборт. Иногда лакторейя наблюдается при акромегалии и гипотиреозе. Лакторейя может развиваться при приеме контрацептивов, препаратов раувольфии, седативных средств и др.

Наряду с лактореей и аменореей у большинства больных отмечаются ожирение, гипертрихоз. При гинекологическом осмотре у них наблюдаются выраженные явления эстрогенной недостаточности — атрофия матки и яичников. Среди них имеются больные с нормальными или увеличенными яичниками.

Лечение. Назначаемый больным с аденомой гипофиза парлодел значительно снижает уровень пролактина, однако менструальный цикл при этом восстанавливается редко. Восстановление двухфазного менструального цикла и наступление беременности у боль-

ных возможны после оперативного лечения. Хороший эффект у части больных достигается применением дистанционной лучевой терапии. Если лакторея и аменорея сохраняются после лучевой терапии или оперативного лечения, то возможно дальнейшее лечение парлоделом.

При неопухолевых формах ПЛА лечение парлоделом приводит к восстановлению менструального цикла, а у некоторых — и репродуктивной функции. Лечение тиреоидными препаратами гипотиреоза ведет к его компенсации и восстановлению репродуктивной функции.

7.5.4.2.3. Акромегалия

Нейроэндокринное заболевание, обусловленное поражением гипофиза и гипоталамуса.

Этиология и патогенез. Заболевание связано с эозинофильной аденомой гипофиза, секретирующей чрезмерное количество гормона роста. Увеличение секреции СТГ может быть связано и с поражением гипоталамуса. Высокий уровень СТГ у взрослых, когда рост костей закончен, вызывает акромегалию; в детском возрасте, при открытых эпифизарных зонах роста костей, развивается гигантизм.

Клиническая картина. Акромегалия развивается постепенно и характеризуется патологическим ростом костей, мягких тканей и внутренних органов. Если заболевание связано только с повышенным уровнем СТГ, то у больных, как правило, половые функции не страдают, особенно в начале заболевания. У значительной части больных акромегалией отмечается увеличение содержания в крови не только СТГ, но и пролактина; у таких пациентов имеются нарушения половых функций: снижение полового влечения, ослабление эрекций, «побледнение» оргазма; развиваются симптомы, характерные для пролактиномы. Нарушения половых функций наблюдаются также после удаления аденомы гипофиза, облучения гипоталамо-гипофизарной области.

Лечение. При аденоме гипофиза без офтальмологических нарушений проводится консервативное лечение — лучевая терапия на гипоталамо-гипофизарную область, иногда длительный прием парлодела. При зрительных нарушениях (височная гемианопсия) чаще прибегают к хирургическому удалению опухоли. При возникновении после лечения гипопитуитаризма больным назначают заместительную терапию теми гормонами, секреция которых снижена. При выпадении гонадотропной функции назначают лечение гонадотропинами, при необходимости — в комбинации с андрогенами.

7.5.5. Нарушения половых функций при патологии половых желез у мужчин

Мужские половые железы выполняют внутрисекреторную и репродуктивную функции: первая заключается в выработке специфического мужского полового гормона тестостерона, способствующего появлению вторичных половых признаков и активации полового влечения, вторая — в выработке сперматозоидов. Яички, являясь эндокринными железами, включены в единую цепь гормональной регуляции: ЦНС — гипоталамус (рилизинг-гормоны) — гипофиз (троп-

ные гормоны) — половые железы (половые гормоны) — органы и ткани.

Основным регулятором как сперматогенной, так и эндокринной функций яичек является передняя доля гипофиза, которая вырабатывает гонадотропные гормоны (ФСГ и ЛГ), стимулирующие морфологические процессы в половых железах, обеспечивающих размножение особи и развитие вторичных половых признаков. Внутрисекреторной функцией яичек наделены интерстициальные клетки Лейдига. Поэтому ЛГ в мужском организме называют гормоном, стимулирующим интерстициальные клетки (ГСИК). Значительное уменьшение или отсутствие гонадотропных гормонов приводит к вторичному гипогонадизму, при котором развивается дистрофический процесс в яичках, прекращается сперматогенез, нарушается копулятивная функция.

7.5.5.1. Гипогонадизм

Гипогонадизм, или тестикулярная недостаточность, — патологическое состояние, клиническая картина которого, обусловленная снижением в организме уровня мужских половых органов (андрогенов), характеризуется недоразвитием половых гормонов и вторичных половых признаков. У большинства больных резко нарушены репродуктивная и копулятивная функции. Гипогонадизм, вызванный поражением половых желез, называют *первичным*, а возникший в результате сниженной секреции гонадотропинов — *вторичным*.

Первичный гипогонадизм сопровождается гиперсекрецией гонадотропных гормонов и также обозначается как *гипергонадотропный гипогонадизм*. При вторичном гипогонадизме секреция гонадотропных гормонов снижена, поэтому его называют *гипогонадотропный гипогонадизм*. Установление этих форм важно для практического врача, так как от этого зависит назначение адекватного лечения. Реже встречается нормогонадотропный гипогонадизм, который характеризуется низкой продукцией тестостерона при нормальном уровне в плазме крови гонадотропинов. В основе этой патологии лежит смешанная дисфункция репродуктивной системы, проявляющаяся не только первичным поражением яичек, но и скрытой недостаточностью гипоталамо-гипофизарной системы.

Этиология и патогенез. Первичный гипогонадизм (гипергонадотропный) развивается при поражении яичек, которое может быть врожденным (анорхизм, синдром Клайнфелтера и др.) или приобретенным — в результате травмы, опухоли или инфекционно-воспалительного поражения яичек, вследствие крипторхизма и т. д.

Вторичный гипогонадизм возникает вследствие недостаточной стимуляции половых желез гонадотропинами, что бывает при врожденном или приобретенном поражении гипоталамуса и гипофиза, а также при болезни Иценко — Кушинга, микседеме, опухолях коры надпочечников и других эндокринных заболеваниях. Признаки гипогонадизма могут появиться и при некоторых неэндокринных заболеваниях, например при циррозе печени.

Патологическая анатомия. Патологические изменения в яичках зависят от характера заболевания, явившегося причиной болезни. В яичках отмечаются явления атрофии железистой ткани, фиброзной дистрофии, гиалиноз семенных канальцев.

Клиническая картина. Развитие клинических симптомов гипогонадизма зависит не только от степени недостаточности в орга-

низме половых гормонов, но и от возраста (включая внутриутробный период жизни), в котором возникло заболевание. Различают эмбриональные, допубертатные и постпубертатные формы гипогонадизма.

Эмбриональные формы андрогенной недостаточности проявляются анорхизмом, синдромом неполной маскулинизации, тестикулярной феминизации и др. Дефицит андрогенов, возникший в раннем эмбриональном периоде (до 20-й недели эмбриогенеза), приводит к тяжелой половой патологии — *гермафродитизму*. При этих формах патологии у больных не развивается половое влечение, остается блокированной сексуальность.

Допубертатные, так же как и эмбриональные, формы гипогонадизма сопровождаются отсутствием или слабой выраженностью вторичных половых признаков и развитием *евнухоидизма* *. Больные отличаются высоким ростом, непропорциональным телосложением: длинные конечности при относительно коротком туловище (ТИ ниже 1,85). Скелетная мускулатура развита слабо, иногда наблюдается отложение подкожного жира по женскому типу. У некоторых больных имеется истинная гинекомастия: кожные покровы бледные, оволосение подмышечных впадин, лица и лобка в пубертатный период развития не происходит или бывает очень скудным. Отсутствует мутация голоса, он остается высоким. Половые органы недоразвиты: половой член маленьких размеров, тестикулы гипоплазированы, мошонка плохо сформирована, не пигментирована, без складчатости, атонична. Больные, осознавшие свое половое недоразвитие, могут тяжело переживать свою неполноценность. Поэтому почти у всех больных гипогонадизмом сексуальная активность полностью парализуется задолго до достижения зрелого возраста.

Поскольку у этих больных нет пубертатного развития, то у них и не наступают характерные возрастные изменения, заключающиеся в глубокой внутренней перестройке общесоматического и нервно-психического склада личности. У этих больных либидо полностью отсутствует, так же как и эякуляции. Раннее поражение нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла приводит лишь к единственному сексуальному проявлению — эрекция, которые не сопровождаются никакими эротически окрашенными переживаниями или ощущениями, и вопросы сексуального анамнеза таким больным обычно совершенно не понятны.

Постпубертатные формы гипогонадизма у половозрелых нормально сформированных пациентов характеризуются редукцией вторичных половых признаков. У таких больных уменьшается оволосение лица и тела, истончаются волосы на голове, происходит гипоплазия яичек с нарушением половых функций (снижение полового влечения, урежение и ослабление эрекций, изменение продолжительности полового акта, «побледнение», а иногда и исчезновение оргазма). У неко-

* *Евнухоидизм* — синдром, обусловленный гипофункцией половых желез. При этом недостаточность половых желез может быть врожденной (анорхизм, гипогонадизм, дисгенезия гонад и др.) или приобретенной в допубертатный период (травма, кастрация, воспалительный процесс, новообразование и др.). Евнухоидизм определяется дефицитом в организме половых гормонов, регулирующих развитие половых органов и обеспечивающих формирование вторичных половых признаков. Выраженность его зависит главным образом от того, в каком возрасте началось заболевание: чем раньше оно началось, тем ярче признаки.

торых больных наблюдаются вегетативно-сосудистые расстройства, появляется повышенная утомляемость, развивается бесплодие.

Диагностика гипогонадизма осуществляется на основании симптомов физического и полового недоразвития (недоразвитие половых органов, отсутствие вторичных половых признаков), результатов исследования содержания в плазме крови ЛГ, ФСГ, тестостерона, определения полового хроматина и кариотипа. Возрастная дифференцировка скелета при допубертатной форме запаздывает, так называемый костный возраст отстает от фактического (паспортного), отмечается остеопороз костей черепа, позвоночника, кистей.

Лечению первичного гипогонадизма проводят андрогенами, при вторичном — назначают ХГ, чаще в сочетании с андрогенами. Подробнее о лечении — см. описание соответствующих нозологических единиц.

7.5.5.1.1. Крипторхизм

Крипторхизм — состояние, при котором одно или оба яичка не опустились в мошонку. Это наиболее распространенная форма аномалии полового развития, его частота в популяции составляет 0,3 — 2,7%. Крипторхизм нередко является причиной гормональных нарушений, сопровождающихся нарушением копулятивной и репродуктивной функций; бывает одно- и двусторонним, а в зависимости от места нахождения яичек имеет брюшную и паховую форму. Кроме того, выделяют крипторхизм врожденный и приобретенный (после травмы, воспаления или операции).

Этиология и патогенез. В подавляющем большинстве случаев крипторхизм является врожденным заболеванием. Хромосомная и гормональная патология, разнообразные патологические воздействия приводят к задержке внутриутробного развития плода, повреждению его соединительной ткани, что в свою очередь вызывает аномальное развитие пахового тяжа и тканей, окружающих яичко. Степень и характер поражения соединительной ткани определяют локализацию неопустившегося яичка. В настоящее время известно более 36 заболеваний, при которых одним из симптомов является задержка опускания яичка.

Нарушение гонадотропной функции гипоталамо-гипофизарной системы приводит к дефициту дифференцирующих гормонов и дисгенезии гонад. В дальнейшем диспластически-дистрофические явления в неопустившемся яичке прогрессируют. Дополнительными факторами при этом становятся нарушение температурного режима и извращение ферментативных процессов в ткани яичек, постоянная их травматизация, что приводит к накоплению в крови антител и аутоагрессии. Аутоиммунный конфликт усугубляет поражение паренхимы яичка.

Патологическая анатомия. Гистологические исследования показывают, что в неопущенных яичках патологические изменения возникают уже в 6-месячном возрасте. Они выражены тем более четко, чем выше расположено яичко по отношению к мошонке и чем длительнее его дистопическое положение. Эти изменения наибольшей выраженности достигают к 2 годам, а к 9 — 10-летнему возрасту становятся крайне серьезными: семявыносящие канальцы уменьшаются в диаметре, замедляется клеточная дифференциация, герминативные клетки встречаются редко и в них отсутствуют признаки сперматогенеза, интерстициальная ткань подвергается фиброзу и гиалинозу. Уменьшается число клеток Лейдига.

Клиническая картина. Основным симптом — отсутствие одного (при одностороннем) или обоих (при двустороннем крипторхизме) яичек в мошонке. Паховую форму истинного крипторхизма следует отличать от псевдокрипторхизма («мигрирующее» яичко), при котором нормально опустившееся яичко может периодически находиться вне мошонки под влиянием сокращения мышцы, поднимающей яичко, что связано с повышенным рефлексом этой мышцы. При пальпации такое яичко легко низводится на свое место. Истинный крипторхизм всегда характеризуется недоразвитием одной из половин или всей мошонки; при одностороннем крипторхизме отмечается смещение мошоночного шва в сторону отсутствующего яичка.

Основные жалобы взрослых: импотенция, боли или неприятные ощущения в области половых органов при физическом напряжении, во время половых актов (у 60—70% больных). Выявляются нарушения сперматогенеза, что приводит к бесплодию. При двустороннем крипторхизме явления гипогонадизма носят более выраженный характер.

Диагностика основана на данных осмотра и в типичных случаях не представляет трудностей. Дифференцируют двусторонний крипторхизм от анорхизма. Для этого используют пробу ХГ; при необходимости — пельвиографию, тазовую ангиографию, сцинтиграфию с ^{99}Tc .

Близким к крипторхизму состоянием является *эктопия яичка*. Если неполная миграция яичка приводит к крипторхизму, то отклонение его от своего пути опускания ведет к эктопии, т. е. необычному положению его. Дифференцировка от крипторхизма важна для выбора тактики лечения. Если при крипторхизме вначале прибегают к консервативному лечению, то при эктопии яичек лечение хирургическое.

При крипторхизме существует опасность развития ряда осложнений, требующих срочного оперативного вмешательства: ущемление грыжи, сопутствующей крипторхизму, заворот неопустившегося яичка. Дистопия яичка, длительно существующая, способствует не только нарушению его функций, но и злокачественному перерождению [наиболее злокачественные опухоли — семинома, хориокарцинома (хориоэпителиома) и тератобластома].

Лечение может быть оперативным и консервативным (гормонотерапия). Вводятся обычные дозы хорионического гонадотропина: по 1500 ЕД 2 раза в неделю курсами по 1 мес с месячными перерывами. Если консервативное лечение в течение 6 — 12 мес неэффективно, то прибегают к хирургическому лечению с последующей терапией гонадотропинами. Тактика лечения гонадотропинами определяется состоянием низведенного яичка. При значительной его гипоплазии возможна комбинированная терапия: инъекции хорионического гонадотропина сочетают с введением андрогенов (10% раствор тестостерата по 1 мл 2—3 раза или сустанон-250 по 1 мл 1 раз в месяц внутримышечно). Длительность лечения определяется его эффективностью.

Прогноз. При гормональном лечении (введение гонадотропинов), предпринятом до полового созревания, примерно в 50% случаев к достижению зрелого возраста удается достичь относительной способности к оплодотворению и отсутствия признаков тестикулярной недостаточности; копулятивные функции не страдают.

В случае одностороннего крипторхизма прогноз в отношении нарушения функций яичек более благоприятный: обычно репродуктивную и андрогенную функции берет на себя опустившееся в мошонку яичко. В этом случае нет необходимости в лечении гормонами.

7.5.5.2. Синдром Клайнфелтера

Синдром Клайнфелтера — врожденное заболевание, наблюдается у одного из 500 мужчин.

Этиология и патогенез. В основе болезни — аномалия половых хромосом: наиболее часто встречается кариотип 47 ХХУ, могут встречаться генотипы 48 ХХХУ, мозаичные типы 46 ХУ/47 ХХУ и др. При генотипах 48 ХХХУ и ХХХХУ, как правило, отмечается дебильность.

Наличие более чем одной Х-хромосомы бывает связано с нерасхождением половых хромосом в первом делении мейоза в сперматогенезе или с нерасхождением в первом или втором делении в овогенезе. Предполагают, что чаще отмечается нерасхождение двух материнских Х-хромосом. Механизм развития патоморфологических изменений в гонадах, гормональных и иных нарушений при избыточной Х-хромосоме не вполне ясен.

Клиническая картина. Первые проявления заболевания обнаруживаются в пубертатном, чаще в постпубертатном, периоде. Наиболее распространенный вариант: евнухоидные пропорции тела, гинекомастия и азооспермия (редко олигозооспермия при мозаицизме). У части больных гинекомастия отсутствует. Степень выраженности оволосения — от скудной до нормальной. Яички чаще гипоплазированы, но бывают и почти нормальных размеров. Половой член, как правило, нормальной величины. Характерны психическая вялость, эмоциональная неустойчивость. Копулятивные функции у большинства больных не нарушены, в основном пациенты жалуются на бесплодие. У части больных снижено половое влечение, спонтанные эрекции, как правило, сохранены. Эякуляции часто затруднены (запаздывают).

Важным для установления диагноза является определение полового хроматина в соскобе эпителия слизистой оболочки полости рта — при синдроме Клайнфелтера в соскобе находят тельца Барра, характерные для женского пола. У здоровых мужчин эти тельца не определяются. При гормональном исследовании обнаруживается высокое содержание в плазме ФСГ и ЛГ; у части больных ЛГ приближается к верхней границе нормы. Содержание тестостерона в плазме крови колеблется от нормального уровня до сравнительно низкого.

Лечение. Больные, жалующиеся только на бесплодие, лечению не подлежат, так как методов борьбы с ним пока нет. Как правило, в заместительной терапии андрогенами больные не нуждаются, так как копулятивные функции у них не нарушены, несмотря на относительно низкий уровень в крови тестостерона. Только при клинических признаках недостаточной андрогенизации больным назначают мужские половые гормоны: инъекции 10% раствора тестэната по 1 мл 2—3 раза в месяц или инъекции сустанона-250 по 1 мл 1 раз в месяц внутримышечно. Лечение андрогенами может способствовать повышению общего тонуса и полового влечения, увеличению мышечной силы. При значительной гинекомастии показано оперативное лечение — мастэктомия.

7.5.5.2.1. ХХ-синдром у мужчин

Это разновидность синдрома Клайнфелтера, при которой задержка умственного развития встречается гораздо реже. Частота ХХ-синдрома составляет 1—10% случаев синдрома Клайнфелтера. При гисто-

логическом исследовании ткани яичек у больных с ХХ-синдромом после периода пубертатного развития находят такие же изменения, как и при синдроме Клайнфелтера. При исследовании полового хроматина в соскобах слизистых оболочек щек контуры телец Барра нечеткие, кариотип 46 ХХ.

Лечение таким больным назначают только при наличии признаков недостаточной андрогенизации.

7.5.5.3. Синдром дель Кастильо (герминативная аплазия)

Этот синдром известен также как синдром «одних клеток Сертоли»¹. Он обусловлен врожденным отсутствием зародышевых клеток — гоноцитов, возникает в результате гибели герминативных клеток в нормально сформированной гонаде. Подобные состояния описаны в литературе при радиоактивном облучении и некоторых других заболеваниях.

Основные признаки синдрома: малые размеры яичек, нормальные размеры полового члена и мошонки, достаточное развитие мужских вторичных половых признаков, нормальный физический статус; в эякуляте — азооспермия.

При гистологическом исследовании: малые размеры семенных канальцев, полное отсутствие сперматогенного эпителия при наличии сустентоцитов, нормальная базальная мембрана, клетки Лейдига.

При описываемом синдроме в отличие от синдрома Клайнфелтера отсутствует гинекомастия, отмечается нормальный мужской генотип 46 ХУ, проба на половой хроматин отрицательная.

Копулятивные функции, спонтанные и адекватные эрекции, эякуляции, оргазм, половое влечение сохранены; больные не испытывают затруднений в половой жизни, жалуются только на бесплодие. В лечении гормонами не нуждаются. Прогноз в отношении способности к оплодотворению неблагоприятный.

7.5.5.4. Адипозогенитальная дистрофия

Заболевание характеризуется гипогонадизмом и ожирением, проявляется обычно до периода пубертатного развития.

Этиология и патогенез не выяснены. Патология проявляется в детском возрасте. Часто начало болезни связывают с перенесенными инфекциями (менингит, грипп, эпидемический паротит и др.) или черепно-мозговой травмой. Предполагают поражение паравентрикулярных и вентромедиальных ядер гипоталамуса. Таким образом, адипозогенитальная дистрофия — форма гипоталамической патологии, которая проявляется гипогонадотропным гипогонадизмом в сочетании с гипоталамическим ожирением, без четкой локализации морфологического субстрата, лежащего в основе заболевания.

Клиническая картина. Характерно выраженное ожирение с преимущественным отложением жира в области груди, живота, таза, бедер и лица, бледность кожных покровов. Размеры по-

¹ По Международной анатомической номенклатуре сустентоциты.

лового члена резко отстают от возрастной нормы, яички гипоплазированы, мошонка недоразвита, со слабой складчатостью, непигментирована. У некоторых больных отмечается крипторхизм. Либи́до снижено, эрекции только утренние, поллюций не бывает. У большинства больных имеется ложная гинекомастия с втянутыми сосками. В период пубертатного развития объем яичек может несколько увеличиться и без лечения, но это увеличение не достигает возрастной нормы. Уровни ЛГ и ФСГ в плазме снижены.

Девочки с данной патологией выглядят старше своих лет. Оволосение лобка и подмышечных впадин скудное, выявляется недоразвитие наружных и внутренних половых органов.

Лечение зависит от выраженности патологического процесса. Рекомендуются активная терапия, направленная против ожирения (субкалорийная диета, ЛФК и др.), при булимии — анорексигенные средства (фепранон, дезопимон). Инъекции хорионического гонадотропина — в зависимости от возраста, массы тела больного и выраженности гипогонадизма.

7.5.5.5. Синдром Мэддока

Редкая форма вторичного гипогонадизма, возникающая в результате одновременной недостаточности гонадотропной и адренкортикотропной функций гипофиза с сохранением тиреотропной функции. У таких больных отмечается низкое содержание ЛГ, ФСГ, АКТГ, тестостерона и кортизола в плазме крови, 17-КС и 17-ОКС в моче. При введении ХГ содержание тестостерона в плазме увеличивается.

Этиология заболевания неизвестна.

Клиническая картина. Симптомы заболевания возникают после периода пубертатного развития: развивается евнухоидизм в сочетании с признаками хронической недостаточности коры надпочечников, отсутствует пигментация кожных покровов, что характерно для вторичного гипокортицизма; отмечаются психическая и физическая слабость, исхудание, ночная бессонница при дневной сонливости, признаки преждевременного старения.

Лечение, как и других форм вторичного гипогонадизма, длительное: инъекции хорионического гонадотропина по 1500 ЕД 2 раза в неделю, месячные курсы с такими же перерывами. Следует также применять препараты, стимулирующие функцию коры надпочечников (кортикотропин и др.), или проводить заместительную терапию глюкокортикоидами.

7.5.5.6. Синдром Каллманна

Синдром Каллманна (ольфактогенитальная дисплазия) — комплекс наследственных аномалий, характеризующийся сочетанием гипогонадизма с anosmией. Развивается вследствие низкого уровня половых гормонов в организме, проявляется недоразвитием внутренних и наружных половых органов и вторичных половых признаков. Больные с этим синдромом встречаются в общей популяции с частотой 1 : 10 000 среди мужчин и 1 : 5000 — среди женщин.

Этиология и патогенез. Генез заболевания семейный. Предполагается аутосомно-рецессивное наследование. У больных имеется врожденный дефект развития гипоталамуса, проявляю-

щийся в недостаточной секреции гонадотропин-рилизинг гормона (ГТ-РГ). Дефицитарность ГТ-РГ приводит к снижению выработки гонадотропинов (ГТ) гипофизом. Низкий уровень ГТ (ЛГ и ФСГ) обуславливает вторичный гипогонадотропный гипогонадизм.

Клиническая картина. У больных выявляется евнухизм, нередко в сочетании с крипторхизмом; наблюдаются другие пороки развития — расщепление верхней губы («заячья губа») и твердого неба («волчья пасть»), шестипалость, высокое («готическое») небо, укорочение уздечки языка, асимметрия лица, гинекомастия, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. Из анамнеза можно выяснить, что у некоторых членов семьи также имеются описанные пороки развития.

Диагностика. Диагноз устанавливают при сочетании гипогонадизма с аносмией, низким уровне в плазме ЛГ, ФСГ и тестостерона. При рентгенологическом исследовании кистей отмечается запаздывание возрастной дифференцировки.

Лечение, как правило, проводится гонадотропинами (хорионический гонадотропин или хориогонин). Дозы подбирают индивидуально: обычно взрослым назначают инъекции хорионического гонадотропина по 1500 ЕД 2 раза в неделю; месячные или 2-месячные курсы с такими же перерывами, длительно. На первых этапах лечения хорионический гонадотропин назначают в сочетании с андрогенами (инъекции 10% раствора тестэната по 1 мл 2—3 раза в месяц или сустанон-250 по 1 мл 1 раз в месяц).

Прогноз для жизни благоприятный. При систематическом и адекватном лечении развиваются вторичные половые признаки, появляются половое влечение, адекватные эрекции, поллюции. Больные вступают в брак и у них нет затруднений в половой жизни. В некоторых случаях восстанавливается и репродуктивная функция.

7.5.5.7. Синдром Паскуалини (изолированный дефицит ЛГ)

Заболевание проявляется симптомами андрогенной недостаточности. Ведущая роль в развитии этой патологии отводится врожденной недостаточности секреции ЛГ, что ведет к снижению секреции тестостерона. Наблюдаемое у этих больных снижение концентрации фруктозы в эякуляте, а также снижение подвижности сперматозоидов считают проявлением андрогенной недостаточности. Уровень ФСГ в плазме в большинстве случаев остается в пределах нормы, чем объясняется сохранность всех стадий сперматогенеза, хотя остается неясным происхождение олигозооспермии. Можно предположить, что на это влияет андрогенная недостаточность.

Клиническая картина зависит от выраженности дефицита ЛГ. При описываемом синдроме характерны недоразвитие полового члена, скудное оволосение лобка, подмышечных впадин и лица, евнухидные пропорции тела, нарушение половых функций. Гинекомастия бывает редко. Больные нередко обращаются к врачу по поводу бесплодия. Результаты исследования эякулята, как правило, однотипны: малый его объем, олигозооспермия, малая подвижность сперматозоидов, резкое уменьшение содержания фруктозы в сперме.

Лечение гонадотропинами и андрогенами даст быстрый и хороший результат. Наиболее физиологично лечить таких больных

хорионическим гонадотропином по 1500 ЕД 2 раза в неделю, месячными курсами с такими же перерывами, длительно. В результате такого лечения копулятивная и репродуктивная функции обычно восстанавливаются.

7.5.6. Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников

Яичниковую недостаточность вызывает ряд причин. Различают центральную недостаточность, обусловленную нарушениями в гипоталамусе и гипофизе, и периферическую — при патологии в яичнике. Наиболее частые причины периферической недостаточности — опухоли, воспалительные процессы с абсцессами, хронические оварииты; реже — амилоидоз, хирургические вмешательства, облучение и пр. Овариальная недостаточность может возникать при нарушении связи гипоталамический сексуальный центр — яичник; в преклимактерическом периоде недостаточность является физиологической, но может приводить к ранней менопаузе и снижению сексуальности.

Хотя сексуальные нарушения, как правило, становятся следствием поражения нескольких составляющих, изучение роли гормонов яичников в патогенезе сексуальных нарушений у женщин, в частности при фригидности, представляет несомненный интерес и позволяет выработать принципы патогенетической терапии.

Функцию яичников оценивают с помощью: 1) анамнеза; 2) объективных данных гинекологического осмотра; 3) обследования по тестам функциональной диагностики и дополнительных лабораторных исследований; 4) гинекографии — контрастной рентгенографии тазовой области, которая позволяет выявить размеры яичников.

Патология яичников включает следующие формы.

1. *Препубертатная ановария* (выпадение функции яичников в детском возрасте) приводит не только к нарушению фенотипа, но и к асексуальности. Проводимое в этих случаях гормональное лечение влияет на развитие вторичных половых признаков, но нормализации психосексуального развития достичь не удается, так как гормональная терапия начинается тогда, когда критические периоды формирования платонического и эротического либидо прошли без соответствующего уровня гормонов.

2. *Постпубертатный гипооваризм* (вторичная ановария) возникает в результате хирургической кастрации и сопровождается нарушением сексуальности.

3. *Яичниковая недостаточность в зрелом возрасте*. Многие авторы считают, что при яичниковой недостаточности развивается фригидность. Действительно, эротическое либидо отсутствует у женщин с недостаточностью эстрогенной стимуляции в 5 раз чаще, чем при нормальной эстрогенной насыщенности (4 и 0,8%). В то же время снижение и отсутствие сексуального влечения у женщин с гипооваризмом и с нормальной эстрогенной стимуляцией не представляют статистически достоверного различия, что объясняется второстепенным значением биологического фактора при формировании сексуального влечения. Также нет статистически достоверного различия между оргастичностью женщин с гипооваризмом и нормальной эстрогенной стимуляцией. Однако прослеживается четкая зави-

симость между функцией яичников и эротическими сновидениями, которые возникают как «прорыв» сексуальности при ее торможении различными психологическими факторами во время полового сближения. При резкой недостаточности эстрогенов эротических сновидений не бывает.

Среди женщин, обратившихся по поводу отсутствия или снижения либидо, а также отсутствия оргазма, у 12,6% отмечен гипооваризм, у 55,5% — эстрогенная стимуляция без отклонений от нормы и у 33,9% — гиперэстрогения с недостаточностью функций желтого тела. Можно полагать, что нарушение сексуальности в этих случаях было следствием снижения выработки яичником андрогенов в результате дефицита ЛГ.

4. *Яичниковая недостаточность в климактерическом периоде.* Различают четыре фазы снижения функции яичников до ее полного угасания: гипоплютеальную, гиперфолликулярную, гипофолликулярную, афолликулярную. При последней фазе ослабевают также и компенсаторная функция надпочечников. Сексуальные ощущения при этом снижаются, чему нередко способствует ухудшение общего самочувствия женщины, связанное с гормональной перестройкой и вегетативными сдвигами.

Сдвиги нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла при беременности и в послеродовом периоде. Во время беременности резко возрастает количество гонадотропных хориогонических гормонов, а также эстрогенов и прогестерона, причем гиперэстрогения является физиологической. После родов количество эстрогенов уменьшается, отмечается спад рецептивности яичника к гормональным воздействиям. Результатом указанных изменений нередко является снижение сексуальности до половой анестезии. Среди обращающихся по поводу половой неудовлетворенности женщин 14% составляют пациентки со «вторичной» фригидностью после родов. У трети из них при обследовании обнаружена гиперэстрогения.

Назначение андрогенов (метилтестостерон по 0,005 г 3 раза в день во вторую половину цикла) в большинстве случаев давало положительный эффект.

7.5.7. Половые расстройства при нарушениях функций надпочечников

Нарушения функций коры надпочечников могут быть первичными, когда патологический процесс затрагивает непосредственно кору надпочечников, или вторичными в результате какого-либо нарушения в организме, чаще при изменении функции гипоталамо-гипофизарной системы, например при болезни Иценко — Кушинга. Хотя сама болезнь Иценко — Кушинга — гипоталамо-гипофизарное заболевание, но феноменологически данное нарушение удобнее рассматривать в разделе патологии коры надпочечников, так как его клиническую картину обуславливает гиперсекреция глюкокортикоидов корой надпочечников. Клиническая картина нарушения функций коры надпочечников зависит от характера поражения ферментных систем, обычно врожденного, и морфологической структуры надпочечников (см. Врожденная дисфункция коры надпочечников — раздел 7.5.2.3.4).

7.5.7.1. Хроническая недостаточность коры надпочечников

Хроническая недостаточность коры надпочечников, или аддисонова болезнь,— заболевание, обусловленное снижением продукции гормонов корой надпочечников.

Этиология и патогенез. Первичная недостаточность коры надпочечников развивается при поражении ее туберкулезом или атрофии, вызванной аутоиммунным процессом, при двусторонней тотальной адреналэктомии, эмболии артерий надпочечников. Причиной вторичной недостаточности могут быть опухоли гипофиза, послеродовой некроз гипофиза (синдром Шихена), удаление гипофиза и др. Патология обусловлена сниженной секрецией кортизола, кортикостерона и альдостерона.

Клиническая картина. Первые признаки заболевания — немотивированная слабость и физическая утомляемость, снижение аппетита, массы тела. При первичной недостаточности коры надпочечников усиливается пигментация кожи, прежде всего ладонных складок. У мужчин при декомпенсации заболевания нарушаются половые функции: снижается половое влечение, ослабевают эрекции; у женщины нарушается менструальный цикл.

Лечение глюкокортикоидами и минералокортикоидами обычно приводит к восстановлению общего самочувствия и половых функций.

7.5.7.2. Болезнь Иценко — Кушинга

Эта болезнь характеризуется нарушением функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и наблюдается в любом возрасте.

Этиология и патогенез. В этиологии заболевания — опухоли гипофиза и гипоталамуса, воспалительные процессы головного мозга. У женщин болезнь развивается часто после родов. Симптомы заболевания связаны с гиперпродукцией глюкокортикоидов корой надпочечников.

Клиническая картина. Основные симптомы: ожирение туловища при относительно тонких конечностях, лунообразное гиперемированное лицо («матронизм»), багровые полосы растяжения на животе и бедрах. У женщин — гирсутизм, нарушение менструального цикла, бесплодие. Жалобы на общую слабость, утомляемость, боли в костях, головные боли. Нередко наблюдаются изменения психики: снижение памяти, нарастающая раздражительность, сужение круга интересов, ипохондрические переживания и др.

У мужчин снижается половое влечение с ослаблением как адекватных, так и спонтанных эрекций. Оргазм притупляется, а иногда и вовсе исчезает. При возникновении болезни в препубертатном возрасте может развиваться гипогонадизм.

Лечение больных с тяжелыми формами заболевания, как правило, оперативное (односторонняя или тотальная адреналэктомия); обычно приводит к регрессу всех симптомов, в том числе и половых нарушений. После двусторонней адреналэктомии развивается хроническая недостаточность коры надпочечников, требующая постоянной заместительной терапии глюкокортикоидами.

При более легких формах заболевания проводят лучевую тера-

пию межуточно-гипофизарной области; лечение ингибитором биосинтеза гормонов в коре надпочечников — хлодитаном. При ликвидации симптомов болезни Иценко — Кушинга происходит восстановление половых функций у пациентов обоего пола.

7.5.7.3. Кортикоэстрома

Кортикоэстрома — опухоль коры надпочечников, продуцирующая в большом количестве женские половые гормоны, вызывающие феминизацию. Эта патология встречается крайне редко и только у мужчин.

Клиническая картина характеризуется двусторонней гинекомастией, феминизацией телосложения нарушением половых функций (угасание полового влечения, исчезновение эрекции, притупление оргазма). У больных наблюдаются выпадение волос на лице и теле, иногда — выраженная гипоплазия яичек. В некоторых случаях феминизация сочетается с симптомами болезни Иценко — Кушинга. Первостепенное значение имеет определение содержания в моче или в плазме эстрогенов.

Лечение оперативное. Если опухоль не злокачественная, то прогноз благоприятный.

7.5.8. Половые расстройства при заболеваниях щитовидной железы

Гормоны щитовидной железы активно влияют на сексуальную сферу, действуя на половые железы непосредственно или через систему гипоталамус — гипофиз, а также на периферический метаболизм андрогенов, кортикостероидов и эстрогенов.

7.5.8.1. Гипотиреоз (микседема)

Заболевание характеризуется снижением функций щитовидной железы. При первичном гипотиреозе повреждается непосредственно щитовидная железа, вторичный гипотиреоз возникает в результате поражения гипоталамо-гипофизарной системы. Недостаток тиреоидных гормонов приводит к замедлению всех процессов обмена веществ, что отрицательно сказывается на нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла.

Клиническая картина. Больные жалуются на зябкость, вялость, сонливость, запоры, сухость кожи, снижение памяти. Наблюдаются резкое снижение полового влечения у лиц обоего пола, отсутствие менструаций у женщин, ослабление эрекции и уменьшение объема эякулята у мужчин.

При осмотре отмечаются сухость и бледность кожных покровов, отечность лица и голеней, ломкость и выпадение волос на голове, лобке, наружных частях бровей, снижение температуры тела, брадикардия.

При длительно нелеченном гипотиреозе развиваются гипоплазия яичек и гипертрофия предстательной железы. Отмечаются уменьшение объема спермы и подвижности спермиев; при биопсии яичек обнаруживаются фиброз и гиалиноз стенок семенных канальцев. Дегенеративные процессы имеются и в интерстициальной ткани

яичка. Часть клеток Лейдига подвергается инволюции. Отмечена тенденция к снижению уровня экскреции с мочой 17-КС. У большинства больных наблюдается увеличение уровня пролактина в плазме — дисгормональная гиперпролактинемия, которая и является одной из причин нарушения половых функций у больных гипотиреозом. Недостаток тиреоидных гормонов оказывает влияние на периферический обмен андрогенов и кортикостероидов.

Лечение тиреоидными гормонами приводит к нормализации уровня пролактина в плазме, ликвидации гормонального дефицита и восстановлению половых функций у лиц обоего пола. Больным назначают тиреоидин, трийодтиронин и другие тиреоидные препараты под контролем пульса, артериального давления, массы тела, общего состояния, ЭКГ.

В результате проводимого лечения у больных восстанавливаются половое влечение, менструальный цикл — у женщин, копулятивные функции — у мужчин.

Кроме тиреоидных гормонов больным назначают витамины А, С, группы В.

7.5.8.2. Тиреотоксикоз

Заболевание характеризуется гиперплазией и гиперфункцией щитовидной железы.

Клиническая картина. Больные жалуются на потерю массы тела при обычном или повышенном аппетите, сердцебиение, потливость, тремор рук и дрожание всего тела, общую слабость. Нарушения половых функций проявляются у женщин нерегулярными менструациями, у мужчин — снижением половой активности, иногда развивается односторонняя или двусторонняя гинекомастия, исчезающая после излечения тиреотоксикоза.

При тиреотоксикозе функция яичек страдает меньше, чем при гипотиреозе. Способность к оплодотворению сохраняется.

Лечение заболевания может быть консервативным (мерказол и др.) или хирургическим (операция на щитовидной железе), реже проводят терапию радиоактивным йодом. Излечение тиреотоксикоза способствует восстановлению половых функций.

7.5.9. Половые расстройства при сахарном диабете

Сахарный диабет обусловлен абсолютной или относительной недостаточностью инсулина в организме и характеризуется нарушением всех видов обмена и в первую очередь обмена углеводов (хроническая гипергликемия). Диагноз этого заболевания устанавливают на основании характерных жалоб (полидипсия, полиурия, полифагия; общая слабость, снижение массы тела, сухость во рту, кожный зуд и др.), повышенного содержания сахара в крови и появления его в моче.

Нарушения половых функций при сахарном диабете встречаются часто. По мнению разных исследователей, частота их колеблется от 24,7 до 74%. Патогенез нарушений половых функций крайне сложен, что обусловлено многообразием и тесным взаимодействием различных патогенетических механизмов, связанных с метаболическими, иннервационными, сосудистыми и гормональными расстрой-

ствами. В фазе, предшествующей началу лечения, или при обострении болезни нередко отмечаются преходящие нарушения половых функций (снижение полового влечения, ослабление эрекций), выявляется зависимость между выраженностью ангиопатий нижних конечностей, частотой и тяжестью половых нарушений. В пользу васкулогенных причин сексуальных нарушений свидетельствуют возраст пациента (с увеличением возраста риск атеросклеротических поражений артерий, питающих половой член, повышается), отсутствие спонтанных и адекватных эрекций в течение года или более при сохранившемся половом влечении, а также тяжелая степень диабетической ретинопатии.

У части таких больных выявляются окклюзионные поражения артерий — внутренних половых и реже дорсальных артерий полового члена. Длительность полового расстройства также играет важную роль в развитии нарушений копулятивных функций, поскольку сосудистый механизм эрекции при сахарном диабете «без тренировки» (регулярной половой жизни) создает условия для быстрого склерозирования сосудов, питающих кавернозные тела полового члена.

Следует подчеркнуть, что сексуальные нарушения обычно проявляются только при поражении нескольких звеньев (составляющих) копулятивного цикла. Тяжесть сексуальных расстройств коррелирует с количеством вовлеченных в патологический процесс составляющих копулятивного цикла. В большинстве случаев это больные с тремя или четырьмя синдромами. Наиболее часто в качестве стержневого поражения у больных сахарным диабетом с половыми нарушениями встречается расстройство нейрогуморальной составляющей, затем в зависимости от частоты следует патология психической, эякуляторной и эрекционной составляющих.

Основной причиной бесплодия при сахарном диабете является ретроградная эякуляция как осложнение сахарного диабета. У большинства больных с жалобами на нарушения половых функций выявляется дистальная полинейропатия, которая также играет важную роль в развитии у больных сахарным диабетом сексуальной патологии; уровень гормонов в крови (тестостерон и гонадотропины) в пределах возрастной нормы. У больных, перенесших многочисленные гипогликемические комы, расстройства половых функций (чаще — снижение полового влечения) могут возникать без сосудистых и гормональных нарушений и без поражения периферических нервов.

Сперматогенез при сахарном диабете обычно не нарушен. У больных с тяжелой формой диабета чаще определяются более высокий процент патологических форм сперматозоидов и снижение процента подвижных спермиев.

Лечение. Стабилизация углеводного обмена приводит к улучшению не только общего самочувствия, но и к улучшению половых функций. В случаях повреждения двух составляющих копулятивного цикла, когда основную стержневую роль играет психическая составляющая, компенсация только одного сахарного диабета может не привести к улучшению половых функций. В таких случаях необходима еще и рациональная психотерапия.

ЛД-терапия показана в случаях небольшой длительности и нетяжелых формах сахарного диабета, при начальных явлениях нарушений половых функций и отсутствии свежих кровоизлияний на глазном дне. Повторные курсы проводят через 2—3 мес. Для улучшения кровотока в кавернозных телах полового члена назначают йохимбин и сосудорасширяющие средства, а также витамины.

Гормональная терапия неэффективна и оправдана лишь как кратковременная мера (в качестве «пуск-терапии»), а также у больных со сниженным уровнем тестостерона в плазме. В этих случаях назначают сустанон-250 по 1 мл 1 раз в месяц 2—3 инъекции. Если они не приводят к положительному результату, то лечение отменяют. При хорошей компенсации сахарного диабета и обоснованных дополнительных назначениях, направленных на соответствующий синдром, у большинства больных копулятивная функция восстанавливается.

7.5.10. Половые расстройства при нарушениях функций печени

У мужчин, страдающих циррозом печени, нередко развиваются гипогонадизм и феминизация организма (гинеккомастия, уменьшение оволосения тела). Чаще всего отмечают снижение полового влечения и ослабление эрекции. Уменьшаются объем эякулята, количество сперматозоидов и уровень фруктозы в ней. У большинства больных суточная экскреция 17-КС с мочой понижена, а эстрогенов — повышена. Отмечается тенденция к повышению уровней в плазме ЛГ и ФСГ, что указывает на первичный характер гипогонадизма. Уровень пролактина в плазме повышен, причем повышение его более выражено при декомпенсации заболевания.

При декомпенсированном циррозе печени выявляется снижение уровня тестостерона в плазме, а в стадии компенсации он нормализуется. Уровень свободного, т. е. физиологически активного, тестостерона и скорость его продукции снижены. Нередко наблюдается нарушение суточного ритма секреции андрогенов.

Лечение основного заболевания не всегда приводит к восстановлению половых функций.

8. ПСИХИЧЕСКАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

Если нейрогуморальная составляющая выполняет роль силовой установки, питающей всю половую систему, то психическая составляющая представляет своеобразный распределительный пульт, определяющий когда, куда и в какой форме будет направлена сексуальная энергия. В связи с этим феноменология расстройства психической составляющей отличается от нейрогуморальной симптоматики неизмеримо большим разнообразием и четким поведенческим характером (в отличие от выраженной морфологической акцентуации нейрогуморальных расстройств). К тому же именно в психической составляющей фокусируются симптомокомплексы всех составляющих, подвергаясь при этом выраженному субъективному преломлению, очень часто — парадоксальному, когда самые грозные симптомы приобретают положительную эмоциональную окраску, а проявления сильной половой конституции, помноженные на влюбленность, порождают тяжелейшие аффективные переживания, искажающие половую активность и наносящие глубокий ущерб личности.

При всей интимности сексуальных проявлений любое действие влюбленных совершается под неусыпным наблюдением так называемой *референтной группы* (или группы социально значимых других), составленной не только из их современников, но и многих предшествующих поколений, определивших, что и как надлежит делать или не следует делать при интимном сближении. Носителями такого контроля являются сами влюбленные, а его инструментом — чувство *стыда*. В ходе исторического развития устанавливается определенная для данного человеческого сообщества система норм, которые каждый для себя считает обязательными. Нарушение этих норм вызывает возмущение и презрение не только у окружающих, но и у самого нарушителя, который как бы становится внутренним свидетелем и судьей собственных поступков. Ставится под удар его чувство собственного достоинства, страдающее от предполагаемого осуждения другими людьми (социально значимыми другими), незримо, но властно определяющими его честь и самоуважение. На протяжении многих веков ведущую роль в формировании всего нравственного кодекса, в том числе норм сексуального поведения, играли религия и наука. По мере утраты церковью влияния на сознание людей и с возрастанием роли научного знания половая мораль формируется преимущественно на рациональном естественнонаучном и социально-психологическом фундаменте. Ныне ее во все большей мере определяют психогигиеническая целесообразность и соображения максимального обеспечения физического и духовного здоровья, благополучия и счастья людей.

Понимание условного характера норм половой морали и постепенное ослабление установленных церковью психогигиенически необоснованных запретов, обусловленных идеализацией аскетизма, нашли отражение в данной экспертами ВОЗ *концепции здоровой половой жизни*: «1. Способность наслаждаться половой жизнью, иметь детей и контролировать свое поведение в соответствии с общественной и личной этикой. 2. Свобода от страха, стыда, чувства вины и предрассудков, а также прочих психологических факторов, подавляющих половые реакции и мешающих половым отношениям. 3. Отсутствие органических расстройств, болезней и недостатков, ограничивающих функции пола и репродуктивную функцию».

8.1. Пять брачных факторов — их значимость и практическая оценка

Как свидетельствует весь опыт современной сексопатологии, получение выраженных, а главное стойких терапевтических результатов у сексологических пациентов удается только в тех случаях, когда специалист выходит за узкие рамки медицинской симптоматики. Любое сексуальное проявление, вплоть до самых элементарных, таких как эрекция или эякуляция, адекватно реализуется только в рамках межличностного взаимодействия, традиционной формой которого является брачный союз. В связи с тем что брак эволюционирует и каждый этап развития общества вносит свои изменения в структуру семьи и ее функции (в том числе в систему половых ролей, механизмы социализации, критерии брачного подбора и модели взаимной, как бытовой, так и сексуально-эротической, адаптации), сексопатолог должен ориентироваться во всем спектре межличностных взаимодействий супружеской пары. Без досконального понимания многообразных функций брачного

союза той социальной группы, которую представляет обследуемая супружеская пара, сексопатолог не может эффективно воздействовать даже на самые парциальные симптоматические отклонения.

Необходимость профессиональной оценки всех сторон брачного взаимодействия наиболее четко проявляется в работе психологических и психосоциальных групп и организаций (типа «брачных бюро», «клубов знакомств» и т. п.), создаваемых для обслуживания лиц, испытывающих непреодолимые затруднения в установлении интимных контактов, а также при диагностике и лечении различных форм сексуальных и семейно-личностных дисгармоний. Однако технические приемы распознавания и коррекции нарушений брачного взаимодействия, обладая широчайшим диапазоном приложения практически к любой супружеской паре, составляют один из важнейших элементов профессиональной вооруженности сексопатолога.

Эмансипация женщины, все большая ее экономическая независимость и улучшение жизненных стандартов повысили значение межличностной совместимости. В связи с этим возросли взаимные требования к брачным партнерам, а наряду с ними повысилась неудовлетворенность брачными союзами, что нашло свое объективное выражение в росте частоты разводов. Все сказанное позволяет сделать вывод, что среди ключевых этиологических факторов все чаще фигурирует межиндивидуальная *несовместимость*, или биопсихосоциальное *несоответствие* партнеров.

Разработка путей наибольшего соответствия потребностям двух участников поиска с целью обеспечения оптимального обоюдного союза лежит в основе теории и практики *клиринга* (от англ. clear — ясный, чистый, свободный). Все виды клиринга, составляющие основу любой биржевой и маклерской деятельности (в том числе по обмену жилья, предметов коллекционирования, комплектованию кадров или подбору женихов и невест), имеют прежде всего информационную природу. Клиринговый подход к отысканию подходящего партнера на основе формализованных показателей отнюдь не нов. В самом деле, любовь с первого взгляда — это соотнесение двух образцов, ожидаемого и наличного, с преобладанием неинформированности. Знакомство на работе — соотнесение двух объектов при неполной информации. Сватовство — соотнесение объектов при определяемой интересами маклера (свахи) дезинформации. И наконец, брачный клиринг, опирающийся на достижения теории информации, социальной психологии и сексологии — соотнесение двух объектов на основе обоюдной информации, полнота которой определяется методологически продуманным отбором максимального объема дескрипторов, наиболее существенных для стабильности брачного союза.

Для диагностической оценки сложившихся и зарегистрированных, но переживающих кризисы брачных союзов, для облегчения выбора партнера упомянутыми лицами, а также для прогнозирования отношений сложилась концепция о пяти основных брачных факторах [Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А., 1978]. Концепция основывается на исходном положении о полифункциональности брачного союза, призванного объединить материально-экономические, культурные и сексуальные потребности партнеров в условиях тесного и длительного контакта. Из соображений моделирования условно считают, что структура общего брачного потенциала состоит из физического, материального, культурного, сексуального и психологического факторов. В соответствии с каждым из этих факторов имеет значение не только обладание определенными положительными качествами,

но и соответствие этих качеств ожиданиям (экспектациям) партнера.

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

Материальный фактор (МФ) определяется вкладом партнера в общий материальный статус семьи и соответствием этого вклада ожиданиям и требованиям другого партнера. Соответствие может быть высоким как при больших требованиях и их удовлетворении, так и при незначительном вкладе и небольших требованиях. Таким образом, МФ в значительной мере зависит от его места в ряду ценностных ориентаций личности. Практическая оценка МФ осуществляется соотношением месячных заработков мужа и жены, а также учетом взаимных претензий в этом плане.

Культурный фактор (КФ) определяется соотношением интеллектуально-культурных запросов супругов. Практическая оценка КФ осуществляется соотношением образовательных индексов, профилей работы, кругом выписываемых газет и журналов, заполнением досуга (совместные посещения театров, кино, музеев, совместные и раздельные чтение и просмотр телевизионных программ), а также учетом взаимных претензий и упреков в этом плане.

Сексуальный фактор (СФ) зависит от соответствия реальной программы интимной близости каждого из партнеров сексуальным ожиданиям другого. Этот фактор подвержен многим влияниям, в том числе возраста и состояния здоровья, с которыми он и должен прежде всего соотноситься. При этом необходимо учитывать, что модели мужской и женской сексуальности не тождественны как в качественном (например, различия эrogenных зон), так и в возрастном плане. Если тенденцией мужской сексуальности является стереотипизация половой активности после 30 лет, то тенденция женской сексуальности проявляется в повышении запросов к этому же возрасту. СФ может оказывать мощное модулирующее влияние на ФФ, чаще в виде обострения предсуществовавших неосознанных или подавляющихся психологических установок (у Каренина всегда были некрасивые, оттопыренные уши, и Анна не могла этого не видеть, однако она четко это осознала только после того, как полностью определились ее отношения с Вронским).

Все рассмотренные выше факторы тесно связаны друг с другом, что иллюстрируется таким показателем, как косметика. Она обычно рассматривается как один из основных модификаторов ФФ, причем нередко при этом забывают о достаточно выраженных его корреляциях с КФ и СФ. Обычно у лиц, использующих больше косметики, отмечаются более низкие образовательный индекс и культурный уровень.

Однако при всех этих корреляциях *психологический фактор* (ПФ) занимает особое положение. Этот фактор — коллектор, на котором фокусируются все другие, и в то же время именно он определяет единство и целостность человеческого поведения. В общей структуре брачного взаимодействия ПФ подразумевает соотнесение личностных особенностей обоих супругов, прежде всего их характеров и ролевых притязаний.

Каждый из пяти факторов в различных браках характеризуется различной относительной величиной и может приобретать разную направленность. Взаимодействуя, эти факторы интегрируются в общую результирующую, обозначаемую как *брачный потенциал*. Полученные по разработанной для этого тестовой методике данные подсчитываются по специальной формуле [Решетняк Ю. А., 1978]. Если большинство факторов имеют положительную центростремительную направленность и способствуют укреплению, уплотнению союза, то брачный потенциал характеризуется положительным индексом; если же преобладают факторы отрицательные, центробежные, направленные на разрыхление и распад союза, то брачный потенциал имеет отрицательный индекс.

Формирование оптимального супружества происходит постепенно — от очарования первой влюбленности через цепь преодоленных разочарований, создаваемых мелочами повседневного быта, к принятию реального партнера со всеми его достоинствами и недостатками. Четкая оценка соотношения всех парциальных сил взаимного притяжения и отталкивания помогает сексопатологу отграничить конфликтные зоны, отличающиеся максимальной аффективной напряженностью, от неиспользуемых индивидуальных психологических резервов, при опоре на которые возможно построение результативной лечебно-реабилитационной тактики.

8.2. Специфические особенности внутригрупповой диагностики расстройств психической составляющей копулятивного цикла

Степень функциональной сохранности психической составляющей и сам факт наличия ее патологии устанавливаются при общем сексологическом обследовании, на начальных фазах первого этапа структурного анализа (см. разделы 5 и 5.1). Вслед за этим, на том же первом этапе, осуществляется идентификация конкретных синдромов поражения. Как показывает анализ годовых отчетов Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии и ряда сексологических кабинетов, первое место среди выявляемых нарушений неизменно занимают расстройства психической составляющей, а среди них, так же как и при поражении других составляющих копулятивного цикла, преобладают не «большие» формы (интерсексуальные состояния, психозы, заболевания со спинномозговой топикой и т. д.), а синдромы «малой» сексопатологии (задержка и дисгармония пубертатного развития, нарушения, обусловленные акцентуациями характера, общими и системными неврозами, мнимые сексуальные расстройства и семейные дисгармонии).

В ходе этой работы для обеспечения как самой внутригрупповой диагностики расстройств психической составляющей, так и для

обеспечения эффективной реабилитационной программы используются дополнительные психологические методы, позволяющие выявить особенности структуры личности и характер межличностных отношений (см. разделы 4.5 и 4.5.1).

В частности, помимо установления синдромологической структуры расстройства, для оценки функционального состояния психической составляющей сексопатолог должен найти ответ на следующие вопросы.

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

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

3. Что предпринимал каждый из супругов для налаживания отношений?

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

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

Для получения ответов на эти вопросы необходимо не только знать основы психологии, но и владеть определенными психологическими приемами и методами, выходящими за рамки доверительных бесед. Для сексологического обследования пары необходимы психологические методы, позволяющие распознать характер межличностного супружеского взаимодействия и, в частности, установить, к какому типу относится *стиль супружеских взаимоотношений* [Мишина Т. М., 1978] данной пары. Наиболее адекватны в этом плане многоаспектная методика Т. Лири и анкетная методика З. А. Янковой — «стабильность брака» (СБ). Врач получает представление о том, насколько супруги ориентированы на товарищескую модель брака, насколько в семье развиты различные формы эмоциональной поддержки, какие сферы супружеского взаимодействия конфликтны, несогласованы и требуют коррекции.

В последнее время многие исследователи подчеркивают, что из всех функций семьи на первый план выдвигается особая, так называемая терапевтическая функция, сущность которой заключается в том, что каждый из супругов является для другого психотерапевтом, оказывая постоянную психологическую и эмоциональную поддержку. Адекватное выполнение этой функции как мужем, так и женой теснее всего коррелирует с удовлетворенностью браком и его стабильностью. Распадаются именно те браки, при которых способность супругов играть названные роли минимальна, и она либо не используется, либо используется в недостаточной степени.

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

Из испытанных психологических тестов прежде всего следует назвать тест многостороннего исследования личности (ММПИ). В первом отечественном пособии по методике ММПИ Л. Н. Собчик

(1971) отмечены такие достоинства метода, как возможность идентификации синдрома, выявление особенностей структуры личности. При точном соблюдении инструкции у разных экспериментаторов получаются идентичные профили для одного и того же обследуемого. Сексопатолог, несомненно, должен уметь читать и интерпретировать соответствующие шкалы и профили теста. Так, врача часто посещают пары, в которых у одного из супругов отмечаются склонности к образованию сверхценных идей, аффективная ригидность и эгоцентризм, что сопровождается высокими баллами по 6-й шкале теста ММРІ. В этих случаях вследствие личностных особенностей затруднены понимание внутреннего мира другого человека и установки на доверительные контакты. В другой группе (в тесте ММРІ у них повышена 3-я шкала — «шкала истерии») супруги, играя роли «любящей жены», «заботливой матери (отца)», на самом деле остаются равнодушными к близким, упиваются ощущением своей исключительности и заняты в основном поисками недостатков у других членов семьи, чувствуя себя обиженными и непонятыми. Третья категория, характеризуемая у мужчин высокими баллами по 5-й шкале ММРІ, а у женщин — низкими баллами по той же шкале, отличается высокой сенситивностью и постоянным чувством собственной незащищенности.

Поскольку сексопатолог чаще наблюдает не психическую патологию, а индивидуальные особенности личности, предпочтительны методы, приближенные к норме и «высокочувствительные» к проявлениям личностного своеобразия. В большей степени этим требованиям отвечает методика всестороннего обследования личности (ВОЛ), основанная на опроснике ММРІ, адаптированном в Ленинградском психоневрологическом НИИ им. В. М. Бехтерева к пограничной патологии (возможно ее использование у здоровых лиц). Дополнительные шкалы, разработанные автором ВОЛ, позволяют оценивать физический статус, мотивации, отношение к жизни, себе, обществу, образ действий, а также зрелость и устойчивость психики [Воробьев Г. Г., 1975].

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

Как свидетельствует опыт работы с сексологическими больными, нет и не может быть универсального метода, позволяющего сексопатологу устанавливать интересующие его психологические параметры. Как в диагностическом плане, так и для разработки тактики эффективной психотерапии супружеских пар необходимо на основе промежуточных данных первичного обследования подбирать адекватные для каждой пары методы и тесты, часто группирующиеся в так называемые батареи тестов [Дейнега Г. Ф., 1981].

Упомянутые методики можно дополнить приемами аппаратного исследования с использованием так называемых *гомеостатов* [Обозов Н. Н., Васильев Н. А., 1977]. В отличие от танцев, использовавшихся на протяжении многих столетий для прикидки сенсомоторной и ритмической резонантности мужчины и женщины, современные устройства позволяют оценивать различные компоненты цепи фактор — организм — ситуация — личность, квантифицируя взаимодействия психических процессов, функций, состояний и свойств личности. Сближение произвольных психофизиологических проявлений при повторных испытаниях свидетельствует о возможности использования гомеостатов не только как диагностического средства, но и как тренажера.

8.3. Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей

В отличие от нейрогуморальных синдромов, в лечении которых преобладают медикаментозные средства, при расстройствах психической составляющей копулятивного цикла в качестве основного терапевтического метода используют различные виды психотерапии. Однако психотерапия сексологических больных вследствие особой значимости и принципиальных особенностей половой сферы не ограничивается применением отдельных методик (гипнотерапия, аутогенная тренировка и т. д.), а образует основу лечебно-реабилитационного комплекса. Принципиальные особенности этого комплекса опираются на понимание личности как системы отношений с окружающей действительностью по В. Н. Мясищеву, на понятие *интериоризации* психических процессов Л. С. Выготского, понятие *установки* Д. Н. Узнадзе, педагогические идеи А. С. Макаренко, принципы психагогики С. И. Консторума, а также на системный подход. По мнению М. М. Кабанова (1981), развитие медицины в эпоху научно-технической революции включает в первую очередь системный стиль мышления, образцом которого может служить реабилитационный подход.

Вся концепция реабилитации основывается на том, что биологическая модель болезни, по сути редуccionистская, сменяется «смешанной» моделью, где биологическое и социальное (точнее психо-социальное) дополняют друг друга, переплетаясь на разных этапах течения заболевания. При этом именно в личности человека сочетаются биологическое и социальное начала. Понятие *реабилитация* шире понятия *лечение* — ее цель не только избавление от страданий, но и восстановление (а также сохранение) личностного и социального статуса больного, его положения в собственных глазах и глазах окружающих. Реабилитация и лечение представляют единый процесс, но лечение преимущественно направлено на болезнь, а реабилитация — на человека в целом. Современное понятие *реабилитация* определяется М. М. Кабановым как динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов, направленная на достижение конечной цели (восстановление статуса личности) особым методом, стержневым содержанием которого является обращение (апелляция) к личности больного.

Изложенная выше концепция нашла отражение в понятии так называемого *функционального диагноза*. Он состоит из трех частей: клинической, психологической и социальной, так как врачу важно знать не только название болезни (нозологический и синдромологический диагноз), но и у кого (какой личности), и в какой среде (имеется в виду социальная микросреда) эта болезнь возникает. Функциональный диагноз включает ответ на эти вопросы. Направленное психосоциотерапевтическое воздействие будет эффективным, если учтены психологическая и социальная грани диагноза.

Функциональный диагноз, сформулированный в соответствии с принятыми в системной сексопатологии положениями, характеризует структуру симптомокомплекса и его интенсивность (например, ЕРР ..., ЕРА ..., ЕАР ... — см. раздел 5.2.1), а также экстенсивность (ЕРА-II ..., ЕРА-III — см. там же), все предрасполагающие синдро-

мы и осложнения и, как правило, отражает личностные особенности больного (например, «ЕРА-III, обусловленное хроническим простатитом II степени с титуляризацией на фоне задержки пубертатного развития у акцентуированной личности тревожно-мнительного склада» или «синдром парацентральных долек с ЕРА-II, маскируемый дисгармонией пубертатного развития при наличии субкомпенсированной психопатии эпилептоидного круга»).

Реабилитационная программа должна основываться на следующих принципах.

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

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

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

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

8.3.1. Семейная психотерапия в системе реабилитации сексологических больных

Своеобразие семьи заключается в том, что она одновременно представляет собой и общественный институт [Харчев А. Г., 1979], и малую социальную группу. Основная функция семьи — создание стабильной среды, обеспечивающей условия для формирования, развития и выражения всех сторон личности. Различают *первичную, родительскую, и вторичную, супружескую*, семьи. Супружеская семья может вливаться в родительскую или обособляться от нее (*нуклеарная* семья). В процессе развития семье свойственны кризисы, а заболевание одного члена семьи не может не сказаться на других ее членах и психологической атмосфере всей семьи. Семейная психотерапия — основывающийся на предварительном синдромологическом анализе процесс направленного изменения межличностных отношений в семье, целью которого является устранение эмоциональных нарушений [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976, 1979].

Семья представляет собой не сумму двух или более личностей, а особое образование с новыми качествами. В семье эмергентно возникает система взаимосвязанных социальных ролей, отношения между которыми определяются, с одной стороны, социально-культурными нормами, а с другой — индивидуальными свойствами личностей. Эволюция семьи, т. е. ее история и развитие, складывается из определенных фаз — предбрачного периода, периода взаимной брачной адаптации (между регистрацией брака и появлением новых членов — рождением детей), естественной редукции, связанной с уходом из семьи ее членов (брак взрослых детей, смерть одного из родителей). Перемены в семье, вызванные изменениями ее состава и другими событиями (инвалидизация, изменение социального

статуса, внебрачные сексуальные связи, алкоголизм и т. д.), могут быть причиной кризисов [Семичев С. С., 1972]. Даже положительные явления, изменяя жизненный стереотип семьи, требуют адаптации к новым семейным ролям (например, супруга, родителя, бабушки, бабушки). Неспособность или нежелание выполнять свои новые обязанности нередко обостряют отношения, ведут к семейным конфликтам.

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

Как подчеркивает В. М. Воловик (1980), общую стратегию семейной психотерапии нужно нацеливать не на прошлые конфликты семьи, к разбору которых и без того постоянно стремятся супруги, а на реальные проблемы, существующие сегодня и стоящие на пороге завтрашнего дня. Психотерапевт должен сначала четко определить свою роль — поскольку один или каждый из супругов в большей или меньшей мере, осознанно или неосознанно стремится к получению от психотерапевта информации или суждений, подкрепляющих его собственную позицию в конфликте. Психотерапевт должен прежде всего постоянно держать себя так, чтобы не стать орудием для осуществления чьих-либо планов. Каждому члену семьи должно быть ясно, что психотерапевт будет профессионально эрудированным наблюдателем и комментатором, но не судьей. В ходе семейной реабилитации все члены семьи должны постепенно научиться (сначала с помощью и с подсказками психотерапевта, а затем и самостоятельно) видеть существо дела качественно иначе, учитывая восприятие каждого члена семьи.

Процесс семейной психотерапии при сексуальных расстройствах наиболее целесообразно разделять на три этапа: 1) диагностический (выявление патологии у обоих партнеров и линий взаимодействия между супругами при учете влияний других членов семьи); 2) этап конфронтации партнеров с основной проблематикой и осознанием причин кризиса и его парциальных проявлений; 3) этап восстановления межличностных взаимоотношений на основе замены деструктивных психологических установок на конструктивные. В ходе собственно психотерапевтических второго и третьего этапов приходится, как правило, преодолевать защитные психологические реакции, которые в начальной фазе второго этапа у большинства пациентов и их партнеров достигают особой напряженности. С. В. Днепровская (1975) выделяет шесть таких защитных реакций: 1) вербализованные возражения; 2) умолчание; 3) реакция раздражения; 4) отрицание обсуждаемых фактов; 5) поспешное согласие с врачом (формальное, исключительно внешнее, без внутренней переработки и интериоризации); 6) уклонение от существа обсуждаемых вопросов.

Для преодоления внутрисемейных противоречий эффективна разработанная В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1979) «стереоскопическая техника» лечения супружеских пар двумя психотерапевтами.

Каждого партнера ведет «свой» терапевт, а проблемы обсуждаются вчетвером. Каждый терапевт как бы защищает позицию «своего» пациента, однако в ходе «разборов» психотерапевты наглядно демонстрируют конфликтующей паре способы конструктивного разрешения противоречий, возможности продуктивного взаимодействия при обсуждении семейных проблем, отношения доверия и взаимопонимания, позволяющие свободно выражать свои чувства. При этом важно не столько совпадение пола терапевта и пациента, сколько наличие у психотерапевта личностных особенностей, наиболее импонирующих пациенту. Оптимальным оказывается объединение усилий врача и психолога. По опыту ленинградских врачей, позиция психотерапевта в процессе семейной психотерапии значительно более активна и требует большей оперативности, чем в индивидуальной и групповой психотерапии,— она диктует необходимость быстрого вмешательства в дела семьи, особенно в кризисные периоды, для предупреждения непоправимых действий отдельных членов семьи.

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

8.3.2. О секс-терапии

Дезорганизация парных взаимодействий характерна для большинства сексуальных расстройств, а типы этой дезорганизации чаще оказываются сдвинутыми в сторону межличностных расхождений по большинству брачных факторов с наименьшей заинтересованностью сексуального фактора. Однако иногда приходится встречаться и с исключительно сексуальными дисгармониями при полной гармоничности физического, материального, культурного и (обычно только на первых этапах) психологического факторов. Хотя личностные дисгармонии гораздо быстрее приводят к формированию вторичных сексуальных расстройств, чем только сексуальные — к расколлапсам и дисгармониям более высоких, личностных уровней, сексопатолог обязан в совершенстве владеть приемами реабилитации специфически сексуального взаимодействия, с грубыми нарушениями элементарных сексуальных функций, составляющих основу сексуальных дисгармоний.

Система психофизиотехнических воздействий, нацеленных на сексуальную сферу и позволяющих в минимальные сроки выравнять грубые нарушения основных сексуальных функций, в настоящее время в ряде стран (прежде всего в США) выделилась в автономную область, именуемую секс-терапией. Такое положение обосновывается

тем, что секс-терапевтам быстро (от единичных сеансов до курса лечения в несколько недель) удастся ликвидировать такие проявления, как вагинизм (100% успеха к концу 2-недельного курса), ускорение эякуляции (более 80% успеха), недостаточность эрекции у мужчин или отсутствие коитального оргазма у женщин.

Начало этому направлению положили американские сексопато­логи W. Masters и V. Johnson и в свое время в советской литературе отмечены как положительные черты, так и недостатки их клин­ко­терапевтической концепции. Основная слабость всех секс-терапев­тических школ определяется их симптоматологической направ­лен­ностью. Так, даже У. Мастерс и В. Джонсон сводят патогенез ускоренной эякуляции к патологическому условному рефлексу, порожденному спешкой и тревожностью, а лечение — к тренировке тормозного условного рефлекса, подкрепляемого безусловной защит­ной реакцией на болевое раздражение путем сдавливания головки полового члена у венечной бороздки.

Симптоматологическая направленность на внешнюю феномено­логию при игнорировании внутренних патогенетических механизмов крайне разнообразных сексуальных расстройств у У. Мастерса и В. Джонсон полузамаскированная, редуцируется их последователями до единичных откровенно вульгаризованных стереотипов, основными компонентами которых являются различные варианты мануальных воздействий на половые органы партнера, нередко граничащие с мастурбацией.

Одно из наиболее действенных творческих воплощений секс­терапии, разработанное С. Кратохвилем (ЧССР), подробно изложено в его монографии (1985).

8.3.3. О различных видах психотерапии

Неразделимости основных брачных факторов соответствует комплексность психотерапии, а использование отдельных ее видов диктуется требованиями последовательности и ступенчатости осу­ществления программ функциональной реабилитации. Было бы, однако, чрезмерным упрощением предлагать универсальную схему использования различных видов психотерапии в лечении всех сексологических больных.

Современная психотерапия как комплекс научно обоснованных методов лечения в значительной мере несет в себе черты искусства (как и в целом искусство врачевания), о чем свидетельствует неповторимость ее феноменов, проявляющаяся, в частности, при­матом исполнительского мастерства над «инструментальностью». Два врача могут назначить больному одну и ту же дозу препарата, а эффект при этом часто оказывается различным в зависимости от того, кем и как это средство выписывается, т. е. в зависи­мости от индивидуальности и психотерапевтического искусства врача.

Деонтология, с которой начинается психотерапия, должна пронизывать слова и действия не только врача, но и всего мед­персонала. По отношению к людям, приходящим на сексологический прием, она должна проявляться неукоснительным щ а ж е н и е м. Всем сотрудникам сексологических учреждений следует исключить из обихода термины, хоть в малейшей степени имеющие обидный, уничижительный оттенок,— не только «бессилые», «импотенция»,

«несостоятельность», «слабость» и им подобные, но и слово «больной». Для максимального обеспечения врачебной, семейной тайны нельзя называть в присутствии третьих лиц фамилию пациента, а на рабочих столах персонала не должны находиться медицинские документы других обследуемых. С неизбежным учетом конкретных условий ожидание у сексологического кабинета должно быть сведено к минимуму или вовсе исключено.

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

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

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

8.3.4. Разгрузочно-диетическая терапия (дозированное голодание)

Отдавая должное психотерапии как основному методу лечения при расстройствах психической составляющей, не следует забывать о биологической основе выявляемых заболеваний, в частности о роли

иммунологических сдвигов при психозах [Семенов С. Ф. и др., 1973] Одним из методов воздействия на метаболические основы расстройств как психической, так и нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла (например, при диэнцефальной локализации) является РДТ.

Наиболее широкое применение этот метод лечения получил при малопрогрессирующих формах шизофрении и затяжных невробазах, невробазаподобных состояниях экзогенно-органического происхождения, а также при половых расстройствах у больных с диэнцефальными нарушениями, гипертонической болезнью, ожирением, хроническим простатитом.

Продолжительность лечебного голодания составляла 18—30, а в ряде случаев — 10—15 дней.

У большинства больных половые функции восстанавливались в процессе или после окончания восстановительного питания.

Катамнестические наблюдения за 35 больными в течение 1,5—2,5 лет показали стойкость достигнутых результатов.

Механизм лечебного действия. РДТ является неспецифическим биологическим методом лечения, влияющим на многие системы организма. В широком смысле это разновидность стресс-терапии (по Н. Selye), усиливающей компенсаторно-приспособительные механизмы. Она действует мягко и пролонгированно. У голодающих животных отмечаются выраженные активирующие влияния на кору головного мозга, исходящие из гипоталамуса и сетчатого образования (ретикулярная формация), где находятся центры голода и насыщения. К. В. Судаков (1969) установил, что в начальных стадиях полной алиментарной депривации поток восходящих импульсов из адренергических субстратов сетчатого образования распространяется вначале на кору лобных отделов головного мозга с последующей генерализацией процесса возбуждения по всей коре. В целом терапевтическое воздействие РДТ определяется прежде всего усилением обмена катехоламинов и кортикостероидов, интенсификацией белкового, углеводно-фосфорного, жирового и других видов обмена веществ с повышением тонуса симпатико-адреналовой и гипоталамо-адреноретикулярной систем, что в свою очередь активирует корковые отделы ЦНС. Активация вегетативной и центральной нервной системы под влиянием РДТ сопровождается повышением общей неспецифической, а также иммунологической реактивности организма, что также имеет значение для достижения терапевтического эффекта.

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

Методика РДТ изложена в методических рекомендациях, утвержденных Министерством здравоохранения СССР.

8.4. Синдромы расстройств психической составляющей

8.4.1. Нарушения психосексуального развития.

Основные этапы формирования сексуальности

Психосексуальное развитие человека начинается с первых месяцев жизни. В его процессе формируются половое самосознание, половая роль и психосексуальные ориентации. Отдельные вопросы психосексуального развития отражены в многочисленных зарубежных публикациях и работах советских авторов. Однако отсутствие четкого деления психосексуального развития на этапы с выделением возрастных критических периодов затрудняет решение проблем, стоящих перед клинической сексопатологией. В процессе индивидуального развития человека можно условно выделить следующие возрастные периоды становления и динамики сексуальности.

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

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

3. **Пубертатный период (12—18 лет)** — самый бурный в сексуальном развитии организма, во время которого происходят половое созревание и формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо (первые две стадии III этапа психосексуального развития).

4. **Переходный период становления сексуальности (16—26 лет)** характеризуется началом половой жизни, мастурбационной практикой, сочетанием сексуальных эксцессов с периодами абстиненции (последняя стадия III этапа психосексуального развития и завершение формирования сексуального либидо).

5. **Период зрелой сексуальности (26—55 лет)** отличается регулярной половой жизнью с постоянным партнером, вхождение в полосу УФР половой активности.

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

В развитии человека и животных важное значение имеют критические периоды («кризисные периоды», «возрастные кризисы»), во время которых повышаются риск заболеваемости и чувствительность к различным факторам, изменяется резистентность организма. В пренатальном онтогенезе критический период у человека приходится на 6—32-ю недели внутриутробной жизни. Половая дифференцировка, происходящая в это время, затрагивает не только гонады и половые органы, но и мозговые структуры, ответственные за половое поведение, материнский инстинкт, агрессивность, двигательную активность и т. д. Большинство авторов считают, что этот необратимый (морфогенетический) процесс определяется наличием

(у особой мужского пола) или отсутствием (у особой женского пола) воздействия собственных андрогенов эмбриона на структуры, ответственные за дифференцировку пола и полового поведения. Нарушения половой дифференцировки в этот период наблюдались в эксперименте под воздействием различных факторов (введение андрогенов, стресс, острая асфиксия, нарушение маточно-плацентарного кровообращения), а также у детей, матери которых во время беременности принимали тестостерон, прогестины, резерпин и т. д.

Главное значение возрастных кризов постнатального онтогенеза у человека состоит в «перестройке особенностей его психического развития». Среди выделенных разными авторами возрастных кризов для становления сексуальности и возникновения половых расстройств наиболее значимы: 1) препубертатный (2—4 года), 2) пубертатный (7—8 лет), 3) пубертатный (12—15 лет), 4) переходный (16—24 года). Инволюционный возраст (после 50 лет) также представляет критический период (хотя он и выходит за рамки становления сексуальности), так как нарушения темпов пубертатного развития сказываются на резистентности к патогенным воздействиям в течение всей последующей жизни. Психосексуальное развитие — один из аспектов индивидуального психического развития, оно охватывает первые четыре возрастных периода становления и динамики сексуальности, а его окончание знаменует вступление в период зрелой сексуальности. При этом формируются половое самосознание, полоролевое поведение и психосексуальные ориентации, в соответствии со становлением которых можно выделить три этапа психосексуального развития.

1. Формирование *полового самосознания*, осознание принадлежности к полу (1—5 лет) происходит под влиянием микросоциальной среды, но в значительной степени детерминировано половой дифференцировкой мозга в пренатальном периоде. Формируются сознание половой принадлежности собственной личности и окружающих, уверенность в ее необратимости, после чего попытки изменить половое самосознание ребенка оказываются малоуспешными. В этом возрасте происходит формирование речи, появление способности сопоставлять и противопоставлять объекты и их образы, становление самосознания (выделение себя из окружающего мира); нередко обнаруживается чрезвычайная яркость зрительных представлений, в результате чего ребенок подчас с трудом отличает их от непосредственного восприятия. Преобладание аффективных реакций над рассудочными обеспечивает избирательность привязанностей и контактов. Детское любопытство направлено на выяснение причин появления на свет детей и изучение половых признаков (строение тела, половых органов и т. д.); 70% детей рассматривают половые органы и демонстрируют их друг другу. «В доктора» играют в возрасте 4—5 лет 38%, в 6—10 лет — 43,9%, а в 11—12 лет — 18% детей, причем в 46% случаев мальчики и девочки играют «в доктора» раздельно. В норме в завершающей фазе этого этапа при определении ребенком пола окружающих его лиц равнозначную роль играют все признаки половой принадлежности (внешний вид, одежда, строение тела и половых органов).

Микросоциальная среда в этот период ограничивается близкими родственниками, среди которых особую роль играет мать, и небольшим кругом сверстников. Контакт с матерью, развитие наиболее сильной привязанности к ней, крайне необходим ребенку с 6—7 мес приблизительно до 3 лет. В процессе формирования привязанности к матери закладывается основа адекватных взаимоотношений с окру-

жающими, и лишение матери в этом возрасте приводит в дальнейшем к реагированию на незнакомых людей страхом и агрессией. Мать проводит большую часть времени с ребенком и служит прежде всего источником сенсорной стимуляции — тактильной, температурной, звуковой, зрительной и др., что способствует созреванию определенных структурно-функциональных систем мозга. Описываются характерные нарушения психического развития у детей, лишенных матери в первые месяцы жизни: ограниченные способности к нормальным отношениям с людьми, агрессивность, жестокость, раздражительность, импульсивное поведение. В дальнейшем у таких детей была снижена способность к фантазированию и выражению абстрактных идей, они были неразборчивы в выборе друзей и поверхностны в отношениях с товарищами. Однако большинство работ по аффективной и социальной депривации в детстве имеет значительные недостатки (переоценка роли матери в развитии ребенка, неполные клинические описания, игнорирование органических поражений мозга, наследственной отягощенности и т. д.). Дети со здоровой «почвой», воспитанные приемными родителями и даже в приюте, но получившие достаточно ласки и внимания, могут вырасти гармоничными личностями.

2. Формирование стереотипа *полоролевого поведения*. На этом этапе (5—12 лет) происходит выбор половой роли, наиболее соответствующей психофизиологическим особенностям ребенка и идеалам маскулинности (или фемининности) микросоциальной среды. Он характеризуется интенсивной социализацией ребенка, формированием у него коллективного сознания. В этот период происходит обучение общению со сверстниками, совершенствуются и дифференцируются эмоциональные реакции, оформляется преобладающее настроение, формируется характер. Этому возрасту свойственны недостаточное развитие воли и импульсивность поведения, любознательность, доверчивость, подражательность. Развиваются элементы абстрактно-логического, понятийного мышления. Приобретение личной независимости не означает потери контакта с родителями. Наоборот, родители и их взаимоотношения становятся объектом пристального внимания и подражания. Они воспринимаются ребенком как модель мужественности и женственности, как образец взаимоотношения полов. Правильное полоролевое поведение родителей во многом определяет формирование адекватной половой роли у ребенка. При эмоционально сдержанном, требовательно-властном отношении матери и ласковом, разрешающем отношении отца девочки часто обнаруживают маскулинное, а мальчики — фемининное поведение. В общении со сверстниками, в первую очередь в полоролевых, «семейных», играх, требующих выполнения определенной роли — жениха, невесты, отца, матери, ребенка и т. д., апробируется и закрепляется выбранная половая роль, отражающая различные аспекты человеческих отношений, в том числе и сексуальных. Такого рода «семейные» игры в зависимости от информированности детей могут отражать широкий диапазон полоролевого поведения взрослых: от подражания поведению родителей (чтение отцом газеты перед телевизором, выполнение матерью работ по дому) до имитации полового акта. При участии в играх детей разного возраста младшие сначала выполняют роль дочери, сына, а по мере взросления и обучения переходят на роли матерей и отцов. С поступлением в школу появляются новые образцы для подражания, возрастает роль общения со сверстниками. Следует отметить, что в хорошо организованных коллективах даже у детей, воспитанных с раннего детства без

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

3. Формирование *психосексуальных ориентаций*. Если первые два этапа протекают на относительно «спокойном» гормональном фоне, то на этом этапе (12—26 лет) начинается и достигает максимума функционирование эндокринной системы, в частности половых желез. На основе индивидуальных особенностей темперамента и характера формируется личность. Происходит пересмотр привитых догм и своего положения в семье и обществе, эмансипация от семьи; вырабатывается собственное мировоззрение, развиваются высшие эмоции. Формируются общественные представления и социальное сознание, адекватная оценка своих способностей. Как отмечают Д. Н. Исаев и В. Е. Каган (1979), «полное отождествление себя с группой и подчинение ей являются необходимой стадией социализации» у подростка, психику которого характеризуют «...повышение чувствительности и возбудимости, неуравновешенность, раздражительность, причудливые сочетания застенчивости, стыдливости и заносчивости, развязности, стремление к независимости, освобождение от влияния авторитетов, переход к самостоятельности взрослого, индивидуализация психики, парадоксально сочетающаяся с недостаточностью ее индивидуального характера и подверженностью влияниям ближайшего окружения». При отсутствии взаимопонимания в семье подросток только в группе может в полной мере получить интересующую его информацию, обсудить волнующие его проблемы. Потребность в самоутверждении и самовыражении находит выход либо в организованных коллективах, где руководитель становится старшим товарищем, либо в неформальных группах. В тех и других формируются различные идеалы поведения и общения между полами, эталоны мужественности и женственности. Увеличение роли стихийных средовых факторов в сочетании со скрытностью подростков представляет благодатную почву для различного рода нарушений становления сексуальности, чему способствует отсутствие целенаправленного полового воспитания.

Специфика этапа — формирование психосексуальных ориентаций, которые обуславливают в последующем выбор объекта влечения (человек, животное, фетиш) с его индивидуальными особенностями (половая принадлежность, внешний вид, телосложение, поведение и т. д.), необходимость для реализации влечения определенной ситуации и ряда последовательных действий, подчас составляющих настоящий ритуал. В связи с тем что для обучения копулятивному акту требуется более высокий уровень мотивации, чем для его выполнения, этот этап в норме невозможен без соответствующего нейрогуморального обеспечения. Его можно условно разделить на три стадии соответственно формированию платонического, эротического и сексуального либидо. Они охватывают два возрастных периода: пубертатный и переходный.

Каждому этапу и стадии свойственна фазность, которая является закономерностью психосексуального развития. В первой фазе (выработка установки) накапливается информация: на I и II этапах — о существовании полов, о половой роли, на III этапе — об особенностях полового поведения, его внешних проявлениях и сущности. Полученная информация усваивается и перерабаты-

вается в соответствии с индивидуальными особенностями и нормами микросоциальной среды. Индивидуальную ориентацию в данной фазе можно считать завершенной только при наличии внутренней готовности к реализации сформированных тенденций. Во второй фазе (научение и закрепление установки) первых двух этапов в игровых ситуациях («на практике») происходит научение определению полов и полоролевому поведению, на III этапе — реализации полового влечения. В процессе научения апробируются и закрепляются выработанные в первой фазе установки. Социальная изоляция, в первую очередь лишение общения со сверстниками, ведет к искажению сексуального поведения, нарушениям реализации влечения не только у человека, но и у животных. Некоторые особенности формирования либидо по стадиям (платоническое, эротическое и сексуальное) были описаны ранее. Этап формирования психосексуальных ориентаций отличается от предыдущих еще и тем, что обе его фазы четко прослеживаются не только на этапе, но и на каждой стадии. Платоническое либидо проходит первую фазу — «детской» влюбленности, желая духовного общения — и вторую фазу, когда происходит их реализация. На платонической стадии вполне достаточно совместного приготовления уроков, учебы за одной партой, занятий в одном кружке, просто внимания со стороны объекта влюбленности. В этом возрасте начинают постепенно распадаться однополюсные группы и коллективы. При гармоничном развитии в платоническую влюбленность включаются сначала отдельные элементы эротического фантазирования (желание остаться наедине, стремление к прикосновениям и ласкам), которые затем нарастают, их диапазон расширяется, и они занимают значительную часть свободного времени подростка. При переходе от платонической стадии либидо к эротической у подростка возникает интерес к интимной стороне взаимоотношения полов, эротической литературе. В художественных произведениях становятся привлекательными сцены свиданий, объяснений в любви и т. д. Даже описания, в которых взрослый человек не найдет и намека на сексуальность, возбуждают воображение подростка, толкают к эротическому фантазированию. Нередко этот интерес, как эпидемия, распространяется по коллективам подростков, оставляя интактными лишь детей с гормональной недостаточностью или с поломками в психосексуальном развитии на предыдущих этапах. Однако вторую фазу эротической стадии формирования либидо нельзя считать наступившей при ярком эротическом фантазировании и интересе до тех пор, пока они не реализуются с партнером. Только стабильная реализация завершает формирование эротической стадии. На эротической стадии реализация влечения чаще бывает без оргазма, на уровне фрустраций, что в плане биологического развития является прогрессивным, так как приводит к дальнейшим действиям, форсирует переход к сексуальной стадии. Наряду с этим имеются формы эротической реализации, подкрепляемые оргазмом. Долго практикуемые, они могут привести к своеобразной задержке формирования либидо. К подобным формам относится петтинг, который реализуется с партнером, и как суррогатная форма половой активности — мастурбация с аутоэротической направленностью, но образ партнера может присутствовать в фантазиях, подчас нереальных, содержащих элементы отклонения от нормальной сексуальности. При длительной задержке формирования либидо возможна фиксация на подобных формах активности вследствие подкрепления оргазмом. В этих случаях в эротическую

стадию тесно вплетается сексуальное фантазирование и нельзя провести четкой границы между эротической и сексуальной стадиями становления либидо. Основным критерий завершенности стадии — закрепление на практике, т. е. вторая фаза. Пока нет реализации и подтверждения фантазий, подросток «зависает» между стадиями: платонической реализацией и первой фазой эротической стадии, эротической реализацией и первой фазой формирования сексуального влечения, иногда даже между сексуальным фантазированием и только платонической реализацией. Платоническое либидо обычно кажется эфемерным и у многих ассоциируется только с обожествлением и поклонением избранному кумиру, но оно также подчиняется общим законам формирования влечения и должно иметь вторую фазу — научения и закрепления установки, т. е. реализации. Влюбленному приходится не только страдать и мечтать, но и реализовать хотя бы минимум: уж если не удастся красиво умереть на глазах возлюбленной, то хотя бы дернуть за косу, спрятать портфель или еще каким-либо образом обратить на себя внимание. На этой очень значимой фазе формируется умение знакомиться, обращать на себя внимание и общаться уже не просто со сверстниками, но именно с объектом любви, увлеченности, к которому появилось необъяснимое, иногда даже пугающее влечение. Если на этой фазе формирования либидо не происходит его реализации, то любовь остается не только безответной, но и незамеченной. Все трудности, сомнения и неуверенности стадии формирования платонического либидо перенесутся на более поздние стадии. Пока нет реализации сексуального либидо в половом акте, существуют возможности отклонений от нормального психосексуального развития, которые впоследствии затрудняют проведение гетеросексуального коитуса вследствие отсутствия или искажения либидо. Чем меньше временной разрыв между началом фантазирования и реализацией, тем гармоничнее стадия формирования того или иного компонента влечения; напротив, чем дольше откладывается реализация фантазий и мечтаний, тем более вычурными и труднее выполнимыми они становятся.

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

Провести границу между этими фазами трудно еще и потому, что в течение стадии возможны неоднократные возвраты от второй фазы к первой. Каждый новый переход первой фазы либидо во вторую означает все большее сужение диапазона ориентировочного поиска и качественно новый уровень в формировании того или иного компонента сексуальности. Этапу формирования полового влечения в норме свойственны по-детски наивная, воспринимасмая взрослыми как ветреность и легкомыслие, смена влюбленностей и идеалов, сосуществование нескольких увлечений. Однако это лишь нормальное проявление «проигрывания» и отбора методом проб и ошибок тех признаков, особенностей и нюансов платонических увлечений, эротических предпочтений и сексуальных ориентаций, которые в последующем будут включать механизм «неподвластного разуму» полового влечения. При широком выборе такого рода признаков в периоде становления сексуальности облегчается адаптация в последующем. Возводимые в идеал и социально одобряемые постоянство, «любовь с первого класса» и длящаяся годами безответная любовь становятся часто признаками слишком узкого

диапазона приемлемости, «застывшего» выбора, даже ригидности и показателем трудностей сексуальной адаптации, что проявляется очень узким, резко ограниченным индивидуальным выбором при вступлении в зрелую сексуальность. Если ориентации оказались «неправильными» и не соответствуют потребностям личности, то выбранные тенденции и установки отбрасываются и происходит возврат к первой фазе, но уже с запасом новой, полученной «на практике» информации. Выработанные установки могут не реализовываться, а оставаться лишь тенденциями, а в дальнейшем — затухают, сменяются другими или держатся на прежнем уровне.

Для всех этапов психосексуального развития, а также для каждой стадии III этапа существуют общие закономерности, первая из которых — фазность. Второй закономерностью является изменение соотношения биологического и социального, их роли в становлении сексуальности как части психического развития человека. Указанная закономерность особенно типична для психосексуального развития, в процессе которого биологическая детерминация этапа полового самосознания относительно ослабляется при формировании полоролевых установок, когда возрастает значение социальных факторов, и еще более маскируется на этапе становления психосексуальных ориентаций, когда гормональный фон определяет лишь интенсивность проявлений сексуальности. Это предопределяет большую стабильность ранних этапов и меньший диапазон ориентировочного поиска в начале каждого этапа. По мере нарастания роли социальных факторов на этапе формирования полоролевых установок широта диапазона поиска увеличивается и достигает максимума на стадии формирования платонического либидо III этапа психосексуального развития. В динамике формирования каждого отдельного компонента сексуальности (половое самосознание, роль, ориентация) поиск постепенно сужается и становится конкретным к завершению этапа.

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

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

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

8.4.1.1. Нарушения темпов и сроков психосексуального развития

8.4.1.1.1. Задержки (ретардации) психосексуального развития

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

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

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

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

к отгороженности и поискам признания в других группах и коллективах.

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

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

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

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

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

как осведомленность к этому возрасту выше и гормональный уровень уже иной. Участвуют в таких играх обычно только девочки. Эти игры могут быть полезными, так как заполняют «брешь» в становлении сексуальности, формируют ролевые установки. Однако совпадение игр с гормональной активностью может зафиксировать их как суррогатную форму реализации либидо и привести к гомосексуальной направленности полового влечения.

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

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

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

Особенно наглядны сочетанные задержки при *дебютантных*

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

Платоническое влечение у этой группы больных возникает не раньше 14—15 лет. Из 35 пациентов с дебютантными формами анэякуляторных расстройств 19 никогда не мастурбировали. Из 16 человек, практиковавших мастурбацию, у 12 она была «самостоятельной» находкой и проводилась в необычной форме: ритмическое сдавливание головки полового члена, трение кожи в области уздечки, сжатие и трение полового члена между бедер, напоминающие дойку движения, трение половым членом о постель с имитацией коитуса, так называемый психический онанизм, круговые движения крайней плотью по головке полового члена. Больные этой группы значительно позже начинают половую жизнь (средний возраст первой попытки 23,7 года). У большинства пациентов формирование полового влечения останавливалось на эротической стадии. Им больше нравилось ласкать партнершу, ласки длились 1 ч и более. Фрикционные движения были им безразличны или только приятны, нравились меньше ласки и проводились в основном для женщин. Попытка близости могла прекратиться на стадии предварительных ласк по собственной инициативе или по просьбе партнерши совершенно безболезненно для пациента. Отсутствие половой жизни переносилось легко и единственной причиной обращения к врачу становилось бесплодие. Обычно незавершенные (без эякуляции) попытки провоцировали ночные поллюции, которые были сохранены у всех обследуемых. Больные узнавали о своем половом расстройстве (отсутствие эякуляций) через несколько месяцев после начала регулярной половой жизни в браке и только после того, как на это обращала внимание жена. Большинство пациентов знали о необходимости иммиссии, но не все четко представляли себе дальнейшую технику полового акта. Жены характеризуют их как мягких, нежных и добрых людей, с которыми легко найти контакт. Практически все пациенты воспитывались в условиях гиперопеки, а в части случаев гиперопека сочеталась с «ежовыми рукавицами» со стороны матери. Некоторые семьи были неполными, а в остальных мягкий и добрый отец не участвовал в воспитании, так как был оттеснен стеничной и требовательно-властной матерью. После начала регулярных эякуляций, появившихся в результате лечения, стереотип сексуального поведения резко менялся. Стадия подготовки

к половому акту значительно сокращалась вплоть до полной редукации, несмотря на недовольство жены. Половое желание возникало чаще, нарастало стремление непосредственно к коитусу. Попытки жены избежать близости приводили к конфликтам. Частота половых актов увеличивалась до средней возрастной нормы при данной половой конституции. Таким образом, изучение группы больных с дебютантными формами анэякуляторных расстройств позволяет утверждать, что сексуальное половое влечение становится зрелым только после некоторого периода регулярной половой жизни, сопровождающейся эякуляцией и оргазмом (фаза научения и закрепления установки стадии формирования сексуального влечения). Отсутствие этой фазы задерживает развитие полового влечения на эротической стадии. Психические нарушения встречались у всех пациентов данной группы и соответствовали в большинстве случаев инфантильно-зависимым или астеническим психопатиям и акцентуациям, реже невротоподобным вариантам эндогенного процесса и постпроцессуальным развитиям. При этом чаще наблюдались депрессивный, обсессивный, астенический и реже — ипохондрический синдромы. Все больные были хорошо профессионально и социально адаптированы, из них только двое не состояли в браке.

Диагностика ретардации психосексуального развития происходит на основании анализа становления сексуальности и сексологического анамнеза. Существенную помощь в постановке диагноза оказывает оценка по шкале векторного определения половой конституции. Описанное ранее торможение пубертатных проявлений представляет собой не что иное, как задержку психосексуального развития на фоне нормального полового развития (когда снижены лишь векторы I и II при значениях векторов III и IV выше 3,6). Если средние арифметические, рассчитанные раздельно по I—II и III—IV векторам, равны между собой и лежат ниже 3,5, то задержка психосексуального развития обусловлена ретардацией пубертатного периода. Если векторы I и II, III и IV оказываются меньше 3,5 и при этом I и II лежат ниже III и IV, то задержка психосексуального развития сочетается с ретардацией пубертатного периода и частично ею обусловлена.

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

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

Часто пациенты обращаются за сексологической помощью, не только не имея партнерши, но и без элементарных представлений о том, как ориентироваться в ее выборе. Не следует отправлять их в «свободный поиск». Необходимо совместно с пациентом не только определить объект поиска (основными критериями должны быть индивидуальная привлекательность и особенности характера, а не доступность), но и отработать приемлемую для него модель поведения в процессе знакомства, платонического ухаживания, перехода

к эротической стадии и ее реализации. Желательно также предусмотреть коррективы общения в зависимости от поведения партнерши. На этом этапе лечения найти партнершу пациенту не очень сложно, так как женщины чаще мужчин задерживаются на платонической и эротической стадиях формирования полового влечения. Они охотно принимают ухаживания, видят в мужчине в первую очередь человека, а не сексуального партнера, и поэтому благодарнее реагируют на внимание, чуткость, заботу. Даже если пациент ошибся и выбрал женщину, которая знакомится совсем не ради платонического общения, то у него появится опыт и в дальнейшем он сможет заранее исключить подобные знакомства. Поскольку все партнеры, их поведение и ситуация знакомств отличаются друг от друга, постепенно методом проб и ошибок (как это должно было быть при правильном развитии в пубертатном периоде) отрабатывается динамический стереотип сексуального поведения. Обязательной задачей сексопатолога является также обучение пациента способам психологической защиты при сексуальных неудачах, что помогает снизить эмоциональную значимость срыва. С пациентом приходится анализировать каждую неудачу, а может быть, и «удачу», так как конечным результатом должен быть подбор постоянной партнерши, к которой пациент адаптируется и с которой свяжет свою жизнь. Чем доступнее пациент психотерапевтической коррекции и чем доверительнее его контакт с сексопатологом, тем меньше его восприимчивость к неизбежным в процессе обучения психическим травмам.

Необходимо учитывать, что в конечном счете все эти стадии он должен пройти с одной партнершей. Нельзя отработать платоническую стадию с одной партнершей, а к эротической стадии перейти с другой. Если партнерша по какой-то причине «отпала» на любом этапе формирования сексуальных отношений, то с другой следует начинать все с самого начала с учетом прошлого опыта. Когда, наконец, пациент найдет благожелательную партнершу, с которой «отработает в игре» все стадии и дойдет до сексуальной реализации, но у него все-таки произойдет срыв при попытке полового акта, то пару, как правило, приходится адаптировать на эротической стадии, а чтобы не произошло угасания влечения, рекомендовать завершать игры оргазмом (петтинг). Такая же терапевтическая тактика применяется, если к сексопатологу обратилась пара с неудачными попытками к близости. Широко распространенный «мнимый запрет» есть возврат пациента на предыдущую фазу реализации (от неудач сексуальной реализации к эротической реализации с подкреплением, т. е. на переходную стадию). Однако нельзя забывать, что для пациента с задержкой психосексуального развития и незрелым влечением «мнимый» запрет очень легко может стать «настоящим», т. е. спасительным, защитным, отработанным механизмом. Для этого он уже защищался от себя, партнерши, страхов и от ответственности за исход попытки головной болью, переутомлением на работе и ссылкой на неподходящую ситуацию. В подобных случаях «запрет» необходимо сочетать со строгим контролем за эротической активностью пациента. При осуществлении этого тактического варианта переход к проведению полового акта с интроитусом осуществляется только после стабильной адаптации пары на различных вариантах петтинга. При этом интроитус должен стать не единственной целью, а одним из пробных вариантов сексуальной активности. В случае неудачи интроитуса показан возврат к вестибулярному или интрафеморальному контакту. При участии в игре обоих партнеров, когда создается полная уверенность в завершенности контакта, автома-

тически снимается обязательность, неизбежность интроитуса, а следовательно, и страх перед ним. Партнеры должны быть предупреждены: «Для вас “обычный” половой акт — только одна из форм контакта, возможно, в последующем она и не будет устраивать вас больше, чем остальные, и вы не захотите ограничиваться ею, чтобы не утратить обретенную гармонию (особенно в интересах женщины)».

В менее выгодном положении при ретардации психосексуального развития находятся женщины, даже осознающие причину отсутствия влечения и готовые «отработать» искаженные стадии становления сексуальности. Нередко они не могут себе это позволить в связи с социальным статусом и подчиненным положением женщины как партнерши. Ей трудно переступить барьер сомнений в том, что ее активность в выборе партнера и действиях будет правильно принята и истолкована. Даже переступив его, женщине трудно полностью прогнозировать и направлять действия партнера, так как мужчина — «активный партнер» и он может либо отвергнуть ее под предлогом непривлекательности, либо форсировать переход к сексуальной близости. Первый вариант чреват для женщины усугублением комплекса неполноценности, второй — участием в половом акте, который ей в лучшем случае безразличен. При задержке сексуальности на платонической стадии ей неприятны даже ласки, а половой акт вызывает отвращение. Повторение неудачного опыта ведет к угасанию возбуждения сначала перед половым актом, а потом и во время ласк, так как нарастает тревожное ожидание неприятной половой близости. Вмешательство сексопатолога при психологическом отчуждении партнеров обычно малоэффективно, а на ранних романтических стадиях общения преждевременно. В парах, где психосексуальное развитие женщины не достигло зрелости, следует менять привычный стереотип интимных отношений с переводом на предыдущие стадии. При отсутствии партнера необходимо выяснить причину этого и научить женщину осознанному выбору. В некоторых случаях высокая притязательность в выборе партнера требует психотерапевтической коррекции. Нередко может оказаться полезным отдать предпочтение партнеру также с нарушениями социосексуальных контактов, так как если задержка либидо на платонической стадии выявляется у обоих партнеров, то их легче адаптировать на доступном им уровне. В подобных случаях целесообразно научить женщину удерживать партнера от форсирования отношений на оптимальной для нее стадии, не допуская перехода на следующую, пока у нее не появится в этом потребность. Возможно, на этом пути она даже потеряет несколько партнеров, но это «окупится» возрастанием вероятности пробуждения сексуальности, несравнимой с намного меньшей вероятностью при пассивном принятии навязываемого мужчиной стереотипа поведения.

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

познакомиться с ним, ни поддерживать и развивать общение, то может потребоваться помощь психотерапевта или психиатра.

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

8.4.1.1.2. Преждевременное психосексуальное развитие

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

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

Исключением из этого правила являются варианты, когда благодаря психическим нарушениям подобный интерес может перерасти в патологическую реакцию, способную длительно существовать и развиваться, следуя психопатологическим закономерностям. На этиологию ППР нередко влияет различная психическая патология, прежде всего «ядерные» психозы и эндогенные процессы. Обусловленные ими особенности психического развития приводят к ранней фиксации интереса детей на сексуальной сфере. Еще в период любопытства, связанного с полом, изучение половых органов становятся эмоционально значимым и принимает по-настоящему сексуальную окраску. Любые формы половой активности сопро-

вождаются приятными ощущениями или даже оргазмом. Чаще всего сексуальность находит выход в суррогатных формах, так как реализовать в этом возрасте выработанные установки в полном объеме практически невозможно, даже если нет нарушений общения или они касаются только представителей противоположного пола. В связи с этим нередко изменяются (деформируются) установки. Трудности коммуникации, связанные с нарастанием в процессе развития нарушений психики, могут затормозить становление сексуальности и привести к задержке формирования полового влечения на одной из стадий. Кроме того, при совпадении этапов формирования полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций любые девиации в направлении полового влечения и искаженные формы реализации либидо связываются с половой ролью, соответственно ее видоизменяя и деформируя, значительно быстрее и прочнее, чем при нормальном становлении сексуальности. Реализация выбранных тенденций и установок в этом возрасте, когда аффективные реакции преобладают над рассудочными, вырабатывает динамический стереотип, который в последующем образует с ядром личности как бы монолит, сохраняющийся в течение всей жизни и практически не поддающийся терапевтической коррекции.

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

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

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

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

Для социогенных вариантов характерно более «естественное», т. е. более последовательное, становление сексуальности. Оно начинается с эротических воздействий, навязанных совратителем, которые через какой-то промежуток времени начинают вызывать удовольствие, и лишь затем происходит постепенное формирование полового влечения. Эротические действия проводятся в форме, близкой к адекватной, т. е. с партнером. В дальнейшем половое влечение не задерживается и развивается до сексуального либидо, чем объясняется высокая активность пациентов в поиске объектов для его удовлетворения. При любом варианте ППР дети в большинстве случаев выступают инициаторами различных игр, сопровождающихся рассматриванием половых органов, манипуляциями на них, имитацией различных форм сексуальной активности. Если обычно эти игры отражают детское любопытство, то в случаях преждевременного становления сексуальности они принимают по-настоящему эротический и даже сексуальный характер, и дети в них эмоционально заинтересованы. Кроме того, для сексуальных контактов дети выскивают подростков и взрослых, которые подчас охотно идут на интимные отношения.

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

Диагностика. По поводу ППР ребенка обычно обращаются родители и воспитатели, которых беспокоит, что сексуальность у него проявляется очень рано и не корректируется педагогическими воздействиями. Дети жалоб не предъявляют и при гиперсексуальности их беспокоят лишь приступообразные ухудшения общего состояния в сочетании со специфическими ощущениями (иногда болью) в половых органах. К сожалению, прежде чем ребенок попадает к врачу, он успевает испытать на себе весь арсенал житейских мер «педагогического» воздействия и предпочитает «лишнего» не говорить, так как прекрасно помнит, чем заканчивались раньше его откровенные рассказы. Обычно при сборе анамнеза приходится ограничиваться впечатлениями взрослых. Преждевременная сексуальность, обусловленная психическими расстройствами, реже обращает на себя внимание родителей и педагогов, что связано, как правило, со скрытностью, недоступностью этих детей. В большинстве случаев она выявляется ретроспективно, через много лет, при обращении взрослых пациентов в связи с трудностями реализации полового влечения. ППР требует неврологического обследования в сочетании с ЭЭГ и рентгенографией черепа, которые позволяют выявить поражение глубоких структур головного мозга и снижение порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм. При любом варианте преждевременного становления сексуальности полезна оценка по шкале векторного определения половой конституции. Например, у мужчин средняя арифметическая I и II векторов оказывается

выше (подчас значительно) средней арифметической III и IV векторов.

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

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

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

8.4.1.2. Девиации психосексуального развития

8.4.1.2.1. Нарушения полового самосознания (аутоидентификации). Транссексуализм

Нарушения полового самосознания (аутоидентификации) проявляются различными вариантами транссексуализма. *Транссексуализм* — стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное (соответствующее генетическому полу) формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков. Распространенность транссексуализма среди мужчин, по данным различных авторов, варьирует

от 1 : 37 000 до 1 : 100 000 населения, причем соотношение между мужчинами и женщинами колеблется от 2:1 до 8:1. Средний возраст обращения к врачам у мужчин 23—24 года, у женщин — 25 лет.

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

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

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

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

ния. Если нет контроля со стороны взрослых, роли распределяются не только с учетом желания каждого участника, но и в зависимости от стиля его поведения, квалифицируемого группой как маскулинное или фемининное, а также в зависимости от способности отстоять выбранную роль.¹¹ Чаще всего и в группах мальчиков, и в группах девочек мужские роли достаются детям с наиболее выраженными чертами маскулинности. В противном случае у них достаточно решительности, чтобы выйти из игры в знак протеста. Если в группах мальчиков получение престижной мужской роли требует определенной борьбы с соперниками и доказательства своих прав на нее, то в группах девочек подобные роли отдаются легко, при первом желании. На этапе формирования полоролевого поведения, часто вопреки стараниям взрослых, ощущение принадлежности к другому полу облекается в соответствующие формы полоролевого поведения, и транссексуализм получает больше возможностей для проявления. На этом этапе вели себя как дети противоположного пола и преимущественно играли с детьми другого пола 63% мальчиков и 92% девочек; предпочитали игры, характерные для противоположного пола, 67% мальчиков и 92% девочек; стеснялись раздеваться в присутствии лиц одного с ними пола 60% мальчиков и 46% девочек; переодевались в одежду другого пола иногда 37% мальчиков и 23% девочек, постоянно 46% девочек; четко осознавали свою принадлежность к противоположному полу 90% мальчиков и 100% девочек.

В этом возрасте дети со свойственным им максимализмом самоутверждаются в роли противоположного пола, конечно, не представляя себе юридических, социальных и медицинских последствий такого поведения. Этап формирования психосексуальных ориентаций при транссексуализме еще более сложен и ответствен, чем при нормальном становлении сексуальности. Его начало приходится на пубертатный период, когда достигает максимума развитие вторичных половых признаков и половых органов, а также происходит формирование полового влечения. С началом активного функционирования половых желез резко нарастает ощущение принадлежности к противоположному полу, жизнь в «чужом» поле превращается в пытку, ношение одежды другого пола становится все более постоянным. Крайне обостренно воспринимается пациентами развитие половых органов и вторичных половых признаков, так как они свидетельствуют о половой принадлежности к «чуждому» полу и служат доказательством их «неправильного» поведения. Девушек беспокоит увеличение молочных желез, и они их туго бинтуют, на ночь привязывают к ним лед, замораживают «искусственным льдом» или хлорэтилом. Юноши тягостно переживают рост половых органов, появление волос на лице, первые эрекции. Для предотвращения эрекций половой член перевязывают и фиксируют к промежности с помощью целых систем из бинтов и веревок. В 18% случаев юноши-транссексуалы решаются на самооскопление: ампутацию полового члена или полную кастрацию.

Абсолютно все «ядерные» транссексуалы стенично стремятся к смене пола любым, даже обманным путем. На этапе формирования психосексуальных ориентаций смены только паспортного пола оказывается недостаточно и требуется полное признание окружающих транссексуала как представителя осознанного им пола. Формирование полового влечения в большинстве случаев транссексуализма соответствует половому самосознанию, т. е. у женщин с мужской аутоидентификацией оно возникает к женщинам, а у мужчин с женской аутоидентификацией — к мужчинам. Внешне подоб-

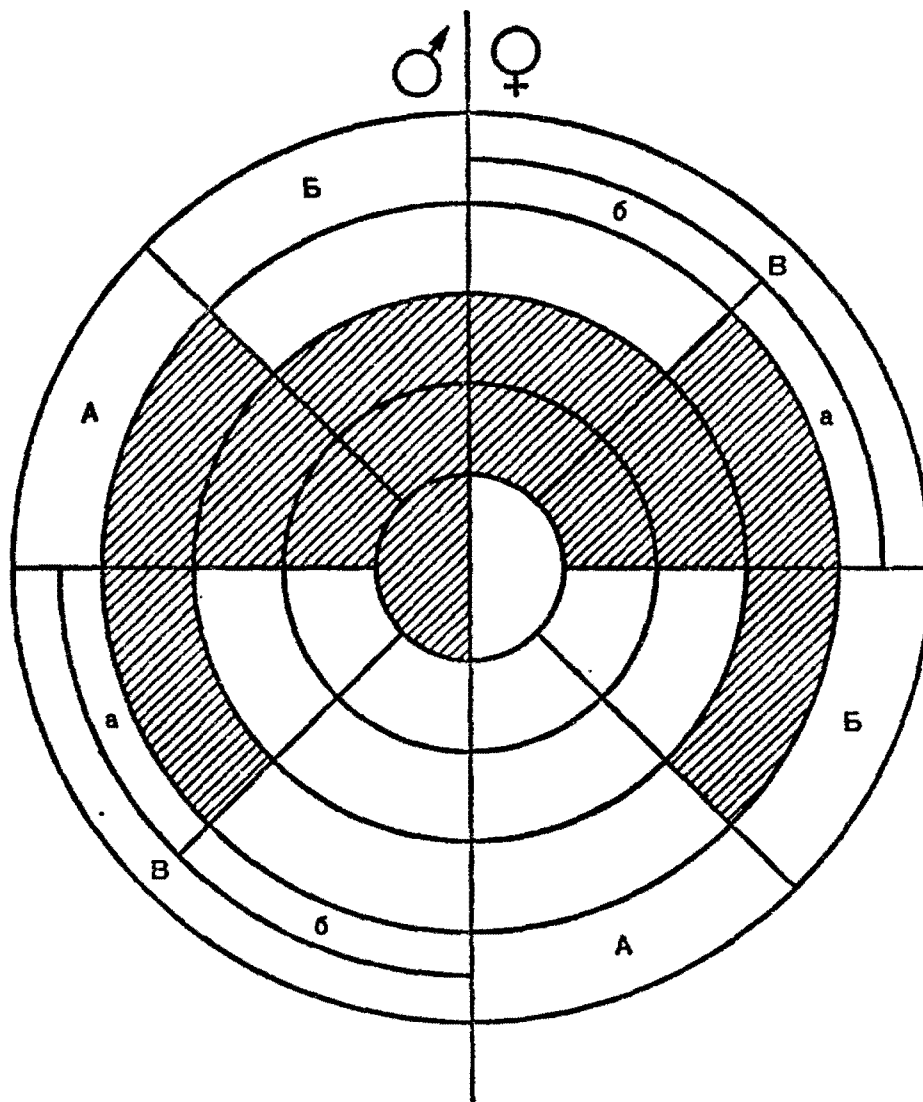


Рис. 39. Соотношение гонадного пола, полового самосознания, половой роли и типа психосексуальных ориентаций при транссексуализме, гомосексуализме и в норме у мужчин и женщин.

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

ное влечение воспринимается как гомосексуальное, но по сути таковым не является, поскольку в согласии с половым самосознанием направлено на противоположный пол. Мужчины-транссексуалы предпочитают в качестве партнеров гетеросексуальных мужчин и отвергают мысль о том, что их половая активность гомосексуальна. Зато связь с женщиной воспринимается ими как противоестественная, гомосексуальная. Большинство транссексуалов (53% мужчин и 61% женщин) вступают в половой контакт с представителями одного с собой паспортного пола. Возможно формирование полового влечения и к представителям противоположного пола, но его, видимо, нужно расценивать как гомосексуальное, хотя внешне оно выглядит гетеросексуальным. С представителями противоположного пола пытаются вступить в контакт 20% мужчин и 8% женщин. Соотношение гонадного пола, полового самосознания, половой

роли и психосексуальных ориентаций в норме, при транссексуализме и гомосексуализме представлено на рис. 39. Женщины предпочитают партнеров одного с ними пола, но проявляют меньшую сексуальную активность, чем мужчины-транссексуалы.

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

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

Постоянная борьба со своим «пороком», между потребностью и зависимостью от мнения окружающих ведет к дисгармонии личности, ее патохарактерологическому формированию даже без психопатологической отягощенности.

Большая часть таких женщин и мужчин адаптируется, находя компенсацию в работе, свойственной противоположному полу. Женщины выбирают не просто мужские профессии, а наиболее престижные из них: летчиков, капитанов дальнего плавания, геологов, следователей, хирургов и т. д. При этом они получают возможность не только самоутвердиться, но и «на равных» вращаться в мужском обществе. Профессия оправдывает их мужские привычки, ма-

неру держаться, стиль одежды. Труднее социально адаптироваться мужчинам-транссексуалам. С детства их женственность вызывает насмешки, пренебрежение и даже травлю со стороны сверстников. Если девочка с мальчишескими замашками в глазах подростков, а подчас и взрослых стоит выше своих сверстниц, так как маскулинность престижнее фемининности, то женственный мальчик занимает на иерархической лестнице сверстников более низкое положение, становится человеком «второго сорта». Женские профессии, которые они в последующем выбирают, непрестижны и продолжают вызывать удивление и насмешки мужчин. Однако девочки, а в последующем женщины относятся к ним благожелательно, охотно принимают в свой коллектив этих мягких и покладистых мужчин, лишенных недостатков «сильного» пола. Компенсация и адаптация «краевых» вариантов транссексуализма по конформному типу может длиться всю жизнь, но часто после многих лет жестокого подавления биологические мотивации прорываются, и стремление к смене пола вынуждает обратиться к врачу.

Компенсация по типу трансформации полового влечения. Если при «ядерных» вариантах транссексуализма половое влечение формируется в тесной связи с половым самосознанием, то при «краевых» формах, компенсированных по этому типу, его направленность не совпадает с половой аутоидентификацией, и оно направлено на представителей противоположного генетического и соответственно гонадного пола. Внешне наблюдается гармония между упорядоченным, «адекватным» поведением и паспортным полом транссексуала. Иногда подобная трансформация на этапе формирования психосексуальных ориентаций убеждает окружающих в том, что человек «одумался», «стал взрослым». Тем самым окружающие, требуя соблюдения норм микросоциальной среды и поощряя «правильное» поведение, подталкивают транссексуала к неестественным для него контактам, субъективно воспринимаемым как гомосексуальные. Даже при внешне правильном сексуальном влечении к противоположному полу семейные союзы таких людей отличаются дисгармонией и нестойкостью, что особенно свойственно «краевым» вариантам женского транссексуализма, адаптированным по типу трансформации полового влечения. Женщины проявляют безразличие или чаще отвращение к домашнему хозяйству, «женской» работе и воспитанию детей. Это основные и самые яростные борцы за раскрепощение женщин. Неналаженный быт, беспризорные, «недоласканные» и нередко трудновоспитуемые дети, независимый образ жизни и агрессивность женщины даже при хороших межличностных отношениях через несколько лет делают брак невыносимым. Подобные браки, как правило, легко распадаются, так как эти женщины не являются консервативными хранительницами очага. Повторные браки для них обычно не становятся проблемой, но оказываются такими же недолговечными.

В отдельных случаях в силу характерологических особенностей супругов браки не распадаются, но адаптированные варианты транссексуализма у женщин могут быть причиной крайних случаев «половой холодности», когда половой акт не только безразличен, но и вызывает резкую негативную реакцию.

У мужчин с «краевыми» формами транссексуализма, адаптированными по типу трансформации полового влечения (либидо к женщинам), браки счастливее. Типичные для них черты — женское стремление к домашнему очагу, уюту, любовь к детям, радость при выполнении работ по дому (мытьё посуды, уборка квартиры, даже

шитье нарядов для жены) — вызывают зависть соседок и подруг жены. Лишь при наличии у жены маскулинного идеала мужа возникает дисгармония в браке, затрудняющая семейную жизнь и иногда делающая ее невыносимой.

Диагностика «ядерной» формы транссексуализма трудностей не представляет и основана на изучении динамики становления сексуальности, поскольку стержнем транссексуализма является нарушение полового самосознания с раннего детства, на которое наслаиваются вторичные искажения последующих этапов становления сексуальности. Гораздо труднее выявить «краевые» варианты транссексуальности. Однако в тех и других случаях пациенты активно обращают внимание врача на свое ощущение принадлежности к противоположному полу.

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

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

Лечение. При «ядерном» транссексуализме в связи с высокой опасностью суицида показаны смена пола и его хирургическая коррекция с последующей гормональной терапией (после определенного периода адаптации к новому паспортному полу). В задачи сексопатолога входит и социальная адаптация пациента в новой роли, в том числе нормализация его взаимоотношений с представителями другого пола, а также коррекция и адаптация супругов при вступлении пациента в брак. Самым трудным при перемене пола является психологическая и социальная адаптация. По наблюдениям за интерсексами, значительно легче сменить женский пол на мужской, чем мужской на женский. Особенности «мужской» походки дольше сохраняются и быстрее приобретаются, чем особенности «женской». Легче возникает и привычка к ношению мужской одежды. Некоторые субъекты, перешедшие из мужского в женский пол, утрируют все женское, берут на вооружение парики, шиньоны, всевозможную косметику. Попытки играть гипермаскулинную роль отмечаются у женщин с транссексуализмом, как правило, только до смены пола. После 20—21 года смена пола становится крайне затруднительной по социальным мотивам: большинство больных получают специальность, приобретают определенное общественное положение. Требуется не только официальный обмен документов, но и перемена места жительства (обычно переезд в другой город),

полное прекращение старых знакомств и встреч с родственниками, приобретение новой специальности и т. п. Происходит как бы социальная «смерть» в прежнем поле и «рождение» в новом. При частично адаптированных «краевых» формах оперативное вмешательство и смена пола не показаны, но требуется рациональная психотерапия, направленная на максимальную социальную и сексуальную адаптацию.

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

8.4.1.2.2. Нарушения стереотипа полоролевого поведения

8.4.1.2.2.1. Трансформация полоролевого поведения

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

Этиология и патогенез. Одним из этиологических факторов трансформации полоролевого поведения, так же как и при транссексуализме, выступает нарушение половой дифференцировки структур мозга в пренатальном онтогенезе. Однако эти нарушения менее грубы, искажений полового самосознания не дают и обычно служат только фоном для основного патогенного фактора — влияния микросоциальной среды на этапе формирования полоролевого поведения. Полоролевая трансформация может выявиться не только при воспитании родителями в «другом поле», но и при нарушении половых ролей в семье (чрезмерно властная мать, играющая роль лидера, и подчиняемый отец) или в неполных семьях, когда мать воспитывает сына «по своему образу и подобию». У девочек изоляция от матери, недостаточная материнская любовь, отсутствие ласки в детстве приводят в последующем к несвойственным в норме женщинам агрессии и черствости, отсутствию материнского инстинкта. Психические расстройства, отмечаемые в этих случаях, как и при других нарушениях психосексуального развития, способствуют искажению полоролевого поведения и утяжеляют клиническую картину. Иногда полоролевая трансформация обусловлена только психическим заболеванием и в тяжелых случаях носит характер бреда полового метаморфоза.

Клиническая картина. Поведенческие нарушения очень схожи с клинической картиной транссексуализма, и только ощущение принадлежности к другому полу при транссексуализме позво-

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

В период формирования полового влечения у этих подростков обоих полов существует большая опасность возникновения гомосексуального влечения. В подобных случаях к трансформированному поведению часто присоединяется стремление к переодеванию и ношению одежды противоположного пола — *трансвестизм*, который представляет собой одно из проявлений выраженных полоролевых нарушений. Чаще наблюдается предпочтение интерсексуальной одежды: мужские брюки, джинсы у девочек и рюшечки, кружевные рубашки, яркая одежда у юношей. При трансформации полоролевого поведения, несмотря на правильную аутоидентификацию, переодевание и ношение одежды лиц другого пола выступают как стремление утвердиться в другой роли, не совпадающей с самосознанием, и не носят сексуальной окраски, не вызывают полового возбуждения. Женщинам с трансформацией половой роли свойственно безразличное или негативное отношение к представительницам своего пола, нередко они не могут найти с женщинами общих интересов и даже тем для разговора. В их одежде преобладают строгие костюмы, сдержанные тона, короткая стрижка сочетается с отсутствием косметики, безразличием к украшениям. У этих женщин нет нарушения полового самосознания, они всегда ощущают себя женщинами, не стремятся перевоплотиться в мужчину, не стыдятся своего тела. Однако общение только с противоположным полом на этапе формирования влечения, товарищеские отношения, изоляция в коллективе противоположного пола задерживают психосексуальное развитие. Запаздывает, как правило, и половая осведомленность. Нередко информация о взаимоотношениях полов, исходящая от сверстниц, воспринимается как грязь в связи с ее направленностью на товарищей. Первая влюбленность также приходит поздно, нередко возникает при смене коллектива и направлена не на сверстников, а на более старших мужчин, которые не годятся в товарищи. Влюбленность часто останавливается на платонической стадии и переход к эротическим проявлениям воспринимается как оскорбление. Первая произвольная реакция агрессивная и требуется немало времени для перехода на следующие стадии. Легче происходит адаптация со старшими мужчинами, так как в этом случае помогает возрастное подчинение. Даже при своевременном начале половой жизни сексуальность подавлена, преобладают мужской стереотип поведения, нетерпимость и агрессия к партнеру.

Свойственное женщинам умение приспосабливаться, оправдывать и прощать отсутствует. То, что привлекает в этих необычных женщинах в период знакомства и ухаживания, в браке создает нетерпимую обстановку. В результате почти такие же, как при транссексуализме, временные браки расторгаются в основном по инициативе пациенток.

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

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

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

Социальная адаптация мужчин с трансформацией полоролевого поведения проходит значительно легче, чем мужчин с транссексуализмом, так как демонстративного стремления к переодеванию и желания сменить пол нет. Мягкость, конформность позволяют им найти свое место в кулинарном искусстве. Иногда полоролевые трансформации социально ничем не проявляются до тех пор, пока в мужском коллективе не находится один, с радостью выполняющий тягостную для остальных работу, готовый взять на себя ведение

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

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

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

Прогноз. Обычно мужчины с трансформацией полоролевого поведения хорошо адаптируются и социально, и сексуально. Прогностически неблагоприятны случаи выраженной трансформации половой роли у женщин, так как их маскулинное поведение не устраивает мужчин.

8.4.1.2.2.2. Гиперролевое поведение

Гиперролевое поведение характеризуется чрезмерной акцентуацией некоторых особенностей половой роли.

Этиология и патогенез. В формировании гиперролевого поведения определенное значение имеет процесс половой дифференцировки структур мозга. Например, в экспериментах на животных установлены четкие половые различия в таких поведенческих актах, как агрессивность, двигательная активность, материнский инстинкт. Их выраженность определяется чувствительностью структур мозга (в основном гипоталамуса) к андрогенам или эстрогенам, которая в свою очередь зависит от половой дифференциации мозга в пренатальном периоде. Нарушения дифференциации мозга могут служить фоном, на котором формируется гиперролевое поведение. Однако гораздо большее значение имеют прививаемые нормы микросоциальной среды, в первую очередь повсеместно распространенные высокие требования к маскулинному поведению, оцениваемому значительно выше, чем женское. Некоторым народам вследствие особенностей их социально-культурного развития свойственны еще более жесткие требования к подчиненному полоролевному поведению женщин. Формированию гиперролевого поведения способствуют и психические особенности личности. Гипермаскулинному поведению более созвучны гипертимные, неустойчивые и в какой-то степени истероидные акцентуации и психопатии, а гиперфемининному — инфантильно-зависимые, астеноневротические, психастенические, сенситивные и, наконец, те же истероидные.

Становление *сэдивма* у мужчин и *мазохизма* у женщин, если

они не выходят за рамки нормального поведения, т. е. представляют типовые модели гиперролевого поведения, начинается на ранних этапах онтогенеза. Отсутствие при этом тактильного и эмоционального контакта с матерью или другим ухаживающим за ребенком лицом, к которому в норме должна возникать первая привязанность, приводит к развитию у детей агрессивного поведения. В подобных случаях элементы садизма, возникающие в раннем детстве, обычно выходят за рамки нормального поведения, и на их основе формируются *сексуальные парафилии (перверсии)*. Даже скорригированная воспитанием агрессивность может включаться в структуру полового влечения в подростковом и юношеском возрасте, особенно тогда, когда нормальная реализация сексуального влечения затруднена и заменяется фантазированием. У этих детей возможен и другой вариант патогенеза парафилии, при котором вследствие снижения порогов возбудимости или нарушений психики этап формирования полового влечения перемещается на более ранние сроки (психогенный вариант преждевременного психосексуального развития), и половое влечение «сплавляется» с агрессивным, садистическим поведением. Сходны с этим и механизмы формирования патологических мазохистических перверсных тенденций и установок, но в их изначальной основе лежит не отсутствие контакта с матерью, а наоборот, гиперопека, заласканность и т. д. Формирование патологических садистических тенденций и установок в значительной мере облегчается при эпилептоидных, неустойчивых, шизоидных и органических психопатиях или эндогенном процессе. Мазохистические установки чаще сочетаются с шизоидными, астеноневротическими и психастеническими психопатиями или процессуальными изменениями личности.

Клиническая картина. *Гипермаскулинное поведение* проявляется в подчеркнуто мужском типе поведения, стремлении к получению сугубо «мужских» престижных профессий, занятиях чисто «мужскими» видами спорта. Характерно отношение к женщинам как к существам более низкого положения и пренебрежение ко всем видам «женского» труда. На этапе формирования полоролевого поведения подобная гипермаскулинность выражается в повышенной агрессивности, стремлении к неформальному лидерству. В сексуальной жизни ярко выражено стремление к получению оргастической разрядки, полное игнорирование ласк и безразличие к неудовлетворенности женщины («генигальный тип» сексуального поведения мужчины). Для гипермаскулинного полоролевого поведения наряду с другими особенностями поведения характерны элементы полового тиранизма (садизма), но они не переходят границ крайних вариантов нормы и к патологии отношения не имеют. Элементы садизма проявляются принуждением к близости, грубым овладением женщиной с имитацией злобности, причинением боли, щипками, укусами. Еще нагляднее они выступают при страхе женщины, ее попытках уклониться. Обычно вполне достаточно только разыгрывания подобных сцен и действия носят символический характер. Ведущим является ощущение власти над партнершей, чувство господства над ней и в сочетании с ее подчиняемостью и пассивностью.

Как компенсаторное поведение гипермаскулинная роль нередко встречается у подростков, стремящихся утвердиться как в собственных глазах, так и в глазах сверстников. Такое поведение не всегда выглядит естественным, часто контрастируют возможности и притязания подростка. Нарочитая агрессивность, грубость,

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

Патологическое гипермаскулинное поведение находит отражение в сексуальном садизме (активная алголагния, насильничество, эротический тиранизм), выходящем за рамки нормального поведения, и является половым извращением. Садизм выражается в получении удовлетворения только при унижении партнерши или жестоком обращении с ней. При крайних его проявлениях половое удовлетворение наступает при нанесении жертве телесных повреждений или даже ее умерщвлении, причем максимальное возбуждение достигается при виде агонии. Встречаются и другие варианты садизма: *активный флагеллантизм* (удовольствие при бичевании других), *копрофемия* (желание произносить в присутствии лиц другого пола непристойные слова с целью вызвать смущение и стыд).

Гиперфемининное поведение характеризуется подчеркнутой пассивностью, подчиняемостью, полной самоотдачей, материнским заботливым отношением не только к детям, но и ко всем окружающим, домовитостью. Повышенная конформность, умение приспособиться к любым особенностям и требованиям партнера, жить интересами другого и испытывать при этом высшую радость характерны для гиперфемининного поведения, классически описанного А. П. Чеховым в рассказе «Душечка». Женственность, кокетство, увлечение нарядами, украшениями, косметикой, подчас утрированные, также свойственны таким женщинам. Столь же полная самоотдача происходит и в половой жизни. Все усилия и стремления направлены на удовлетворение мужчины, иногда во вред

себе. Этих женщин не волнует отсутствие оргазма, его полностью замещает психологическое удовлетворение от того, что доставляется радость любимому человеку. Если отсутствие оргазма и приводит женщину к врачу, то на первом плане стоит не жажда наслаждения, а страх, что мужчина не получит с ней полного удовлетворения. В сексологической литературе и в разговорах с подругами они пытаются узнать приемы, возбуждающие мужчину. В нормальном половом акте достаточно четко выступают и определенные элементы мазохизма, в связи с чем гиперролевое поведение женщин обычно воспринимается как естественная женственность и особого внимания не только окружающих, но и сексопатологов не привлекает.

Мазохистические тенденции, выходящие за пределы нормального поведения, представляют собой патологическое гиперфемининное поведение (*мазохизм, пассивная алголагния, страдальчество, пассивизм*), которое проявляется в получении удовольствия при унижении и физических страданиях, доставляемых партнером, и выступает как половое извращение (перверсия). Без таких действий партнера удовлетворение может не наступить.

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

Подобные явления наблюдаются при некоторых формах психопатий (причинение себе боли ожогами, уколами, укусами). На этапе формирования психосексуальных ориентаций мазохистические желания включаются в структуру полового влечения. Встречаются также иные формы: *пассивный флагелланнизм* (удовольствие от бичевания, сечения), *пикацизм* (стремление пачкаться мочой, калом, выделениями из половых органов партнера), *копролагния* (желание прикасаться к экскрементам партнера, пачкаться ими), *уролагния* (возбуждение наступает при обонянии запаха мочи партнера, ее питье), *ренифлерс* (*osphresiphilia* — получение удовольствия от запаха партнера), *сервиллизм* (*пажизм* — половое удовлетворение от роли слуги или паж). Иногда тенденции садизма у женщин или мазохизма у мужчин, тормозящие сексуальность, остаются подспудными, до конца не осознанными и выявляются только при детальном изучении анамнеза. Так, несомненным проявлением мазохизма являлось то, что у пациента 36 лет с отсутствием эякуляции в браке всегда наступало возбуждение при виде крупных, властных женщин, по отношению к которым он занимал подчиненное положение. Ночные поллюции происходили только при кошмарных сновидениях, когда за ним кто-то гнался с целью убить или на него наезжала машина, поезд и т. д.

Диагностика. Гиперролевое поведение обычно не является патологией и расценивается как крайний вариант нормы. Диагностика патологического гиперролевого поведения — садизма и мазохизма бывает затруднена в связи с недостаточной откровенностью больных, сознательно скрывающих перверсные тенденции. Для их выявления необходимо тщательно анализировать этапы становления сексуальности, условия и ситуации возникновения первых оргазмов, побуждать подробно описывать эротические сновидения и при возможности получать объективные сведения от партнера.

Дифференциальная диагностика проводится между простым и патологическим гиперролевым поведением. Патологические установки (перверсии) необходимо дифференцировать от психических расстройств, которые обычно сочетаются с ними.

Лечение. Гиперролевое поведение, не выходящее за пределы нормы, лечения не требует. В случае несовпадения в сексуальной паре ролевых установок необходима их психотерапевтическая коррекция. Попытки изменить поведение партнера с гиперролевым стереотипом обычно неэффективны, и основные усилия следует направлять на адаптацию второго партнера. При некоторых перверсных тенденциях проводится терапия, повышающая пороги возбудимости нервных структур, обеспечивающих оргазм и эякуляцию (рефлексотерапия и медикаментозная терапия), в сочетании с лечением психических нарушений. Лечение гиперролевых перверсий психотерапевтическое.

Прогноз благоприятен при гиперролевом поведении, не выходящем за пределы нормы. При патологическом гиперролевом поведении в виде садизма или мазохизма прогноз неблагоприятен, так как состояние имеет тенденцию к усложнению и прогрессированию. Осложненный психопатологическими нарушениями, садизм нередко приводит к социально опасным действиям.

8.4.1.2.3. Нарушения психосексуальных ориентаций

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

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

Дизонтогенетическая концепция, сформулированная во Все-союзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии, рассматривает перверсии как результат нарушений индивиду-

ального психосексуального развития в постнатальном онтогенезе и объединяет элементы ряда указанных выше теорий. Очевидно, парафилии формируются вследствие гипертрофии и закрепления отдельных проявлений психосексуального развития, свойственных его ранним этапам. Это не просто реликтовые, а претерпевшие изменения в процессе онтогенеза и включившиеся в половое влечение незрелые формы поведения детского и подросткового возраста. Фоном, способствующим становлению перверсий и определяющим их выраженность, а в ряде случаев и клиническую картину, служат различные варианты психосексуального дизонтогенеза, которые заключаются в нарушениях сроков и темпов становления сексуальности и в искажениях полоролевого поведения.

В зависимости от фона можно выделить несколько групп перверсий.

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

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

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

2. Задержка психосексуального развития на ранних этапах может выразиться в смещении сексуальных проявлений детского возраста на более поздний срок, когда они совпадают с формированием либидо и «сплавляются» с ним, искажая влечение. Например, перемещение связанного с полом любопытства и обусловленных им изучения и демонстрации половых органов на этап формирования психосексуальных ориентаций.

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

При ретардациях психосексуального развития формирование перверсий длится многие годы, их становление обычно задерживается на фазе выработки установки. Они поверхностные, не затрагивают ядро личности, долго не реализуются. В одних случаях парафилии существуют в форме только тенденций и элементов, в дру-

гих — они становятся истинными, хотя и остаются факультативными, сочетаясь с нормальным либидо.

III. *Перверсии, формирующиеся на фоне преждевременного психосексуального развития.* В этих случаях формирование психосексуальных ориентаций перемещается на более ранние возрастные периоды (парапубертатный и препубертатный) и искажает сексуальные проявления, свойственные возрасту. Девиантные формы быстро включаются в структуру либидо, «сплавляются» с половой ролью и ядром личности и прочно закрепляются. У пациентов с ядерными психопатиями обнаруживается некоторая диссоциация между нерезко выраженным инфантилизмом и ранним появлением сексуальных интересов. Описанные явления представляют сложную асинхронную психосексуального развития, при которой сочетаются преждевременное становление сексуальности и ретардация соматического полового созревания. Такому типу формирования сексуальных перверсий свойственны полиморфизм, «динамическое равновесие» перверсных компонентов, стойкость в течение всей жизни с обострениями в пубертатном периоде и в периоде возрастной инволюции.

Нередко они могут проявляться уже в возрасте 6—10 лет. Парафилии могут формироваться также при преждевременном психосексуальном развитии, обусловленном растлением и совращением.

Наиболее грубыми они бывают при шизоидной психопатии и эндогенном процессе.

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

Особое значение в становлении парафилий имеет психопатологическая почва. Среди пациентов детского психиатрического отделения признаки замедленного полового развития выявлены у 46% больных, а преждевременное соматическое созревание наблюдалось у 24% больных.

У сексуально отсталых отмечались главным образом черты пассивности, вялости, слабой контактности и пониженной самооценки.

У подростков выявлено медленное течение эндогенного процесса с частыми расстройствами влечений. Перверсии могут формироваться при различных психических заболеваниях (эндогенный процесс, психопатия, эпилепсия, олигофрения, органическое поражение головного мозга и т. д.), причем структура перверсии в этих случаях отражает особенности психопатологической почвы, на которой она развивается. Например, тормозимым психопатиям чаще свойственны вуайеризм, педофилия, фетишизм и скотоложество; истероидным — эксгибиционизм и нарциссизм, а возбуждимым — эксгибиционизм и педофилия в сочетании с садизмом. Формированию сексуальных перверсий способствуют нарушения гетеросексуальной коммуникации и затруднения в поисках адекватного объекта.

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

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

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

Клиническая картина. Транзиторные элементы нарциссизма свойственны детскому возрасту, несколько ярче они выступают в пубертатном периоде. Нарциссизм проявляется в любовании собственным телом, половыми органами, рассматривании себя в зеркале, ласкании своего тела и даже фотографировании самого себя в обнаженном виде с последующим рассматриванием этих фотографий. Все проявления сопровождаются половым возбуждением и мастурбацией для получения оргастической разрядки. У мужчин возбуждение усиливается при виде себя с эрегированным половым членом. Элементы нарциссизма длительно сохраняются на фоне регулярной половой жизни, выполняя роль стимулятора полового возбуждения, что проявляется в необходимости видеть себя обнаженным (в зеркале или на фотографиях, слайдах). В отдельных случаях самосозерцание должно продолжаться для нарастания возбуждения во время коитуса.

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

Этиология и патогенез. Эксгибиционизм в зачаточной форме как возрастную норму можно обнаружить у детей в обнажении и разглядывании друг у друга половых органов. Попытки обнажения отмечены у 5% детей моложе 7 лет, единичные случаи — у детей 7—11 лет, а среди подростков к этому склонны 1% мальчиков и 1% девочек. Отмечена зависимость частоты явлений эксгибиционизма в детских учреждениях от психопатологической и соматической отягощенности детей. У соматически больных и ослабленных детей обнажение встречается редко, у соматически здоровых наблюдается чаще, но максимума достигает у психически больных детей. В детском возрасте в норме демонстрация половых органов сексуальным возбуждением не сопровождается. При снижении порогов возбудимости и нарушении сроков психосексуального развития, чаще всего обусловленных психическими заболеваниями, демонстрация половых органов сопровождается вначале половым возбуждением, а затем подкрепляется оргазмом.

Одним из механизмов возникновения эксгибиционизма в пубертатном возрасте может быть внезапное появление взрослых во время мастурбации. Страх, стыд резко усиливают высокое половое возбуждение, в связи с чем наступает необычно яркий оргазм. В последующем для получения ярких ощущений пациенты ищут повторения подобных ситуаций, а долго практикуемые акты эксгибиционизма закрепляют патологическое влечение. Эксгибиционистами часто бывают «витально-суженные» натуры, с неудовлетворенной потребностью в любви и неспособные найти удовлетворение в самих себе. Для них эксгибиционирование служит поиском контакта или аутистической формой самоутверждения.

Клиническая картина. Эксгибиционизм проявляется в демонстрации обнаженных половых органов, эрегированного полового члена.

Особо важное значение при этом имеет испуг женщин, и эксгибиционисты стремятся появиться внезапно — из-за кустов, в проеме окна, в подъезде дома. Некоторые эксгибиционисты вечерами, надев плащ или пальто и обнажив половые органы, прячутся в тени возле пустынных остановок городского транспорта, электропоездов, а затем, внезапно появляясь в свете фонарей, распахивают одежду. Иногда случаи эксгибиционизма наблюдаются и в общественном транспорте в позднее время. Выбрав место, с которого он виден только одной женщине, эксгибиционист демонстрирует ей обнаженные половые органы. Зная, что такое поведение уголовно наказуемо как хулиганство, эксгибиционисты принимают соответствующие меры. Возможно, именно в связи с безнаказанностью обнажение нередко совершается перед детьми. При сочетании эксгибиционизма с садизмом пациента в первую очередь привлекают реакции страха и стыда у женщины, а при сплетении с мазохизмом, наоборот, у него преобладают собственные ощущения стыда и страха перед наказанием.

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

Этиология и патогенез. Подглядывание за интимными отношениями встречается значительно чаще, чем обнажение, и нередко наблюдается у детей и подростков при нормальном психосексуальном развитии. Подобные явления встречаются у 25% детей дошкольного возраста, в возрасте 7—11 лет их частота возрастает у мальчиков до 33% и снижается у девочек до 6,2%, среди подростков — сокращается у мальчиков до 5,5% и у девочек до 0,3%. Таким образом, явления визионизма, широко распространенные на ранних этапах психосексуального развития, становятся исключением на этапе формирования психосексуальных ориентаций.

В патогенезе будущей скопофилии явления детского визионизма играют важную роль. При нарушениях становления сексуальности, обусловленных расстройствами контактов со сверстниками и особенно с лицами противоположного пола, возможна длительная задержка на первой фазе (выработка установки) формирования сексуального либидо. В этих случаях фантазии насыщены представлениями интимной близости, обнаженных тел и т. д. Подглядывание обычно сопровождается страхом быть застигнутым брашпехом, это еще больше усиливает половое возбуждение и способствует получению яркого оргазма. Одним из вариантов возникно-

вения визионизма может быть случайное присутствие при половом акте в детском (чаще в подростковом) возрасте, если это вызвало половое возбуждение и закрепилось в последующем как механизм условного рефлекса. Явления визионизма могут стойко зафиксироваться еще в детстве, но возможно замещение ими нормального полового влечения и на этапе формирования психосексуальных ориентаций.

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

Обращает на себя внимание незрелость полового влечения практически при всех нарушениях психосексуального развития. Происходит как бы «зависание» между эротической реализацией либидо и сексуальными фантазиями.

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

Фетишизм (*идолизм, сексуальный символизм*) — возведение в культ фетиша, символизирующего сексуального партнера, и половое влечение к нему, сопровождающееся сексуальным возбуждением. В качестве фетиша могут выступать предметы туалета (носые платки, нижнее белье, одежда, обувь) или определенные части тела (ноги, волосы, молочные железы, половые органы и т. д.) Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин.

Этиология и патогенез. Влечение к определенным предметам, связанное с наслаждением, иногда наблюдается у детей дошкольного возраста. Фетишами у них могут становиться прежде всего нижнее белье, носые платки любимых людей, резиновые игрушки. Фетишизм как перверсия отражает нарушения коммуникации с предпочитаемыми объектами влечения.

В клинической картине фетишизма четко просматривается заместительный характер перверсии. Фетиш обычно символизирует и замещает либо конкретный объект любви, либо собирательный образ предпочитаемых объектов по принципу «часть вместо целого». Фетиш помогает усилить яркость фантазии и мечтаний, сделать их предметными и осязаемыми, добиться макси-

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

Гораздо реже наблюдаются *ретифизм* (фетишизм обуви), *трансвестизм* (*зонизм*, *трансвестицизм* — в качестве фетиша используется одежда противоположного пола, переодевание в которую необходимо для получения удовлетворения), *пигмалионизм* (*монументофилия*) — влечение к статуям.

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

Этиология и патогенез. Среди дошкольников 34% детей ищут теплоты в отношениях с животными (собаки, кошки, хомяки, птицы). Даже тогда, когда они замещают контакты со сверстниками и восполняют недостаток внимания и ласк взрослых, «дружеские» отношения с животными еще не предвещают их перерастания в дальнейшем в парафилию, хотя некоторые формы детских игр с животными могут стать почвой для формирования патологического влечения. Зоофилия встречается преимущественно в животноводческих районах, особенно там, где строго караются брачные связи, неверность женщин и юноши могут начать половую жизнь лишь после вступления в брак. В основном зоофилия наблюдается среди мужчин. По данным А. Кинзи, 40—50% юношей в сельских местностях имели зоофилические контакты, причем в 17,2% случаев они завершились эякуляцией и оргазмом. Исследования, проведенные у нескольких поколений, позволили отметить, что распространенность зоофилии среди мужчин снижается из поколения в поколение, а среди представителей одного поколения она нарастает в среднем от 4,31% в 15 лет до 20,9% в 25 лет, а затем частота контактов с животными снижается. Все это позволяет рассматривать зоофилию в большей части случаев как транзиторную, заместительную перверсию, обусловленную длительной изоляцией от представителей противоположного пола при доступном контакте с животными (например, среди пастухов, конюхов и др.). Хотя зоофилия может стойко зафиксироваться и полностью замещать нормальную половую жизнь, чаще этому подвержены интеллектуально ограниченные лица. Обычно у человека не возникает стойкого полового влечения к животному и контакт прекращается

при возможности получения нормального полового удовлетворения.

Клиническая картина. Мужчинам в качестве объектов сексуального удовлетворения служат домашние животные: козы, овцы, ослицы, кобылы, коровы, но как казуистика встречаются случаи половых актов с домашней птицей (куры, гуси) и мелкими животными (кролики и т. д.), что обычно сопровождается проявлениями садизма. В большинстве случаев контакты мужчин с животными проходят в виде половых актов. Среди женщин зоофилия распространена значительно меньше и проводится чаще как куннилингусу с собаками и кошками. При длительной и более частой практике не исключена возможность закрепления зоофилии как тотальной перверсии.

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

Этиология и патогенез. Оргазм у детей обоего пола нередко сочетается с аффектом страха и тревоги, ввиду чего первично нейтральное тревожное состояние (например, предстоящая классная работа) может вызвать оргазм. Для сексуального удовлетворения ребенок иногда сам приводит себя в состояние тревоги путем чтения страшных рассказов или вызывания в воображении соответствующих представлений. Определенное значение в происхождении этого состояния имеет не только запугивание детей кладбищами, трупами и покойниками, но и стремление большинства детей на определенном этапе развития к восприятию этих рассказов, «потребность в переживании ощущения страха». При резком снижении порогов возбудимости нервных структур, обеспечивающих эякуляцию и оргазм, у отдельных детей во время страшных рассказов и запугивания может наступить оргазм. Тематика рассказов, приведших к оргазму, может стать основой для патологического фантазирования (фантазиогенные эякуляции). Однако главную роль в формировании этой парафилии играет психопатологическая почва, именно она помогает решиться на реализацию патологического влечения и закрепить его. Несомненно, некрофилия чаще всего встречается у психически больных, в первую очередь с выраженным слабоумием или эндогенным процессом. У подростков с эндогенным процессом сексуальность определяется частыми, оторванными от действительности фантазиями с примесью извращений, хотя возможно формирование некрофилии и в рамках «ядерной» психопатии. Кроме того, в формировании некрофилии определенную роль играют садизм, проявляющийся в осквернении трупа и надругательстве над ним, или мазохизм, связанный с отвращением при контакте с трупом и страхом разоблачения.

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

8.4.1.2.3.2. Нарушения психосексуальных ориентаций по возрасту объекта

Педофилия — половое влечение к детям.

Этиология и патогенез. Основой для формирования педофилии служат ретардации психосексуального развития, нарушения коммуникации с лицами другого пола и нередко сексуальные расстройства, мешающие нормальной половой жизни. Явления педофилии чаще наблюдаются у подростков, у 30-летних и пожилых мужчин. Среди подростков основную часть составляют лица, которые в связи с ретардацией психосексуального и эмоционального развития не умеют налаживать контакт со сверстниками и ухаживать за ними. В группе 30-летних преобладают женатые, но не сумевшие устроить свои сексуальные и социальные отношения и фрустрированные мужчины, которые получают половое удовлетворение в игре с девочками и не рискуют пойти на близость со взрослыми женщинами. Среди пожилых чаще всего встречаются лица одинокие и страдающие половыми расстройствами. Одинокие ищут в общении с девочками выхода из своего сиротливого положения, большинство из них также испытывает трудности в контактах с женщинами, а пожилые мужчины с половыми расстройствами используют это общение для стимуляции своей угасающей сексуальности. Аналогичны причины влечения к малолетним и при гомосексуализме как у мужчин, так и у женщин. Обычно педофильные парафилии направлены на детей родственников, друзей и знакомых или проявляются в тех случаях, когда ребенок и его совратитель знакомы по прогулкам. Нередко педофилия формируется на фоне ППР, и тогда она бывает стойкой. При раннем становлении сексуальности детские игры прочно фиксируются в половом влечении и определяют его.

Клиническая картина. В случаях педофилии исключительно редко встречаются половые акты, так же как и изнасилования. Обычно все зиждется на «добровольных» началах. Лишь подростки используют запугивания и угрозы. Раствлевающие действия обычно включают в себя рассказы об интимных отношениях, демонстрацию порнографических изображений, осмотр и показ половых органов, ласки, поверхностный и глубокий петтинг, иногда орально-генитальные контакты, значительно реже дело доходит до генитального контакта, вестибулярного контуса. В любом случае совращение приводит к преждевременному психосексуальному развитию ребенка, искажению его сексуальности и психики, а нередко и к парафилиям, навязанным совратителями. Педофильные тенденции, возникающие в пожилом возрасте на фоне снижения полового влечения, могут долго не реализовываться; формируются они обычно на фоне атеросклероза в сочетании с энцефалопатией. В некоторых случаях педофилия может сочетаться с садизмом, что представляет собой еще большую опасность.

Эфебофилия — половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста.

Этиология и патогенез. В формировании этого влечения, так же как и педофилии, трудности контактов со сверстниками играют не последнюю роль, хотя они выражены значительно меньше. Влечение к подросткам ближе всего к нормальной возрастной ориентации. Нередко эфебофилия развивается у лиц с половыми расстройствами, при этом к сексуальным контактам

с подростками их побуждают неопытность юношей, незнание ими техники полового акта и вытекающая отсюда меньшая вероятность услышать осуждение своих сексуальных действий. Кроме того, юношеская гиперсексуальность лиц мужского пола обеспечивает им не только высокую половую активность, но и некоторую индифферентность к способам реализации полового влечения. Определенную часть эфебофилов прельщает неопытность подростков, и они охотно занимают их «обучением». Истоки эфебофилии могут восходить к подростковому возрасту, особенно на фоне задержки психосексуального развития и при контактах, оставивших яркий след. В пожилом возрасте возникновение эфебофилии связано с угасающей сексуальностью и половыми расстройствами, когда контакты с подростками служат как бы стимуляторами.

Клиническая картина. Сексуальное поведение при эфебофилии мало отличается от обычного, однако можно отметить и некоторые особенности. В первую очередь это растление, схожее с таковым при педофилии, но более откровенное — беседы под видом полового просвещения, демонстрация порнографических изображений, фильмов, «случайное» оставление на видном месте порнографических рукописей и т. д. Лица с эфебофилией стремятся найти работу в коллективах подростков. Во многих случаях контакты с подростками вследствие их скрытности проходят незамеченными. Особенно просто, даже с чувством благодарности воспринимаются юношами-подростками проявления эфебофилии у женщин. Женщины добровольно берут на себя наставничество над подростком при первых его шагах в сексуальной жизни. Наибольшее наслаждение эфебофилы получают от неопытности своих подопечных, так как обучение стимулирует половое возбуждение. Иногда эфебофилия принимает выраженные патологические черты.

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

Геронтофилия — половое влечение к лицам пожилого и старческого возраста.

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

Возможно формирование геронтофилии в результате растления и совращения детей и подростков пожилыми людьми. Первые сексуальные переживания, по тем или иным причинам связанные со взрослыми людьми, могут фиксироваться и в последующем

определять направленность полового влечения. Влечение к пожилым мужчинам иногда возникает у молодых женщин в процессе поиска адекватного партнера, что связано с неудачами сексуальных контактов со сверстниками. На фоне психопатологической отягощенности геронтофилия формируется при расстройствах коммуникации и нередко сочетается с садистическими тенденциями, поскольку пожилые люди слабы и беззащитны, или мазохистическими наклонностями — потребностью в безвольном подчинении, в унижительной связи со стариком.

Клиническая картина. Геронтофилы выбирают партнеров если не из пожилых лиц, то хотя бы из людей значительно старше себя. Геронтофилы либо не испытывают сексуального удовлетворения в контактах со сверстниками, либо оно бывает менее ярким. У мужчин нередко попытки вступить в близость с женщиной своего возраста не сопровождаются половым влечением и вследствие недостаточности эрекции заканчиваются неудачей, а у женщин не наступает возбуждения и оргазма. Если геронтофилия возникает на основе садистических тенденций, то сексуальная активность связывается с изнасилованиями, истязаниями и унижением пожилых людей. Подобные случаи обычно требуют судебно-психиатрической экспертизы. По поводу геронтофилии к врачу обращаются исключительно редко. Обычно геронтофилия выявляется при обследовании по поводу отсутствия влечения и неудовлетворенности в браке как женщин, так и мужчин.

8.4.1.2.3.3. Нарушения психосексуальных ориентаций по полу объекта. Гомосексуализм

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

Этиология и патогенез. Этиологические факторы и патогенетические механизмы гомосексуализма полностью неизвестны. Согласно нейроэндокринной теории гомосексуализм предопределяется нарушениями процесса половой дифференциации мозга в пренатальном периоде. J. Dögner и соавт. (1972) у феминизированных мужчин-гомосексуалов выявили реакции женского типа на введение эстрогенного препарата, а у некоторых женщин-гомосексуалок — мужского типа. Подобные явления не наблюдались в контрольной группе. Это указывает на неполноценную маскулинизацию мозга у гомосексуальных мужчин и его частичную маскулинизацию у гомосексуальных женщин. Нарушения половой дифференциации мозга обуславливают искажение чувствительности гипоталамуса к гормональным воздействиям. Их выраженность различна и объясняет полиморфизм последующих клинических проявлений. В то же время патология пренатального периода влечет за собой и нарушения эндокринного обеспечения сексуальных функций. Исследования позволили выявить у лиц с гомосексуальным влечением повышение уровня эстрадиола и связывающих тестостерон

глобулинов, а также снижение концентрации свободного тестостерона в крови по сравнению с контрольной группой, при этом отмечаются в основном изменение баланса между тестостероном и эстрогенами и в меньшей степени изменение концентрации гормонов. Таким образом, нейроэндокринная и эндокринная теории взаимно дополняют друг друга. Неразрывно связана с ними и генетическая теория гомосексуализма. Высокая конкордантность по гомосексуализму близнецов может быть обусловлена как общим для них экзогенным фактором в критическом пренатальном периоде, так и генетически фиксированной предрасположенностью к нарушению дифференциации мозга.

Однако нарушения дифференциации мозга и гормональные сдвиги не определяют формирования гомосексуального влечения, а становятся почвой для искажений полового самосознания и полоролевого поведения, которые повышают риск возникновения гомосексуализма. Нейроэндокринное обеспечение является лишь энергетическим компонентом либидо. Становлению гомосексуализма способствуют также этиологические факторы и патогенетические механизмы, свойственные перверсиям в целом.

Клиническая картина Гомосексуальные игры нередко встречаются у детей, хотя обычно они еще не имеют сексуальной окраски. Так, среди мальчиков 5 лет они наблюдаются у 7,18%, 10 лет — у 30,54%, но максимальный подъем приходится на возраст 15 лет — 53,14%. По данным А. Кинзи, препубертатные гомосексуальные игры были отмечены у 52% юношей и 35% девушек. Хотя бы один контакт в течение жизни с лицом одноименного пола имели 48% мужчин (в 37% случаев завершился оргазмом) и 28% женщин (13% из них испытали при этом оргазм). Максимальная гомосексуальная активность приходится на этап формирования психосексуальных ориентаций, когда еще выражено разделение коллективов на однополые группы.

У мужчин и женщин с гомосексуальным влечением в 5% случаев патологическое влечение направлено на детей (педофилия), в 45% — на подростков (эфебофилия), в 45% — на взрослых (андрофилия) и в 5% — на пожилых лиц (геронтофилия). Обращает на себя внимание преобладание в контактах гомосексуалов (независимо от их пола) эротических форм половой активности: взаимная мастурбация — 40%, оральные-генитальные контакты (у обоих полов взаимные — «69»; у мужчин *иррумация*, *минет*, *пенилинкция*, *фелляция*; у женщин *куннилингус*, *ламбитус*) — 40%, интрафеморальный коитус — 12%; *мужеложество* (*coitus per anum*, то же с мальчиками — *педерастия*) у мужчин и имитация коитуса с помощью рук, различных приспособлений или с попыткой введения клитора во влагалище (*tribadia interna*) у женщин — суммарно 8%. Кроме того, встречаются и другие варианты: *анилингус* (*анилинкция*) — раздражение языком области заднего прохода, петтинг и одна из его разновидностей — *фроттаж* (у обоих полов *фроттеризм*, у женщин *tribadia externa*) — трение половыми органами о разные части тела, в том числе о половые органы.

Гомосексуализм, сформированный на фоне трансформации половой роли в сочетании с преждевременным психосексуальным развитием, затрагивает ядро личности, рано обращает на себя внимание нарушениями полоролевого поведения, сохраняется в течение всей жизни и не поддается терапевтической коррекции. Подобные пациенты обычно к сексопатологам не обращаются. Они в основном социально адаптированы, не пытаются бороться

с перверсией. При сочетании гомосексуального влечения и трансформации половой роли чаще встречаются гомосексуальные половые акты. В отношении своего партнера такие гомосексуалы играют роль представителей противоположного пола. Мужчины охотно берут на себя все заботы о доме, с удовольствием занимаются приготовлением пищи и другими чисто «женскими» обязанностями, т. е. играют роль жены в гомосексуальной паре. Подчас их поведение становится утрированным, гиперфеминным, они применяют косметику и переодеваются в одежду другого пола (гомосексуальный траисвестизм), что отражает трансформацию половой роли. В партнеры они выбирают лиц с выраженным маскулинным или даже гипермаскулинным поведением. Отношения неотличимы от истинной любви со всеми ее атрибутами (самоотдача, ревность и т. д.). В случаях трансформации половой роли у женщин в их гомосексуальном поведении проявляются маскулинные черты.

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

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

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

При психопатологической отягощенности трансформация полоролевого поведения нередко обусловлена неправильным воспитанием пола ребенка. Гомосексуализм, формирующийся на фоне задержки становления сексуальности, поверхностный, не затрагивает ядра личности, поддается терапевтической коррекции. Он часто проявляется только перверсными тенденциями, а сексуальная активность ограничивается суррогатными формами.

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

Возникновению гомосексуальной направленности полового

влечения способствуют и неблагоприятные влияния микросоциальной среды. В связи с этим уже отмечалось влияние воспитания в противоположном поле. Однако не менее сильным патогенным фактором, способствующим формированию гомосексуального влечения, может стать внушение родителями и воспитателями неприязненного отношения к противоположному полу. Такое воспитание особенно сказывается на женщинах. Попытки матери предотвратить раннее соращение и убедить дочь в том, что все мужчины подлецы и негодяи, часто формируют негативное отношение к мужчинам, которое может мешать становлению гетеросексуального влечения и общению со сверстниками. В подобных случаях требуется длительная психотерапевтическая работа с пациенткой с постепенным введением в круг ее общения мягких, добрых и ласковых юношей или мужчин и полной изоляцией от женщин. Молодой возраст и легкость достижения оргазма делают возможным переключение полового влечения на гетеросексуальное.

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

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

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

8.4.1.2.3.4. Диагностика нарушений психосексуальных ориентаций

Диагностика искажений в направленности полового влечения представляет значительные трудности, во-первых, в связи со стремлением пациентов скрыть патологические отклонения сексуальности и, во-вторых, с отсутствием объективных методов выявления перверсий. Определенную помощь могут оказать тщательное изучение динамики психосексуального развития, объективный анамнез и анализ тематики эротических сновидений. Однако, кроме откровенного рассказа пациента, ничто не позволяет уверенно диагностировать половое извращение. Используемые в изучении и диагностике гомосексуализма различные психологические методики с опре-

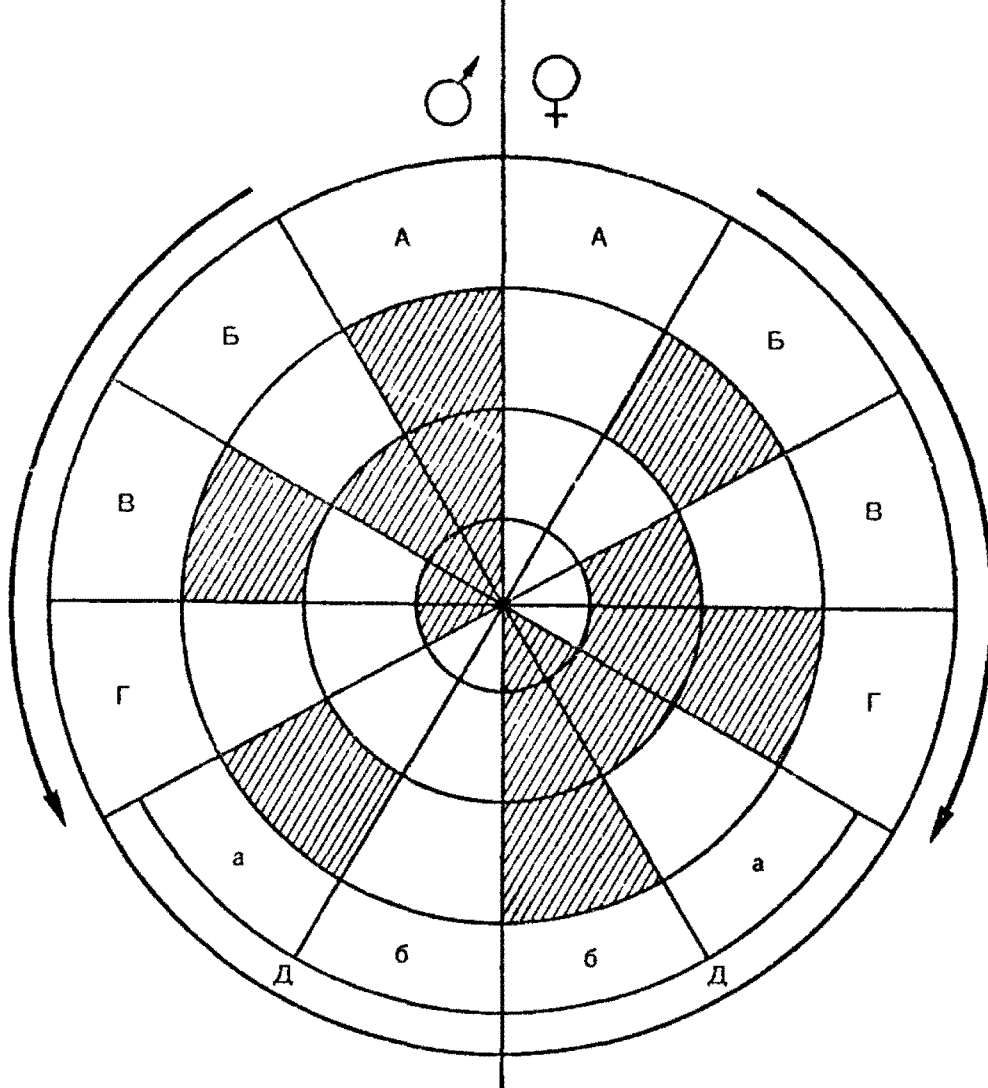


Рис. 40. Соотношение полового самосознания, половой роли и типа психосексуальных ориентаций при различных нарушениях психосексуального развития у мужчин и женщин. А — норма; Б — гомосексуализм с правильной половой ролью; В — трансформированная половая роль с гетеросексуальным влечением; Г — гомосексуализм с трансформированной половой ролью; Д — транссексуализм: а — с гомосексуальным влечением, б — с гетеросексуальным влечением. Окружности (от центра к периферии) обозначают: половое самосознание, половую роль и тип психосексуальных ориентаций. Заштрихованная часть — сформировано по мужскому типу, светлая часть сформировано по женскому типу. Стрелки указывают нарастание тяжести нарушений психосексуального развития.

деленной долей объективности выявляют лишь отклонения в полороловом поведении, но практически бесполезны для установления направленности полового влечения.

Единственным методом, более или менее объективно выявляющим нарушения в направленности влечения, служит психофизиологический метод *фаллоплетизмографии*. Обследование проводится следующим образом. Пациенту демонстрируют стандартный набор цветных слайдов с изображениями обнаженных мужчин, женщин и детей (4—30 лет). Время экспозиции слайда и паузы строго обозначены. Последовательность демонстрации слайдов произвольная, но постоянная при каждом обследовании. Специальные датчики улавливают изменения объема полового члена или влага-

лица, и эти изменения фиксируются. С помощью данной методики можно установить возрастную и половую направленность полового влечения, а также элементы эксгибиционизма.

Дифференциальная диагностика проводится среди всей группы лиц с половыми извращениями. Она направлена на выявление извращений с грубой психопатологической отягощенностью, а также социальной опасности пациентов.

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

Схематически структура различных нарушений психосексуального развития представлена на рис. 40.

8.4.1.2.3.5. Лечение нарушений психосексуальных ориентаций

Легкие девиации полового влечения и перверсные тенденции, реализация которых со взрослым партнером противоположного пола не причиняет вреда здоровью и приемлема для обоих партнеров, лечения не требуют. Роль сексопатолога сводится к психотерапевтической коррекции с целью максимальной адаптации обоих партнеров.

Методика лечения мужчин с перверсиями близка к методике лечения дебютантных сексуальных расстройств, так как причины формирования этих нарушений близки: искажения этапов психосексуального развития в результате трансформации полоролевого поведения, нарушений общения, аутизма. Психотерапевтическая работа с каждым пациентом должна быть длительной, непрерывной и строго индивидуализированной. Прежде всего следует преодолеть трудности коммуникации с потенциальными сексуальными партнерами. Совместно с пациентом необходимо не только определить объект поиска (основной критерий — индивидуальная привлекательность партнера с учетом особенностей влечения), но и отработать приемлемую для него модель поведения в процессе знакомства и платонического ухаживания. Переход к эротической стадии возможен только с партнером, не вызывающим неприязни, располагающим к приятному платоническому общению. Моделировать эротический контакт приходится с учетом всех индивидуальных особенностей влечения, избегая ситуаций контактов, тормозящих сексуальность и вызывающих негативную реакцию, с использованием нереализованных резервов влечения. Обнажение и стимуляция должны относиться только к эрогенным зонам, которые не выходят за пределы влечения и, возможно, включались в фантазии или реализацию на предыдущих этапах. Фаллографическое обследование мужчин с гомосексуальной направленностью влечения выявило постоянное сохранение у них элементов гетеросексуального влечения. При демонстрации обнаженных женщин даже без каких-либо признаков маскулинизации или инфантилизма со спины возбуждение наступало у большинства мужчин, уверенных в своем «чисто» гомосексуальном влечении. При удачном выборе партнера и методов эротической стимуляции пару удается адаптировать на петтинге, подкрепляя влечение оргазмом. Часть паци-

ентов остается на этом уровне адаптации. Как правило, не следует торопиться и только после появления влечения к партнеру на фоне петтинга можно проводить эпизодические попытки интрафеморального или вестибулярного коитуса в наиболее приемлемых для пациента позах. Адаптация на таком уровне может привести к созреванию влечения, переходу с эротической на сексуальную стадию и самостоятельному стремлению к интроитусу. Даже после начала половых актов с эякуляцией не следует забывать, что перверсные тенденции, как правило, остаются, сочетаясь с нормативным, сформированным в результате лечения, либидо. С целью профилактики рецидивов и импульсивных действий в течение всей жизни пациентам следует избегать сексуальных фрустраций.

Более благоприятны перспективы терапии парафилий при правильном прохождении ранних этапов психосексуального развития, когда нарушения влечения, обусловленные социогенными факторами, возникают только на поздних стадиях третьего этапа. Поддаются терапии и нереализованные перверсии, когда перверсные тенденции задерживались на фазе установки любого этапа. Если половые извращения формируются на фоне ППР, то сексуальное влечение необходимо пытаться переориентировать в период юношеской гиперсексуальности (период наибольшей пластичности). При «ядерных» формах нарушений прогноз всегда сомнительный, но чем моложе пациент, чем ближе к периоду юношеской гиперсексуальности, тем больше надежды на положительный психотерапевтический эффект. Даже при наличии патологической реализации возможно существование незрелого, нереализованного, но правильного влечения. При решении вопроса курабельности всегда следует учитывать и особенности личности, и мотивы обращения к сексопатологу. Если пациент искренне стремится избавиться от сексуального извращения и способен прилагать усилия к преодолению патологического влечения, следует пытаться помочь ему. При нежелании, отказе от поиска соответствующего партнера, при состоянии психики, не позволяющем адекватного выбора партнера, и психотерапевтической резистентности лечение у сексопатолога нецелесообразно. Если перверсии приводят к правонарушениям и социально опасным действиям, показана терапия у психиатра, повышающая пороги возбудимости нервных структур, обеспечивающих оргазм и эякуляцию. При психических нарушениях больные с перверсиями также лечатся у психиатров. Сексопатолог может только помочь лечащему врачу разобраться в структуре патологии влечения и прогнозировании его сексуального поведения в дальнейшем.

Для лечения гомосексуализма применяют ряд отечественных методик поэтапной коррекции, у истоков которых был сексопатолог и психотерапевт Н. В. Иванов. В частности, при использовании одной из них на первом этапе психотерапевтически и медикаментозно устраняется патологическое влечение, на втором — вырабатывается эстетическое восприятие лиц противоположного пола и правильное этическое отношение к ним, пациенты обучаются общению с лицами противоположного пола; на третьем — формируется и закрепляется правильное эротическое влечение.

За рубежом применяют также психоаналитические (индивидуальные и групповые) методики и адверсионную методику: выработка реакции отвращения на показ объектов патологического влечения (при этом используют апоморфин, воздействие разрядом электрического тока). Существуют также психохирургическая методика

с разрушением центров, ответственных за половое влечение; и методика лечения эндокринными препаратами.

У женщины даже с грубыми нарушениями влечения социальной адаптации добиться легче: ради семьи и детей она нередко идет на близость без влечения. После психотерапевтической коррекции при адекватной стимуляции эрогенных зон женщины могут испытывать оргазм, хотя и не такой яркий, как при патологической реализации или мастурбации с фантазированием.

8.4.1.2.3.6. Прогноз при нарушениях психосексуальных ориентаций

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

Перверсные тенденции имеют несколько вариантов развития: либо они нарастают, реализуются и переходят в разряд истинных перверсий, либо постепенно затухают, либо сохраняются на одном уровне без реализации и деформируют сексуальное поведение. В первом случае прогноз менее благоприятный, в двух других есть перспектива нормализации сексуальной жизни. Парафилические элементы сексуальности одного партнера при нейтральном и благожелательном отношении второго не мешают реализации влечения и хорошей адаптации в сексуальной жизни, а при негативном отношении ведут к сексуальной дисгармонии и требуют коррекции и адаптации пары. Неудовлетворенность половой жизнью может стать причиной перерастания парафилических элементов в перверсные тенденции, а в последующем даже в истинные половые извращения.

8.4.1.3. Профилактика нарушений психосексуального развития

Медицинский аспект профилактики нарушений психосексуального развития включает следующие положения.

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

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

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

Педагогический аспект профилактики предусматривает следующее.

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

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

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

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

8.4.2. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов

При наличии стойких деформаций личности в виде акцентуаций характера, психопатий или задержек интеллектуального развития (олигофрения), как при эндогенных психозах, эти психопатологические состояния в различной степени сказываются и на половой сфере. В одних случаях они проявляются в качестве стержневого синдрома, а в других играют роль преморбидного фактора, способствующего формированию сексуального нарушения, спровоцированного действием экзогенных вредностей (табл. 29).

Как явствует из приведенных данных, преморбидное психопатологическое отягощение установлено у 63,4% мужчин, обратившихся за сексологической помощью. При этом, поскольку для прогностической оценки терапевтической перспективы и для построения лечебно-реабилитационной программы существенное значение имеет место, которое психопатологический синдром занимает в структуре полового нарушения, следует обратить внимание на тот факт, что

Таблица 29

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

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

акцентуации характера у подавляющего большинства больных (44,9 из 46,5%) играют роль фактора, предрасполагающего к формированию сексуального расстройства; психопатии предстают в качестве предрасполагающего фактора так же часто, как и в роли структурного центра сексопатологической констелляции (соответственно 4,9 и 4,7%), а эндогенные психозы проявляют четкую тенденцию к положению стержневого синдрома (4,1 из 5,1%). Наряду с этим все формы олигофрений у больных, обратившихся за сексологической помощью, не выходят за рамки сопутствующего синдрома; по мере продвижения от наименее клинически выраженных (хотя и наиболее частых) акцентуаций к наиболее тяжелым клиническим формам, сопровождающимся дефектами, свойственными эндогенным психозам, уменьшается не только частота, но и разнообразие феноменологических вариантов. Так, при акцентуациях характера выявлено девять феноменологических категорий, при психопатиях — восемь, а при эндогенных психозах — только две. Среди акцентуаций характера выделены следующие группы: 1) тревожно-мнительные (49,3%); 2) астенические (26,9%); 3) сенситивные (обидчивые) и психастеничные («мыслительный тип») — 8,1%; 4) ригидно-эпилептоидные (5,6%); 5) неустойчивые (слабовольные) — 4,1%; 6) инфантильно-зависимые (2%); 7) выраженные холерики (2%); 8) шизотимные (1,5%); 9) эмоционально-лабильные (гипертимные) — 0,5%. Психопатии предстали в следующем соотношении: 1) астенические (25,6%); 2) эпилептоидные (21%); 3) шизоидные (18,6%); 4) мозаичные (11,6%); 5) инфантильно-зависимые (9,3%); 6) истероидные (7%); 7) неустойчивые (4,6%); 8) эмоционально-лабильные (гипертимные) — 2,3%.

Сопоставление этих двух распределений свидетельствует о том, что при начальных, лишь слегка намеченных акцентуациях характера сексуальные нарушения чаще возникают при преморбидных отклонениях в сторону тревожной мнительности, астенизации и сенситивности. Формирование психопатий сопровождается при сохранении той же ориентированности (астенические в обоих распределениях составляют более четверти всего массива, и в обоих распределениях на последнем месте — гипертимные) возрас-

танием ранговой значимости и частоты шизоидных (от 1,5% и 8-го места до 18,6% и 3-го места) и эпилептоидных форм (от 5,6 до 21%). Детальный анализ показывает, что акцентуации выявляют более тесную корреляцию с молодым возрастом больных, отличаются меньшей длительностью сексуального расстройства и чаще вписываются в рамки таких стержневых синдромов, как мнимые сексуальные нарушения, дезактуализации и неврозы. В противоположность этому психопатии коррелируют с более старшим возрастом и чаще всего вписываются в рамки семейных дисгармоний с первичным нарушением межличностных взаимоотношений, на которые «чисто» сексуальные расстройства накладываются вторично.

Совершенно другие данные выявлены при анализе роли эндогенных психозов. Несмотря на то что при предварительном психиатрическом обследовании рассматривались лишь те случаи шизофрении, которые по самым жестким семейным, бытовым и прогностическим критериям имело смысл передавать сексопатологу, а все наблюдения дефектов личности или паранойяльно-бредовых построений, при которых сексологические жалобы обусловлены лишь содержанием бреда, элиминировались, эндогенные психозы были представлены лишь шизофренией (80,8%) и эпилепсией (19,2%). Подгруппу эпилепсии составили тяжелые случаи заболевания с выраженными изменениями личности, требовавшие систематического применения противосудорожных средств. Как правило, эти лекарства угнетали такие сексуальные проявления, как выраженность либидо, острота волюстических и оргастических ощущений, или непосредственно тормозили центры эякуляции и эрекции. За сексологической помощью никогда не обращались больные маниакально-депрессивным психозом, и их выявление требует активного обследования больных как с «классическими» формами циркулярного психоза (см. ниже), так и с маскированными депрессиями.

8.4.2.1. Акцентуации характера

Акцентуации характера — черты своеобразия в структуре личности, не выходящие за пределы нормы и затрудняющие отношения с окружающими только в определенных условиях

Этиология аномалий характера определяется сочетанием неблагоприятных наследственных и экзогенных факторов. Среди последних различают, с одной стороны, пренатальные, натальные и ранние (первые 2—3 года жизни) постнатальные соматогенные вредности (травмы, интоксикации, инфекции и т. д.), с другой — неблагоприятное влияние микросоциального окружения (безнадзорность, гиперопека, тяжелая нравственная атмосфера в семье), которые при длительном воздействии способны нарушать развитие личности даже с благополучной наследственностью.

В основе патогенеза акцентуаций характера лежит парциальный срыв социальной адаптации, обусловленный блокировкой именно той формы поведения, в сторону которой направлена данная акцентуация. Расстройства социальной адаптации, в частности сексуальной, определяются тем, что в противоположность психопатиям акцентуированные черты сами по себе либо не препятствуют удовлетворительной социальной (социосексуальной) адаптации, либо ее нарушения транзиторны. Акцентуации характера порождают затруднения в отношениях с окружающими лишь при опре-

деленных условиях — в ситуации, предъявляющей к субъекту повышенные требования, и соответствии специфики этих требований типу акцентуации. Например, работа «на людях» с множеством сменяющихся неформальных контактов патогенна для шизотимного, но не гипертимного характера. Изоляция, монотонность и размеренный режим для астеников, сенситивных и эпилептоидных лиц не только не патогенны, но могут становиться стабилизирующими факторами.

Отмеченная особенность патогенеза определяет такие свойства клинической картины акцентуаций характера, как парциальность расстройства поведения, их лакунарность, избирательность и тесная зависимость от внешних условий. Хотя ключевая направленность акцентуации пронизывает весь психологический настрой индивидуума всюду и всегда (гипертимный — кипит энергией, шизоидный — отгораживается от окружающих незримой завесой, а истероидный — жаждет привлечения к себе внимания), внешние проявления этой нацеленности определяются конкретными условиями, в которых живет каждый из них. «Тиран дома и примерный ученик в школе, тихоня под суровой властью и разнузданный хулиган в обстановке попустительства, беглец из дома, где царит гнетущая атмосфера или семью раздражают противоречия, отлично уживающийся в хорошем интернате, — все они не должны причисляться к психопатам» [Личко А. Е., 1977].

Из существующих классификаций в сексологической практике используется реестр акцентуаций характера, предложенный А. Е. Личко (1977). Астеноневротический вариант характеризуется склонностью к ипохондричности и повышенной утомляемостью в сочетании с раздражительностью (по данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, тревожно-мнительные черты выявлены в 49,3%, а астенические — в 26,9% акцентуаций). Кроме того, у представителей этого типа с детства отмечаются признаки невропатии: беспокойный сон, пугливость, ночные страхи, плохой аппетит, капризность, плаксивость, заикание и т. д. Характерно, что с наступлением пубертатного периода развития невропатические черты могут сглаживаться, однако тревожная мнительность, склонность к ипохондрии у большинства лиц сохраняется на протяжении всей жизни.

Сенситивный (обидчивые) и психастеничный («мыслительный») варианты выявлены у акцентуированных сексологических больных в 8,1% случаев. Они во многом близки между собой и «скорее принадлежат к широкому кругу астеников, составляя среди них все же особую подгруппу» [Личко А. Е., 1977]. Главные черты таких людей — нерешительность, склонность к рассуждательству, своеобразная «этическая скрупулезность», любовь к самоанализу и легкость образования obsessions (навязчивые страхи, опасения, мысли, представления и действия). Под влиянием неудач, в том числе сексуальных срывов, они становятся настороженными и замкнутыми. Для них характерны также чувство долга, ответственности, высокие моральные требования как к окружающим, так и к себе; их больно ранят любые проявления грубости и житейского цинизма. Они находят у себя множество недостатков, в том числе связанных с сексуальной сферой. Наиболее частым поводом к угрызениям в этом плане служит мастурбация.

Как правило, собственные слабости, робость и застенчивость расцениваются как «последствия онанизма», а заодно сюда же относят якобы слабеющую память, худобу, дефект телосложения

и т. д. Робость и застенчивость у представителей этого варианта усиливаются при первой любви. Молодые люди либо ожидают, что «она сама все поймет» (объект влюбленности часто так и остается в неведении об их чувстве), либо действия, деформированные психологической гиперкомпенсацией, оказываются столь императивными и неожиданными, что пугают ее и отталкивают.

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

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

«Эпилептоиды» часто вступают в конфликты даже при удовлетворительной социальной адаптации. М. С. Певзнер (1941) обратила внимание на особый вариант эпилептоидности, отличающийся «гиперсоциальностью» — работоспособностью, аккуратностью, педантизмом, и подчеркнула, что подобные личности не являются психопатами. Однако А. Е. Личко отмечает двойственность, избирательность и зависимость от внешних условий таких «гиперсоциальных» акцентуаций: будучи сверхкорректными в одной ситуации, в другой они проявляют крайнее себялюбие, злобность, агрессивность и жестокость.

Неустойчивый вариант акцентуации характера определяется безволием, которое, однако, наиболее отчетливо проявляется в труде, учебе, исполнении обязанностей и долга. Такие лица упорно отстаивают свои «права» на удовольствия и развлечения, хотя в поиске последних также не обнаруживают напористости, а скорее пассивно следуют в фарватере других искателей легкой жизни. С детских лет они непослушны, непоседливы, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказания. Легко и охотно подчиняясь другим детям, они противопоставляют родителям и учителям пассивную форму эскапизма, используя любой предлог для отлынивания от занятий. Рано обнаруживается повышенная тяга к развлечениям, удовольствиям, праздности и просто безделью. Они убегают с уроков в кино или в компанию подростков. Эти подростки подражают лишь тем моделям поведения, которые сулят немедленные удовольствия и развлечения. Такие дети рано начинают курить, легко идут на мелкие кражи. Поражает их равнодушие к своему будущему — они не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или положении, целиком живут только настоящим, желанием извлечь из

него максимум развлечений и удовольствий. Эти особенности определяют и направленность сексуальных реакций. Участие в асоциальных группах и пренебрежение к общепринятым морально-этическим нормам, свойственные неустойчивым характерам, ускоряют приобретение сексуального опыта, превышающего индивидуальные показатели половой конституции, и знакомство с девиантными формами половой активности. В структуре их либидо наиболее редуцированной из трех его составляющих оказывается платоническая, и вследствие этого романтическая влюбленность проходит мимо них. В дальнейшем они так же не способны на искреннюю, глубокую и устойчивую любовь, как и на настоящую дружбу; компанию для развлечения всегда предпочитают преданному другу, а их интимные отношения — даже не секс без любви, а игра в секс, причем игра на грани дозволенного с соскальзываниями в перверсии от скуки.

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

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

В сексологическом плане у инфантильно-зависимых, в противоположность неустойчивому типу, наиболее редуцированы сексуальная и эротическая составляющие либидо при относительно лучшей сохранности платонической. Все возрастные проявления сексуальности запаздывают, а их набор оказывается ограниченным. Первая эякуляция обычно происходит при коитусе. Мастурбации и эксцессы, как правило, отсутствуют. Первый половой акт у них часто

является результатом пассивного совращения — со старшей женщиной, уже обладающей сексуальным опытом. В новых связях такие лица тяготеют к старшим женщинам на протяжении всей жизни. Однако неясно, чего здесь больше — власти импринтинга или инфантилизма, обеспечивающего мужчинам с рассматриваемым типом задержки развития более комфортное самочувствие с более житейски и сексуально опытной женщиной, а символом этой опытности становится возраст.

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

Шизоидный тип отличается аутизмом, замкнутостью, отгороженностью от окружающего, неспособностью или нежеланием устанавливать контакты, снижением потребности в общении, что связано с недостаточной способностью к сопереживанию — неумением проникнуться чувствами другого человека, разделить его радость или печаль. Иногда эти проявления называют шизоидной холодностью или слабостью эмоционального резонанса. Сочетание таких противоречивых черт, как холодность и утонченная чувствительность, упрямство и податливость, настороженность и легковерие, апатичная бездеятельность и неожиданная назойливость, застенчивость и бестактность, рациональные рассуждения и нелогические поступки, богатство внутреннего мира и бесцветность его внешних проявлений, заставляет говорить об «отсутствии внутреннего единства» [Личко А. Е., 1977].

Названные особенности прослеживаются и в сексуальной сфере. Внешняя «асексуальность» и кажущееся презрение к вопросам пола обычно сочетаются с упорной мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями, легко включающими перверсные тенденции. Шизоидные подростки, болезненно чувствительные в компании, неспособные на ухаживание и флирт, не умеющие добиться сексуальной близости в адекватной ситуации, могут неожиданно обнаружить сексуальную активность в самых грубых формах (часами ожидать возможности увидеть обнаженные половые органы, мастурбировать под чужими окнами и т. д.). При этом они глубоко таят сексуальные переживания и не склонны раскрывать мотивы своих сексуальных действий. Низкий процент шизотимной акцентуации (1,5), по данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, объясняется тем, что шизоидные проявления чаще включаются в клиническую картину психопатий (18,6%) или даже выходят за пределы аномалий характера, преобразуясь в психоз.

При *гипертимном* варианте аномалии характера преобладает приподнятое настроение, лишь изредка и ненадолго омрачаемое кратковременными вспышками раздражения; они учащаются и усиливаются при строго регламентированном режиме, который такие люди очень плохо переносят, и вынужденном безделье. В структуре

сексуальных расстройств этот вариант встречается реже всех других (0,5% при акцентуациях и 2,3% при психопатиях), и только как сопутствующий синдром при поражениях эякуляторной составляющей.

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

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

Надежные союзники врача при коррекции акцентуаций характера — достаточное развитие интеллекта и сохранность критического отношения к своему состоянию. Эти условия позволяют, апеллируя к личности больного, осуществлять активную реабилитацию (по принципу: посеете поступок — пожнете привычку, посеете привычку — пожнете характер). На этом пути малейшая победа над собой, сколь бы далекой от собственно сексуальной сферы она поначалу ни казалась, становится залогом дальнейших успехов. В этом смысле для очень многих сексологических пациентов с акцентуациями характера первым социопсихотерапевтическим мероприятием, способным вызвать коренной перелом всего жизненного модуса, являются переоценка и решительное изменение должностной позиции. Этот радикальный шаг должен быть ориентирован на создание оптимальных предпосылок, благоприятствующих полному раскрытию индивидуальных особенностей личности в условиях максимального соответствия предъявляемых местом работы требований типу конституции. Именно должностная позиция, рабочий участок принадлежит к числу тех поддающихся продуманному воздействию внешних обстоятельств, которые определяют, в каком направлении развернется присущая акцентуированному индивидууму его «готовность к особенному», по Леонгарду, — в социально-отрицательном или социально-положительном направлении. При решении этой задачи необходимо учитывать все — от интра- или экстравертированности, диапазона (возможность, невозможность, необходимость) личной инициативы и обширности межличностных контактов до уровня и характера дисциплинарных установок. Например, шизоидные лица нередко стремятся к работе в малой группе, не понимая того, что именно малая группа, требующая развития неформальных контактов, создает наиболее трудную для них ситуацию. Врач должен предвидеть и предупредить это.

Отмечая, что гипертимные лица лучше социально адаптируются

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

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

Особой осмотрительности требует психотерапия психастеничных больных, склонных к самоанализу. Они стремятся превратить психотерапевтические беседы в процедуры бесплодного мудрствования, «словесную жвачку», оторванную от коррекции поведенческих стереотипов. Занятия физкультурой следует ориентировать на главный реабилитационный смысл — пробудить мышечную радость и способность наслаждаться движением [Масс А., 1981].

Для холостых пациентов особое значение приобретает установление стабильных отношений с благожелательной партнершей на здоровой морально-бытовой основе при учете специфики стержневого синдрома и ориентировке на взаимное уравнивание индивидуальных личностных особенностей (по принципу комплементарности — см. раздел о *дисгармониях*). У пациентов, состоявших в браке, эффективность индивидуальной психотерапии в большинстве случаев значительно усиливается включением элементов семейной психотерапии, направленной на «благополучного» супруга. Наконец, решающее воздействие на специфически сексуальные затруднения оказывает построенная с учетом индивидуальных особенностей всей предыстории формирования сексуальности у каждой конкретной пары система сексопедических рекомендаций, обеспечивающих реконструктивную секстерапию, направленную на выравнивание отставаний отдельных этапов и фаз (см. раздел 8.4.1.1.1).

8.4.2.2. Психопатии

Под психопатиями подразумевают тотальную патологию характера, главным образом с дисгармонией в эмоциональной и волевой сферах. Объединение в одну группу деформаций личности, связанных с внешними уродствами, соматическими заболеваниями и социальными явлениями, вынуждало говорить о том, что «психопатии отличаются от болезней в собственном смысле слова» [Кербиков О. В., и др., 1958]. Отечественные психиатры более чем полвека

назад [Ганнушкин П. Б., 1933] отмечали: «Здесь имеем не отдельные отграниченные друг от друга болезни (нозологические единицы), а лишённые резких очертаний формы, незаметно, рядом оттенков переходящие одна в другую». Как показали А. А. Портнов и соавт. (1987), из первоначальных диагнозов различных психопатий при углубленном катamnестическом наблюдении этот диагноз подтверждался только в 15,9% случаев; в 84,1% обследований были выявлены психозы (малопрогрессирующая шизофрения, циркулярный психоз, эпилепсия), посттравматическая энцефалопатия, алкогольные поражения мозга, олигофрения.

Этиология психопатий во многом остается неясной. В происхождении «ядерных», конституциональных психопатий ведущее место отводят наследственному фактору, а также негрубым экзогенно-органическим поражениям головного мозга во внутриутробном, перинатальном и раннем постнатальном периодах развития (инфекции, травмы, интоксикации, гипоксия, иммунологическая несовместимость матери и плода и др.). В формировании «краевой психопатии» основная роль принадлежит социально-психологической сфере. Высказывается мнение, что важна не природа, а период действия патогенных факторов [Ковалев В. В., 1979]. Соотношение генетических и средовых факторов, обуславливающих становление психопатий, по В. Я. Гиндикину (1961), — 4:1.

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

Незрелость, инфантилизм наиболее свойственны психопатиям вообще и истерическим психопатиям в частности. Говорить о задержках психического развития, инфантилизме можно в случаях обследования лиц не моложе 20 лет. По данным патопсихологов, инфантилизм характеризуется неравномерностью развития интеллекта, высокими притязаниями и завышенной самооценкой. Инфантилизм — следствие асинхронного развития, акцелерации одних и ретардации других структур личности и связанных с ними функций. Полиморфность инфантилизма указывает на то, что различные структуры личности претерпевают неодинаковые воздействия и уровень ретардации в них различен. Ретардированные структуры личности оказываются наименее устойчивыми при столкновении с жизненными трудностями и с ними связана наиболее выраженная патология. Выделяют следующие признаки инфантилизма: наивность и прямодушная восторженность, эгоизм и эгоцентризм, эмоциональная лабильность, яркое фантазирование, формально обязательное исполнение долга, подчиняемость, беззаботность и равнодушие, неустойчивость интересов и отвлекаемость, обидчивость и впечатлительность, робость и застенчивость. Ю. Н. Давыдов и И. Б. Роднянская (1980) выделяют пять признаков инфантильной личности: 1) женственная капризная безвольность с отказом

от соревнования и соперничества; 2) отказ от половых различий, диктуемых социальными ролями (унисекс), с размытой чувственностью; 3) истерически агрессивное отрицание всякой упорядоченности; 4) импульсивность («рай немедленно», «здесь и теперь»); 5) гедонизм, при котором удовольствия ценятся тем больше, чем меньше напряжения они требуют (зрелый секс требует больше усилий, чем инфантильная сексуальная игра). Учитывать особенности инфантилизма необходимо еще и потому, что они наиболее отчетливо выступают в периоды компенсации психопатий, т. е. представляют именно те состояния, которые наблюдают практические сексопатологи.

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

Большинство классификаций психопатий клинко-описательные, в том числе и содержащаяся в Международной классификации болезней 9-го пересмотра: параноидные, аффективные, шизоидные, эксплозивные возбудимые личности, ананкастические (с явлениями навязчивости), истерические, астенически лабильные, эмоционально тупые личности, другие, в том числе незрелые инфантильные без отставания в умственном развитии, неуточненные психопатии, патологическое развитие личности без других указаний.

Частота сексуальных расстройств у мужчин с психопатиями и соотношение различных типов психопатий приведены в разделе 8.4.2. Поскольку психопатии отличаются от соответствующих типов акцентуаций лишь тотальностью, стойкостью и выраженностью расстройств поведения, для полноты представленного ранее перечня остается охарактеризовать лишь *истерическую психопатию*.

Основной ее стержень — эгоцентризм, ненасытная жажда внимания к своей особе, а также внушаемость, лживость и фантазирование, повышенная эмоциональность, которая оборачивается неспособностью к глубоким и искренним чувствам, склонность к рисовке и позерству. Ту же направленность имеют и сексуальные проявления. Либидо не отличается ни силой, ни напряжением, ни стойкостью, а в сексуальном поведении много театральности. Подростки мужского пола предпочитают разыгрывать вариант молчаливо-многозначительной таинственности, а девочки, наоборот, склонны широко афишировать как действительные отношения, так и целиком выдуманные связи, изображая распутниц и наслаждаясь ошеломляющим впечатлением [Личко А. Е., 1977]. Склонность лиц с истерической психопатией к оговорам и самооговорам следует учитывать при экспертизе.

В отличие от истерических психопатий (7%), выявленных у сексологических больных, обследованных во Всесоюзном научно-методическом центре по вопросам сексопатологии, среди обследованных не было ни одного случая истероидной акцентуации. Это, по-видимому, объясняется способностью лиц с незначительными проявлениями истероидной театральности располагать окружающих к себе («инграция», по А. Якубику, 1982).

Динамику психопатий часто характеризуют понятиями

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

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

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

Диагностика психопатий основывается прежде всего на клинико-биографическом методе обследования. Практическое значение оценки всего жизненного пути больного связано с тем, что каждому типу психопатий в определенной мере свойствен свой возраст формирования и внешней манифестации. Данные о ранних этапах развития и крайне важные сведения об особенностях поведения больного в различных жизненных обстоятельствах можно получить из объективного анамнеза, сбор которого, однако, ограничивается деонтологическим требованием, в соответствии с которым не рекомендуется расширять без острой нужды круг лиц, осведомленных о семейном неблагополучии пациента. Во всех случаях диагноз психопатии должен включать типовую принадлежность и характеристику динамической фазы (компенсация, декомпенсация). Разновидности аномалии характера в известной степени помогают установить различные психологические тесты.

Дифференциальная диагностика психопатий проводится главным образом с акцентуациями характера и эндогенными психозами, а также с неврозами.

Наиболее трудно отличить ярко выраженные шизоидные акцентуации характера от шизоидной психопатии и тяжелые формы шизоидной психопатии от благоприятно или атипично протекающей шизофрении. При акцентуациях клинические срывы и социальные дезадаптации наступают лишь под влиянием определенных экзогенных вредностей, отвечающих типу акцентуации (правило комплементарности и соответствия, раздел 8.4.2.1), при психопатиях нарушения адаптации могут быть следствием любых травм или возникать без видимых причин, в самых благоприятных условиях, выявляясь как результат внутренней неуравновешенности. Отграничить психопатии от эндогенных психозов (как правило, шизофрении) помогает прежде всего динамика: психопатиям не свой-

ственно прогредиентность с неуклонным снижением уровня личности.

Многие авторы отмечают, что психопатические личности не могут должным образом учитывать прошлое, прогнозировать будущее, предвидеть последствия содеянного. Такие лица склонны к всевозможным начинаниям без понимания путей и средств для достижения задуманного. Это чрезвычайно существенное отличие психопатий от неврозов — непосредственное подчинение ситуации, когда прошлый опыт не регулирует собственные действия, показано в психологических экспериментах (см. раздел 8.4.3.1).

Инфантилизм как форма психопатии (шифр 301.8 по Международной классификации болезней) отграничивается от олигофрении по неравномерности, парциальности и избирательности задержек развития различных сторон личности, в том числе и некоторых проявлений интеллекта. При этом делается акцент на эмоционально-волевых качествах, наличии компенсаций и даже гиперкомпенсаций (память, речь), что не свойственно олигофрениям, сопровождающимся диффузной интеллектуальной дефектностью.

В лечении сексуальных расстройств, возникающих на фоне психопатии, реальные терапевтические возможности сексопатолога ограничены. Это связано с тотальностью, стойкостью болезненного состояния и отсутствием того внутреннего контроля за своим поведением, который свойствен лицам с акцентуациями характера. Поскольку психопатии почти полностью необратимы, рациональная психотерапия играет при них намного меньшую роль. Она эпизодическая и ограничивается воздействием на частные поведенческие стереотипы при некоторых формах (главным образом астенических), так как никакими рациональными беседами и убеждением изменить болезненно деформированную структуру психопатической личности, как правило, не удается. Остальные лечебные воздействия, рекомендованные при акцентуациях, — от применения лекарственных средств и до сексопедических приемов реконструктивной секстерапии, показаны и при реабилитации больных с психопатиями. Семейная психотерапия и трудовая адаптация приобретают при психопатиях ведущее значение, во многих случаях определяя даже не тактику, а всю стратегию функционального восстановления.

Так, комплексная реадаптация больных с сексуальными расстройствами при психопатиях должна включать не только половые и семейные взаимоотношения, но и оптимальное соотношение личностных особенностей и требований профессии. Несоответствие личностных параметров, профессиональных требований проявляется и в семейных конфликтах. Устранение этого несоответствия смягчает напряженность в супружеских отношениях. Всестороннее психологическое обследование, выявляющее уязвимые стороны личности и резерв индивидуальной переносимости различных условий и ситуаций, способствует правильной ориентации и снижает вероятность психопатических реакций и срывов. Так, было показано [Эйдмиллер Э. Г., 1976], что у психопатических личностей самооценка адекватна в 60%, а оценка своих близких — в 20—30% случаев. Предлагают групповое анонимное обсуждение наиболее ярких клинических примеров с привлечением близких родственников для быстрого восстановления адекватного общения в семье, тренировки и воспроизведения соответствующих ситуаций — имаготерапию [Вольперт И. Е., 1981] и активацию взаимных коммуникаций, тренировку в воспроизведении адекватных межличностных взаимо-

действий, поэтапное сближение самооценок супругов, которое позволяет повысить эффективность взаимной «сыгранности».

Для определения искажений в самооценке супругов использовался опросник сексуального взаимодействия, модифицированный нами [Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А., 1980] в парный тест сексуального взаимодействия. Обследуемым предлагалась формализованная оценка различных элементов сексуальной программы (от пуританской до изощренной) в количественном и качественном тезаурусах. Сопоставление ответов партнеров или супругов по различным тезаурусам позволяло оценивать наряду с надежностью данных мотивы ответов и стабильность союза. Сближение оценок, которое достигалось серией экспериментов, развивало способность к адекватной самооценке и тренировало коммуникативность пары. Это важно еще и потому, что психопатические личности нередко уже при выборе партнера совершают ошибку. Они предпочитают людей, подобных своим родителям или другим близким, возможно, причастным к этой деформации характера, стойко запечатленной в критические периоды развития. Активное участие в лечении больных и обсуждении историй (а не просто выслушивание советов) тем нужнее, чем прочнее и глубже декомпенсация психопатологической симптоматики у больного.

Медикаментозные средства (главным образом транквилизаторы и антидепрессанты — либриум, мепробамат, меллерил, амитриптилин и др.) могут рассматриваться лишь как более или менее удачный фон для комплексной терапии сексуальных расстройств при психопатиях.

8.4.2.3. Эндогенные психозы

В эту группу входят эндогенно-функциональные психозы (шизофрения, маниакально-депрессивный и так называемые инволюционные психозы) и эндогенно-органические заболевания (эпилепсия, атрофические заболевания головного мозга и редкие формы наследственных органических заболеваний), развивающиеся с преимущественным участием эндогенных факторов: типа нервной системы, пола, возраста, наследственности, конституционально обусловленной реактивности организма, а также ассимилированными влияниями различных вредностей в прошлом. В качестве стержневого синдрома при эндогенных психозах могут быть расстройства сексуальных функций, а также сексуально окрашенные переживания в структуре различных психопатологических синдромов (галлюцинаторно-параноидный, ипохондрический, психопатоподобный с нарушением психосексуальных ориентаций и т. д.). Больные эндогенными психозами, нуждающиеся в лечении у сексопатолога, составляют 5,1% пациентов сексологического приема. По нозологическим формам большие шизофренией составляют 80,8%, эпилепсией — 19,2%, большие маниакально-депрессивным психозом за сексологической помощью практически не обращаются.

Учитывая известную общность патогенетических механизмов эндогенных психозов, можно выделить ряд факторов, способствующих дестабилизации сексуальной сферы при этих заболеваниях.

1. Патогенные влияния, обусловленные психопатологической симптоматикой. К ним относятся аффективные колебания, ипохондрическая фиксация, бредовые интерпретации.

2. Изменения личности, наступающие при длительном течении

психического заболевания в диапазоне от психопатоподобных проявлений, нарушающих социальные коммуникации больного, до грубых проявлений психического дефекта, исключающих возможность создания семьи.

3. Патогенные влияния, связанные с побочным действием на сексуальную сферу нейролептиков, снотворных, транквилизаторов и противосудорожных средств.

Сексуальные расстройства при эндогенных психозах у женщин наряду с торможением сексуальных функций нередко проявляются повышением полового влечения, расторможенностью полового поведения и в отличие от гиперсексуальности эндокринного генеза отсутствием критического отношения к болезни, игнорированием социальных норм, стандартов полового поведения.

8.4.2.3.1. Сексуальные расстройства при шизофрении

Шизофрения относится к числу психических заболеваний, при которых пациенты часто обращаются к врачу с жалобами на сексуальное расстройство. Распространенность шизофрении в популяции, по разным данным, составляет около 1%, а среди ее этнологических факторов большую роль играет наследственность. В последние годы выявлены многообразные биохимические сдвиги, в том числе нарушение обмена биогенных аминов, эндогенных опиатов, аутоиммунных процессов, коррелирующих с остротой течения заболевания. В клинических проявлениях шизофрении центральное место занимают специфическая диссоциация, расщепление психики с приобретением новых, несвойственных здоровой психике качеств и одновременной утратой прежних психических свойств личности. Таким образом, различают приобретенные позитивные, или продуктивные, расстройства (страх, тревога, депрессия, бред, галлюцинации и т. д.) и негативные, или дефицитарные, психопатологические проявления (эмоционально-волевое снижение, редукция энергетического потенциала, утрата социальных контактов и т. д.).

В соответствии с Международной классификацией болезней (МКБ-9) выделяют простой тип (форма) шизофрении, при котором в ее клинической картине доминируют быстрое снижение активности, апатия, безразличие, появление странностей в поведении, замкнутости, чужаковатости, социальной дезадаптации (бродяжничество, антиобщественные поступки). Гебефренический тип (форма), обычно дебютирующий в юношеском возрасте, проявляется быстрым распадом психики с характерной дурашливостью, гримасничаньем, манерностью, бессмысленными импульсивными поступками, нелепыми выходками. Кататонический тип характеризуется преобладанием двигательных расстройств полярного характера — от хаотичного двигательного возбуждения до полной обездвиженности (ступора) с застыванием в неестественных позах (каталепсия). Указанные психомоторные проявления могут сопровождаться сновидным, онейроидным изменением сознания или развиваться без галлюцинаторных расстройств (люцидная кататония). Параноидный тип, наиболее часто встречающийся в клинике психических заболеваний, характеризуется доминированием бредовых идей, которые могут сочетаться с галлюцинациями и явлениями психического автоматизма, т. е. отчуждением некоторых психических функций с ощущением их сделанности кем-то

извне. Различают *идеаторные автоматизмы* (непроизвольные наплывы и остановки мыслей, параллельные мысли, чувство открытости мыслей для окружающих), *моторные* — в виде неподвластных воле больших движений в различных частях тела, а также *сенсорные* — в виде различных неприятных ощущений с чувством их сделанности, слуховых галлюцинаций. Содержание бредовых идей бывает различным, чаще выявляется бред отношения, преследования, воздействия, реже — бред ревности, изобретательства, сутяжный, ипохондрический и другие виды. В типичных случаях в развитии бреда выделяют: паранойяльный этап, на котором мышление сохраняет логичность, мотивированность заключений; параноидный этап, на котором возникают аффективные колебания, бредовые идеи достигают широкого масштаба, присоединяются галлюцинации и явления психического автоматизма; парафренный этап, на котором изменяется самосознание, появляются идеи величия, бред приобретает фантастический характер, завершающийся распадом бредовой системы. Шизоаффективный тип характеризуется сочетанием выраженных маниакально-депрессивных расстройств с острой шизофренической симптоматикой, свойственной обычно параноидному или кататоническому типу.

Особой формой является так называемая вялотекущая шизофрения, при которой психопатологические расстройства не достигают психотического уровня (ограничиваются главным образом невротическими и психопатоподобными проявлениями), изменения личности формируются медленно. Обычно наблюдается волнообразность течения процесса с периодами его стабилизации без грубых нарушений социальной адаптации. Психопатологические проявления ограничиваются уровнем невротических (астенические, аффективные, обсессивные), полиморфных, мозаичных психопатоподобных и негрубых паранойяльных расстройств в форме дисморфофобических или ипохондрических идей, с изобретением особых систем оздоровления организма, в том числе в целях укрепления сексуальных функций. Психопатоподобные расстройства при «вялотекущей» шизофрении нередко включают различные девиации полового влечения.

Течение шизофренического процесса различно. Бывают приступы так называемой фебрильной шизофрении, которые могут приводить к летальному исходу, и однократные в течение жизни приступы, практически не оставляющие после своего окончания заметного дефекта психики. В целом различают три основные формы шизофрении: непрерывно-прогредиентную, периодическую (приступообразная) и смешанную (приступообразно-прогредиентная). Каждая форма шизофрении по степени прогредиентности делится на ряд вариантов.

Свойственные шизофрении психопатологические явления настолько часто способствуют развитию у больных расстройств сексуальной сферы, что многие психиатры используют сексологические жалобы в качестве одного из критериев дифференциальной диагностики шизофрении. На приеме у сексопатолога может оказаться больной с любым типом и формой шизофрении, но в случае манифестации кататонических, параноидных или аффективных расстройств психическое состояние больных не оставляет сомнения в наличии психического заболевания, делающего бессмысленным дальнейшее изучение сексуальной сферы пациента. Вне обострения психического заболевания возможность сексологической помощи определяется выраженностью шизофренического дефекта. При глу-

боких изменениях личности больные утрачивают микросоциальные контакты и, как правило, избегают интимных связей. Значительные трудности связаны с диагностикой шизофренического процесса в дебюте заболевания до манифестации психоза, в межприступный период при сохранности личности больных, а также при «вялотекущей» шизофрении. Даже если больные уже попали в поле зрения психиатра, сведения об этом на сексологическом приеме они сообщают крайне неохотно и негативно относятся к приглашению врачом родных, от которых можно получить подобную информацию. При отсутствии возможности объективизировать представляемые больным анамнестические сведения диагностика шизофрении не исключена в процессе динамического наблюдения и лечения. Иногда сведения о перенесенных психических расстройствах или имеющихся психопатологических переживаниях пациенты сообщают врачу после установления с ним контакта, возникновения доверительного отношения.

Можно выделить несколько групп больных шизофренией обоего пола, попадающих под наблюдение врача-сексopatолога при их непосредственном обращении или обращении их родственников: 1) с нарушениями сексуальных функций (изменение интенсивности либидо, ослабление эрекции, изменение продолжительности полового акта, снижение яркости оргазма); 2) с необычными субъективными ощущениями, убежденные в наличии грубых расстройств сексуальной сферы, иногда в сочетании с идеями воздействия извне на половые органы; 3) не имеющие возможности начать половую жизнь в браке (виргогамия); 4) с повышенным половым влечением, реже в сочетании с расторможенностью сексуального поведения как в зрелом, так и в детском и подростковом возрасте; 5) с бредовыми идеями ревности; 6) с различными девиациями полового влечения вплоть до бреда сексуальной метаморфозы, т. е. превращения в лицо противоположного пола.

Больные первых трех групп подлежат лечению у сексopatолога, если их состояние не является фасадом более грубых психопатологических расстройств: депрессии, бреда и т. д., истинная глубина которых нередко становится ясной уже в процессе лечения. Больные трех последних групп практически не нуждаются в помощи сексopatолога, хотя при стабилизации процесса у них с большой вероятностью могут возникать нарушения сексуальной адаптации в браке, требующие вмешательства.

Диагностика шизофрении основывается на выявлении специфических закономерностей эндогенного процесса в комплексе с клиническими данными, особенно важными при стертом, субпсихотическом ее течении. Ряд таких признаков выявляется уже в детском возрасте в пределах складывающейся шизоидной стигматизации личности и нарушения онтогенеза в широком смысле: снижение активности, явления психофизического инфантилизма, аутистические тенденции с ослаблением родственных привязанностей, необычность интересов, патологическое фантазирование, навязчивые страхи и действия. Начало процесса нередко приходится на пубертатный или препубертатный период развития. Часто появляются неврозоподобные проявления (головная боль, бессонница, утомляемость, вялость), аффективные колебания, психопатоподобные черты, ипохондрические и дисморфофобические идеи, увлечение философией, идеаторные расстройства (нечеткость, наплывы или обрывы мысли, невозможность сосредоточиться, параллельные мысли). Сплав дизонтогенетических и процессуальных механизмов вызывает

существенную деформацию психосексуального развития. Отмечаются снижение ТИ, гинекомастия, задержка оволосения лобка, сочетание раннего пробуждения и задержки формирования либидо, раннее начало и высокая интенсивность мастурбации в сочетании с необычными фантазиями, нередко девиантного содержания. Часто отмечается беспричинное снижение сексуальности в пубертатном периоде, возникновение дисморфофобических и ипохондрических переживаний, сочетающих в себе значительный масштаб патологических интерпретаций с элементами безразличного отношения к ним со стороны больных. Сексуальные контакты пациентов нередко носят характер маломотивированных связей, в сексуальном дебюте могут обнаруживаться как различные отклонения, так и мнимые сексуальные расстройства, а при вступлении в брак начало половой жизни нередко связано с непреодолимыми трудностями. Наряду с описанными психопатологическими особенностями могут обнаруживаться признаки, имитирующие синдром парацентральных долек [Пицак А. А., 1986], включая феномен эякуляторной атаксии, а также превышение потребности в реализации интимных связей, колебания качества адекватных эрекций, притупление оргазма, появление гиперпатии и сенестопатий (чувство холода или жара в половых органах, ощущение прохождения через них тока, ползания «мурашек» и т. д.). Дисморфофобические идеи заключаются в регистрации изменения формы, размеров половых органов, изменения их цвета и тургора, консистенции спермы, появления необычных выделений. Нередко больные уверены, что половой член или яички «сморщились», «атрофировались», «усохли», часто отмечают изменения в какой-либо части полового члена при интактности остальных половых органов. Тесно связанные с ними ипохондрические построения содержат объяснения переживаниям и ощущениям: «кровь перестала поступать», «заболел сифилисом», «нарушился рефлекс» и т. д. Ипохондрические интерпретации носят стойкий характер, с трудом поддаются коррекции, склонны рецидивировать.

Таким образом, патогенетические механизмы дезинтеграции сексуальной сферы при наличии шизофренического процесса могут быть представлены в виде: 1) нарушения психосексуального развития под влиянием деформированного воспитания в семьях больных шизофренией, накопления дизонтогенетических признаков; искажения психосексуального развития под влиянием процессуальных факторов; 2) дезинтегрирующего влияния болезни на сексуальную сферу: аффективных колебаний, сенестопатий, ипохондрических идей, аутизации, утраты энергетического потенциала; 3) побочного эффекта нейролептиков; 4) психосексуальных последствий психического заболевания: психосексуальной изоляции вследствие неадекватности вхождения, утраты привлекательности для лиц противоположного пола, эмоционального огрубления больных и их субъективной трудности поддержания тесных межличностных контактов.

Лечение данного контингента больных осуществляют с учетом указанных закономерностей. В первую очередь решается задача смягчения психопатологической симптоматики с применением нейролептических препаратов мягкого действия (сонапакс, этаперазии, лепонекс, иеулептил), антидепрессантов (амитриптилин, пиразидол, азафен, цефедрин) в сочетании с ноотропными средствами. Заметное послабление аффективных, обсессивных, сенестопатически-ипохондрических расстройств позволяет начать психотера-

пию, направленную на разубеждение больных в тяжести их состояния, создание лечебной перспективы, активацию социосексуальных контактов. При виргогамии в браке могут быть использованы приемы секстерапии. При подборе препаратов необходимо свести к минимуму депотенцирующее действие нейролептиков. Основным показателем успешности терапии является повышение адекватности больного. Нередко больные прибегают к собственным, нередко экстравагантным оздоровительным мероприятиям: занятия йогой, изготовление аппликационных «ковриков», «поясов», электростимуляция, точечный массаж, гидротерапия и т. д. Если подобные процедуры осуществляются вне бредовых интерпретаций, сопровождаются улучшением психического состояния больных и не делают больных труднопереносимыми в быту, то не следует их однозначно запрещать. Иногда использование таких методов в качестве своеобразных ритуальных действий помогает активизировать больных и добиться желаемых результатов.

8.4.2.3.2. Половые расстройства при эпилепсии

Эпилепсия — хроническое психическое заболевание, дебютирующее преимущественно в детском или юношеском возрасте и проявляющееся разнообразными пароксизмальными расстройствами, психозами и типичными изменениями личности, достигающими в отдельных случаях слабоумия. Распространенность эпилепсии среди населения достигает 1%. Помимо самостоятельной эпилептической болезни (идиопатическая, генуинная, эссенциальная эпилепсия), выделяют симптоматическую эпилепсию при различных органических поражениях головного мозга. Клиническая систематика проявлений эпилепсии включает генерализованные припадки: большие судорожные, малые (абсансы; миоклонические), акинетические, «эпилептическое состояние», очаговые (фокальные) припадки: двигательные (джексоновские, адверсивные, жевательные, тонические, постуральные, миоклонические), чувствительные, сенсорные (соматосенсорные, зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые), приступы головокружения, психические припадки, пароксизмальные нарушения психики (кратковременные психозы, сумеречные, сноподобные состояния, дисфории), эпилептические психозы; автоматизмы, речевые припадки (потери артикуляции, собственно афатические) и рефлекторные.

Наличие эпилепсии впервые на сексологическом приеме устанавливается очень редко. Большинство обращающихся к секс-патологу больных в течение длительного времени наблюдаются у невропатологов или психиатров. Лишь в тех сравнительно редких случаях, когда клиническая картина эпилепсии представлена единичными абсансами, неразвернутыми пароксизмами во время сна, латентной эпилепсией, характеризующейся типичными изменениями биоэлектрической активности без пароксизмальных проявлений, предположение об этом заболевании может впервые возникнуть в процессе обследования сексологического больного.

Поражения психической составляющей копулятивного цикла у больных эпилепсией в основном связаны со специфическими изменениями личности: тугоподвижностью мыслительных процессов, обстоятельностью, угодливостью и слащавостью в сочетании со взрывчатостью и агрессивностью, мелочностью, злопамятностью, мстительностью, эгоистичностью, холодностью, что создает сложно-

сти во взаимоотношениях с окружающими, в том числе с супругом и другими членами семьи. Среди больных эпилепсией в браке состоят 53,7% человек [Болдырев А. И., 1978]. У таких больных нередки случаи хронического алкоголизма, асоциального поведения, агрессии по отношению к близким.

Вторым существенным фактором дезинтеграции сексуальности у больных эпилепсией служит длительное, нередко в течение всей жизни, и массивное противоэпилептическое лечение с применением как противосудорожных, так и седативных, снотворных и нейролептических препаратов. Если выявлена связь между назначением какого-либо нового препарата и возникновением сексуальной дисфункции, а целесообразность изменения назначений становится очевидной, то смена препарата производится постепенно, с учетом мнения лечащего врача. Существует мнение, что прием препаратов в комбинации или смеси дает меньше осложнений и побочных эффектов, в том числе и в случаях нарушений сексуальных функций.

Один из факторов ослабления влечения и снижения сексуальной активности — астенические расстройства (головная боль, слабость, раздражительность, нарушение сна, утомляемость, снижение работоспособности), отчетливо выявляющиеся у трети больных эпилепсией, особенно при симптоматических формах.

Самостоятельная роль в развитии сексуальных расстройств принадлежит височной и дисэнцефальной эпилепсии. Височная эпилепсия характеризуется выраженной аурой с дереализацией, галлюцинациями, психосенсорными нарушениями, бессудорожными пароксизмами сумеречных состояний, психических автоматизмов, вегетативных и аффективных расстройств. При этой форме эпилепсии отмечается угнетение всех компонентов сексуальности: снижаются интенсивность либидо, частота половых актов, эрекции, притупляется оргазм. Сексонатологические проявления смягчаются под влиянием противосудорожной терапии. Дисэнцефальная эпилепсия характеризуется вегетативными пароксизмами, нередко с продромальными дисфориями, головными болями, жаждой, повышением аппетита. В структуре пароксизма преобладают аффект страха, тревоги, неприятные ощущения в эпигастральной области, озноб, гиперемия или бледность кожных покровов, шум в ушах, гиперсаливация, тахикардия, одышка, завершающиеся потливостью учащенным мочеиспусканием, сонливостью. Сексуальные расстройства при дисэнцефальной эпилепсии связаны с гипоталамическим поражением, описанным в соответствующем разделе.

8.4.2.3.3. Сексуальные нарушения при маниакально-депрессивном психозе (МДП)

Маниакально-депрессивный психоз (*циркулярный психоз, циклофрения*) — заболевание, протекающее в виде аффективных фаз (депрессивных, маниакальных, сдвоенных, смешанных), разделенных интермиссиями. В отличие от шизоаффективного типа шизофрении при МДП не наблюдается заметных изменений личности и признаков психического дефекта, даже при многократных рецидивах и многолетнем течении заболевания. К МДП относятся менее выраженная форма — *циклотимия*, а также особые формы — *скрытая депрессия* и *эндореактивная дистимия*.

Различают биполярное течение МДП, характеризующееся на-

личием как маниакальных, так и депрессивных фаз, и монополярные с одинаковой клинической структурой всех фаз. В течение жизни больные переносят несколько фаз продолжительностью от 2 до 6 мес; кратковременные фазы продолжительностью от нескольких дней до недель встречаются реже, чем затяжные продолжительностью до года и более. Депрессивные фазы при циклофрении составляют до 60%, а при циклотимии до 90% в структуре всех приступов МДП. Не менее чем у половины больных заболевание начинается после 40 лет, причем среди больных число женщин вдвое превышает число мужчин.

При выраженных формах МДП пациенты практически не обращаются к сексопатологу, хотя обнаруживают заметные изменения полового поведения. В маниакальной фазе на фоне подъема настроения и гиперактивности у больных наблюдается повышение полового влечения, резко возрастает сексуальная активность, их поведение в присутствии лиц противоположного пола приобретает эротический оттенок. Такие больные легко заводят знакомства и вступают в случайные половые связи. У них проявляются девиации полового влечения, развратные действия, в выраженных случаях — возможны попытки изнасилования. В депрессивной фазе на фоне подавленности, идеаторной и моторной заторможенности у больных отмечается резкое снижение либидо, адекватных и спонтанных эрекций, изменяется продолжительность полового акта, тускнеет оргазм. При выраженных депрессивных расстройствах сексопатологические проявления растворяются в клинической картине депрессии, оттесняются на задний план аффектом тоски или тревоги, идеями самообвинения, греховности.

Внешние признаки депрессии при ее циклотимической форме стерты и на первый план выступают переживания личного неблагополучия, соматовегетативного дискомфорта, снижения продуктивности и сокращения объема привычной деятельности. Нередко наблюдаются атипичные депрессивные фазы с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств и депрессии с различными навязчивостями, чаще всего навязчивым страхом смерти, заражения неизлечимым заболеванием, остановки сердца. В подобных случаях жалобы на сексуальное расстройство могут фигурировать в клинической картине атипичной депрессии, в диагностике которой в большинстве случаев удается проследить фазный характер расстройств, сезонность рецидивов, суточные колебания симптоматики с послаблением ее к вечеру.

При скрытой (ларвированной, маскированной, соматизированной) депрессии в клинической картине на первый план выступают соматовегетативные расстройства, маскирующие депрессивную симптоматику. Характерны сердечно-сосудистые (тахикардия, пароксизмальные аритмии, кардиалгии, головокружения, головные боли), желудочно-кишечные (дискинезии, поносы, запоры, метеоризм, анорексия), дизурические расстройства, нарушения сна и т. д. В. Ф. Десятников (1976) выделяет вариант скрытой депрессии с преобладанием нарушений в сексуальной сфере, которые чаще сводятся к угнетению всех компонентов сексуальности. Реже наблюдаются варианты с ускоренным наступлением эякуляции, причем в их происхождении не исключена роль сексуальных абстиненций, свойственных депрессивным состояниям.

Диагностика скрытой депрессии основывается на периодичности появления расстройств с их полным исчезновением в интермиссиях, отсутствии органической основы, выявлении стертых депрессивного аффекта, наследственной отягощенности аффектив-

ными расстройствами, типичном характерологическом преморбиде (интравертированная сенситивность и тревожная мнительность), суточной динамике симптоматики при высокой эффективности терапии антидепрессантами.

При эндореактивной дистимии вслед за типичным психогенным началом депрессии развивается состояние, сходное с картиной циклотимической депрессии. В развитии эндореактивной дистимии большую роль играют астенизирующие соматогенные факторы; характерологический преморбид содержит радикал эмоциональной лабильности, истощаемости. При локализации исходной психической травмы в сфере семейно-сексуальных отношений часто наблюдается резкое снижение сексуальности, тем более что начало болезни, как правило, приходится на предынволюционный или инволюционный периоды.

Лечение сексуальных расстройств у больных МДП в основном сводится к купированию депрессивного состояния с помощью антидепрессантов (пиразидол, амитриптилин, мелипрамин, азафен) в дозах до 100—150 мг в сутки при амбулаторном лечении, при наличии сенестопатически-ипохондрических или обсессивных расстройств возможно сочетанное назначение нейролептиков (френолон, сонапакс) и транквилизаторов (седуксен, феназепам).

8.4.2.4. Половые расстройства при олигофрении

Понятие «олигофрения» объединяет группу этиологически различных врожденных или рано (до 3 лет) приобретенных нарушений развития головного мозга, проявляющихся интеллектуальной недостаточностью. Среди больных олигофренией преобладают лица мужского пола и ее распространенность достигает 3—5% в популяции.

Различают наследственные формы олигофрении, связанные с хромосомными aberrациями (например, болезнь Дауна, синдром Клайнфельтера), моногенными дефектами (например, фенилкетонурия) и полигенными нарушениями, нередко сочетающимися с признаками дисэмбриогенеза; олигофрении, обусловленные предшествовавшими инфекциями и интоксикациями (краснуха, сифилис, токсоплазмоз, токсокоз беременных, алкоголизм); олигофрении, возникшие в раннем детстве вследствие родовой травмы и церебральных заболеваний.

В зависимости от глубины психического недоразвития выделяют три степени олигофрении: *идиотию*, характеризующуюся отсутствием речи и других психических функций; *имбецильность*, проявляющуюся отсутствием способности к труду и обучению при доступности навыков самообслуживания; *дебильность*, характеризующуюся способностью к обучению по специальной программе, овладению трудовыми навыками и возможностью к социальной адаптации в известных пределах.

Олигофрении свойственна непрогредиентность течения, у таких больных наряду с положительными эволютивными сдвигами психической деятельности, сопровождающимися компенсацией интеллектуального дефекта, возможны периоды декомпенсации, сопровождающиеся неврозоподобными расстройствами, патологическими реакциями, реактивными состояниями, психозами. Декомпенсация развивается под влиянием сопутствующих заболеваний, черепно-

мозговых травм, неблагоприятного микросоциального окружения.

Помимо собственно олигофрений, выделяют также задержки развития, занимающие пограничное положение между дебильностью и интеллектуальной нормой и обозначаемые как пограничная умственная отсталость.

При олигофрении наблюдается задержка психосексуального развития, коррелирующая с глубиной интеллектуальной недостаточности. Чаще на прием к сексопатологу попадают больные с легкой дебильностью и пограничной умственной отсталостью. Одним из наиболее частых сексологических проявлений олигофрений являются торможение сексуальности в целом, т. е. отсутствие стремления к контактам с лицами противоположного пола, невыраженность сексуальных интересов, позднее вступление в брак под давлением родственников, трудности сексуального дебюта, низкая сексуальная активность. Изменения сексуального поведения по типу его расторможенности, как правило, сочетающиеся с сильными вариантами половой конституции и наблюдаемые преимущественно при умственной отсталости органического генеза (травмы мозга, энцефалит, менингит), в практике сексопатолога чаще встречаются при семейно-сексуальных дисгармониях и вызывают претензии со стороны партнера.

В других случаях врач-сексопатолог сталкивается с экспертизой нарушения сексуального поведения у олигофренов, которые могут легко становиться объектом гомосексуальных притязаний, агрессии или развратных действий в связи с недостаточной дифференцировкой сексуального поведения или снижением критики в сочетании с расторможенностью инстинктивных влечений.

Легкая дебильность, как и пограничная умственная отсталость, является благодатной почвой для возникновения различных предрассудков и предубеждений относительно основных проявлений половой жизни, а на их основе — страхов и опасений, приводящих этих больных на прием к врачу.

8.4.3. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов

Эти сексуальные нарушения, самые частые у мужчин, встречаются в качестве стержневого синдрома у 39,4% всех пациентов, обратившихся за сексологической помощью (из них 30% приходится на *неврозы*, 1,8% на *синдром дезактуализации сексуального поведения* и 7,6% на *мнимые сексуальные расстройства*).

8.4.3.1. Неврозы и сексуальные нарушения невротической природы у мужчин

Принципиальные расхождения в понимании существа неврозов и отсутствие свойственных им специфических проявлений,

которые, в частности, не наблюдались бы при психопатиях и психозах, заставляют определить понятие «невроз» конвенционально. Эти же затруднения характерны и для отдельных форм неврозов. Даже *неврастения*, относимая в разряд нозологических единиц, по существу определяется критериями симптомокомплекса, так как характерное для нее сочетание повышенной раздражительности с быстрой истощаемостью (*раздражительная слабость*) наблюдается, например, и в продроме инфекционных заболеваний, и как начальная фаза шизофрении.

Исходя из отсутствия патогномичной для неврозов симптоматики, эта нозологическая группа, в основе которой лежит нарушение адаптации, определяется по единственному проявлению, свойственному любой стадии и клинической форме невроза, а именно — по утрате пропорции, соразмерности между реакцией больного и вызвавшей эту реакцию причиной.

Приобретая предельно индивидуальный и непредсказуемый, т. е. «личностный», характер даже у лабораторных объектов, невроз играет роль инструмента защиты, так как даже «ровная слюна» у подопытной собаки, означающая отказ от сотрудничества с экспериментатором, имеет двойственную природу: будучи прежде всего приемом самозащиты, это в то же время является отклонением от привычного (и в этом смысле нормативного) стереотипа, т. е. патологией.

В отличие от таких привычных для врачебной диагностики форм, как крупозная пневмония, которая всегда является болезнью, даже если она протекает легко и атипично, невроз — поначалу только *предболезнь*: в замирании, мертвенной обездвиженности мелкого зверька перед грозным хищником, так же как в конвульсиях рыбы, выброшенной прибоем на берег, больше тысячелетней природной «хитрости», чем болезни. Однако в этой «хитрости» — начало невроза, и о неврозе говорят как о болезни только тогда, когда «хитрость» не удалась.

Весь диапазон входящих в понятие невроза экстраординарных проявлений реактивности — от преходящих пароксизмов частных феноменов психофизиологической адаптации (дыхательные, вазомоторные реакции, потоотделение и т. д.) на стадии предболезни до диффузных и стойких изменений стиля поведения — порождает в работе врача значительные трудности. Однако взамен он получает возможность воздействовать на все невротические проявления — от так называемых *системных неврозов* (навязчивая икота, спазм пищевода, ускоренная эякуляция и т. д.) до стойких и длительных невротических развитий [Васильченко Г. С., 1969, 1983]. Если самые тяжелые формы этого вариационного ряда всегда пользовались особым вниманием клиницистов, то множество легких случаев (а следовательно, и самых терапевтически перспективных) с «мелкомасштабными» и нестандартными жалобами подчас вызывают улыбку; такие больные годами «бойкотируются» специалистами разных профилей и, не получая никакой реальной помощи, медленно, но неотвратно «отяжелевают» и превращаются в социально дезадаптированных хронических больных.

Этиология. Основной причиной любого невроза — от преходящей невротической реакции до затяжного невротического развития личности — является психическая травма. Чаще всего это невозвратимые потери (имущества, близких людей), угроза здоровью или благополучию (социологическое обследование, судебное следствие), унижение (декалфикация, увольнение с работы,

предание гласности порочащих сведений, осознание собственной несостоятельности). Наиболее частые при сексуальных расстройствах психические травмы — систематические измены или уход из семьи одного из супругов — наносят удар по всем трем линиям: и невозвратимостью утраты, и доказательством неспособности сохранить привязанность, и унижением в глазах окружающих. Особенно патогенными оказываются бытовые или производственные конфликты, которые больной разрешить не может (незаконные действия безропотного и совестливого счетного работника под давлением начальника или сохранение отношений с неверным мужем, чтобы не нанести вред детям).

Невротическое состояние может быть обусловлено не только сигналами, символизирующими потерю, угрозу или унижение, но и прямым, непосредственным неудовлетворением потребностей человека, порождающим без всякой символки истинную реальную угрозу либо здоровью, либо престижу, либо и тому, и другому. Потребности теснейшим образом связаны с эмоциями, а богатство, сложность, глубина, сила и многочисленные оттенки человеческих эмоций указывают на многообразие скрывающихся за ними потребностей и характеризуют индивидуальность. Наконец, неудовлетворение потребностей является сильнейшим возбудителем эмоций. П. В. Симонов и П. М. Ершов (1981) разделили человеческие потребности на три категории: *материально-биологические* — в средствах обеспечения индивидуального и видового существования (пища, одежда, жилище, и т. д.); 2) *социальные* — потребности занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью и вниманием окружающих, быть объектом их уважения и любви; 3) *идеальные* (духовные, культурные, информационные) — потребности познания окружающего мира и своего места в нем, познания смысла и назначения своего существования. К этой же категории относится и эстетическая потребность.

Потребности трех перечисленных групп не заменяют друг друга. Удовлетворение потребностей одной группы не компенсирует неудовлетворенности потребностей другой. Материально-биологические, социальные и идеальные потребности образуют сложные взаимосвязанные комплексы. Так, семейные отношения призваны удовлетворять потребности как в воспроизведении потомства и снятии сексуального возбуждения (биологические), так и во взаимной социально-психологической поддержке и, наконец, в коммуникативном, духовном и эстетическом взаимодействии.

Холерический или меланхолический темперамент, акцентуации характера или психопатии играют роль предрасполагающего фактора, способного лишь ускорить формирование невроза. У сексологических больных разные типы неврозов при полном отсутствии преморбидной психопатологической отягощенности отмечены в 24,4 и 43,9% случаев (см. раздел 8.4.3.1.1).

Патогенетические механизмы неврозов многообразны, что определяется типом невроза (неврастения, истерия, невроз навязчивости), а также стадией его развития. Однако в общем виде, как показал П. К. Анохин (1956), невротические состояния представляют собой следствие взаимодействия двух конфликтных возбуждений, ни одно из которых не может быть полностью подавлено. П. В. Симонов (1975) связывает развитие невроза с возникновением застойного возбуждения эмоциональных центров вследствие дефицита информации при рассогласовании потребности с вероятностью ее удовлетворения. М. М. Хананашвили (1978)

сформулировал представление об *информационных неврозах*, возникающих вследствие перегрузки мозга информацией при дефиците времени, необходимого для ее анализа, обработки и усвоения.

Ключевыми моментами, обязательными для любого невротического состояния, являются элементы конфликтности разнонаправленных тенденций и подчеркнутой эмоциональности переживания: «Меңя кто-нибудь оскорбил, но я по какой-либо причине не мог ответить словом, а тем более действием. Таким образом, я переживаю конфликт возбуждения и торможения» (И. П. Павлов)¹. Невротические переживания несоразмерно сильны, неадекватны вызвавшему их поводу и длительны [Schneider K., 1927]

Этиология, патогенез и клиническая картина невротических состояний у человека, в какой бы форме они не проявлялись — от кратковременных, как вспышка, невротических реакций до затяжных невротических развитий личности, — всегда сплетаются в тесный конгломерат, осложняемый обязательным включением «участков общественной сферы деятельности человека». Это очень часто делает поведение человека с невротическим состоянием «непонятным и беспричинным так же, как непонятным казалось бы нам поведение теннисиста на площадке, если бы его противник и мяч стали для нас невидимыми» [Knobloch F. и др., 1961]

В детстве и отрочестве каждый проходит через полосу розовых мечтаний (мальчик если не космонавт или летчик, то по крайней мере пожарник), а завершаются эти мечты скромной должностью (счетовод, вагоновожатый и т. д.). Любой труд почетен, но по земле ходит немало людей, которые считают себя неудачниками. Когда покупатель в магазине спрашивает, сколько стоит спираль электронагревателя, а продавщица ему отвечает: «Вы что — слепой, сами не видите?» — это воспринимается как житейское хамство, потому что покупателю, как и любому человеку в вышеприведенном примере, не видны «ни мяч, ни противник». Между тем эта девушка мечтала о карьере кинозвезды, но не прошла по конкурсу в вуз и теперь стоит за прилавком в отделе электробытовых изделий... Таким образом, то, что покупателю кажется лишь грубостью и хамством, есть неизжитая невротическая реакция, обусловленная тем, что человек, осознающий себя неудачником, невольно ищет себе психологическую защиту, а самым распространенным, простым и доступным, хотя и обманчивым защитным механизмом этого рода является невроз.

Немногие способны трезво смотреть на тот простой факт, что от розовых мечтаний отрочества и юности мало чего осталось. Причины многих горьких переживаний — не столько в душевной слабости, сколько в общей архитектонике человеческих устремлений. Неудачник нередко проглядывает даже в людях завидной судьбы, при самых бесспорных приметах удачливости. В ходе клинического анализа бывает крайне сложно разделить трудности, искусственно создаваемые окружающими его людьми, и иллюзорные обиды невротической природы, призванные оправдать собственную слабость и уверить себя в том, что к тебе кто-то несправедлив, что ты — жертва непонимания, недооценки, более того, что тебе завидуют и даже преследуют.

¹ Цит. по ст.: Анохия П. К. Опыт физиологического анализа генеза невротических состояний // В кн.: Неврозы. — Петрозаводск, 1956. — С. 32—38.

Хотя такие невротические защитные построения иллюзорны, они необходимы страдающим неврозом, поскольку правда о неудаче жизненных замыслов непереносима для слабых или упавших духом людей. Критиковать других намного легче, чем утверждать свою правоту упорным и незаметным трудом, и эти лица заставляют окружающих дорого оплачивать свои защитные механизмы, подчас оскорбляя то, что свято для других людей. Однако врач должен видеть за этим фасадом внутренние механизмы невротической защиты, которые в отличие от похожих по внешней феноменологии житейских проявлений, расцениваемых как невоспитанность или избалованность, исходят из болезненно измененной эмоциональной сферы.

В клинической картине конкретных невротических состояний названные патогенетические механизмы в чистом виде не встречаются. Даже в самых на первый взгляд элементарных нарушениях, например типа «невроза утомления» [Хорошко В. К., 1943], сочетаются несколько патогенетических механизмов: 1) свойственное любому переутомлению нарастание дефицита удовлетворения основных биологических потребностей организма в сне, отдыхе, восстановлении энергетических затрат; к этому, как правило, просоединяются депривация и других категорий потребностей человека — социальных и идеальных (на них не остается ни времени, ни душевных ресурсов), утрата его престижа; 2) конфликтное взаимодействие двух разнонаправленных возбуждений [Анохин П. К., 1956], с которым всегда связаны любая спешка и работа «на износ», поскольку в данной ситуации сталкиваются осознание логической нецелесообразности продолжать непродуктивную, ставшую отвратительной работу и необходимость во что бы то ни стало, любой ценой за оставшиеся 1,5 ч закончить эту ненавистную работу (бухгалтерский баланс, перевод иностранного текста и т. д.), чтобы избежать еще одного унижительного объяснения с начальством; 3) информационные перегрузки [Хананашвили М. М., 1978]; 4) психологические фрустрации, загромаждающие весь путь к достижению цели, во имя которой человек напрягает свои силы.

В. И. Мясищев (1960) рассматривал психоневроз как «психогенное заболевание, в основе которого лежит неудачно, нерационально и непродуктивно разрешаемое личностью противоречие между нею и значимыми для нее сторонами действительности, вызывающее болезненно тягостные для нее переживания: неудачи в жизненной борьбе, неудовлетворения потребностей, недостигнутой цели, невосполнимой потери. Неумение найти рациональный и продуктивный выход влечет за собой психическую и физиологическую дезорганизацию личности».

Диагностика невротического расстройства требует обязательного определения всей структуры личности, ознакомления с индивидуальной предысторией возникновения данного расстройства. Сначала необходимо исключить так называемые псевдоневротические нарушения, т. е. симптомокомплексы, сходные с неврозами (чаще имитирующие неврастеническую раздражительную слабость), но имеющие не психогенную, а соматогенную или цереброгенную природу (в частности, неврастеноподобные стадии некоторых замаскированных подострых или хронических инфекций, астено-невротические формы шизофрении и т. д.). Распознавание таких расстройств затрудняется, например, тем, что многие хронические септические состояния возникают криптогенно, протекают замаскированно и тянутся годами, а при периодических обострениях, приобретающих невротическую форму, их причина и следствие

меняются местами: во время очередной экстазациии хронического сепсиса вследствие вторичного нарастания нервной возбудимости провоцируется конфликт, а при обращении к врачу этот конфликт фигурирует как причина ухудшения состояния больного.

Наблюдение в динамике позволяет отличить невроз от неврозоподобных проявлений шизофрении. Значительная часть психотических больных обращаются к сексопатологам на ранних стадиях заболевания, задолго до обследования психиатром, в фазе, когда не только не сформировался свойственный психозу дефект, но даже не определилась специфика прогрессивного процесса. В подобных случаях, если даже квалификация и опыт сексопатолога дают ему основания заподозрить психоз, на первых этапах он чаще подозревает наиболее благоприятное для больного невротическое состояние, отодвигая окончательное решение до выяснения таких показателей, как поведение пациента в различных жизненных ситуациях, податливость (или резистентность) к психотерапии и, наконец, его реакция на различные психофармакологические средства.

При дифференциальной диагностике неврозов и аномалий личности следует учитывать несколько критериев. Невроз обратим, а психопатия — стойкая деформация личности. Страдающие неврозом осознают свое состояние, что в значительной мере определяется «борьбой между здоровой и больной частями» личности. Психопаты лишены этого сознания, их личность целиком смещена на иной, болезненный уровень [Лакосина Н. Д., 1970]. Однако во многих случаях структура невроза настолько тесно сплетается с преморбидными особенностями личности, что проявления невроза как бы нанизываются на личность. Например, сексуальные расстройства и при истерическом неврозе, и при истерической психопатии у обоих полов развиваются по единой схеме, определяемой стержнем истерии — эгоцентризмом. Поскольку страдающие и истерическим неврозом, и истерической психопатией любят только себя и не способны любить других, у тех и других требование непрерывного преклонения перед собственной персоной без взаимной отдачи, как правило, рано или поздно утомляет и отталкивает партнеров. Точки, как бы облегчающие смыкание определенных частных разновидностей психопатий и неврозов, существуют и вне сексуальной сферы. Так, многие истероидные психопаты с их эгоцентризмом и театральностью не способны к систематической незаметной повседневной работе, требуемой в некоторых профессиях. В ряде жизненных ситуаций у таких лиц наслаивание невроза становится необходимым как защитная реакция.

В практической работе учитывать сродство невротических и психопатических проявлений не менее важно, чем находить качественные различия невротических процессов и психопатических состояний. Дифференциальная диагностика этих двух форм выходит за пределы одномоментного противопоставления: заполняя вторую строку структурной решетки, сексопатолог на первом этапе оценивает и регистрирует личностный преморбид, в котором фигурируют акцентуации характера, психопатии и олигофрении; на втором — устанавливается наличие экзогенно обусловленных психопатологических синдромов реактивного плана; на заключительном этапе — анализирует механизмы, связывающие преморбид и ситуационно обусловленную патологию. При таком анализе врач не только и не столько разграничивает две дифференцируемые формы по принципу «или ... или»..., сколько определяет долевое участие премор-

бидных и ситуационно обусловленных синдромов, их взаимное сродство и линии взаимодействия по принципу «и ... и ...» При этом возможны различные клинические варианты — например, декомпенсация психопатии под влиянием психотравмирующей ситуации без формирования невроза, формирование невроза на фоне акцентуации характера (или психопатии) того же типа или отмечаемое А. М. Свядоцем (1982) своеобразное синдромотаксическое сочетание в форме невроза у психопатической личности, когда под воздействием психической травмы появляются качественно новые симптомы, не соответствующие типовой принадлежности имеющейся у больного психопатии, и т. д.

Наконец, от неврозов приходится дифференцировать особую форму расстройств поведения, обозначаемую как *социопатия*. Эта форма девиантного поведения выражается в придании себе видимости общественной значительности. Патогенетически страдающий социопатией очень сходен с больным неврозом, который, испытывая непереносимую горечь от краха юношеских мечтаний, в пароксизмах отчаяния грубит окружающим. Однако при сходстве патогенеза социопатия отличается от неврозов этиологией и симптоматикой. Лица, страдающие социопатией, как правило, намного старше больных неврозом, среди них много «людей в отставке», и хотя они не имеют громких титулов, все же старательно выставляют даже немногие крайне незначительные знаки отличия («в моем возрасте», «ветеран», «член общественного совета» и т. д.). В отличие от безрассудности и яростности, наблюдаемых при неврозах, социопатии обычно свойственны холодность и расчетливость. При неврозе личность искренне страдает и не может скрыть своей боли, которая как бы пропитывает даже ее наскоки на окружающих, а при социопатии человек преисполнен достоинства и чувствует себя на высоте,— если он осуждает других, то его голос и мимика выражают благородное негодование и разоблачительный пафос, которыми он откровенно упивается, а если он жалуется на причиненные ему обиды, выступая как жертва несправедливости, то и здесь прежде всего демонстрирует свое превосходство над обидчиками. Неврозы порождаются трудностями, а социопатии произрастают на почве общественных демократических институтов. Значительная часть лиц, страдающих социопатией, характеризуется следующей триадой: они не обременены заботой о куске хлеба, располагают избытком свободного времени, а их культурный уровень крайне низок. У очень многих из них эта триада сочетается с лживостью, изворотливостью и изощренным умением использовать в личных интересах все — от свободы высказываний на собраниях и права на подачу жалоб до обращения в суд по поводу нарушений КЗОТ и Конституции СССР.

Основные дифференциально-диагностические критерии неврозов, психопатий и социопатий лежат в определении круга лиц, испытывающих тяготы от этих нарушений. Страдающему неврозом могут сочувствовать родные и близкие, но страдает от невротических проявлений (расстройства сна, навязчивые состояния, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость и т. д.) главным образом он сам. Психопат, страдая, заставляет страдать и других. В противоположность этим двум формам социопаты ухитряются извлекать ощутимую пользу даже из своей дефицитарности. Например, всех посетителей степеней и званий они считают ловкачами и карьеристами, а сами рядятся в тогу принципиальных борцов, бескорыстно отстаивающих справедливость и истину, и даже

как бы украшаются свидетельствами своей несостоятельности (отсутствие законченного образования, низкие ранговые показатели и т. д.), принимая позу жертв несправедливости. Один из наиболее частых и излюбленных приемов социопата — первым предъявлять официальные жалобы и обвинения по адресу мнимых нарушителей и обидчиков. Сколь бы абсурдным и необоснованным ни был подобный выпад, шестеренки месткома, народного контроля, товарищеского суда не могут не начать вращаться. В результате назначаются комиссии, и одни люди отрываются от живого и нужного дела, чтобы написать протокол, а занятые серьезным делом честные люди вынуждены писать объяснительные записки и доказывать, что они не имели нечистых замыслов и не пытались совершить неблаговидных деяний. В большинстве случаев от этого страдают только окружающие, а социопат на этом страдании расцветает и совершенствует приемы терроризирования окружающих. Административные и профсоюзные работники, как правило, или устают от социопатов, или их опасаются, что не только поддерживает, но и поощряет эту категорию воинствующих дезорганизаторов общественных взаимоотношений.

Из специфических сексологических проявлений для социопата характерно отсутствие сексуального партнера (в связи с неспособностью ужиться с ним) и подчеркнутый негативизм при попытках убедить его в том, что благожелательный партнер — необходимая предпосылка для лечения сексуальных расстройств. Социопат, как правило, лучше врача знает, как лечить половые расстройства (некоторые ссылаются на популярную брошюру или статью из журнала «Здоровье», другие никак это не обосновывают, однако непоколебимо уверены в своей правоте).

В лечении любых сексуальных расстройств наиболее частой ошибкой врачей различных специальностей становится нацеленность на немедленное снятие отдельных сексопатологических симптомов. Врач, не обладающий профессиональной сексологической квалификацией, ориентируясь на жалобы больного, срочно подбирает медикаментозную пропись, физиотерапевтическую процедуру или необременительную психотерапевтическую формулу, способную, по его представлению, воздействовать на «нарушение эрекции» или «нарушение эякуляции». Главная причина неэффективности этих попыток — игнорирование того факта, что большинство сексуальных расстройств поражают самые глубокие эмоциональные основы личности, носят поведенческий характер и чаще всего имеют либо психоневротическую природу, либо значительную невротическую отягощенность. В связи с этим любые локальные меры без предварительной нормализации эмоционально-волевой сферы больного и обеспечения внутрилличностной уравновешенности обречены на неудачу.

Иначе говоря, эффективное, а главное стойкое устранение частных сексологических симптомов при невротических расстройствах возможно только после радикального разрешения ключевых конфликтов, лежащих в основе главного общеневротического перекоса эмоциональных реакций и поведенческих автоматизмов. Это требует освобождения больного от ложных, непродуктивных механизмов невротической псевдозащиты. Необходимо вскрыть каузальный генез расстройства, добиться того, чтобы больной не только увидел, распознал и почувствовал преувеличенный масштаб своих огорчений, не только понял рассудком, но и осудил иллюзорность, ненадежность и одностороннюю кататимность обманчивых микротриумфов, достигавшихся им в яростных схватках с окружаю-

щими или в демонстративных пароксизмах отчуждения, когда он «наказывал» людей подчеркнутым их игнорированием. Кроме того, в ходе активирующей психотерапии необходимо добиться, чтобы больной не только понял, почувствовал и осудил эфемерность тех псевдозащитных механизмов, во власти которых он находится, но и выработал стереотипы адекватного, продуктивного реагирования на любые жизненные ситуации. Эта часть психотерапевтической программы предусматривает переучивание больного, радикальную перестройку его мировоззренческих установок, а также выработку эффективной психологической самозащиты против любых жизненных трудностей и неизбежных конфликтных ситуаций, внешних и внутренних, т. е. обучение больного преодолению не только тех бед и огорчений, которые привели его в кабинет врача, но и тех, которые ожидают его в будущем.

Пути к этой цели бесконечно многообразны, но для каждого больного во взаимодействии с данным психотерапевтом существует только одно наиболее эффективное сочетание приемов, и искусство врача в том и заключается, чтобы подойти к этой единственной, самой убедительной для данного больного модели как можно ближе.

Например, при переориентации псевдозащитных установок одной из наиболее распространенных разновидностей невроза, обусловленных застреванием в мировосприятии неудачника, после того как больной почувствует неэффективность позы обиженного, которую он постоянно принимал, необходимо заполнить образовавшуюся пустоту действенными саногенными установками типа [Богат Е., 1974]:

«Что такое неудачник? Подлинная неудача сопряжена, видимо, не с утратой чего-то, даже бесценного, а с несвершением. Мы не можем видеть неудачника ни в Данте, ни в Рембрандте, потерявших все: дом, семью, социальное положение... То, что современники в них видели неудачников, ничего не меняет и должно мудрее делать нас, чтобы мы в современниках собственных лишь потому, что они не признаны или живут от утраты к утрате, не видели неудачников».

«Страшны не неудачи — они неизбежны, страшным может быть наше поведение в ситуации неудачи, в ситуации поражения. Неудачник — не тот, кого постигла неудача, неудачник — тот, кто не выдержал испытания неудачей».

«Умение жить в том, навверное, и состоит, чтобы после крушения всех надежд не отомстить жизни, а одарить ее... И в том оно, чтобы при самых тяжелых утратах не потерять себя и даже, напротив, стать еще более самим собой».

Для другого больного более эффективным может оказаться сочетание минимума мировоззренческих установок с аутогенной тренировкой. Однако вне зависимости от индивидуальных особенностей предварительное выравнивание глобальных общеневротических перекосов — необходимая предпосылка для успешных специфических лечебных воздействий, направленных на сексуальную сферу (эти воздействия рассмотрены ниже, при изложении соответствующих синдромов).

Благоприятный вследствие обратимости невротического процесса прогноз в каждом случае определяется синдромологической структурой всего расстройства (в частности, синдромами преморбидного отягощения, т. е. половой конституцией и аномалиями личности), длительностью страдания, индивидуальными особенностями сексуального партнера и межличностными отношениями в паре.

8.4.3.1.1. Основные клинические варианты сексуальных нарушений невротической природы у мужчин

В сексологическом отношении невротические синдромы можно разделить на две группы — с первичным (т. е. непосредственным) поражением сексуальной сферы и с вторичным вовлечением этой сферы в клиническую картину невроза. По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, стержневые синдромы первой группы отмечены у 23,1% мужчин, обратившихся за сексологической помощью, а синдромы второй группы — у 6,9%. Таким образом, первичные сексологические синдромы встречаются более чем в 3 раза чаще вторичных.

По относительной частоте основных форм неврозов в соответствии с классификацией Н. К. Липгарт (1974) во второй группе получено следующее распределение: астеноневротические формы — 75,6%; тревожно-фобические формы — 19,5%; истерические формы — 4,9%.

В первой группе тревожно-фобические формы (61,1%) заметно преобладали над астеноневротическими (38,9%) при полном отсутствии первичных сексологических нарушений истерического типа. В пределах каждой формы невроза наблюдаются следующие синдромы.

I. Астеноневротические формы

1. Экзальтационный синдром дебютантного периода (ЕРА или ЕАР)	2,4%
2. Экзальтационный астеноневротический синдром (ЕРА или ЕАР), возникающий только при повторных совпадениях с невротизирующими факторами типа непривычной обстановки, смены сексуального партнера, форсированных воздействий на естественные биологические ритмы и т. д., а также при превышении адекватного ритма половой активности с привычным партнером	10,1%
3. Экзальтационно-тормозной астеноневротический синдром (ЕР-II при тех же условиях)	15,2%
4. Тормозно-экзальтационный астеноневротический синдром (ЕР-III)	1,5%
5. Тормозной синдром дебютантного периода (отказ эрекции после затянувшейся предварительной подготовки)	2,9%
6. Тормозные синдромы с вторичной дезинтеграцией половой активности через фазу ЕТ и анэякуляторный феномен	4,5%
7. Условнорефлекторные формы невротической редукции сексуальных проявлений (по типу угасательного торможения или превращения натуральных сексуальных раздражителей в условный тормоз)	2,3%
Всего ...	38,9%

II. Тревожно-фобические формы

1. Экзальтационный вариант невроза ожи-

дания (стойко фиксирующийся вне сексуального дебюта)	7,2%
2. Экзальтационно-тормозной тревожно-фобический синдром (EP-II)	16,7%
3. Тормозно-экзальтационный тревожно-фобический синдром (EP-III)	2,9%
4. Тревожно-фобическая фиксация на сексуальной сфере с нарушениями, не выходящими за рамки частичной редукции уровня половой активности (отказ от эксцессов, урежение половых актов и т. д.)	6,7%
5. Тормозной вариант невроза ожидания:	
а) остро выявившийся при сексуальном дебюте в результате предварительного индуцирования	2,2%
б) остро спровоцированный прямой психосексуальной травмой	6,8%
в) с вторичной фобической фиксацией отказа эрекции, первоначально возникшей по неврастеническому механизму (как синдром I, 5)	8,4%
6. Дезорганизация ритма половой активности с частичной социосексуальной отчужденностью или полной социосексуальной изоляцией	10,2%
Всего ...	61,1%

Существенные данные выявляются при объединении различных синдромов обеих форм в симптомокомплексы (табл. 30): 1) с преобладанием явлений повышенной ирритации (ejaculatio praecox absoluta — EPA, ejaculatio ante portas — EAP) без вовлечения эрекции, либидо и остроты оргазма; 2) с сочетанием явлений повышенной ирритации и частичного ослабления эрекции, либидо или оргазма; 3) «чисто» тормозных проявлений (отказы эрекции или эякуляций, изолированная редукция полового влечения).

Таблица 30

Соотношение гипер-, гипофункциональных и смешанных симптомокомплексов при астеноневротической и тревожно-фобической формах невроза с непосредственным поражением сексуальной сферы (в процентах)

Симптомокомплексы	Синдромы	
	астеноневротические	тревожно-фобические
Чисто экзальтационные (EPA и EAP)	12,5	7,2
Смешанные	16,7	19,6
EP-II	15,2	16,7
EP-III	1,5	2,9
Тормозные	9,7	34,3

Как следует из табл. 30, тревожно-фобические синдромы по сравнению с астеноневротическими выявляют четкую тенденцию уменьшения частоты «чисто» ирритативных симптомокомплексов при еще более четком возрастании частоты «чисто» тормозных (более чем в 3 раза). С течением времени многие астеноневротические синдромы трансформируются в тревожно-фобические, которые почти никогда не переходят в астеноневротические (подобный метаморфоз иногда удается отметить лишь как транзиторную фазу в процессе лечения), что определяет прогностическую характеристику обеих форм.

В группе с вторичным вовлечением сексуальной сферы в клиническую картину общего невроза, вызванного несексуальными причинами (чаще производственного характера), те же симптомокомплексы распределялись следующим образом:

EP-I	4,9%
EP-II	26,8%
EP-III	41,5%
Снижение половой активности без нарушений эрекции и эякуляции, в частности с редукцией путем вынужденного перехода только на утренний коитус	() 14,6%
ET	4,9%
«Чисто» тормозной (гипо- или ан-эрекционный симптомокомплекс	7,3%
Всего ...	100,0%

Сопоставление внешних симптомокомплексов при синдромах первичного и вторичного невротических расстройств сексуальной сферы, как видно из табл. 31, позволяет отметить дальнейшее

Таблица 31

Относительная частота гипер-, гипофункциональных и смешанных симптомокомплексов при первичных и вторичных невротических расстройствах половой сферы (в процентах)

Симптомокомплексы	Синдромы первичного поражения сексуальной сферы	Синдромы вторичного вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину общего невроза
«Чисто» экзальтационные (EPA и EAP)	19,7	4,9
Смешанные	36,3	68,3
EP-II	31,9	26,8
EP-III	4,4	41,5
Тормозные	44,0	26,8

уменьшение частоты ирритативно-экзальтационных расстройств (от 19,7 до 4,9%) и заметное преобладание смешанных симптомокомплексов с выразительным перемещением относительной значимости вариантов ЕР-II, ЕР-III и выходом ЕР-III на первое место при вторичных формах по сравнению с первичными (41,5 в противоположность 4,4%).

Как видно из табл. 32, преобладающим типом преморбидного личностного отягощения при обеих основных формах невротических расстройств половой сферы являются акцентуации характера

Таблица 32

Характеристика синдромов преморбидного личностного отягощения при основных формах невротических расстройств половой сферы (в процентах)

Сопутствующие преморбидные синдромы психической составляющей	Ключевая форма синдрома	
	первичное поражение сексуальной сферы	вторичное вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину общего невроза
Без преморбидного личностного отягощения	24,4	43,9
Акцентуации характера	68,1	48,8
Психопатии	7,5	7,3

Намного меньший процент наблюдений с отсутствием преморбидного личностного отягощения при первичной форме свидетельствует о большем значении преморбидной личностной стигматизации для формирования специфически сексуальных нарушений, в противоположность этому в клиническую картину уже развернутого невроза сексуальная сфера вовлекается почти в половине случаев (43,9%) и при неотягощенной структуре личности.

Еще более значительную роль в формировании невротических расстройств с вовлечением половой сферы сыграли сопутствующие синдромы нейрогуморальной составляющей: в 82% случаев диагностирована задержка или дисгармония пубертатного развития, в 6,7% — другие («моноголандулярные») синдромы, в 11,3% — синдромы преморбидной отягощенности составляющей не выявлены

8.4.3.1.1. Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы у мужчин

Отличительный признак этих синдромов — концентрация основной симптоматики как бы на стыке произвольной и непроизвольной иннервации. Лишь незначительная часть этих расстройств начинается с симптомов выпадения, отказа эрекции в дебютантном периоде либо после затянувшейся предварительной подготовки (симптомокомплекс I, 5, см. раздел 8.4.3.1 1), либо в результате

предварительной отрицательной суггестии (симптомокомплекс II, 5а)¹: всего 5,1% (2,9 и 2,2%). Все остальные симптомокомплексы начинаются с преобладания экзальтационных, «гиперфункциональных» феноменов — ускорения эякуляций, учащения дневных поллюций, спонтанных эрекций и т. д., затем сочетают спазматические ирритативные проявления с тормозными и, лишь пройдя длительное развитие, завершают эволюцию преобладанием редуцированных форм (анэякуляторный феномен, снижение либидо, притупление оргазма, ослабление или отсутствие эрекций). Сочетание перечисленных признаков позволяет отнести всю рассматриваемую группу к разряду системных неврозов [Васильченко Г. С., 1969].

Этиология системных расстройств множественна, и в сочетаниях различных предрасполагающих и пусковых факторов определенная роль принадлежит физиогенным воздействиям, таким как систематическое переутомление, особенно если оно сопряжено с работой в ночные смены, а также перемещения на значительные расстояния с изменением поясов времени или климатических зон. Однако решающее значение обычно имеет психогения: она сенсibilизирует систему путем последовательной суммации множества неосознаваемых, замаскированных воздействий, она же чаще всего становится и последней каплей, переполняющей чашу.

Часть осознанных психогений воспринимается «бессловесно»: отталкивающая подробность туалета, запахи, звуки, интонации, жесты, которые истолковываются как пренебрежительные или даже презрительные, и т. д. Однако гораздо чаще психогении выступают в словесной (вербализованной) форме. В некоторых случаях сексуальная психотравматизация становится хронической, например, при многолетних шутках жены, которая намекала мужу, что у него недоразвит половой член (при обследовании длина в покое 7,5 см, окружность 8 см).

Патогенез синдромов астеноневротических форм укладывается в рамки «чисто» физиологических закономерностей. Первые шесть симптомокомплексов (I, 1—I, 6) представляют собой по существу закономерности парабиоза, описанного Н. Е. Введенским (1901), примененные к сексуальной сфере. При этом особенности феноменологии определяются двумя факторами: 1) естественной динамикой характерных для парабиоза изменений возбудимости системы в целом: вначале возрастание реактивности, а затем спад; 2) различиями в порогах возбудимости основных («индикаторных») половых центров — эрекционного (с низким порогом) и эякуляторного (с более высоким порогом, т. е. менее возбудимого, чем эрекционный).

Так, при первых двух симптомокомплексах патологически повышается возбудимость обоих центров, но если учащенные, возникающие по малейшему поводу (подчас при одной лишь игривой мысли) эрекции воспринимаются как явление, естественное для молодого мужчины, то эякуляция после единичных фрикций, в момент интроитуса или еще до соприкосновения с половыми органами партнерши порождает понятную озабоченность, приводящую к сексопатологу.

Два следующих симптомокомплекса демонстрируют переходную фазу, когда то же патологическое воздействие, повышая реак-

¹ См. с. 469.

тивность менее возбудимого центра эякуляции, начинает подавлять более возбудимый эрекцияльный центр, который к этому времени успевает исчерпать свой экзальтационный ресурс.

Своеобразие тормозного варианта дебютантного периода (симптомокомплекс I,5) определяется особенностями ситуации, когда новичок, не смея перейти к решающим действиям, затягивает предварительные ласки, сопровождающиеся эрекцией, на много часов. В подобных условиях эрекцияльный центр достигает состояния рефрактерности и без эякуляции и оргазма.

Наконец, симптомокомплекс I,6 демонстрирует заключительную фазу, когда парабиотическое торможение распространяется и на менее лабильный эякуляторный центр.

В основе патогенеза 7-го клинического варианта лежат тоже физиологические закономерности, но иного, качественно более высокого плана, определяемого законами условнорефлекторной деятельности.

Еще более сложной архитектурой определяется патогенез всех синдромов тревожно-фобических форм. Обусловленная парабиотической моделью динамическая цепь — от «чисто» экзальтационных симптомокомплексов через смешанные к «нулевым» вариантам с полным распадом половой активности — прослеживается и здесь. Однако есть одно принципиальное отличие: любой из фигурирующих в этой группе синдромов, сохраняя тот же астено-невротический каркас, уже не уместается в «чисто» физиологических рамках и передвигается на следующий, более высокий уровень — явлений психофизиологических.

Четким смещением акцента на выраженное вовлечение психики больного, придающим всему страданию глубоко личностный характер, отличаются параллельные симптомокомплексы обеих форм: II,1 — с одной стороны и I,1 и I,2 — с другой. Действительно, если при I,2 ускорения эякуляций колеблются и наблюдаются только под влиянием отклонений от стереотипа, возвращаясь к свойственной индивидууму норме по прекращении действия отклоняющих факторов, то при II,1 происходит стойкая психологическая фиксация, в результате которой главной причиной ускорения эякуляций становятся не внешние обстоятельства, а изменившееся внутреннее состояние сознания больного. После этой метаморфозы ускорение эякуляций происходит и вне периодов перенапряжения, независимо от партнерши и ритма, потому что уже сформировался *невроз ожидания*. Столь же четко выступает определяющая роль травмированного сознания при сопоставлении симптомокомплексов I,5 и II,5. При симптомокомплексе I,5 патология развивается на «чисто» физиологическом уровне по законам парабиоза, и сознание лишь регистрирует происшедшее уже после завершения драмы; в противоположность этому при трех вариантах II,5 сознание — не пассивный свидетель, а главный действующий фактор. Если в варианте II,5,в сформировавшийся невротический комплекс тотчас оттесняет породивший его парабиотический механизм, то в варианте II,5,а неврроз ожидания устанавливается еще до первой попытки коитуса: молодой человек, услышав страшное слово «импотенция» и «примерив» его к себе, приступает к первой интимной близости, заранее настроенный на позорное фиаско, и в силу своего воображения это фиаско терпит.

В пределах названных наиболее общих патогенетических механизмов (парабиоз при астено-невротических синдромах и формирование комплексов травмированного сознания со стойкой фиксации

ей переживаний на сексуальной сфере при тревожно-фобических синдромах) можно выделить столь же характерные частные патогенетические механизмы. К первой группе их относится нарушение естественного соответствия между навязываемым половой сфере уровнем функционирования и свойственным ей индивидуальным ритмом, определяемым возрастными и конституциональными характеристиками, а также условиями жизни (чередование труда и отдыха, питание, сезонные депривации и т. д.). Этот патогенетический механизм, порождаемый как превышением, так и подавлением естественного ритма, выявляется при различных симптомокомплексах, но чаще при I,2. Следует обратить особое внимание на ускорение эякуляции при превышении адекватного уровня половой активности, что может иметь дифференциально-диагностическое значение. В норме снижение половой активности коррелирует с укорочением копулятивной стадии, а сокращение интервалов между половыми актами — с ее удлинением.

Если с учащением половых актов эякуляции не замедляются, а наоборот, ускоряются, это свидетельствует о невротическом состоянии.

Для второй группы частных патогенетических механизмов наиболее характерно соскальзывание мужчины в губительную для половой сферы психологическую установку исполнителя, озабоченного своими сексуальными возможностями и тем, какое они производят впечатление на женщину. Чем больше мужчина «силится» тем хуже неподвластные произвольным командам сексуальные проявления, по сути автономные, возникающие только в естественном состоянии взаимной полной бескорыстной самоотдачи без расчета на «чемпионские медали».

Рассматриваемый феномен представляет функциональную блокировку произвольных механизмов вегетативной иннервации, спровоцированную вмешательством стереотипов европейской цивилизации, культивирующих идеал мужчины, способного в любое время и в любых условиях овладеть любой женщиной. Этот миф породил не имеющие вне мира привычных нам условностей никаких объективных эквивалентов, выдуманные и затем спроецированные на окружающих людей и вросшие в их сознание слова «потенция» и «импотенция».

Клиническая картина первичных невротических расстройств половой сферы по существу представлена в классификациях астеноневротических и тревожно-фобических форм (см. раздел 8.4.3.1.1). В них же отражено и течение этих расстройств: первые номера обозначают инициальные симптомокомплексы, последние (на уровнях I,6 и II,6) — терминальные, а между ними располагаются промежуточные варианты. У каждого сексологического больного системным неврозом после обследования и установления диагноза может оказаться любая из двух форм расстройства и с любым симптоматологическим уровнем. Однако если учитывать не сегодняшнее состояние больного, а историю развития его расстройства, то выявляются следующие тенденции: при отсутствии лечения (точнее, эффективного лечения) расстройства «отяжелевают» и переходят на нижние уровни в пределах той же формы; при неблагоприятных межличностных взаимоотношениях с сексуальной партнершей значительная часть расстройств с самого начала формируется в пределах второй формы (т е как один из тревожно-фобических синдромов). Расстройства, которые первоначально выявились как астеноневротические, «отяжелевая», не только перехо-

дят на нижние уровни, но и «перескакивают» из первой формы во вторую.

Лечение любого системного невроза следует начинать с выявления и устранения всех продолжающих действовать этиологических факторов. В ряде случаев, однако, этиологический фактор прекратил свое действие, но запущенный им патогенетический механизм не только персистирует, но и развивается, прогрессируя по собственным законам. В связи с этим, особенно при астеноневротических синдромах, следует устранять все болезнетворные физиогенные воздействия, в частности прямо или косвенно воздействующие на предстательную железу. Без этого даже самые энергичные психотерапевтические методы при выраженной фиксации тревожно-фобического синдрома на симптомокомплексе ЕР дают лишь частичный и кратковременный лечебный эффект. В некоторых случаях для устранения терапевтической резистентности воспалительного процесса в предстательной железе приходится воздействовать на этиопатогенетические факторы третьей линии, начиная с санации полости рта. Только после этого становятся эффективными не оказавшие до этого никакого положительного действия приемы лечения предстательной железы. После ее санации, подтверждаемой пальпацией и лабораторными данными, обретают терапевтическую эффективность и такие методы воздействия на системный невроз, как хлорэтиловые блокады и психотерапия.

Психотерапия как обязательная форма врачебного воздействия на любое сексуальное расстройство приобретает при тревожно-фобических синдромах значение главного реабилитационного фактора. В данном случае первой и основной задачей становится устранение владеющих больным страхов, которые можно разделить на три основные категории: 1) страх перед самим собой (чаще боязнь последствий онанизма и «половых излишеств»); 2) страх перед женщиной (чаще боязнь ее суждения и осуждения); 3) страх перед коитусом (начинается с боязни его необходимости и при повторении неудач распространяется на все его аксессуары и предвестники).

Две первые разновидности страха устраняются приемами рациональной психотерапии. Начинать следует с выкорчевывания страхов перед самим собой и в большинстве случаев — с дискредитации мифов о «последствиях онанизма». Подспорьем при этом может стать библиотерапия в строго индивидуальной форме: лишь отдельным пациентам можно рекомендовать самостоятельное ознакомление со строго отобранными литературными источниками, отражающими современные данные по этому вопросу; для исключения неконтролируемых искажений лучше давать читать конкретные фрагменты текста. Для многих пациентов наиболее адекватным и эффективным является цитирование текстов на память (вплоть до афоризмов типа: «Из 100 здоровых мужчин 99 проходят через мастурбацию, а сотый скрывает правду»). Вся антиноанофобическая кампания проводится энергично и коротко, в считанные минуты, так чтобы больной ощутил: это такая мелочь, что врач даже не находит нужным на этом задерживаться.

Иной должна быть тактика при «развенчивании» основных сексологических жалоб больного. Следует дать больному выговориться, демонстрируя серьезное отношение к беспокоящим его проявлениям, а затем разъяснить обратимость расстройства (четко акцентируя, что у пациента *не болезнь, а только расстройство*). И при первичном обследовании, и при последующих встречах

нужно постоянно подчеркивать наличие и положительную динамику частных феноменов (например, хотя у пациента еще нет достаточной эрекции, когда он пытается ввести половой член, однако эрекционный аппарат сохранен, о чем свидетельствуют сильные эрекции в необязывающей обстановке).

Для устранения страха перед женщиной (который наиболее силен у самых молодых мужчин) пациенту необходимо наглядно продемонстрировать ту истину, что, во-первых, любовь и секс у каждого человека, особенно у молодых людей, тесно связаны с опасениями и страхами (боязнь быть отвергнутым или отвергнутой избранником или избранницей, страх того, что возвышенные, но робкие чувства станут раньше времени известны окружающим, будут не так поняты, превратно истолкованы и осуждены или осмеяны и т. д.), а во-вторых, у молодой женщины набор таких отрицательных эмоций намного шире, а реальные основания для них несоизмеримо значительнее. Так, в частности, у молодого мужчины первые функциональные признаки полового созревания, проявляющиеся в виде поллюций, сопровождаются оргазмом, т. е. сильнейшей положительной эмоцией. У девушки аналогичным признаком являются менструации, которые, как всякое кровотечение, вызывают эмоции отрицательные. Не менее, а подчас намного более отрицательно сбалансированы у молодой женщины и большинство последующих этапов приобретения сексуального опыта. Так, первый в жизни половой акт, завершающийся у всех здоровых мужчин оргазмом, у большей части молодых женщин не только не сопровождается оргазмом, но связан с кровотечением, болью (дефлорация) и другими неприятными переживаниями, которые наиболее выражены при добрачном коитусе (от страха пожизненных осложнений с будущим мужем, если сегодняшний избранник покинет ее, и до страха беременности, неуместной и нежелательной в ее сегодняшнем положении). Даже радостям материнства предшествуют муки деторождения, опять же наиболее выраженные при первых родах.

Все эти факты, искусно изложенные психотерапевтом, должны убедить мужчину, что у его подруги причин для страха намного больше, чем у него. Пациент должен почувствовать эфемерность собственных опасений при сопоставлении их с более многочисленными, реальными и обоснованными отрицательными эмоциями его возлюбленной, которые она подавляет и преодолевает из любви к нему. Это положение в нужный момент полезно подкрепить дополнительными сведениями о диапазоне и характере сексуального удовлетворения (у женщин вообще; конкретно для своей подруги пациент должен определить ее место в континууме).

Оставив за пределами вариационного ряда явную патологию с проявлениями вагинизма, когда попытки полового акта вызывают у женщины боль и спазмы, можно обозначить следующие основные типы сексуального реагирования женщин.

1. Женщина, абсолютно удовлетворенная своими тремя детьми, домом и семейным укладом, живя с мужем во всех отношениях «душа в душу», с трудом переносит интимную близость. Кроме отвращения и досады, половые отношения ничего не вызывают, но поскольку мужу это необходимо, женщина их терпит.

2. Интимная близость женщине просто не нужна, она ей безразлична: не вызывая никакой физической радости, она в то же время и не тяготит ее. Поскольку мужу это доставляет радость, женщина испытывает отраженное удовлетворение, подобно че-

ловеку, подарившему другу очень нужную ему книгу, написанную на языке, которого сам он не понимает.

3. Женщине приятна увертюра к половому акту: ласковые слова, употребляемые при этом мужем, объятия и поцелуи. Однако она не может понять, почему все это заканчивается так неэстетично. В общем она приучила себя закрывать глаза на «мерзкие» стороны бытия, а за красивую часть интимности испытывает к мужу искреннюю благодарность и нежность.

4. Отношение женщины к половому акту зависит от времени, состояния и настроения. Перед началом или после менструации бывают периоды, в которые половой акт доставляет женщине глубокую радость и заканчивается оргазмом. В другое время, «не в тот период» и если «настроение сбито» служебными неприятностями или домашними раздорами, половой акт не заканчивается оргазмом и оставляет неопределенную, смутную неудовлетворенность.

5. Половой акт всегда приятен женщине и всегда оставляет радостное удовлетворение.

6. Не слишком распространенная, но встречающаяся (особенно часто на «вольной ярмарке» легких знакомств) разновидность *мультиоргастичных женщин*, способных испытать первый оргазм еще до начала сношения, при глубоком затяжном поцелуе. Начав половой акт, такая женщина от первых оргастических разрядов приходит во все большее возбуждение и не испытывает удовлетворения, пока не переживет серию от 3—4 до 6—8 оргазмов. Если прервать интимную близость до насыщения, то такие женщины испытывают дискомфорт и нередко приходят в ярость.

По данным авторитетных мировых статистик, к первым трем категориям относится от трети до 40% всех женщин. Если исключить добрачные отношения, при которых эта пропорция еще выше, то даже после начала регулярной половой жизни в браке первый оргазм, по наблюдениям А. М. Свядоша, 30% женщин испытывают только после рождения первого ребенка.

Страхи порождаются неизвестностью и невежеством. В связи с этим приведенные сведения производят в тревожно-фобическом состоянии пациента крутой поворот: после хронического ослепления он начинает видеть реальность и при первой же интимной встрече убеждается в правдивости слов врача. В такие моменты на волне возникающей нежности страдающий неврозом из психологической установки напряженного, скованного страхом исполнителя и оценщика собственных сексуальных проявлений спонтанно переходит в естественное состояние — забывая о себе, он весь как бы растворяется в ситуации интимного сближения, и все автономные механизмы тут же самопроизвольно реализуются.

Приведенная модель типовой психотерапии рассчитана на дебютанта. Однако включенные в эту модель информационные блоки полезны и для больных с иными возрастными, ситуационными и синдромологическими характеристиками. Так, ознакомление со шкалой сексуальных реакций у женщины при работе с больными, не имевшими в период обследования сексуальной партнерши, облегчает ориентацию и позволяет предотвратить осложнения, связанные с неадекватностью выбора (сексологический больной невольно предпочитает доступных женщин).

Для устранения страха перед женщиной даже имеющим некоторый сексуальный опыт больным приходится давать элементарную информацию. За единичными исключениями, никто из них не знает о нечувствительности глубоких отделов влагалища. Даже

самые культурные пациенты, включая медиков, воспринимают как откровение, что при наиболее распространенном клиторальном типе возбудимости сенсорные импульсы генерируются не в стенках влагалища и их источником является не половой член, а раздражение клиторальной области лобком мужчины. Стоило больному осознать, что эрекция, оказывается, не так уж и нужна, как при первой же интимной встрече возникали сильные и продолжительные эрекции.

Квалифицированная психотерапевтическая работа по освобождению больного от страхов перед собственным состоянием и женщиной во многих случаях обеспечивает полный и достаточно быстрый эффект. Если все же требуется устранение элементов коитофобии, то одним из наиболее действенных приемов оказывается так называемый *мнимый запрет*: пациенту предписывают программу общих ласк и взаимных воздействий на эрогенные зоны, исключая интроекцию. В результате снятия волевой интенции в оптимальных условиях сексуально-эротической стимуляции происходит «высвобождение» эрекций. Большинство больных после установления сильных и длительных эрекций сами нарушают запрет, осуществляя интроитус и половой акт. Меньшая часть особо педантичных пациентов спрашивают на это санкцию врача. В противоположность «нарушителям» первой группы из них успеха добиваются далеко не все, в связи с чем приходится либо подкреплять прием индивидуальным инструктажем партнерши, либо использовать другие методы (см. раздел 8.4.3.1.1.3).

8.4.3.1.1.2. Невротические синдромы вторичного вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину невроза несексуального генеза у мужчин *

Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными (производственными, бытовыми) конфликтными ситуациями, по данным различных авторов, отмечается у 12—61% мужчин, страдающих неврозами. При обследовании обратившихся на сексологический прием эта форма в качестве стержневого синдрома диагностирована в 6,9% случаев.

Развитие сексуальных нарушений становится для больного дополнительной травмой, отягощает клиническую картину невроза и способствует его затяжному течению. Наиболее важными факторами, предрасполагающими к развитию сексуальных расстройств у больных неврозами, являются: а) слабая половая конституция; б) заболевания, ослабляющие нейрогуморальную составляющую копулятивного цикла; в) динамическая фаза сексуальной эволюции индивида (переходный период, период зрелой сексуальности, инволюция); г) личностные особенности (характерологическая акцентуация, отношение к сексуальной сфере, субъективная значимость сексуальных контактов, личный опыт и объем информации об основных сексуальных проявлениях); д) особенности патогенной ситуации, в частности ее «локализация» в сфере или вне сферы семейных отношений, а также гармония межличностных и сексуальных отношений в браке.

* Автор разделов 8.4.3.1.1.2. и 8.4.3.1.1.3. С. Т. Агарков.

Развитие сексуальных расстройств обычно наблюдается через 3—4 мес после появления выраженных общеневротических симптомов (утомляемость, слабость, раздражительность, нарушение сна и др.). Если в первые месяцы после развития невроза у мужчины отмечается своеобразная дезактуализация сексуальных отношений, проявляющаяся снижением либидо, эмоциональной удовлетворенности половым актом и урежением попыток интимной близости в связи с оттеснением сексуальных интересов невротическими переживаниями, то по миновании указанного периода больные начинают осознавать факт снижения сексуальности, что вызывает у них нарастание беспокойства и озабоченности уже сексуальными проблемами. Подобная реактуализация сферы сексуальных отношений сопровождается ипохондрической фиксацией на сексуальных проявлениях — адекватных и спонтанных эрекциях и продолжительности полового акта. Происходит смещение акцента переживаний в сферу интимно-личностных отношений, и сексуальное расстройство постепенно становится не второй, а первой болезнью. Особенно характерна подобная динамика для случаев, в которых снижение сексуальной активности больных вызывало неудовлетворенность жен, а нередко и упреки с их стороны.

Структурный анализ сексуальных расстройств у больных неврозами мужчины позволил выявить у трети из них задержку пубертатного развития, а у четверти признаки урологических заболеваний (застойная предстательная железа, простатовезикулит), особенно у пациентов в прединволюционном и инволюционном периодах [Голубурда А. В., 1934].

Сексуальные расстройства наблюдаются при всех формах невротических расстройств — неврастении, истерическом неврозе, неврозе навязчивых состояний и наиболее характерны для больных с затяжным (более года) течением невроза, невротическим развитием личности, сопровождающимся стойкими и массивными общеневротическими проявлениями, выраженной депрессивной, обсессивной или ипохондрической симптоматикой, отрывом клинической картины от психотравмирующих переживаний и резистентностью к проводимой терапии. Подобная динамика развития сексуальных расстройств наиболее отчетливо прослеживается у больных неврастением, а при других формах неврозов она обнаруживает ряд особенностей. В частности, при истерическом неврозе, в клинической картине которого наблюдается быстрая трансформация психических переживаний в яркие и демонстративные соматовегетативные проявления, «условная приятность болезни» позволяет больному переложить ответственность за развитие кризисной ситуации на других лиц. Он выступает в роли «жертвы» обстоятельств, а собственно сексуальные расстройства у таких больных встречаются сравнительно редко. Это объясняется, очевидно, высокой престижностью для большинства мужчин сексуальной активности, в результате чего «безусловно приятные» сексуальные отношения нередко остаются интактными даже у больных с истерическими парезами и параличами. В результате эгоцентрических установок больных истерическим неврозом их сексуальные отношения ориентированы на удовлетворение преимущественно собственных потребностей, а любые проявления сексуальной неудовлетворенности жен, как правило, ими игнорируются и редко выступают в качестве психической травмы.

При неврозе навязчивых состояний вероятность вовлечения сексуальной сферы в его клиническую картину зависит от глубины и выраженности ипохондрических переживаний в структуре обсессивно-фобических проявлений. На первых этапах болезни в ситуации

интимной близости внимание мужчин отвлекается от болезненных переживаний и сексуальные отношения практически не страдают. Однако выраженные общеневротические проявления нередко обуславливают значительные колебания сексуальности. В этих случаях наблюдаются дезавтоматизация натуральных сексуальных стереотипов, прогрессирующая невротическая фиксация на сексуальной несостоятельности и формирование симптомокомплекса «ожидания неудачи». При этом позиция «активного участника» интимных отношений трансформируется в позицию «постороннего наблюдателя» и сопровождается оживлением патогенных моделей из прошлого опыта (онанофобические комплексы, некачественные варианты сексуального дебюта, ситуационно обусловленные фиаско).

8.4.3.1.1.3. Лечебно-реабилитационная тактика при сексуальных расстройствах невротического генеза у мужчин

Задачи, которые приходится решать врачу при оказании помощи больным с сексуальными расстройствами, неизбежно выходят за пределы лечебных мероприятий и затрагивают определенный круг социальных вопросов: необходимость создания семьи, выбор брачного партнера, регуляция репродуктивной функции и т. д.

Содержание мероприятий, осуществляемых в процессе реабилитации больных, позволяет выделить три основных этапа: сексуальной ресоциализации, восстановительной терапии и сексуальной реадаптации.

Основной целью этапа *сексуальной ресоциализации* является создание необходимых условий для успешного лечения. Конкретные задачи реабилитационной программы на данном этапе: помощь в создании семьи для не состоящих в браке, предотвращение распада семьи при критическом накале семейной атмосферы, смягчение остроты семейных конфликтов до уровня, позволяющего начать восстановительное лечение, вовлечение жены в процесс лечения (как минимум создание обстановки непротиводействия половой активности больного) и устранение «технических» помех (т. е. объединение супружеских постелей, подбор адекватной контрацепции, ограничение бытовых интоксикаций, освобождение от командировок, в ряде случаев смещение рабочих смен и т. д.). Для больных, не состоящих в браке, производится расширение круга микросоциального общения через клубы и вечера для несемейных, бюро знакомств при консультациях брака и семьи. Психотерапевтическая помощь на этом этапе может быть разнообразной, включает тренинговые формы общения в разнополой группе и широкую разъяснительную работу в области психологии пола и межличностного общения. Продолжительность первого этапа реабилитации для лиц, состоящих в браке, занимает от нескольких дней до нескольких недель; для лиц, не состоящих в браке, продолжительность этого этапа может составить несколько месяцев, но сотрудничество врача и больного должно быть построено таким образом, чтобы не только сохранить, но и расширить психотерапевтический контакт. Наиболее ответственным моментом является встреча врача с женой больного, установление ее сексологических особенностей и создание у нее установок на участие в лечебном процессе. В случае хронической конфликтной ситуации в семье необхо-

димо начать семейную психотерапию и гармонизировать, по мере возможности, отношения супругов.

Второй этап реабилитационной программы — *восстановительное лечение*. Основные задачи этого этапа. ликвидация невротической симптоматики, восстановление сексуальной активности больных нормализация параметров копулятивного цикла. Большинство больных подлежат амбулаторному лечению, так как при стационарной изоляции у них нередко возникают абстинентные осложнения. В отдельных случаях может быть показана краткосрочная госпитализация больного в дневной стационар. Основным методом лечения — психотерапия, комбинируемая с санацией урологической сферы, рефлекторной, общеукрепляющей и симптоматической терапией. Препараты с выраженным седативным действием и антидепрессанты с осторожностью применяются у лиц со слабой половой конституцией и пожилого возраста. Целесообразно назначать их в первую половину дня и после полового акта, сочетая с приемом общеукрепляющих средств (витамины, адаптогены, ноотропные средства, биостимуляторы). Психотерапевтическое воздействие предусматривает ликвидацию заблуждений и предрассудков, развеяние мифа об исключительности болезненного состояния, разъяснение механизма заболевания, коррекцию масштаба переживаний, указание путей выхода из болезненного состояния и создание лечебной перспективы.

Наибольшие трудности вызывает восстановление сексуальных отношений у больных с резким ослаблением адекватных эрекций, что делает невозможной иммиссию полового члена. Перечень терапевтических приемов, используемых в этих случаях, в порядке нарастания их «трудоемкости» можно представить следующим образом

- 1) плацебо-терапия и психотерапевтическое опосредование рефлекторных процедур, включая метод «пневмомассажа» (ЛД),
- 2) ауто- и гетеросуггестия в различных вариантах,
- 3) тактика мнимого запрета, иногда усиленная «парадоксальной интенцией»,
- 4) мануально моделированная иммиссия;
- 5) тренинг сексуальных реакций на основе использования начальных упражнений по методу Мастерса и Джонсон;
- 6) различные варианты механотерапии (преимущественно в виде эректоротерапии).

В частности, в качестве плацебо используется метиленовый синий, выдаваемый больному в специально приготовленных (замаскированных) пилюлях. Появление через несколько часов после приема метиленового синего окрашенной мочи, заранее опосредованное врачом, служит для больного сигналом, что затруднения в близости устранены. В качестве плацебо можно использовать также никотиновую кислоту в дозах, вызывающих легкую вегетативную реакцию, и индифферентные средства, отличающиеся необычностью вида (например, окрашенные растворы), дозировки (например, в каплях) ритуалом приема (например, в строго определенное «нестандартное» время) и т. д. Обязательному психотерапевтическому опосредованию подлежат физиотерапевтические процедуры (например, «гальванические труссы», фарадизация мышц промежности, ректальный ионофорез), иглорефлексотерапия, точечный массаж, массаж предстательной железы, «пневмомассаж» половых органов с использованием локальной декомпрессии (ЛД). Во всех случаях применения плацебо-терапии и психотерапевтического опосредования рефлекторных процедур подчеркивается, что лечение призвано облегчить и уско-

ритель наступление достаточной эрекции только в процессе близости. Одновременно развенчиваются установки больных на достижение интенсивной эрекции. При этом указывается, что при регулярной половой жизни эрекция при интроитусе не должна быть полной, а некоторая вялость головки полового члена — естественное явление, предупреждающее травматизацию половых путей женщины. На схемах объясняется, что неполная эрекция обеспечивает лучший контакт с наиболее чувствительными эрогенными зонами женщины, предлагается позиция, облегчающая иммиссию и способствующая удержанию полового члена во влагалище при фрикциях.

Среди различных вариантов ауто- и гетеросуггестии наибольшее значение при лечении сексуальных расстройств имеют аутогенная тренировка и наркопсихотерапия. Одним из основных приемов при затруднении иммиссии в связи с ослаблением эрекции становится тактика мнимого запрета, при которой больному дается инструкция воздержаться от половой жизни, предпринимая регулярные интимные ласки, а его жене — спровоцировать супруга на близость. В отдельных случаях хороший результат достигается, когда больному предлагается волевым усилием подавлять возникающую при ласках эрекцию («парадоксальная интенция»).

Одним из действенных приемов освоения иммиссии является ее мануальное моделирование, когда жена больного, проинструктированная соответствующим образом, производит введение полового члена, для чего необходима лишь малейшая степень его напряжения. При фрикциях, как правило, происходит усиление эрекции, достигающее максимума к моменту эякуляции. При достаточном культурном уровне супругов с успехом используются начальные упражнения по методу Мастерса и Джонсон. Каждое упражнение осваивается супружеской парой в течение 2—3 дней в следующей последовательности: обоюдная телесная ласка, исключая половые органы, с установлением наиболее приемлемых для каждого из партнеров тактильных ощущений; генитальная стимуляция женщины в позиции партнеров, исключающей возможность близости (например, вентро-дорсальной сидя); генитальная стимуляция мужчины с последовательным вызыванием и утратой эрекции; «нетребуемое введение» полового члена в нижней вентро-вентральной позиции, которое осуществляется женщиной до появления возможности сохранить его эрекцию без фрикций в течение 10—15 мин после иммиссии. У некоторых больных восстановление эрекции происходит позже, после 1—2 попыток ручной эякуляции, предпринимаемых женой.

После освоения фазы иммиссии проводится подбор индивидуального ритма половой активности в соответствии с конституциональными и возрастными особенностями. Затем производится коррекция продолжительности полового акта.

Комплекс терапевтических рекомендаций, касающихся частоты интимной близости, оптимальной продолжительности и формы предварительных ласк, позиции партнеров, интенсивности проведения фрикционного периода и завершающих ласк, является индивидуальным для каждой пары и может быть назван гиперадаптивным стереотипом. В отличие от обычного стереотипа адаптированной супружеской пары гиперадаптивный стереотип характеризуется избыточностью сексуальных коммуникаций, обеспечивающих компенсацию имевшейся неудовлетворенности. В процессе гармонизации сексуальных отношений супружеской пары гиперадаптивный стереотип постепенно упрощается.

Психотерапевтическая работа с парой заключается в создании установки на выполнение рекомендаций врача и в проведении семей-

ной психотерапии, в ходе которой жена получает информацию о структуре переживаний больного, его опасениях и заблуждениях в понимании семейно-сексуальных проблем. Предметом специального обсуждения становятся затруднения в реализации врачебных рекомендаций. Подробно анализируются причины и субъективные мотивы этих затруднений. Так достигается кооперирование супругов в решении сексуальных проблем. По мере накопления супружеской парой опыта врачебные рекомендации имеют менее директивный характер, все более поощряется инициатива пары. В случае высокой терапевтической резистентности, связанной с характерологическими особенностями больных, показано включение пациентов в групповую психотерапию.

Последний этап реабилитационной программы — *сексуальная реадaptация* супружеской пары. Основными задачами этого этапа являются восстановление гармонии сексуальных отношений и приобретение супружеской парой способности конструктивно разрешать проблемные ситуации в сфере семейно-сексуальных отношений. Основной акцент в работе с парой переносится в область межличностных отношений, используются приемы из арсенала методик групповой психотерапии (обмен ролями, проигрывание конфликтных ситуаций, приемы невербальных коммуникаций и т. д.). Изменение сексуального стереотипа ориентировано на сексуальные особенности жены больного и реализацию ее сексуальных потребностей.

При двукратных еженедельных встречах выполнение реабилитационной программы обычно занимает 2—3 мес, после чего супруги обращаются к врачу 1 раз в 2—3 мес в течение года для поддерживающей психотерапии.

8.4.3.2. Неврозы и сексуально-невротические нарушения у женщин

Проблемы сексуального характера занимают одно из центральных мест в ряду причин развития неврозов у женщин. Так, в случаях, когда сексуальные расстройства обнаруживаются только у мужей, невротические расстройства отмечаются у 60% жен. Тесная связь неврозов и сексуальных расстройств у женщин во многом объясняется зависимостью сексуальной удовлетворенности женщины от сексуальных особенностей партнера и высокой значимостью для нее конфликтов в сфере семейно-сексуальных отношений. Кроме того, женщина располагает гораздо меньшими, чем мужчина, возможностями для внесения корректив в сферу сексуальных отношений, так как часто оказывается связанной житейскими условностями в представлениях о женской скромности и альтруизме. Если сложившийся стиль супружеских отношений не позволяет женщине обсудить с мужем возникшие сексуальные проблемы и найти адекватный выход из ситуации, то ее самостоятельные попытки компенсировать внутриличностный конфликт нередко приобретают деструктивный характер и проявляются следующими поведенческими реакциями: 1) фиксацией дезадаптивного стереотипа; 2) сокращением половой активности; 3) прекращением сексуальных отношений.

При фиксации дезадаптивного стереотипа женщина не уклоняется от интимной близости и вариантами ее реакций могут быть. а) осознанное примирение с расстройством отношений без попыток изменить ситуацию; б) отбывание тягостной повинности; в) инсце-

нировка оргазма и сексуальной удовлетворенности. Несмотря на внешние различия вариантов фиксации стереотипа, в их основе много общего. В частности, их реализация при прочих равных условиях происходит при сравнительно невысоком уровне либидо или его быстром реактивном снижении без оргастического подкрепления. Кроме того, представительниц этого типа реакций объединяет в целом положительная установка на партнера или иная необходимость считаться с его позицией.

При втором типе поведенческих реакций доминируют тенденции количественного и качественного ограничения сексуального стереотипа. Данный тип поведения характерен для браков с конфликтными отношениями супругов, когда решение о разводе или еще не созрело, или напрочь отвергается женщиной. В этой связи полный отказ от сексуальных контактов на поведенческом уровне для женщины неприемлем, так как по существу означает развод супругов. Реже подобная ситуация наблюдается в парах с формально сохранившимися доброжелательными отношениями. В большинстве же случаев женщины этой группы идут на близость неохотно, с явным нежеланием, чаще в дни циклического повышения либидо. Как правило, уровень либидо и интенсивность сексуальных фрустраций у женщин данной группы оказываются выше, чем первой. В связи с этим многие женщины соглашаются на близость только в тех случаях, когда муж полностью исключает форшниль и форсированно проводит половой акт, опережая наступление у женщины возбуждения и последующих фрустраций. Заметим также, что демонстрируемая женщиной выраженность фрустраций не всегда соответствует реальным ощущениям, особенно если половой акт оканчивается для нее раньше, чем наступает стадия предоргастического сенсорного насыщения, т. е. «плато»

Третий тип поведенческих реакций — прекращение сексуальных отношений — наблюдается сравнительно редко и является характерным истерическим типом регуляции отношений, при котором мотивация удовлетворения потребности контроля над партнером и ощущения собственной ценности значительно сильнее, чем мотивация удовлетворения половой потребности. Обязательным условием реализации этого типа поведения является наличие мягкого, доброжелательного, уступчивого партнера, готового на компромисс. Внешняя легкость полного отказа от сексуальных контактов достигается в связи с клинически выраженными сексуальными расстройствами (вагинизм, тяжелые гениталгии) или яркими ипохондрическими проявлениями.

В целом психотравмирующая ситуация, складывающаяся при сексуальной дезадаптации супружеской пары, многогранна и затрагивает наиболее значимые потребности личности: любовно-эротические, адекватной социальной оценки, дружественного обращения, а также самовыражения и самоутверждения, что и приводит в дальнейшем к развитию невротических расстройств у женщины или обоих супругов.

8.4.3.2.1. Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы у женщин

При первичном психогенном поражении сексуальной сферы у женщин формируется невротический срыв, который в подавляющем большинстве случаев приобретает затяжное течение, отмечаемое у

65,7% больных. В остальных 34,3% случаев невротический срыв имеет острое течение с быстрым началом и развитием невротических проявлений. Среди всех больных женщин у 76,2% наблюдается истерический срыв, у 20% — неврастенический и у 3,8% — тревожно-фобический невротический срыв. Характерно, что при затяжном течении такого срыва у части больных (10,5%) его проявления не достигают уровня развернутых невротических состояний и ограничиваются затяжными невротическими реакциями системного типа.

Сексопатологические проявления психогенного поражения сексуальной сферы у женщин могут быть представлены как гипо- или аноргазмией, так и различными вариантами гениталгий. Частотные характеристики гипо- или аноргазмии представлены следующим образом:

- 1) относительное снижение оргастичности 24,7%
- 2) абсолютное снижение оргастичности 21,9%,
- 3) относительное отсутствие оргазма 41,0%,
- 4) абсолютное отсутствие оргазма — 12,4%

Экстенсивность гипо- или аноргазмии в типовом распределении обнаруживает определенные закономерности

- 1) изолированная гипо- или аноргазмия (I стадия) 23,8%,
- 2) гипо- или аноргазмия со снижением эрогенной реактивности (II стадия) — 42,9%,
- 3) гипо- или аноргазмия со снижением эрогенной реактивности и либидо (III стадия) 33,3%

Сексуальные нарушения у женщин при первичном психогенном поражении сексуальной сферы во многом зависят от формы невротического срыва, в пределах которого они формируются. При *истерическом неврозе* сексуальные проблемы в жалобах больных непервоочередны, и больные избегают в первых беседах прямого обсуждения этих вопросов. Сексуальные переживания больных, как правило, сопровождаются яркими негативными эмоциями: отвращением к половому акту, приступами ненависти к мужу при его попытках склонить больную к близости, вплоть до выраженных соматовегетативных расстройств во время интимной близости (тошнота, боли в сердце, ощущение приближающейся потери сознания). Для больных истерическим неврозом характерны демонстративность, непоследовательность, уклончивость, противоречивость при обсуждении сексуальных проблем. Приглашение мужа на прием к сексопатологу обычно встречает активное одобрение больной. Она нередко напоминает о необходимости указаний мужу на зависимость заболевания от домашней обстановки. Хотя в совместных беседах с супружеской парой больные и проявляют готовность следовать терапевтическим рекомендациям, на деле эти рекомендации часто ими игнорируются. При затяжном течении истерического невроза они заявляют, что переживают сексуальную неудовлетворенность с первых дней брака, указывают, что муж был всегда противен как мужчина (при позитивной оценке его человеческих достоинств), акцентируют внимание врача на имеющихся у мужа сексуальных расстройствах и пытаются подвести его к выводу о бесперспективности изменения стиля интимных отношений. В совместных беседах с супружеской парой нередко обнаруживается резко негативная оценка мужа («любит только себя и притворяется, чтобы произвести хорошее впечатление на врача»)

В структуре истерического невроза обнаруживаются различные варианты гениталгий, включающих острые или неясные, тупые ощущения внизу живота, пояснице, промежности, прямой кишке, учащенные позывы и рези при мочеиспускании, чувство тяжести в глубоких отделах влагалища или зуд вульвы. Болевые ощущения обычно имеют приступообразный характер, нередко с постепенным началом и медленным разрешением приступа. Продолжительность болевых приступов составляет от получаса до нескольких часов, а их возникновение бывает связано с очередным половым актом, завершившимся без оргазма у женщины. Своеобразной почвой для возникновения гениталгий служат психосексуальные фрустрации, являющиеся, как правило, неотъемлемой чертой сексуальной дезадаптации пары. В целях облегчения «страданий» больные принимали большие дозы анальгетиков, пользовались заранее приготовленной грелкой, принимали в постели неестественные позы. Попытки мужа успокоить больную чаще всего сопровождаются ее заверениями, что «ничего страшного не случилось» и «скоро все пройдет». Естественно, что «героический» характер подобной жертвенности усиливает у мужа чувство вины, что позволяет больным в известной степени регламентировать сексуальную активность мужа и вносить в сложившийся стереотип интимной жизни личные коррективы, соответствующие индивидуальным потребностям больных.

При *неврастении* наряду с сексуальными конфликтами, как правило, обнаруживаются серьезные осложнения во взаимоотношениях с супругом. Сексуальное расстройство сопровождается значительным охлаждением, утратой влечения к близости, переживаниями безразличия и опустошенности после ее окончания. По мере течения заболевания сексуальные отношения утрачивают актуальность, исчезают сексуальные фрустрации, эротические сновидения. Гениталгии имеют оттенок давления, тяжести в области малого таза и сочетаются с болями в поясничной области, причем больные не выделяют их среди других неприятных ощущений. О своих сексуальных переживаниях женщины рассказывают мало, неохотно, заявляют, что они давно перестали думать «об этом». Они обычно лишены наступательной позиции по отношению к мужу и сетуют больше на собственную «неудачливость».

Случаи сексуальных расстройств, развивающихся по механизмам тревожно-фобического невротического срыва, у женщин встречаются редко и связаны не столько с ситуациями, угрожающими сексуальному благополучию, сколько с опасениями венерических или гинекологических заболеваний, а также с ситуациями, субъективно воспринимаемыми женщинами как греховные или постыдные.

8.4.3.2.2. Невротические синдромы вторичного вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину невроза несексуального генеза у женщин

Вторичное вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными причинами, у женщин наблюдается чаще, чем у мужчин, но женщины в подобных случаях крайне редко обращаются за сексологической помощью. Дезактуа

лизация сексуальной сферы при неврозах у женщин происходит легче, чем у мужчин, и если у последних застойные явления в предстательной железе приводят к укорочению продолжительности полового акта, то развитие застойных явлений в малом тазу у женщин сопровождается дискомфортными ощущениями в области гениталий. В клинической картине сексуальных расстройств у женщин резко преобладают тормозные сексопатологические феномены — снижение либидо, утрата эрогенной реактивности, аноргазмия, коррелирующие с выраженностью невротического расстройства. Особой патогенностью отличаются конфликтные ситуации в отношениях с сексуальным партнером, которые, даже будучи лишены сексуального содержания, накладывают свой отпечаток на интимные отношения супругов. К числу наиболее сложных и трудноразрешимых конфликтных ситуаций у женщин следует отнести установление контакта с родственниками мужа, изменение семейных отношений в связи с рождением ребенка, взаимоотношения с детьми от предыдущего брака, бесплодный брак, ситуации любовного треугольника. Особенно тяжело подобные ситуации переносятся в тех случаях, когда решение о замужестве содержало деструктивные мотивы: необходимость уйти из неблагоприятной обстановки в родительской семье, месть изменившему избраннику, ориентация на материальное благополучие, стремление преодолеть комплекс «непривлекательности», боязнь остаться одинокой, необходимость легализовать беременность и т. д.

Факторы с преимущественно биологической направленностью в процессе вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину невроза у женщин играют более скромную роль. В частности, при резкой конституциональной слабости сексуальность у женщины вообще не пробуждается и, следовательно, не может быть расстроена развитием невроза. Сильные варианты половой конституции, граничащие с синдромом гиперсексуальности, часто порождают проблемы сексуальной адаптации, мало зависящие от развития невроза. Женщины с несколько ослабленным вариантом половой конституции, отличающиеся хрупкостью сложения, а также известным преобладанием эротических побуждений над сексуальными и в наибольшей степени соответствующие европейским идеалам женственности, отличаются высоким риском вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину невроза.

Роль возрастного фактора в развитии сексуальных расстройств у женщин, больных неврозами, заключается в том, что наиболее подверженными сексуальному срыву являются молодые женщины, не имеющие устойчивого сексуального стереотипа, и женщины в инволюционном периоде.

Значение перенесенных ранее гинекологических заболеваний нередко обнаруживается в оживлении следовой нейровегетативной симптоматики под влиянием эмоционального стресса, причем эти явления склонны длительное время персистировать после полной санации очага воспаления и могут служить почвой для ипохондрических невротических проявлений.

Зависимость клинических проявлений сексуальных расстройств от формы невротического срыва относительна, так как невротическое состояние становится лишь одним из звеньев сложной цепи патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозами. Более значительное вовлечение сексуальной патологии в клиническую картину невроза наблюдается при неврастении, особенно ее затяжном течении с выраженными депрессивными или ипохондрическими расстройствами.

8.4.3.2.3. Лечебно-реабилитационная тактика при сексуальных расстройствах невротического генеза у женщин

Ликвидация конкретных причин сексуальной дезадаптации супружеской пары не всегда приводит к нормализации сексуальных отношений, так как сложившийся патологический стереотип оказывает тормозящее влияние на женскую сексуальность и после их устранения.

На этапе сексуальной ресоциализации супружеской пары, помимо общих мероприятий, предусмотренных при реабилитации мужчин (нормализация отношений, создание соответствующей обстановки для близости и т. д.), возникает необходимость массивной психологической подготовки женщин к принятию последующих терапевтических рекомендаций.

На втором этапе восстановительной терапии, несущем максимальную психотерапевтическую нагрузку, целесообразно выделять два терапевтических периода: устранение «технических» дефектов сексуального стереотипа пары и глобальную реконструкцию стиля интимных отношений с использованием индивидуального гипердаптивного стереотипа. Следует учитывать, что универсальные рекомендации форсированного воздействия на эрогенные зоны женщины чаще приводят к негативному результату, так как тормозятся ее естественные сексуальные побуждения. Поэтому реконструкция сексуальных отношений пары предполагает временный возврат к тому стереотипу, который ранее обеспечивал у женщины известный уровень психосексуальной реактивности. Некоторое оживление психосексуальных фрустраций, если выполнение рекомендаций не сразу приводит к восстановлению у женщины оргастической функции, является благоприятным прогностическим признаком и не должно сдерживать активности супругов. Этого нетрудно достичь при соответствующем психотерапевтическом предупреждении.

Заключительный этап реабилитации — сексуальная реадаптация супружеской пары — состоит в естественной редукции гипердаптивного стереотипа по мере стабилизации сексуальной функции женщины. Роль врача в процессе реадаптации пары сводится к применению поддерживающей психотерапии и постепенно редуцируется по мере того, как супружеская пара приобретает собственный опыт преодоления трудностей в процессе сексуальной адаптации.

8.4.4. Синдром дезактуализации и реадаптации сексуального поведения

Поскольку ни одна из половых функций не является витальной, любое тяжелое заболевание автоматически приводит к немедленной дезактуализации сексуальных интересов, оттесняет сексуально-эротическую мотивацию поведения на задний план. Однако в стадии реконвалесценции, даже если человек утратил зрение и слух, но сохранил жизнь, после периода адаптации к новым условиям у большинства больных сексуальные интересы и потребности восстанавливаются, но их удовлетворение затрудняется, что и опреде-

ляет содержание синдрома дезактуализации и реадaptации сексуального поведения.

Этиология. Дезактуализация сексуальных интересов и сексуальные затруднения наблюдаются при самых различных острых, хронических и инвалидизирующих заболеваниях (полная слепота, псориаз, ампутация конечностей, мастэктомия, экстирпация гортани и др.) Однако наиболее изучены сексологические аспекты при заболеваниях сердца. Имеются полученные посредством строго объективизированных регистрационных методик сведения о влиянии половой активности на работу сердца у здоровых и перенесших инфаркт миокарда мужчин, исследования случаев смерти, связываемых с половой активностью, а также клинические данные о сексуальном поведении больных, перенесших инфаркт миокарда.

Клиническая картина синдрома четко делится на две фазы: вынужденной абстиненции (собственно дезактуализации) и постабстинентных или реадaptационных расстройств. Так, после травмы глаз и полной слепоты фаза дезактуализации сменяется фазой реадaptации после того, как больной, примирившись со своим новым состоянием, сталкивается с главным патогенетическим механизмом (исключающим простое возобновление отставленной в первой фазе половой активности) — утратой столь важного для большинства мужчин визуального канала сексуальных возбуждений. Если в первой фазе преобладают элементарные патогенетические механизмы «чисто» биологического (физиологического) плана, то во второй фазе ощутимо возрастает значимость психологических (в том числе социально-психологических) компонентов та же утрата зрения, кроме физиологических затруднений, отягощается изменением социального статуса (молодой, независимый, подвижный мужчина превращается в скованного и сковывающего других инвалида). При значительной длительности заболевания наблюдается переход от простой дезактуализации (с наибольшим снижением трех первых показателей СФМ и СФЖ) к невротическим проявлениям широкого диапазона, от «чисто» экзальтационных симптомов до функционального снижения. По миновании острой фазы восстановление половой активности происходит либо путем возвращения к имевшемуся до заболевания стереотипу сексуальных отношений (при некоторой количественной редукции), либо путем формирования новых сексуальных отношений (обусловленных спецификой инвалидности). При этом в обоих разновидностях отношений после завершения фазы реадaptации прослеживается общая закономерность — сдвиг в сторону преобладания личностного, «чисто» человеческого компонента устанавливаемых после инвалидизации отношений над компонентом специфически сексуальным. С позиций системного подхода разработаны эффективные лечебно-реабилитационные программы реадaptации больных, перенесших инфаркт миокарда [Зайцев В. П., Кошелев В. С., 1979; Васильченко Г. С., Володин В. С., 1987].

Одним из механизмов реадaptации на новом уровне становится редукция сексуальных экспектаций вплоть до полного отказа от некоторых проявлений, в частности от генеративных притязаний (сюда входят онкологические, гинекологические и хирургические заболевания, завершающиеся спасением жизни ценой полного бесплодия)

Прогноз определяется спецификой заболевания, вызвавшего первичную дезактуализацию, возрастом, половой конституцией и личностными особенностями, однако особую роль играют семейный статус и межличностные отношения супругов. Хорошая и

стойкая реабилитация, как правило, устанавливается у состоящих в браке больных при взаимной межличностной слаженности и обоюдной заинтересованности в восстановлении половой активности.

8.4.5. Мнимые сексуальные расстройства у мужчин

К мнимым сексуальным расстройствам относятся жалобы на половые функции при отсутствии отклонений от возрастной и конституциональной нормы в реализации половых актов.

Этиология мнимых расстройств, так же как и истинных, плюрикаузальна: отсутствие или грубые искажения информации о нормальной половой жизни сочетаются с индивидуальными особенностями личности, способствующими некритическому восприятию ложных сведений и их сверхценной фиксации. Предрасполагающими факторами чаще являются легкое интеллектуальное снижение или черты тревожной мнительности. Искаженную информацию чаще получают от сексуальной партнерши, друзей и знакомых, из некомпетентно составленных санитарно-просветительных лекций и брошюр, а также от не имеющих профессиональной сексологической подготовки медицинских работников.

Непосредственным толчком к формированию синдрома служат неудача сношения, предпринятого в неблагоприятных условиях, нестабильное укорочение полового акта, смена партнерши, нормализация параметров копулятивного цикла при налаживании регулярной половой жизни, окончание периода юношеской гиперсексуальности, а также некоторые симптомы женских сексуальных расстройств (вину за которые склонны возлагать на себя сами мужчины, их жены и некоторые не располагающие сексологической подготовкой врачи).

Патогенез мнимых расстройств сексуальной сферы определяется тем, что при отсутствии объективных отклонений от возрастной и конституциональной нормы имеются субъективные сомнения в своих сексуальных возможностях, а нередко и успешная укорениться убежденность в нарушениях, таящая угрозу развития невротической реакции. Одним из самых распространенных патогенетических факторов, способствующих выявлению, акцентуации и фиксации сомнений в своем сексологическом благополучии, является онанофобия.

Клиническая картина мнимых расстройств половой сферы у мужчин условно подразделяется на четыре варианта: 1) с преобладанием чрезмерных требований к себе (20% мнимых расстройств); 2) с отнесением к себе воображаемых изъянов (6,7%); 3) с неадекватной личностной реакцией на естественные физиологические колебания сексуальных проявлений (37,8%); 4) с преобладанием неправильного поведения одного или обоих партнеров (в том числе при несоблюдении элементарной «техники» коитуса, например, при редукции предварительных ласк) или сексуальных дефектов женщины (35,5%).

Для второго варианта характерно, что молодые люди заранее, еще до первых попыток начать половую жизнь, считают себя сексуально дефектными. Эту убежденность, основанную на юношеской мастурбации, они подкрепляют «анатомическими» соображениями. К сожалению, молодой возраст и полное отсутствие опыта

половой жизни при этом варианте в большинстве случаев позволяют ставить диагноз мнимых сексуальных расстройств лишь предположительно. Определенная часть наблюдаемых в этой группе проявлений в дальнейшем развертывается в прогрессивный эндогенный процесс.

Диагностика синдрома мнимых сексуальных расстройств облегчается опорой на квантифицированные показатели, в частности шкалы СФМ и индексы половой конституции. Так, общая формула СФМ, выведенная как средняя величина из четырех групповых формул, характеризующих клинические варианты, демонстрирует максимальное снижение показателей заключительной триады, несколько меньшую вовлеченность первой триады и наилучшую сохранность центральной части, отражающей фактические параметры протекания копулятивного цикла. Детальный анализ соответствующих показателей применительно к синдрому мнимых сексуальных расстройств см. в разделе 4.3.1.

При дифференциальной диагностике необходимо иметь в виду, что любой синдром мнимого сексуального расстройства — не полное здоровье, а расстройство, но субъективное. Более того, это и не простое житейское заблуждение или невежество, поскольку страдающий этим расстройством обязательно встревожен, обеспокоен и убежден в своем сексуальном дефекте.

При выявлении сверхценных фиксаций на сексуальной сфере без фактических отклонений половой активности от возрастной и конституциональной нормы приходится тщательно дифференцировать синдром мнимых сексуальных расстройств от инициальных невротических проявлений, особенно процессуального дебюта. Иногда его удается распознать по анозогнозии, т. е. неспособности критически оценить свое болезненное состояние, что обычно наблюдается в различных стадиях психозов и чаще при дефектных состояниях психики (при синдроме мнимых сексуальных расстройств соотношение обратное: убежденность в своем дефекте сочетается с функциональной сохранностью). Дифференциальная диагностика этих состояний облегчается утривированностью, нелепостью жалоб, отщеплением элементов сексуального поведения от совокупности общественных, бытовых, межличностных связей. Так, если больной внезапно вылетает самолетом в Москву и настойчиво требует сделать пластическую операцию для увеличения полового члена, то сексопатолог обязан немедленно консультировать его с психиатром.

В дифференциальной диагностике мнимых сексуальных расстройств от начальных стадий невротических расстройств психической составляющей также помогает шкала СФМ. при синдроме мнимых сексуальных расстройств суммарный показатель первой триады во всех клинических вариантах выше суммарного показателя третьей триады (см. табл. 11), по мере постепенного утяжеления расстройств с переходом в невроз сначала происходит выравнивание суммарных показателей первой и третьей триад, а затем снижение второй триады, которая в своем снижении «обгоняет» первую.

Лечение и прогноз. Поскольку синдром мнимого сексуального расстройства представляет особое, «препатологическое» состояние, при котором последовательность автоматизмов копулятивного цикла оказывается устойчивее и сильнее, чем дестабилизирующее воздействие сомнений, овладевших сознанием больного, достаточно эффективна своевременная психотерапия (преимущественно рациональная)

9. ЭРЕКЦИОННАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

В соответствии с физиологической функцией, которую обеспечивает данная составляющая — состояние эрекции полового члена, она и обозначается как эрекционная. Поскольку без эрекции невозможны интроитус и копулятивные фрикции, феномен эрекции среди жалоб сексологических больных занимает ведущее место. По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, соотношение жалоб на расстройства эрекции и эякуляции составляет 453:313. Однако феномен эрекции не следует отождествлять с *эрекционной составляющей*, которая определяется не только ее физиологическим результатом, но и анатомическим субстратом (спинномозговые центры эрекции с их экстраспинальными афферентными и эфферентными рефлекторными дугами, а также сосудистый аппарат полового члена). Стойкость анатомо-физиологических структур эрекционной составляющей несоизмерима со стойкостью крайне реактивных и функционально ранимых составляющих более высокого ранга — нейрогуморальной и психической, по отношению к которым феномен эрекции чаще является лишь индикатором.

Если у мужчины в момент интимной близости ослабевает эрекция, то в большинстве случаев это является результатом сложных процессов, связанных с условнорефлекторным и дисцефально-вегетативным обеспечением сексуальной сферы. Считать, что большинство таких срывов происходит вследствие внезапного истощения спинномозговых центров, так же наивно, как и объяснять их патологическими сдвигами в нейрорецепторных образованиях предстательной железы.

В противоположность «расширенному» подходу в диагностике «спинальных» поражений диагностика расстройств эрекционной составляющей должна опираться на: 1) неврологические симптомы, доказывающие существование тонического очага спинальной или параспинальной локализации (например, поражения nn. erigentes или n. dorsalis penis); 2) урологически или ангиологически регистрируемые симптомы поражения полового члена (рубцы, induratio penis plastica, системное поражение сосудистого аппарата кавернозных тел и т. д.)

9.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эрекционной составляющей

9.1.1. Эректоротерапия

В ряде случаев при расстройствах эрекционной составляющей (чаще травматического или постонкологического генеза) половые функции удается обеспечить только с помощью методов «нацеленных» на феномен эрекции. Иногда их приходится применять и для лечения тяжелых запущенных поражений других составляющих, в частности психической. К таким методам относятся

прежде всего эректоротерапия, а также хирургическое шинирование и ангиохирургические реконструктивные вмешательства.

Некоторые сексуальные нарушения могут быть преходящими и часть их может восстанавливаться самопроизвольно. Однако при выраженной декомпенсации этого не происходит и у больных, как правило, возникают отрицательные эмоции, которые, угнетая эрекцию, лишают их возможности совершить коитус. В создавшейся ситуации выпадает фрикционная стадия копулятивного цикла, в связи с чем исключается механизм обратной афферентации. Это состояние можно рассматривать как фактическое окончание естественного развертывания компенсаторных реакций, необходимых для восстановления половых функций. В таких случаях, однако, можно добиться компенсации путем применения эректора, позволяющего совершить половой акт при ослабленной эрекции или даже без нее. Таким образом восстанавливается фрикционная стадия, в ходе которой возникает и формируется обратная афферентация. На ее основе заново komponуется вся психофизиологическая последовательность копулятивного цикла.

При обучении пользованию эректором можно создать у больного уверенность в успешном совершении полового акта с его помощью. Необходимо также убедить больного в том, что половой акт с применением эректора будет максимально приближаться к нормальному. Уже одна лишь словесная инструкция может оказывать положительное влияние.

Обучение больного пользованию эректором является одним из факторов, включающих компенсаторные механизмы: у многих больных с расстройствами психической составляющей эрекции восстанавливаются после обучения, но до применения эректора. У других больных наступает полное восстановление половых функций после нескольких половых актов, совершаемых также без непосредственного использования эректора, который находится рядом, но не применяется.

Для успешного полового акта с помощью эректора необходимы максимально благоприятная обстановка и полная интимность. Особое значение при этом имеют тактичность и деликатность сексуальной партнерши. Важное значение приобретает совпадение индивидуальных особенностей (качеств) женщины как сексуальной партнерши со сформировавшимся сексуальным стереотипом больного. Если больной после любовной игры с сексуальной партнершей не может совершить половой акт в связи с нарушением эрекции, то в его ЦНС все равно из различных эрогенных зон поступает комплекс афферентных возбуждений, а также формируется акцептор результатов действия. Однако в этих условиях обратная афферентация совершенно не соответствует тому результату, который был запрограммирован, что приводит к рассогласованию, и весь физиологический процесс резко нарушается. В таких случаях для компенсации нарушенных функций необходимо искусственное моделирование выпавшего звена. Эректор дает возможность больному произвести интродекцию и совершить все стадии копулятивного цикла. При этом включается обратная афферентация, возникающая в нейрорецепторах кожи полового члена, кавернозных телах, задней уретре, семенном бугорке, а также в экстерорецепторах контактных и дистантных эрогенных зон (которые имеют сугубо индивидуальную топографию у различных мужчин). Все эти факторы в свою очередь максимально приближают совершаемый с помощью эректора половой акт к физиологическому. Обра

зовавшаяся при этом обратная афферентация информирует ЦНС о протекании всех стадий копулятивного цикла. Особой выраженности обратная афферентация достигает на эякуляторно-оргастической стадии цикла. Это главный механизм, который информирует ЦНС о достаточности или недостаточности проведенного поведенческого акта, обеспечивая безусловнорефлекторное подкрепление в виде оргазма.

Основным показанием для применения эректора является изолированное нарушение эрекционной функции (при сохранности либидо и эякуляции) у больного с расстройствами эрекционной, психической или нейрогуморальной составляющих. В частности, использование эректора показано при снижении или прекращении эрекции в период предварительных ласк, при попытке к интроекции или непосредственно во время фрикционной стадии копулятивного цикла.

Поражение эрекционной составляющей возникает у больных при органических заболеваниях и травмах спинного мозга, периферической нервной системы, а также полового члена. Лечение их, как правило, чрезвычайно сложно, и часто комплексная патогенетическая терапия этих расстройств не приводит к восстановлению половых функций. Это в свою очередь вызывает тяжелые переживания у больных, нарушает их трудоспособность, порождает социальную дезадаптацию и нередко приводит к суицидальным попыткам. Холостые мужчины вследствие этого не могут вступить в брак, а женатые вынуждены преждевременно прекратить половую жизнь, что нередко становится причиной конфликтной ситуации в семье и даже ее распада. Постоянное применение эректора при каждом половом акте у таких больных дает единственную возможность успешной функциональной реабилитации, позволяя начать или возобновить половую жизнь. При назначении эректоротерапии необходимо учитывать психологическую готовность (установка больного к данному лечебному методу)

Механические вспомогательные средства, используемые для эректоротерапии, должны отвечать следующим требованиям: 1) половой акт, совершаемый с их помощью, должен максимально приближаться к физиологическому; 2) они не должны вызывать неприятных ощущений ни у мужчины, ни у женщины; 3) кожный покров полового члена должен быть максимально открыт; 4) механические вспомогательные средства следует подбирать строго индивидуально; 5) они должны обеспечивать приспособление к изменяющимся размерам полового члена при наступлении эрекции; 6) механические средства должны быть простыми и удобными в применении; 7) длительное применение их должно быть совершенно безвредным для мужчины и женщины; 8) механические средства должны выдерживать гигиеническую обработку

В отечественной медицинской практике известны два типа эректоров: верхние (стержень проходит по спинке полового члена) и нижние (стержни проходят по уретральной поверхности полового члена). Среди эректоров первого типа заслуживает внимания модель С. А. Плотичера и И. М. Порудоминского (рис 41 и 42). Верхний эректор (см рис 41) состоит из двух металлических проволочек, образующих его стержень. Один из концов стержня заканчивается дугами, изогнутыми по конфигурации околочленчатой бороздки полового члена. На втором его конце имеются рожки, на один из которых надета пластмассовая трубка с застежкой на конце, другой — имеет так называемый грибок для фиксации застежки. Этот эректор, надетый на половой член (см рис 42), обеспе

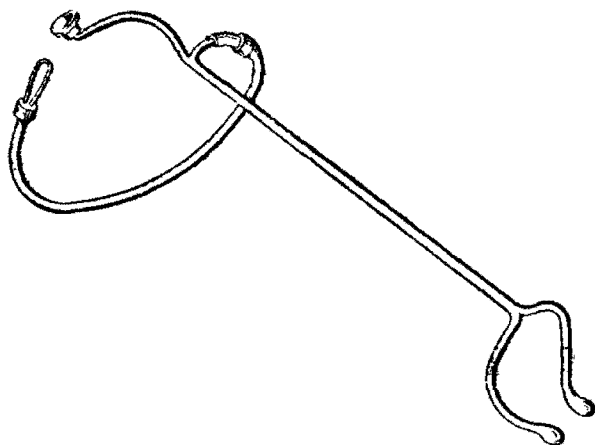


Рис. 41 Эректор верхний.

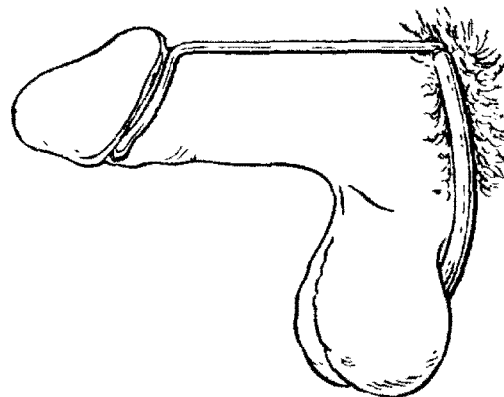


Рис. 42. Верхний эректор, надетый на половой член.

чивает ему ригидность, вследствие чего появляется возможность совершить коитус при любом снижении эрекции или их отсутствии. Однако излишняя затрата времени на снятие эректора, когда после начала фрикций появляется (или улучшается) эрекция, опасность травмы влагалища концами дуг, объемность, вызывающая неприятные ощущения у женщины, слабая фиксация полового члена дугами, требующая надевания презерватива, который ослабляет сексуальные ощущения, определяют несовершенство данной модели. Модификация этой модели, предложенная З. А. Зусмановским и М. В. Цирюльниковым, отличается дополнительными дугами, расположенными ближе к корню полового члена, что несколько улучшает фиксацию, но еще более увеличивает его объемность.

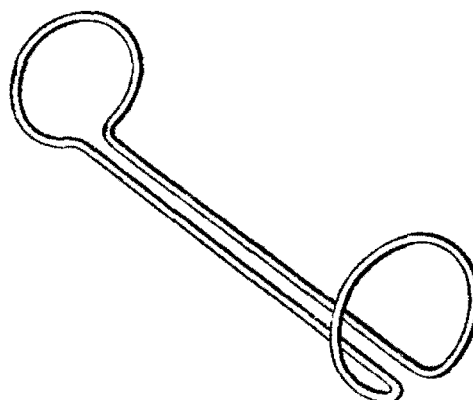


Рис. 43. Нижний эректор Н. Ф. Синева.

Наиболее отвечающей вышеописанным требованиям является модель Н. Ф. Синева, представляющая собой конструкцию из цельного куска упругой проволоки (покрытой тонкой пластиковой оболочкой), похожую на «санки» (рис. 43). Стержни-«полозья» проходят по уретральной поверхности полового члена, а дуги охватывают головку по венечной бороздке и корень полового члена у лобка, что позволяет достичь хорошей фиксации эректора. Это препятствует непосредственному соприкосновению дуг с головкой клитора во время полового акта. Эректор не мешает удлинению полового члена во время эрекции, так как соединение дуг с «полозьями» достаточно подвижно. При пользовании эректором половой член в период полового акта остается совершенно открытым, благодаря чему его рецепторы доступны для сексуальной стимуляции. Гигиеническая обработка эректора (теплой водой с мылом или дезинфицирующим раствором) не представляет трудностей.

Основными противопоказаниями к применению эректора являются факторы, резко ограничивающие или полностью исключающие сексуальность мужчины: тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы, состояния после недавно перенесенных

инсультов и инфарктов, период реконвалесценции после тяжелых длительных соматических заболеваний, ряд психических расстройств, заболевания половых органов — выраженная гипоспадия, а также недоразвитие головки полового члена со слабой выраженностью венечной бороздки, в связи с чем эректор не удается фиксировать. Эректор также не рекомендуют большим с различными поражениями эякулярной составляющей.

9.1.2. Локальная декомпрессия

Метод локальной декомпрессии (ЛД), известный также под названиями локальное отрицательное давление (ЛОД) и «пневмомассаж», был предложен И. В. Заблудовским в 1909 г. Он позволяет вызвать полноценную физиологическую эрекцию независимо от сексуально-эротических воздействий. Метод ЛД, разработанный Р. В. Беледой*, с успехом применяется для лечения сексуальных расстройств [Васильченко Г. С., Беледа Р. В., Горячев Б. А., 1981, 1983]. Он показан в первую очередь при различных клинических вариантах синдрома сосудистой недостаточности эрекционной составляющей, при нарушениях психической составляющей, в клинической картине которых доминирует ослабление эрекций, а также при некоторых формах простатитов.

Во время сеансов ЛД половой член помещают в барокамеру. При этом происходит интенсивная диффузия кислорода из крови в ткани, т. е. активная оксигенация в условиях раскрытия и наполнения кровью большинства капилляров. Это способствует увеличению площади транскапиллярного обмена для газов и питательных веществ, улучшению функции плазматических мембран, транспорту кислорода в межтканевых пространствах и интенсификации метаболизма. Все эти процессы улучшают трофику и способствуют ликвидации дегенеративных изменений в сосудистом аппарате кавернозных тел, о чем свидетельствуют стойкость получаемых результатов и динамика эндоуретральной термометрии [Васильченко Г. С., Володин В. С., 1987]. В отличие от других сексологических синдромов при нарушениях сосудистого аппарата кавернозных тел требуется более длительное лечение ЛД.

Еще более стойкий эффект отмечается при психогенных формах расстройств психической составляющей (в частности, при неврозе ожидания), особенно у больных с сочетанием невротического развития и неблагоприятного личностного преморбиды в фазе инволюционного снижения. Здесь важно не столько улучшение трофики, сколько восстановление стершихся энграмм сексуально окрашенных «форлюстических» ощущений. Возникая в эрогенных зонах полового члена на первых фазах эрекции, они запускают и затем поддерживают циклические механизмы психосексуального возбуждения. Баро-, термо- и хеморецепторы, раздражаемые притоком оксигенированной крови к головке полового члена, порождают импульсы, поступающие к субкортикальным и кортикальным половым центрам. В результате этого «оживляется» многоуровневая структура взаимодействующих центров, у больных после единичных лечебных сеансов ЛД восстанавливается вера в свои

* Авторское свидетельство № 774558.

возможности и происходит стойкая сексуальная реабилитация. Этому способствует и непосредственное влияние на психику пациента буквально на глазах возникающей эрекции.

Положительные результаты применения ЛД при поражении эякуляторной составляющей (в форме хронических простатитов) свидетельствуют о косвенном влиянии благотворных сдвигов в гемодинамике кавернозных тел полового члена на васкуляризацию предстательной железы. Ее кровоснабжение тесно связано с вазоциркуляторными колебаниями в кавернозных телах полового члена.

Техника проведения процедур. ЛД проводят с помощью аппаратов АЛП-02 или АЛИ-01, серийно выпускаемых отечественной промышленностью, и специальной цельнолитой или со сварными швами колбы из органического стекла овальной формы с двумя отверстиями: одно размером 35—45 мм для введения полового члена, другое — для декомпрессии. Применение стеклянных колб из-за возможности травматизации полового члена осколками недопустимо. Колбу соединяют штуцером с ручкой шланга аппарата АЛП-02 (или АЛИ-01) с помощью переходной резиновой трубки. Выступающий край колбы, параллельный лобку, смазывают кремом или вазелином. Пациент, широко раздвинув ноги, садится на край кушетки и вводит половой член в колбу. Затем он подтягивает кожу лобка вверх и расправляет кожу у корня полового члена, создавая этим герметичность при соприкосновении колбы с лобком. После этого включают аппарат.

Метод ЛД можно проводить по двум методикам. В соответствии с первой методикой давление в колбе снижается до 460—360 мм рт. ст., что соответствует 0,63—0,48 усл. единиц (кгс/см^2), обозначаемых на шкалах аппаратов, выпускаемых предприятиями объединения «Союзмедтехника». По истечении 5 мин аппарат выключают. Пациент во время процедуры ощущает распирание у корня полового члена. Болезненные ощущения в головке при появлении сильной эрекции служат сигналом для увеличения давления в колбе до 460—560 мм рт. ст. (около 0,63—0,76 усл. единиц), что достаточно для поддержания полной эрекции без болезненных ощущений. Во время процедуры пациент держит руку на кнопке сброса разрежения (аппарат АЛП-02) или ногу на педали (аппарат АЛИ-01) для быстрого увеличения давления в колбе при появлении болевых ощущений в головке полового члена или у его корня (в связи с втягиванием кожи или яичек). Экспозиция продолжается 3 мин с момента возникновения полной эрекции (5—6 мин от начала понижения давления в колбе). После 3-минутного перерыва экспозицию повторяют. В течение сеанса производят 3—5 экспозиций. Курс лечения включает 12—15 сеансов с перерывами 1—2 дня (в среднем 3 сеанса в неделю).

При второй методике (В. М. Маслов, Б. А. Горячев) * аппарат остается включенным в течение всей процедуры, давление в колбе регулируется самим пациентом, ориентирующимся на собственные ощущения, под контролем врача. При первой экспозиции достигается разрежение 460—360 мм. рт. ст., которое удерживается до появления выраженной эрекции, сопровождающейся болевыми ощущениями в головке, после чего разрежение сбрасывают до нулевой отметки вакуумметра. Затем давление вновь понижают до появления болевых ощущений в головке полового члена. Такие

* Авторское свидетельство № 1250294.

манипуляции пациент продолжает в течение 5 мин. Затем следует перерыв (без снятия колбы) в течение 2 мин и процедуру повторяют (за один сеанс проводят 3—5 процедур в зависимости от глубины расстройства и намерений врача).

Первая методика рекомендуется для лечения поражений эрекции составляющей, требующих более длительной экспозиции, например при фибропластической индукции полового члена. Вторая методика чаще применяется при расстройствах психической составляющей, когда быстрая смена давления способствует восстановлению и закреплению динамического стереотипа сексуального возбуждения. Однако обе методики могут сочетаться и проводиться последовательно во время одного сеанса, при этом первая методика сокращается до 1—2 экспозиций, а вторая продолжается до 3—5-кратного возникновения полной эрекции.

Во время каждого сеанса обязательно присутствие врача, который использует факт возникновения эрекции во время процедуры, более быстрое их появление при последующих сеансах и т. д. для дополнительного психотерапевтического воздействия, что значительно повышает эффективность лечения. Отмечая в беседе с пациентом более быстрое возникновение эрекции, их усиление и стабилизацию с каждым последующим сеансом, врач может провести параллель с половой жизнью, когда при регулярных контактах с постоянной партнершей состояние сексуальных функций также улучшается.

После процедуры колбу тщательно моют теплой водой с мылом и щеткой, а затем обрабатывают 1% раствором хлорамина.

Курс лечения при второй методике включает 10—12 процедур ЛД через день, их количество ограничивается при психогенных формах и увеличивается при сосудистых синдромах поражения эрекции составляющей. Повторный курс назначают индивидуально в зависимости от состояния пациента и динамики клинической картины сексуального расстройства.

Во время первых процедур, когда пациент еще не полностью освоил методику, возможно внезапное появление резких болезненных ощущений у корня полового члена. Они связаны с втягиванием кожи лобковой области в колбу при большем диаметре отверстия колбы. Предупредить это возможно, тщательно расправив кожу у края колбы перед процедурой или применив колбу с меньшим диаметром отверстия. Для этой же цели можно использовать прокладки из плотной или вакуумной резины с отверстиями различного диаметра. Такую прокладку подбирают индивидуально для каждого пациента, помещают ее между колбой и кожей лобка, что исключает появление болевых ощущений.

Иногда в результате увеличения времени экспозиций (более 3 мин) или их числа отмечается отек кожи полового члена, возникающий во время процедуры или через 20—30 мин после ее окончания. Для предупреждения этого необходимы правильное дозирование времени процедуры и контроль врача за ее проведением.

Противопоказания к ЛД: психические расстройства, выраженный атеросклероз, в частности коронарокардиосклероз или церебральный атеросклероз; инфекционные заболевания, злокачественные опухоли, эндокринные заболевания, фимоз, парафимоз, варикозное расширение вен семенного канатика, приапические тенденции, пахово-мошоночные грыжи, водянка яичек, наличие повреждений, воспалительных процессов в области половых органов.

9.2. Расстройства эрекционной составляющей

9.2.1. Синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей

Внедрение в клиническую практику высокоинформативных методов исследования сосудистой системы существенно расширило современные представления о гемодинамических механизмах эрекции и способствовало прогрессу в диагностике и лечении васкулогенных форм половых расстройств.

Кровоснабжение полового члена осуществляется ветвями *внутренних половых артерий*. Последние берут начало от *внутренних подвздошных артерий* после ответвления *нижних ягодичных артерий* (рис. 44).

В свою очередь внутренние подвздошные артерии являются ветвями *общих подвздошных артерий* и отходят от них на уровне пояснично-крестцового сочленения.

К артериям полового члена относятся следующие ветви парных внутренних половых артерий: *дорсальные артерии полового члена*, кровоснабжающие головку, фасции, белочную оболочку члена; *глубокие артерии полового члена*, питающие кавернозные тела; *луковичные и уретральные артерии полового члена*, обеспечивающие приток крови к спонгиозному телу, уретре и луковиче. Важной особенностью кровоснабжения полового члена является тесное анастомозирование систем глубоких и дорсальных артерий на протяжении всего тела полового члена. Ветви дорсальных артерий, прободающие белочную оболочку, в ряде случаев могут замечать глубокие артерии полового члена. Терминальный уровень кровоснабжения представляют открывающиеся непосредственно в лакуны кавернозных тел многочисленные *улитковые артерии*. Они берут начало от глубоких артерий и ветвей дорсальных артерий полового члена, перфорирующих белочную оболочку, и заканчиваются короткими сосудами, соединяющими их с отводящей (венозной) системой. Доказано наличие большого количества *артериовенозных анастомозов* на всех уровнях разветвленной артериальной системы полового члена, что обеспечивает эффективное *шунтирование сосудов*.

К особенностям строения стенок артериального русла, снабжающего кровью половой член, относят наличие выступающих в просвет сосудов субинтимальных гладкомышечных образований — *валиков Эбнера*, участвующих в регуляции объема крови, поступающей в кавернозные тела и головку.

Венозный отток в основном осуществляется через системы *глубокой центральной вены* и *глубокой дорсальной вены*. Кровь из центральной части пещеристых тел оттекает в глубокую вену через короткие *постпещеристые вены*, собирающие кровь из пещеристых пространств и капилляров внутри кавернозной ткани.

Глубокие вены в месте их расхождения в пещеристом теле вливаются в *пузырное* и частично в *простатическое венозные сплетения*.

В структуре венозной стенки определяется продольный мышечный слой с участками кольцеобразно расположенных волокон

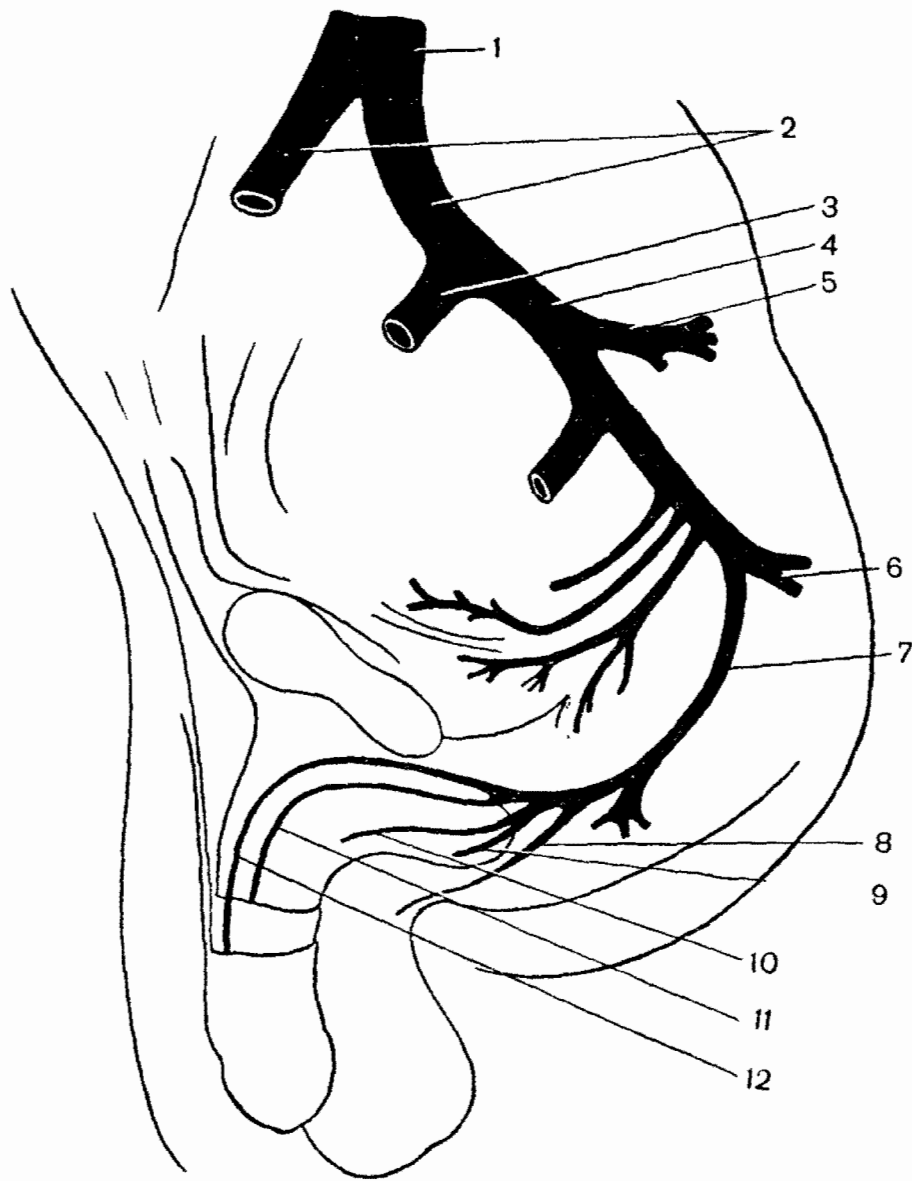


Рис 44 Кровоснабжение полового члена

1—брюшная аорта, 2—общие подвздошные артерии (правая и левая)
 3—наружная подвздошная артерия, 4—внутренняя подвздошная артерия, 5—верхняя ягодичная артерия, 6—нижняя ягодичная артерия
 7—внутренняя половая артерия, 8—артерия мошонки 9—луковичная артерия полового члена, 10—уретральная артерия 11—глубокая артерия полового члена, 12—дорсальная артерия полового члена

и хорошо выраженным внутренним слоем, выбухающим в просвет сосуда наподобие валиков Эбнера, тогда как клапаноподобные образования в глубокой дорсальной вене скорее напоминают таковые в венах нижних конечностей.

Гемодинамические механизмы обеспечения эрекции, по современным представлениям, включают усиление артериального притока к кавернозной ткани вследствие активной релаксации гладкомышечных волокон пещеристых тел и растяжения валиков Эбнера, вызывающих снижение периферического сопротивления сосудистого русла и увеличение его просвета; удержание кавернозными пространствами поступающей крови посредством закрытия артериовенозных шунтов и ограничения в связи с этим оттока крови, приводящего к повышению интракавернозного давления до

величины, обеспечивающей ригидность полового члена; стабилизацию при развивающейся эрекции возросших уровней притока и оттока крови вследствие пассивного растяжения вен, перфорирующих белочную оболочку, повышенного давления в пещеристых телах.

В целом процесс возникновения эрекции отражают изменения двух основных физических параметров — объема и давления. На объем крови в полностью эрегированном половом члене, или эректильный объем, оказывают влияние интракавернозное и интраспонгиозное давление. Первое из них составляет 75%, второе — 25% при общем объеме крови в органе средних размеров 120—160 мл. Объем крови, равный 90%, наблюдается при интракавернозном давлении, не превышающем субдиастолических величин (около 70 мм рт. ст.) Полная же эрекция наступает при давлении в пещеристой ткани, приближающемся к систолическому или превосходящем его, при скорости кровотока 46—160 мл/мин; только 60% этой величины необходимо для поддержания эрекции. Достижимое увеличение объема и ригидность по функциональной необходимости должны быть стабильными с точки зрения гемодинамики, т. е. продолжающееся поступление артериальной крови и отток венозной крови должны осуществляться с одной и той же скоростью. Дополнительным фактором обеспечения ригидности полового члена считают возможность повышения интракавернозного давления выше системного вследствие дополнительного сжатия кавернозных тел в остеомускулярных каналах бульбокавернозными мышцами.

Этиология васкулогенных нарушений эрекции представлена различными органическими поражениями сосудистой системы, снабжающей кровью половой член и обеспечивающей нормальные гемодинамические реакции мужских половых органов. По существующим данным, основанным на результатах ангиологического обследования сексологических больных с длительным нарушением эрекции, поражения сосудистого русла составляют 25—70% случаев.

В качестве наиболее распространенного этиологического фактора выступают атеросклеротические изменения артерий таза, что позволяет объяснить значительную частоту васкулогенных форм среди больных старших возрастных групп. Кроме того, нарушения эрекции наблюдаются как следствие окклюзий артерий после перелома костей таза, при диабетической микро- и макроангиопатии, неспецифическом артериите, дисплазии артерий, артериовенозных фистулах в полости таза и как последствия реконструктивных операций в аортоподвздошной зоне. Среди факторов, обуславливающих патологию венозного дренажа из кавернозных тел, рассматривают спонгиозокавернозные фистулы посттравматического происхождения и искусственно сформированные хирургическим путем для лечения приапизма. Описаны случаи аномального оттока крови через атипичные эмиссарные вены, а также вследствие клапанной недостаточности венозной системы полового члена.

Патогенез синдромов сосудистой недостаточности эрекционной составляющей определяется нарушением одного либо нескольких компонентов гемодинамического механизма эрекции. Облитерация просвета артерии приводит к снижению перфузионного артериального давления дистальнее уровня поражения. При окклюзиях крупных магистральных стволов на уровне бифур-

кации аорты и общих подвздошных артерий это вызывает грубые нарушения гемодинамики уже в состоянии покоя и регистрируется с помощью рутинных неинвазивных методов. При изолированных поражениях дистальных отделов внутренних подвздошных артерий, включая внутренние половые артерии и артерии полового члена, расстройства региональной гемодинамики проявляются только на фоне сексуальной стимуляции, когда для возникновения эрекции требуется максимальное увеличение кровотока. Окклюзионные и стенотические поражения сосудов препятствуют расширению их просвета, не позволяя существенно увеличить объем притекающей крови. Ограничение доставляемого объема крови в ранних стадиях заболевания приводит к увеличению времени, необходимого для достижения эрекции. В дальнейшем, по мере прогрессирования заболевания, происходит снижение артериального давления дистальнее поражения до критического уровня и вследствие этого повышение интракавернозного давления до величины, обеспечивающей необходимую ригидность полового члена, становится невозможным.

Патогенетической основой нарушений эрекции вследствие органических изменений дренажной системы пещеристых тел считают избыточную утечку поступающего объема крови через патологические сосудистые структуры (фистулы, аномальные дренирующие вены). При условии адекватного увеличения артериального притока, приводящего к повышению интракавернозного давления, наблюдается пропорциональное увеличение объема оттекающей из пещеристых тел крови, что не позволяет достичь величины давления, обеспечивающей ригидность.

Таким образом, объем и ригидность полового члена, необходимые для осуществления интроитуса и фрикции, требуют согласованной реакции артериальной и венозной систем, ответственных за обеспечение гемодинамических механизмов эрекции.

Клиническая картина васкулогенных нарушений эрекции зависит от уровня и степени поражения сосудистого русла.

При облитерирующих поражениях аортоподвздошного сегмента (*синдром Лериша*) у больных наблюдаются симптомы нарушения кровообращения в нижних конечностях: перемежающаяся хромота, похолодание и зябкость стоп при ослаблении или отсутствии пульсации бедренных артерий. Появление трофических расстройств и болей в покое указывает на декомпенсацию кровообращения в нижних конечностях. В большинстве случаев на фоне указанной симптоматики (или опережая ее) происходит постепенное ослабление спонтанных и адекватных эрекций, урежение частоты половых актов и укорочение их продолжительности. Иногда больные обращают внимание на похолодание полового члена, побледнение и уменьшение его размеров в покое. Тяжесть симптомов прогрессирующей ишемии нижних конечностей, как правило, приводит к дезактуализации сексуальных расстройств и половой жизни.

Важное клиническое значение имеют половые расстройства, обусловленные органическими изменениями в бассейне внутренних подвздошных и половых артерий, а также артерий полового члена. При такой локализации поражения артериального русла симптоматика практически исчерпывается нарушениями эрекций. Наблюдается постепенное, без видимых причин, ослабление адекватных и параллельно или несколько позднее спонтанных эрекций. Полная ригидность полового члена достигается медленно, часто для этого требуется дополнительная сексуальная стимуляция (зрительная, тактильная мануальная или оральная), повышенная актив-

ность партнерши, особый психологический настрой. Позднее полноценная эрекция уже не развивается ни при каких обстоятельствах. В ряде случаев больные отмечают чувство онемения головки, похолодание полового члена. Несмотря на сохранное либидо, половые акты постепенно урежаются, укорачиваются. В связи со слабой эрекцией интроитус удается с трудом, часто эрекция резко ослабевает в процессе фрикций. В дальнейшем прогрессирующее ухудшение качества эрекций исключает возможность интроекции, что вынуждает больных прибегать к петтингу, вестибулярному коитусу либо полностью отказаться от половой жизни.

Подобная динамика характерна для больных старших возрастных групп с атеросклеротическими поражениями сосудов. Такая патология в течение 2—5 лет приводит к выраженным сексуальным расстройствам. Быстрое развитие тяжелых нарушений эрекции вслед за воздействием патогенных факторов может наблюдаться в результате эмболии артерий, обеспечивающих кровью половые органы, и их травматического повреждения.

Изначальное отсутствие полноценных спонтанных и адекватных эрекций возможно у больных с врожденной патологией артериального русла полового члена. Изредка встречается так называемый *синдром обкрадывания тазового кровотока*, как правило, сочетающийся с симптомами недостаточности кровоснабжения в нижних конечностях. В данном случае усиление кровотока в мышцах тазового пояса и разгибателях бедер во время активных коитальных движений приводит к перераспределению кровотока и уменьшению кровоснабжения органов таза. При этом наблюдается резкое ослабление эрекций после первых же фрикций, могут возникать боли в ягодичных мышцах.

В случаях нарушения эрекций в результате патологически усиленного венозного оттока из пещеристых тел полная эрекция, как правило, вообще не достигается либо возникает на короткое время, несмотря на интенсивную сексуальную стимуляцию. Эта патология наблюдается в любом возрасте и в зависимости от этиологии ее развитие имеет острый или постепенно прогрессирующий характер. В последнем варианте патология венозного дренажа нередко сочетается с артериальной недостаточностью и чаще встречается в пожилом возрасте.

Важно учитывать, что в развитии клинической картины и динамики сексуального расстройства у больных с патологией сосудистого русла полового члена большая роль принадлежит личностному преморбиду, конституциональным особенностям и характеру партнерской ситуации, т. е. наличию синдромов поражения других составляющих копулятивного цикла. Перечисленные факторы в зависимости от их сочетания могут неблагоприятно отражаться на течении заболевания и приводить даже при медленно развивающейся декомпенсации кровообращения в половом члене к раннему формированию тяжелых сексуальных дисфункций.

Диагностика синдромов сосудистой недостаточности эрекцииной составляющей на основании клинико-анамнестических данных в большинстве случаев представляет сложную задачу и требует применения инструментальных методов обследования.

Регистрация ночного набухания полового члена — один из наиболее информативных тестов для оценки степени максимального кровенаполнения члена при физиологической эрекции. Объективизации исследования служит полиграфическая запись компонентов сна. Тест основан на том, что у здоровых мужчин во время

сна наблюдаются эпизоды эрекции, соответствующие фазам «быстрого движения глазных яблок». Отсутствие эрекции в течение двух ночей подряд либо резкое снижение их качества расценивают как свидетельство органической причины нарушения эрекционной функции. Необходимо учитывать возможность сохранения ночных эрекций у больных с «синдромом обкрадывания тазового кровотока». В целом результаты исследования хорошо коррелируют с данными ангиографии.

Импедансная плетизмография полового члена (*реофаллография*) применяется в отечественной медицинской практике главным образом для оценки пульсового кровенаполнения полового члена, однако значительная вариабельность формы кривой реограммы и противоречивость полученных данных затрудняют выработку диагностического критерия. Технические неудобства метода, обусловленные необходимостью регистрирующих электродов, снижают качество реограммы и ограничивают применение исследования. Информативная ценность метода подтверждена при поражении аортоподвздошного сегмента.

Ультразвуковая доплерография артерий полового члена в настоящее время широко применяется для оценки функционального состояния сосудов. Хорошая корреляция результатов исследования с данными ангиографии при различных уровнях поражения, включая артерии полового члена, позволяет рекомендовать тест для широкого клинического применения.

Вычисление *пениально-брахиального индекса*, т. е. отношения величины систолического артериального давления в плечевой артерии к давлению в артериях полового члена,— наиболее известный и широко используемый метод диагностики окклюзионных поражений артерий полового члена. Использование для регистрации давления в артериях полового члена различных типов датчиков расширяет диапазон значений индекса, соответствующих норме и патологии и составляющих по различным данным 0,65—1,0 в норме; более низкие индексы рассматривают как указание на поражение сосудов.

Радиоизотопные методы исследования применяют для оценки кровенаполнения полового члена. Использование низкоэнергетических радионуклидов значительно снизило лучевую нагрузку на больных. Существенно возросла информативность исследований кровенаполнения полового члена с применением препарата Tc^{99m} -пертехнетата, что позволило исследовать резервные возможности артерий полового члена при фармакологических нагрузках с вазодилататорами. Дренаж из пещеристых тел исследуется с помощью He^{133} , вводимого интракавернозно либо под кожу члена с последующей регистрацией клиренса препарата.

Среди других методов диагностики васкулогенных нарушений эрекции применяют *интракавернозное введение вазоактивных препаратов*, способных вызывать эрекцию вследствие искусственной активизации механизмов региональной гемодинамики. Чаще применяют инъекцию раствора папаверина гидрохлорида (от 8 до 160 мг). Эрекция возникает в среднем через 7—10 мин и может продолжаться от 5 мин до 12 ч. Слабую ответную реакцию или ее отсутствие расценивают как признак различной степени органического поражения сосудов. Серьезным недостатком фармакологического тестирования как самостоятельного метода является сложность стандартизации результатов исследования из-за индивидуальных различий в реакции на количество вводимого препарата.

Использование малых доз увеличивает число ложноположительных результатов, а большие дозы повышают вероятность развития фармакологического приапизма.

Решающее значение в диагностике васкулогенных дисфункций эрекции принадлежит методам *рентгеноконтрастной ангиографии*. Рутинный метод такого исследования — *брюшная аортография* — достаточно надежен при поражении магистральных сосудов, но не дает достаточной информации о состоянии сосудов полового члена. Разработаны специальные методы контрастирования внутренних половых артерий и их ветвей, получившие название *фаллоартериографии*. Для проведения исследования осуществляется селективная или суперселективная катетеризация внутренних подвздошных артерий, при этом для визуализации артерий полового члена используют различные методы индуцирования искусственной эрекции — перфузия пещеристых тел изотоническим раствором натрия хлорида с помощью инфузионного насоса, локальная декомпрессия (ЛД), интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов.

Результаты фаллоартериографии указывают, что чаще всего поражения локализованы в условно выделяемых седалищно-прямокишечном и промежностном сегментах. Установление локализации поражения, его степени и распространенности имеет решающее значение в выборе хирургической тактики лечения больного. Однако травматичность исследования с использованием сложной аппаратуры требует обоснования показаний для его проведения в условиях специализированных стационаров.

Для получения изображения пещеристых тел, выявления их границ и дренажной системы применяют *динамическую инфузионную кавернозографию* (введение рентгеноконтрастного вещества в пещеристые тела при помощи инфузионного насоса и последующая рентгенография). В норме вокруг плотных и равномерно окрашенных пещеристых тел видны тонкие венозные сосуды, наличие контрастного вещества в головке полового члена не наблюдается. При наличии спонгиокавернозных фистул отчетливо виден затек контрастного вещества в головку на первых секундах исследования. Информативность исследования повышают путем использования искусственной эрекции (аналогично фаллоартериографии). Метод позволяет исследовать функциональное состояние венозной системы полового члена, однако количественная оценка объема оттекающей из члена крови затруднена.

Дифференциальная диагностика васкулогенных нарушений эрекции осуществляется в первую очередь с функциональными невротическими расстройствами, для которых характерны сохранность спонтанных эрекций, связь их нарушений только с определенной партнершей или определенной ситуацией, наличие эрекции при мастурбации, выраженность у больного невротической симптоматики, в частности тревожного ожидания неудачи при интимной близости в случаях психогенного торможения эрекции. Трудные для диагностики поражения внутренних половых артерий и артерий полового члена чаще проявляются постепенным, без видимых причин ухудшением как адекватных, так и спонтанных эрекций. Ослабление ригидности полового члена в меньшей степени зависит от ситуации, партнерши и других факторов. При мастурбации эрекция также ослаблена или отсутствует. Решающее значение при этом в сложных случаях приобретают объективные методы исследования: ультразвуковая доплече-

рография, радиоизотопная сцинтиграфия, регистрация ночного набухания полового члена. Следует отметить, что объективно выявляемые признаки поражения сосудистого русла не исключают у больного сопутствующих невротических расстройств, влияющих на общую картину и динамику заболевания.

При различных формах шизофрении, а также в депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза могут наблюдаться сес-нестопатии в области половых органов. Больные жалуются на разнообразные, крайне неопределенные, тягостные ощущения в половом члене. Сочетание таких жалоб с нарушениями эрекции необходимо учитывать при дифференциальной диагностике. Установлению правильного диагноза помогает выявление психопатологической симптоматики, характерной для эндогенных заболеваний.

Ларвированные (скрытые) депрессии возникают чаще в среднем и пожилом возрасте, носят затяжное течение. Проявлением их соматовегетативного «фасада» могут быть также нарушения эрекции, ослабление либидо, наличие разнообразных гениталгий, ощущения похолодания и онемения полового члена. Важное значение для диагностики имеют выявление признаков субдепрессии, наличие в анамнезе стертых или классических аффективных фаз, периодичность возникновения соматовегетативных и психических нарушений, эффективность терапии антидепрессантами. Отсутствие патологии сосудов подтверждается неинвазивными методами исследования.

Синдром инволюционного снижения и дезинтеграции сексуальных функций характеризуется равномерным снижением всех сексуальных проявлений либо вторичным нарушением эрекции по отношению к угасанию полового влечения (при «чистых» васкулогенных формах либидо, как правило, сохранено). Часто у таких больных отмечаются симптомы вегетативной дисфункции. Для диагностики инволюционного снижения применяют исследования эякулята, простатического секрета, уровня половых гормонов, результаты которых могут указывать на расстройства нейрогуморального обеспечения половых функций. Определяются признаки сексуальной дефицитарности с начала половой жизни (низкий индекс K_r). Сочетание васкулогенных форм нарушения эрекции с инволюцией — нередкое явление в старших возрастных группах.

Ослабление спонтанных и адекватных эрекции после травм таза и при диабетических ангиопатиях требует наряду с ангиологическим обследованием исключения неврологической патологии — посттравматических и диабетических нейропатий.

Дифференциальная диагностика между формами васкулогенных нарушений эрекции, обусловленных недостаточностью кровоснабжения полового члена, и патологически усиленным венозным дренажем из пещеристых тел осуществляется главным образом с помощью инструментальных методов: ультразвуковой доплерографии, динамической инфузионной кавернозографии, фалло-артериографии и др.

Заслуживает внимания «синдром обкрадывания тазового кровотока», сходный по клиническим проявлениям с функциональными расстройствами эрекции невротического характера. Дифференцировке способствуют некоторые особенности клинической картины (возможность сохранения эрекции в положении на боку и спине при минимальной активности больного во время коитуса), результаты исследования артерий полового члена с помощью ультразвуковой доплерографии (снижение скорости кровотока при

физической нагрузке на мышцы тазового пояса и нижних конечностей в случае «синдрома обкрадывания»)

Лечение большинства синдромов сосудистой недостаточности эрекционной составляющей в настоящее время заключается в коррекции кровоснабжения полового члена хирургическим путем.

Консервативные методы лечения применяют при нарушениях эрекции у больных с облитерирующими поражениями артериального русла. Терапия должна быть комплексной и проводиться длительными (по 2—4 мес) курсами с учетом всех выявленных сексопатологических синдромов.

Для улучшения кровоснабжения применяют препараты, оказывающие воздействие как непосредственно на сосудистую стенку, так и на реологические свойства крови. К ним относятся ангиопротекторы: пармидин (продектин), доксиум; сосудорасширяющие средства: никошпан, андекалин; α -адреноблокаторы: йохимбин, дигидроэрготоксина метансульфонат; анавенол. При нарушениях реологических свойств крови применяют дезагреганты (курантил, трентал, ацетилсалициловая кислота), целесообразно включать анаболические стероиды (ретаболил, феноболии, метандростенолон), витамины (аэровит, аевит, токоферола ацетат, кальция пангамат, никотиновая кислота) Эффективна ЛД, дающая наилучшие результаты в комплексе с вазоактивными препаратами.

Адаптогены (сапарал, китайский лимонник, элеутерококк и др.) включают в комплексную терапию при сопутствующих астенических состояниях. Следует учитывать, что использование этих препаратов нередко ведет к повышению артериального давления, что ограничивает их применение у больных с ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью. Выраженность у больного невротических расстройств требует проведения психотерапии и назначения психотропных средств — транквилизаторов, антидепрессантов.

Консервативное лечение наиболее эффективно в начальных стадиях заболевания, когда эрекции ослаблены, но еще сохраняется способность изредка осуществлять коитус (например, в утренние часы, используя спонтанные эрекции) При отсутствии спонтанных и адекватных эрекций, полном прекращении всякой половой активности в течение длительного времени терапевтический прогноз значительно хуже.

Показаниями к реконструктивным ангиохирургическим вмешательствам являются бесперспективность проводимого консервативного лечения, прогрессирующее развитие сексуальной и психологической дезадаптации, позитивная установка больного на данный вид лечения, наличие патологии сосудов и ее значимость в нарушении эрекций; противопоказания — общехирургические, наличие некорригируемой патологии — эндокринной, урогенитальной, неврологической, психической, играющей существенную роль в патогенезе сексуального расстройства.

Хирургические способы коррекции нарушений эрекций, обусловленных органическими поражениями артерий полового члена, подразделяют на две группы, применение которых зависит от степени и локализации поражения. Способы реконструкции включают операции на сосудах таза и реваскуляризацию пещеристых тел. При нарушениях, обусловленных поражением аортоподвздошного сегмента, выполняют реконструкцию, которая восстанавливает кровообращение в нижних конечностях с одновременным включением в кровоток внутренних подвздошных артерий, что позволяет в случае проходимости их дистального русла нормализовать эрек-

ционную функцию. При изолированных поражениях устьев внутренних подвздошных артерий хирургическое вмешательство осуществляют путем дезоблитерации просвета артерий либо обходного шунтирования.

К сравнительно новым способам хирургической коррекции васкулогенных нарушений эрекции относится реваскуляризация пещеристых тел, которую проводят при поражениях дистальных отделов внутренних подвздошных артерий, внутренних половых артерий и артерий полового члена. Восстановление кровоснабжения полового члена обеспечивается шунтированием пещеристых тел либо артерий полового члена, «донорским» сосудом из другого артериального бассейна. Первый тип операций носит название *прямой реваскуляризации пещеристых тел* и в настоящее время используется редко в связи с большим количеством осложнений (пульсирующий приапизм, тромбоз анастомоза в ранние сроки). Операции второго типа известны как *непрямая реваскуляризация пещеристых тел*. Их выполнение вследствие малого диаметра сосудов полового члена (0,5—2 мм) стало возможным благодаря внедрению микрохирургической техники. Непрямая реваскуляризация в настоящее время приобретает больше сторонников как малотравматичное и физиологически более обоснованное хирургическое вмешательство, клиническая эффективность которого в отдаленном периоде составляет 50—70%.

Попытка хирургической коррекции патологического венозного дренажа из пещеристых тел впервые осуществлена посредством *перевязки глубокой дорсальной вены* полового члена. В дальнейшем, с появлением методов диагностики спонгиозавернозных фистул, были внедрены способы хирургического разобщения систем губчатого и пещеристого тел.

К новому типу хирургических вмешательств, направленных на устранение венозной утечки из полового члена при повышении интракавернозного давления, относится так называемая *артериализация глубокой дорсальной вены*. Цель этой операции — повысить давление в венозной системе полового члена для улучшения блокировки венозного оттока во время эрекции. Операция осуществляется посредством соединения аутовенозной вставкой бедренной артерии и глубокой дорсальной вены полового члена. В числе дополнительных хирургических манипуляций, усиливающих эффект артериализации глубокой дорсальной вены, применяют разрушение ее венозных клапанов в направлении к головке полового члена, что приводит к ретроградному кровотоку большего объема; проксимальную перевязку глубокой дорсальной вены на уровне симфиза, обеспечивающую повышение давления в венозной системе полового члена вследствие поступления крови через анастомоз.

Хорошие клинические результаты артериализации отмечаются у 39—42% оперированных больных. Возможные осложнения операции — отек и пульсация головки полового члена с развитием на ней эрозии.

В заключение следует рассмотреть некоторые общие аспекты тактики ведения больных с васкулогенными нарушениями эрекционной функции.

На первом этапе сексопатолог проводит тщательное обследование по общепринятой методике. При подозрении на сосудистую патологию больного консультирует ангиохирург. Подтверждение диагноза поражения артерий полового члена является основанием для проведения консервативной терапии вазоактивными препара-

тами. При неэффективности последней прибегают к хирургическому лечению. Обоснованность оперативного вмешательства решается совместно сексопатологом и ангиохирургом с учетом указанных ранее показаний и противопоказаний.

В послеоперационном периоде всем больным проводится длительная терапия антикоагулянтами и дезагрегантами (курантил, ацетилсалициловая кислота и т.д.), направленная на профилактику тромботических осложнений. Обязателен периодический контроль функционального состояния реконструированного сосудистого русла с помощью инструментальных методов. Реабилитационная программа, проводимая сексопатологом в послеоперационном периоде, включает психотерапевтические мероприятия, направленные на раннее восстановление сексуальной активности больных (целесообразно возобновление половой жизни уже через 3—4 нед после операции), ликвидацию возможных невротических реакций (ипохондрических, тревожно-фобических), коррекцию межличностных отношений.

Совершенствование хирургической техники, методов диагностики и лечебно-реабилитационных мероприятий, проводимых сексопатологом до и после операции, указывает на возможность улучшения результатов микрохирургической реваскуляризации пещеристых тел полового члена и коррекции патологического венозного дренажа.

Отсутствие условий для проведения реконструктивного ангиохирургического вмешательства, как и его неэффективность при васкулогенных формах поражения эрекции, может быть показанием к применению наружного эректора либо имплантации в половой член опорных протезов.

Хирургическое лечение васкулогенных нарушений эрекции с использованием протезов насчитывает свыше 80 лет. За этот период типы имплантируемых протезов значительно усовершенствованы. В отечественной медицинской практике в настоящее время используют парные полиэтиленовые протезы, имплантируемые под собственную фасцию полового члена на его боковых поверхностях. Реже применяют силиконовые стержни, устанавливаемые интракавернозно. Отдаленные результаты лечения удовлетворительные. К недостаткам данного вида хирургического лечения следует отнести постоянное пребывание полового члена в полуэрегированном состоянии, что создает для больных определенные неудобства. Наблюдается около 30% осложнений, связанных с нагноением и трофическими расстройствами в зоне имплантации.

В зарубежной медицинской практике широко используются протезы двух типов: спаренные силиконовые стержни и надувные (гидравлические) протезы. Протезирование осуществляется интракавернозно. Наиболее сложной в техническом плане является имплантация надувного протеза, вместе с тем косметические достоинства и функциональный характер такого вида протезирования придают ему большую привлекательность для больных.

Прогноз при атеросклерозе зависит от уровня и степени поражения артерий, участвующих в кровоснабжении половых органов, применения адекватных терапевтических и хирургических мероприятий. В случаях сахарного диабета и травм костей таза с повреждением уретры большое значение имеет выраженность неврологических нарушений и сосудистых расстройств, что может привести к стойкой декомпенсации сексуальных функций.

Профилактика васкулогенных нарушений эрекции сводится к предупреждению прогрессирования атеросклероза путем

устранения факторов риска; у больных с сахарным диабетом необходима максимальная компенсация метаболических нарушений, в пожилом возрасте имеет значение поддержание половой активности мужчины на уровне физиологического и конституционального оптимума.

9.2.2. Сексуальные расстройства при патологии спинного мозга

Заболевания и повреждения спинного мозга сопровождаются значительными нарушениями двигательных, чувствительных, тазовых и висцерально-трофических функций, тяжесть и распространенность которых определяют относительно высокую смертность (3—24%) и глубокую стойкую инвалидизацию (80—95%). Очень часто при патологии спинного мозга наблюдаются различные расстройства половых функций (52—99%). Многие больные, особенно с большим сроком давности заболевания, считают восстановление сексуальной функции одним из наиболее важных аспектов реабилитации. Женатые больные, как правило, удовлетворяются наличием у них эрекции, а холостяки большее значение придают восстановлению прокреативной функции.

Этиология. Одним из основных этиологических факторов являются травмы. В настоящее время учащаются травматические повреждения позвоночника и спинного мозга в развитых странах, что обусловлено повышением промышленного и транспортного травматизма. В СССР ежегодно регистрируется примерно 9500 больных с осложненной травмой позвоночника. Менее распространены нарушения спинального кровообращения, воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек, опухоли. Редко встречаются больные с поражениями спинного мозга туберкулезной, бруцеллезной или сифилитической этиологии.

Патогенез. Нарушения эрекции у больных с поражениями спинного мозга связаны с поражениями спинального центра эрекции или проводящих путей спинного мозга. В настоящее время принято считать, что спинномозговой центр эрекции располагается в крестцовых сегментах ($S_{II} - S_{IV}$). Кроме того, обнаружены роль нижнегрудных и поясничных сегментов ($Th_{XI} - L_{II}$) в возникновении эрекции и наличие в указанном центре парасимпатических и симпатических отделов. Определенную роль в восстановлении церебрального контроля адаптационно-трофических функций играет автономная нервная система. Восстановление афферентных и эфферентных связей осуществляется также по паравертебральной цепочке и симпатическим сосудистым сплетениям.

Клиническая картина. Нарушения эрекции составляющей у больных с травмами и заболеваниями спинного мозга прежде всего зависят от уровня и степени поражения последнего, в значительно меньшей степени — от неизбежных при данной патологии хронических воспалительных заболеваний мочевыделительной системы и сопутствующих трофических расстройств. Отсутствие полового влечения у больных с поражениями спинного мозга наблюдается крайне редко, в остром периоде травматической болезни или в случаях тяжелых нейросоматических расстройств при процессах, распространенных по длиннику спинного мозга.

При повреждениях спинного мозга на шейном и верхнегрудном уровнях больные, как правило, отмечают наличие эрекции. Приапизм, возникающий в первые часы после травмы спинного мозга на шейном уровне, имеет четко выраженный спастический генез, что позволяет больным в последующем легко вызывать эрекцию, несмотря на выраженные неврологические расстройства. При поражениях на верхнегрудном уровне, несмотря на развитие у больных нижней спастической параплегии, эрекции кратковременны и недостаточны для интроекции у относительно большого числа пострадавших (особенно при повреждениях на уровне 5—6-го грудных сегментов). При поражениях на нижнегрудном уровне эрекции также носят кратковременный характер и могут появляться через несколько месяцев после травмы в ответ на местное раздражение. При полном поражении спинного мозга на уровне конуса, а также при поражениях корешков конского хвоста эрекции практически отсутствуют. При частичном поражении спинного мозга клиническая картина отличается полиморфизмом, эрекции страдают в меньшей степени, однако их выраженность при проводниковом синдроме менее зависит от повреждения спинного мозга по поперечнику, нежели от его протяженности по длиннику [Юнеман И. Я., 1977]. Так, при нарушениях спинального кровообращения в бассейне большой передней корешковой артерии, несмотря на наличие у больных спастического синдрома, эрекции часто бывают недостаточными.

Появление адекватных эрекции у данной категории больных принято считать важным клиническим признаком неполного поражения спинного мозга. У отдельных же больных наблюдается парадоксальное наступление адекватных эрекции при развитии клинической картины полного поражения спинного мозга. Кроме того, некоторые больные отмечают «психогенные» эрекции при отсутствии рефлексогенных. Данный феномен, как и наличие у ряда больных «фантомного оргазма», может быть объяснен сохранностью вегетативных шунтов.

При проводниковом синдроме характерно возникновение эрекции у больных в результате механического раздражения кожи полового члена, мошонки, области промежности. Эрекции могут возникать при туалете половых органов, переполнении мочевого пузыря, дефекации, а также при перемене положения тела; они возникают многократно и сохраняются в течение часа и более. Наступление миелогенной эрекции является одним из проявлений спинального автоматизма, имеющего определенную связь с автоматизмом органов малого таза.

При полном поперечном поражении спинного мозга на уровне сегментов, соответствующих эрекциионному центру, эрекции отсутствуют у подавляющего большинства больных; при частичном поражении спинного мозга на этом уровне они также могут отсутствовать, но чаще бывают недостаточными, редко близкими к норме.

Лечение. Реабилитационные мероприятия у больных с поражениями спинного мозга следует начинать по мере стабилизации их общего состояния.

На первом этапе реабилитационной программы с больным проводится установочная беседа, во время которой выявляется уровень сексуальных притязаний больного, а также ознакомление с возможными результатами лечения. Очень важное значение имеет аналогичная беседа с женой или партнершей больного.

Необходимо помнить, что данные об интенсивности половой жизни до травмы или заболевания, сообщаемые больным, в известной степени завышаются. Последнее, по всей вероятности, обусловлено личностной реакцией на болезнь.

Особенностью обследования этой группы больных является двукратное применение СФМ с учетом состояния до и после травмы или заболевания.

По мере окончательной стабилизации общего состояния больного или в послеоперационном периоде после снятия швов, когда больной становится более мобильным и легче переносит проводимые манипуляции, необходимо приступать ко второму этапу реабилитационной программы, включающему нейрососудистый тренинг (ЛД) и эндосакральное введение смеси прозерина и стрихнина [Юнеман И. Я., 1977] или стефаглабрина сульфата. Противопоказанием к применению смеси прозерина и стрихнина является наличие у больных спастического синдрома, так как данная комбинация препаратов может привести к нарастанию последнего.

Смесь прозерина и стрихнина и стефаглабрин вводятся эндосакралью в разведении 1·10. Стефаглабрин легче переносится больными, что позволяет вводить его через день в количестве 8—10 инъекций. Многие больные в момент введения отмечают чувство распирания в пояснично-крестцовой области, парестезии, иррадиирующие в аногенитальную зону, одну или обе конечности, при последующих инъекциях — уменьшение чувства распирания, нарастание парестезий, иногда с болевым компонентом. В некоторых случаях наблюдается восстановление признаков глубокой чувствительности в нижних конечностях, что облегчает процесс обучения ходьбе и оказывает положительное психологическое воздействие на больных.

Применение ЛД у больных с поражениями спинного мозга ведет к улучшению их психического самочувствия даже после единичных сеансов, что обеспечивает результативность всей реабилитационной программы.

Задача врача на втором этапе реабилитационной программы ориентирование больного на появление у него признаков чувствительности, парестезий и разъяснение их положительного прогностического значения. Кроме того, следует интересоваться возникновением у больного эрекции при туалете половых органов, надевании мочеприемника и т. д. В беседы с больными следует включать элементы реэдукации. Поскольку адекватные эрекции при поражениях спинного мозга представляют собой крайне редкое явление, необходимо обучить больного приемам механической стимуляции эрогенных зон полового члена, чтобы больные при необходимости могли вызвать достаточную для интроитуса эрекцию. Для восстановления стереотипа половой жизни в конце второго этапа лечения некоторым больным следует рекомендовать попытки интимной близости с использованием методики мнимого запрета.

Третий этап реабилитационной программы предусматривает расширенную реэдукацию описываемых больных в связи с наличием у них синдрома детренированности, неизбежного при длительной (6 мес и более) сексуальной абстиненции. Важно помнить о бытующем крайне распространенном мнении о неспособности больных с поражениями спинного мозга к половой жизни, о том, что практически все больные имеют в анамнезе одну или несколько попыток полового сношения, оказавшихся безуспешными, в резуль-

тате чего у большинства из них развивается ожидание неудачи в интимной близости. Поэтому на третьем этапе лечения нужно применять видоизмененную методику тренинга сексуальных реакций по Мастерсу и Джонсон, рекомендуемую для мужчин, страдающих нарушениями эрекции. Рекомендуемая модификация методики обусловлена наличием у этих больных расстройств чувствительности, при которых показан особый акцент на II (ощущения при стимуляции женских половых органов) и III (ощущения при стимуляции мужского полового члена) фазах. Объясняя больным поведение в I сенсорной фазе (ощущения при телесном соприкосновении), следует рекомендовать сосредоточение партнеров на осязании мест с сохраненной чувствительностью и последующий переход к раздражению возможных эрогенных (пусковых) зон. Объясняя партнерше ее поведение в III сенсорной фазе, необходимо рекомендовать ознакомление с пусковыми зонами партнера. В качестве позиции выбора рекомендуется вентро-вентральная нижняя.

На этом этапе реабилитационной программы от врача требуются максимальные такт и доходчивость изложения, так как рекомендации неизбежных смен стереотипа половой жизни, в частности необходимость активной роли женщины в половом акте, зачастую вызывают сопротивление больных, что может существенно отразиться на результатах сексуальной реабилитации.

В случаях, когда больные удовлетворены наступившей после травмы формализацией отношений по типу «больной — сиделка» и инициатива проведения реабилитационных мероприятий исходит от родственников больных, реабилитация затрудняется, требуется большее количество инъекций; рекомендации смены стереотипа половой жизни воспринимаются негативно, женатые больные с неохотой идут на половой контакт, а неженатые не стремятся к его проведению. В этих случаях нужно дать совет их родственникам о снижении опеки.

Иногда больные с менее выраженными неврологическими расстройствами требуют более длительной реабилитации. Как правило, это можно объяснить наличием частично сохраненных нисходящих влияний кортикального характера. В этих случаях следует принимать во внимание не только расстройства эрекции, но и психической составляющих, что требует включения в реабилитационную программу гипно- или плацебо-терапии.

На завершающем этапе сексуальной реабилитации больных с поражениями спинного мозга необходимо провести с ними беседу о гигиене половой жизни. Больным следует рекомендовать опорожнение мочевого пузыря перед половым сношением, указать на отрицательную роль алкоголя, а также (многим из них) ограничение продолжительности полового акта до 10—15 мин.

Противопоказаниями к применению консервативной терапии являются тяжелое общее состояние больных, наличие пролежней в крестцовой области и атрезия сакрального канала (обусловленная у многих больных наличием в анамнезе остеомиелита крестца)

В случаях неэффективной консервативной реабилитации показано применение эректоров или оперативное лечение. При протезировании полового члена следует отдавать предпочтение жестким протезам с хорошей фиксацией. Применение подкожного шинирования, протезов, наполняемых жидкостью, не рекомендуется, так как больные с поражениями спинного мозга, как правило, лишены возможности контролировать интродекцию, вследствие чего

недостаточно прочные конструкции могут повреждаться. Повторное оперативное лечение у данной категории больных крайне нежелательно из-за наличия у них трофических расстройств.

9.2.3. Половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы

Повреждения периферических нервных образований, участвующих в иннервации половых органов, в практике сексопатолога встречаются редко, однако их диагностика и лечение обычно вызывают определенные трудности.

Этиология. Корешки, идущие в составе конского хвоста в спинномозговом канале, обычно повреждаются в результате травм позвоночника, выпячивания межпозвонкового диска, воспалительного процесса, опухолей. Поражение нижнего подчревного сплетения и его вторичных сплетений (в том числе простатического и кавернозного), а также полового нерва может происходить при различных патологических процессах в органах малого таза (тромбофлебиты, абсцессы, опухоли) и при травматических переломах седалищной и лобковой костей. В последнем случае нередко страдают и сосуды полового члена.

К повреждению нервов и сосудов, вызывающему нарушения половых функций, может привести любое хирургическое вмешательство в нижнем отделе брюшной полости. Особенно часто это бывает при простатэктомии и илеостомии (или колостомии). Простатэктомия, выполняемая промежностным доступом, чаще ведет к половым расстройствам, трансуретральная операция представляет значительно меньшую опасность. У многих больных после простатэктомии наблюдается ретроградная эякуляция. Процент больных с нарушениями эрекции после операций на органах малого таза широко варьирует, значительно уменьшается при проведении в пред- и послеоперационном периоде рациональной психотерапии.

В некоторых случаях после успешной операции реваскуляризации кавернозных тел васкулогенные нарушения эрекции могут замещаться нейрогенными вследствие повреждения при операции нервов, участвующих в механизме возникновения эрекции. Этиологическими факторами являются также интоксикации (например, алкогольная) и сахарный диабет, приводящие к развитию полиневропатий.

Клиническая картина. При поражении конского хвоста (корешков L₂—S₅) у больных наряду с резким ослаблением эрекции и нарушением эякуляции наблюдаются периферические параличи (парезы), гипотрофия мышц и контрактуры дистальных отделов нижних конечностей, расстройства мочеиспускания, анестезия или сильная боль в ногах и промежности, локальные вазомоторные трофические расстройства. Сочетанное повреждение 2—4 крестцовых корешков (например, при радикулите) также может привести к ослаблению эрекции. При этом у больных наблюдаются боль и расстройство чувствительности по задне-внутренней поверхности бедра и голени, ослабление тонуса разгибателей большого пальца стопы, снижение ахиллова рефлекса.

Поражение пояснично-крестцового отдела пограничного симпатического ствола проявляется жгучими разлитыми болями

и парестезией в области половых органов, таза и живота, нарушением чувствительности кожи по типу гиперпатий, вазомоторными и трофическими расстройствами. Повреждения полового (чувствительного) нерва вызывают зуд и гипестезию наружных половых органов и приступообразные боли в зоне иннервации. Иногда это сопровождается расстройствами функции мочевого пузыря и прямой кишки, что связано с сочетанным поражением мочепузырного и прямокишечного сплетений. В некоторых случаях, например при интоксикационной и диабетической полиневропатиях, субъективная симптоматика — боли, парестезии, анестезия в области половых органов — слабо выражена и доминирующее значение в диагностике приобретают методы объективного исследования.

Трудности диагностики определяются необходимостью распознавания природы поражения нервных образований и установления зависимости сексуальных нарушений именно от этой патологии. В некоторых случаях малосимптомного течения главную проблему представляет процесс обнаружения патологии периферических образований, иннервирующих половые органы.

Для преодоления этих трудностей наряду с традиционным неврологическим осмотром исследуют генитальные рефлексы, прежде всего бульбокавернозный (например, посредством электрической стимуляции в области головки полового члена и записи электромиограммы с электрода, введенного в луковично-пещеристую мышцу); определяют порог чувствительности полового члена к вибрации, а также возможность получения эрекции при помощи вибрации и зрительной сексуальной стимуляции [Вагнер Г., Грин Р., 1985]; изучают характер периодического набухания полового члена во время ночного сна (с использованием тензодатчика и фаллографии).

Однако ценность описанных методов ограничена: если получение нормальных показателей дает уверенность в сохранности соответствующих нервных механизмов, то отрицательный результат нельзя интерпретировать однозначно как их повреждение. Поэтому результаты этих исследований должны оцениваться в комплексе со всеми другими данными.

Дифференциальная диагностика в случаях малосимптомного течения проводится с сексуальными расстройствами, наступившими в результате психических заболеваний (особенно сопровождающимися сенестопатиями и вегетативными дисфункциями генитальной локализации), психогений, окклюзий подвздошных артерий и артерий полового члена (например, при переломах костей таза, сахарном диабете).

Однако, проводя дифференциальную диагностику, следует помнить, что неврологические и иные причины сексуальных расстройств нередко сочетаются.

Лечение. Во всех случаях назначают витамины группы В, алоэ, ФибС и другие биостимуляторы. При ослаблении эрекции показаны препараты стрихнина, секуринина, прозерина, при болевом синдроме — анальгетики, транквилизаторы. Выраженные вегетативно-трофические нарушения купируются ганглиоблокаторами (ганглерон, эскузан, гливенол). Важное значение имеют иглорефлексотерапия, электростимуляция и другие физиотерапевтические процедуры (фоно- и электрофорез, УФО, использование динамических и синусоидальных токов). Показано применение радоновых и сульфидных ванн.

9.2.4. Приапизм

Приапизм — стойкая, часто болезненная эрекция полового члена, не связанная с половым возбуждением и не исчезающая после полового акта. Приапизм является урологической патологией, требующей неотложной помощи. Частота этой патологии среди урологических больных колеблется от 0,11 до 0,4%. При несвоевременном или неадекватном лечении приапизм ведет к фиброзу кавернозных тел и нарушению их способности к эрекции.

Истинная этиология приапизма неизвестна. Весьма часто (25—70% случаев) никаких причин выявить не удается, и приапизм расценивается как идиопатический. В других случаях он развивается на фоне серповидноклеточной анемии, лейкоза, интоксикации алкоголем, заболеваний полового члена, нервной системы и т. д. Изредка приапизм возникает после интракавернозных введений папаверина и фентоламина, применяемых с диагностической или лечебной целью (частота этого осложнения 0,2%)

Патогенез. Выделяют два типа изменений гемодинамики в кавернозных телах при приапизме. Первый тип — «приапизм с пониженным кровотоком (низкоточный, венозный)» — характеризуется затруднением венозного оттока, резким стазом крови, приводящим к механической компрессии глубоких артерий, снижению артериального кровотока, ишемии тканей. При втором типе — «приапизме с повышенным кровотоком (высокоточном, артериальном)» — венозный отток часто выше нормы, однако недостаточен для компенсации резко усиленного артериального притока.

Клиническая картина. Приапизм может наблюдаться в любом возрасте, но у детей он бывает очень редко. Как правило, он начинается внезапно, обычно во сне. Половой член максимально напряжен и уплощен (так как спонгиозное тело уретры и головка полового члена не напрягаются), кавернозные тела деревянистой плотности, болезненны при пальпации, четко прослеживается их ход на промежность. Больных беспокоит сильная боль в области полового члена и промежности. В отличие от нормальной эрекции мочеиспускание при приапизме обычно свободное. Акт дефекации часто затруднен, болезнен в связи с резким сокращением мышц промежности и сфинктера прямой кишки. Больные угнетены своим состоянием, беспокойны, у них нарушается сон, иногда кратковременно повышается температура.

О состоянии гемодинамики в кавернозных телах по клинической картине можно судить только ориентировочно. При первом типе изменений гемодинамики наблюдаются некоторая синюшность кожи члена и отечность его, особенно крайней плоти. При втором типе — половой член более эластичен, отечности нет, кожные покровы бледные. Истинное состояние гемодинамики определяется с помощью кавернозографии.

Течение. Иногда задолго до основного приступа приапизма ему предшествуют кратковременные приступы, проходящие без всякого лечения. Нелеченый или неадекватно леченный основной приступ может продолжаться от нескольких часов до нескольких месяцев. Резкие боли через несколько дней обычно стихают. В дальнейшем постепенно исчезает эрекция. Либи́до и способность к эякуляциям сохраняются.

Прогноз в определенной мере зависит от особенностей

гемодинамики. Первый тип нарушений гемодинамики весьма трудно поддается всем видам лечения и быстро приводит к фиброзу кавернозных тел и нарушению эрекционной функции. Избежать этого иногда удается только при купировании приступа в первые 3 сут. При втором типе даже длительный приапизм может не приводить к фиброзу и нарушению потенции, эффект терапии в этих случаях значительно выше.

Диагностика приапизма не представляет затруднений. Типология нарушений гемодинамики определяется при кавернозографии.

Лечение должно начинаться как можно раньше. При приапизме второго типа наиболее простым (выполняемым амбулаторно) и весьма эффективным является метод интракавернозной инфузии адреналина (0,25—0,5 мл 0,1% раствора на 20 мл раствора натрия хлорида изотонического), допамина (2—4 мкг/кг) и других средств. Патологическая эрекция обычно исчезает через несколько минут после введения препарата. При отсутствии эффекта показаны экстренная госпитализация и дальнейшее лечение в стационаре.

В некоторых случаях купирование приступа происходит в результате аспирации крови из кавернозных тел и ирригации их раствором натрия хлорида изотонического с гепарином (одновременно с этой процедурой осуществляется и кавернозография). В остальных случаях больным проводят операции для создания венозного дренажа. Наиболее эффективны и просты спонгиозокавернозное и кавернозно-гландулярное шунтирование. В некоторых случаях показано создание сафено-кавернозного анастомоза. Если операция проводится под перидуральной анестезией, то обезболивание иногда купирует патологическую эрекцию.

В последнее время при приапизме второго типа применяют эмболизацию внутренних половых артерий аутологичным тромбом (приготовленным из крови самого больного) при помощи селективной катетеризации внутренних подвздошных артерий. В дальнейшем происходит быстрое растворение тромба, восстановление кровотока и способности к эрекции. Этот метод позволяет избежать хирургического травмирования эректильной ткани. Образовавшаяся в ходе операции фистула иногда длительно не зарастает, и продолжающаяся утечка крови из кавернозных тел препятствует развитию эрекции. В этих случаях производится хирургическое закрытие фистулы.

При несвоевременном и неадекватном лечении, развитии фиброза и ослаблении эрекций целесообразно проведение консервативной терапии, аналогичной таковой при болезни Пейрони, а также применение эректоров и внутреннего протезирования.

9.2.5. Перемежающийся ночной приапизм (псевдоприапизм)

Перемежающийся ночной приапизм (псевдоприапизм, хронический приапизм, сонный приапизм) - довольно редкая патология. Обычно его трактовка и лечение вызывают значительные трудности.

Клиническая картина. Жалобы больных весьма однотипны: частые пробуждения среди ночи, по их мнению, из-за наступающей во время сна эрекции. В большинстве случаев эрекции воспринимаются как сильные, иногда они сопровождаются

болезненностью или ощущением прилива в области полового члена и промежности. Такие пробуждения и эрекции бывают практически каждую ночь, чаще во второй ее половине; изредка они наблюдаются и во время дневного сна. Во многих случаях эрекция после пробуждения исчезает не сразу, а только после хождения по комнате, мочеиспускания и т. д. Желание половой близости появляется в редких случаях. После коитуса ночные эрекции становятся еще более сильными и частыми.

По утрам больные чувствуют себя не отдохнувшими, вялыми, разбитыми, настроение снижено. В бодрствующем состоянии некоторые пациенты отмечают повышенную сексуальную возбудимость и легкость возникновения эрекции при общении с женщиной даже в неадекватной обстановке. Однако примерно в половине случаев наблюдаются ослабление адекватных эрекций, ускоренное семяизвержение, снижение либидо. Эти нарушения, как правило, имеют для пациентов второстепенное значение.

Течение. Перемежающийся ночной приапизм может возникать в любом возрасте. Вначале пробуждения среди ночи и эрекции отмечаются изредка (1 раз в 7—10 дней), затем они начинают возникать каждую ночь по 2—5 раз. Сон становится поверхностным. Иногда даже после многолетнего течения (более 10 лет) пациенты отмечают, что ночные эрекции беспокоят их с каждым годом все больше. Больные активно ищут медицинской помощи, обращаются к врачам различного профиля, в первую очередь к урологам и невропатологам. Однако назначаемое лечение в большинстве случаев не дает желаемого результата. Изредка состояние пациентов кратковременно (на 1—3 ночи) улучшается, например, после продолжительного отдыха или при перемене обстановки.

Этиология и патогенез перемежающегося ночного приапизма изучены недостаточно. Известно, что ночной сон состоит из 4—5 циклов, каждый из которых начинается медленным и завершается быстрым сном. Почти каждый эпизод быстрого сна у здоровых мужчин в любом возрасте сопровождается более или менее выраженной эрекцией продолжительностью от нескольких минут до десятков минут. Как правило, при этом человек не просыпается или пробуждения бывают очень краткими и быстро амнезируются. Считается, что так называемые утренние эрекции также возникают в фазе быстрого сна.

Полиграфическая запись ночного сна у больных с псевдоприапизмом выявляет нарушения фаз сна, аналогичные таковым при депрессиях. В соответствии с этим наиболее распространена точка зрения, согласно которой основным расстройством у больных с перемежающимся ночным приапизмом является депрессия с характерными для нее расстройствами сна, а обнаруживаемые при просыпаниях эрекции — не что иное, как физиологические ночные эрекции. Субъективное отношение больных к этим эрекциям как к причине нарушений сна ведет к развитию ипохондрической фиксации именно на них. Многие из этих больных страдают различными нервно-психическими нарушениями, такими как неврозы или невротические развития, шизофрения или последствия органических повреждений головного мозга, преимущественно с неврозоподобной ипохондрической симптоматикой.

В анамнезе у некоторых больных еще до развития синдрома перемежающегося ночного приапизма выявляются различные жалобы, связанные с половой жизнью (сексуальные расстройства, вынужденные воздержания и т. д.), сопровождающиеся психотрав-

мирующими переживаниями и фиксацией внимания на половой сфере. Изредка имеются указания на перенесенное сотрясение мозга или контузию. Иногда развитию псевдоприапизма предшествуют возникновение простатита (уретрита) и инструментальные урологические манипуляции (уретроскопия, прижигания семенного бугорка и т. д.). В значительном проценте случаев простатит обнаруживается и при обследовании. Каких-либо эндокринных нарушений у таких больных не обнаруживается (кроме возрастной инволюции у определенных пациентов), однако ослабление или исчезновение ночных эрекций и улучшение сна почти у всех больных во время лечения их женскими половыми гормонами свидетельствуют о том, что для возникновения синдрома перемежающегося ночного приапизма необходим определенный баланс половых гормонов.

Перечисленные факторы в различных сочетаниях, очевидно, и являются основой для развития перемежающегося ночного приапизма. Однако в ряде случаев эти факторы отсутствуют, а имеющуюся редуцированную невротическую симптоматику очень трудно квалифицировать как первичную или вторичную по отношению к синдрому перемежающегося приапизма.

Диагностика перемежающегося ночного приапизма и его отграничение от острого приапизма затруднений не представляют.

Лечение. Показана продолжительная терапия антидепрессантами (амитриптилин, азафен, пиразидол), транквилизаторами (феназепам, седуксен, элениум), снотворными средствами, нейролептиками (терален, этаперазин, стелазин). Рекомендуется психотерапия, направленная на изменение отношения больных к возникающим ночным эрекциям и на улучшение сна (в том числе гипноз, аутотренинг), а также электросон. Проводится иглорефлексотерапия. При выявлении воспалительных заболеваний половых органов необходима их санация. Назначение эстрогенов не может быть рекомендовано в связи с выраженными побочными эффектами (боли в области печени, гинекомастия и др.) и с тем, что их положительное действие исчезает сразу после отмены препарата.

9.2.6. Фибропластическая индурация полового члена

Фибропластическая индурация полового члена (ФИПЧ), или болезнь Пейрони,— заболевание с преимущественной локализацией патологического процесса в белочной оболочке и перегородке пещеристых тел полового члена, приводящее к его деформации во время эрекции. ФИПЧ наиболее часто встречается у лиц в возрасте 30—60 лет.

Этиология не выяснена.

Патологическая анатомия. При ФИПЧ в ряде случаев образуются зоны кальциноза и оссификации, склеротическая, бедная клеточными элементами, волокнистая соединительная ткань, напоминающая келоидную. Одновременно у больных нередко обнаруживают контрактуры Дюпюитрена, фиброзные утолщения на пальцевых фалангах и в ушных раковинах, плечелопаточный периартрит, келоид и склеродермию. Биопсия фиброзных бляшек кавернозных тел, утолщений ушных раковин, ладонного апоневроза (при наличии дюпюитреновской контрактуры) и межмышечной

соединительной ткани свидетельствует об одинаковом во всех этих случаях перерождении соединительной ткани, полностью соответствующем коллагенозам. Фиброзные бляшки на дорсальной поверхности полового члена резко ограничены, безболезненны, в виде плотных узлов, тяжей, пластинок и колец размером 0,5—1,5 см и более и толщиной 2—5 мм. Они могут располагаться на различной глубине, кожа над ними подвижна и не изменена. Наиболее характерно их возникновение у корня полового члена, иногда в центральной части, реже у головки. Обычно бляшки бывают между кавернозными телами и белочной оболочкой полового члена. Они могут быть одиночными или множественными, располагаться на латеральной стороне одного или обоих кавернозных тел. При длительном течении фибропластический процесс может проникать в гребешковую перегородку, а иногда охватывает всю белочную оболочку. На кавернозную ткань процесс распространяется очень редко.

Клиническая картина ФИПЧ определяется триадой: бляшки, боль в половом члене при эрекции, искривление полового члена, затрудняющее или даже делающее невозможным половой акт.

В начальном периоде больные жалуются только на боли как в спокойном состоянии полового члена, так и при его эрекции. Затем появляются деформация и искривление полового члена при эрекции, обычно в сторону индуративного очага, что затрудняет половые акты. Формирующийся невротический симптомокомплекс усугубляет состояние больного и может приводить к нарушению сексуальных функций уже по психогенным механизмам.

Диагностика ФИПЧ в целом не представляет затруднений. Если пальпаторно не удастся установить выраженность и характер фибропластического процесса, то прибегают к рентгенографии полового члена, особенно при кальцинозе и оссификации бляшек.

При дифференциальной диагностике следует иметь в виду кавернит, периуретрит, посттравматическую деформацию полового члена, флебит глубоких дорсальных вен, рак полового члена, гумму (сифилому) пещеристых тел, инородные тела.

Прогноз. Индуративные очаги самопроизвольно рассасываются очень редко. Как правило, бляшки увеличиваются в размерах и числе. Лечение лишь у немногих больных приводит к исчезновению болезненных ощущений, устранению деформации и искривления полового члена. В отношении полного выздоровления прогноз неблагоприятен.

Лечение ФИПЧ может быть консервативным и оперативным. Чаще применяют консервативные методы, общие и местные. Наиболее целесообразно комплексное лечение: глюкокортикостероидные гормоны (кортизон и его производные), а также большие дозы витамина Е — по 200—400 мг ежедневно на протяжении 6—9 мес. Применение глюкокортикостероидов (парентерально, в том числе непосредственно в индуративный очаг, или внутрь) способствует уменьшению реактивности сосудов и соединительной ткани, а также воспалительных явлений, непосредственно связанных с клеточными реакциями. Имеются данные о положительном влиянии ферментных препаратов, в частности лидазы и гиапуринолазы, и биогенных стимуляторов — стекловидного тела и алоэ [Метальников Б. П., Фролов В. В., 1968].

В комплексной терапии ФИПЧ широко применяются также

различные методы физиотерапии диатермия, грязелечение, диадинамические токи, ионофорез, электрофорез.

В последнее время для лечения ФИПЧ успешно применяют ультразвук с частотой колебаний 300—3000 кГц, интенсивностью от 0,6 до 1 Вт/см². Сеансы продолжаются 5—7 мин; на курс лечения 20—25 сеансов через день.

Применявшаяся ранее рентгенотерапия ФИПЧ малоэффективна и может вызывать осложнения.

Показанием к хирургическому лечению ФИПЧ являются резкое искривление и деформация полового члена, исключая половые акты, интенсивные боли, неэффективность длительного комплексного лечения другими методами, относительно неглубокое расположение бляшек при достаточной их подвижности, образование хрящевой ткани и кальциноз или оссификация.

10. ЭЯКУЛЯТОРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ ПАТОЛОГИЯ

По данным Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии, среди всех сексологических больных стержневые синдромы расстройств эякуляторной составляющей диагностированы в 20,4% случаев.

Самыми многочисленными оказались больные с синдромами, обусловленными урологической патологией (простатиты, простатовезикулиты и т. д.), — 16,4%. Из этих расстройств в 5,4% случаев имелась так называемая вторичная патогенетическая титуляризация, при которой локальные патологические изменения в заднем отделе уретры осложнялись вовлечением регулирующих нервных образований различных уровней со стойким нарушением межцентральных отношений, которое и определяло персистирование сексуальной симптоматики после санации первично-урологического очага.

Расстройства эякуляторной составляющей, обусловленные первичной патологией высших центров головного мозга, регулирующих автоматизированные половые реакции копулятивного цикла (синдром парацентральных долек), обнаружены в качестве стержневого поражения у 3,8% обследованных, а обусловленные неврологическими заболеваниями спинальной локализации — в 0,2% случаев.

10.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эякуляторной составляющей

При лечении больных с расстройствами эякуляторной составляющей наиболее «специфичен» массаж предстательной железы, техника которого описана в любом руководстве по урологии. Столь же «специфичными» и одновременно свободными от каких бы то ни было отрицательных побочных эффектов являются хлорэтиловые блокады, которые представляют собой лишь один из ме-

тодов в обширной области рефлексотерапии. Применение других рефлексотерапевтических методов выходит за рамки синдромов эякуляторной составляющей, распространяясь и на расстройства других составляющих.

10.1.1. Вибротерапия предстательной железы и семенных пузырьков

Медикаментозная терапия хронических заболеваний предстательной железы и семенных пузырьков без дополнительных методов лечения часто оказывается неэффективной. Массаж предстательной железы пальцем — процедура, неприятная для пациента и утомительная для врача; в то же время пальцевой массаж семенных пузырьков с целью ликвидации в них застойных или воспалительных процессов практически невозможен. Преодолеть эти затруднения позволяет вибромассаж. Для его проведения пациент принимает коленно-локтевое положение. На вибратор надевают три презерватива, наружный смазывают детским кремом, стержень вводят в прямую кишку на глубину 10—12 см. После этого аппарат включают на скорость 50 об/мин. В течение одной минуты массируют правую долю предстательной железы и правый семенной пузырек, затем в течение одной минуты — левую долю железы и левый семенной пузырек. После этого стержень вибратора устанавливают по междолевой бороздке, массаж которой длится также одну минуту. Вся процедура в описанной последовательности повторяется трижды, причем в третий раз массаж междолевой бороздки проводится в течение 2 мин. Таким образом, суммарно один сеанс составляет 10 мин, курс лечения 12—15 сеансов. При отсутствии болезненности для усиления лечебного эффекта можно использовать скорость 120 об/мин. Во время массажа больной ощущает вибрацию (особенно при скорости 120 об/мин) и тепло в области промежности, корня полового члена, мошонки с иррадиацией его по ходу кавернозных тел до головки полового члена, а также в паховую область. К концу сеанса, после 7—8 мин, обычно появляется ощущение позыва к мочеиспусканию.

При соблюдении правил проведения массажа болевых ощущений пациент не испытывает.

10.2. Синдромы расстройств эякуляторной составляющей

10.2.1. Расстройства эякуляторной составляющей при урологической патологии

Сексологические расстройства, обусловленные поражением уrogenитального аппарата, даже при учете только стержневых синдромов, диагностируются в 16,4% всех обращений за сексологической помощью, т. е. у каждого 6-го больного. При учете сопутствующих синдромов значение местной уrogenитальной патологии выявляется еще более наглядно (табл. 33).

Урогенитальная патология в структуре сексуальных расстройств

Патология	Частота (%)
Первичные заболевания предстательной железы застойного, воспалительного или дистрофического происхождения, составляющие основу сексуального расстройства	11,0
Те же заболевания, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции	5,4
Те же заболевания, сформировавшиеся в ходе основного сексологического нарушения психогенного, нервного и другого происхождения	53,4
Сопутствующие урологические заболевания иной природы (аденома предстательной железы, варикоцеле, цистит и т. д.)	2,3
Урологической патологии не выявлено	27,9
Всего	100,0

Таким образом, патология урогенитального аппарата имеется в 72,1% всех сексуальных расстройств. Однако для предварительной санации урологу целесообразно передавать лишь больных с аденомой предстательной железы, некоторыми формами циститов, варикоцеле и т. п. Все остальные формы сексопатолог должен лечить сам. Эти заболевания, выявляемые у 69,8% всех сексологических больных, чаще обусловлены конгестивно-воспалительными или дистрофическими изменениями предстательной железы и непосредственно с ней связанных анатомических образований.

Этиологические факторы простатитов делят на две группы в соответствии с двумя формами заболевания. Возникновению *застойных простатитов* (32,8%) способствуют сидячий образ жизни, транспортные вибрации при частых поездках в автомобиле и т. п., хронические запоры, болезни прямой кишки и заднего прохода, приводящие к венозному застою в малом тазу. Особую роль в формировании простатитов играют длительные сексуальные фрустрации и суррогатные формы половой активности (в частности, петтинг), а также прерванный или искусственно пролонгируемый коитус: вначале они вызывают конгестивный (застойный) простатит, который затем становится воспалительным (бактериальным). *Бактериальные простатиты* составляют 67,6%, а их хронические формы относятся к наиболее частым инфекционно-аллергическим заболеваниям у мужчин [Ковалев Ю. Н., 1971]. Инфекция заносится в предстательную железу обычно гематогенным, реже лимфогенным путем. Наряду с бактериальными простатитами большинство авторов признают существование абактериальных простатитов, имеющих много общего с хроническими бактериальными простатитами. Различные авторы описывают абактериальный простатит под следующими названиями: простатопатия, вегетативный урогенитальный синдром, нейровегетативная дисрегуляция предстательной железы, простатоневрозов и др.

Патогенез простатитов сложен, что обусловлено следующими факторами.

1. Анатомо-физиологическое своеобразие предстательной железы — единственного в своем роде мышечно-железистого органа выполняющего разнообразные функции, в том числе механические (замыкательная, с периодическим переключением на направленное изгнание жидкостей) и функции железы с внешней секрецией и факультативной эндокринной регуляцией.

2. Значительная уязвимость предстательной железы, склонность простатитов к рецидивам и широкая «иррадиация» обусловленной простатитами патологии от сердечно-сосудистой системы до органов зрения (простатогенные офтальмопатии) суставов и нервной системы [Лейкинд Э., Харлин Х. 1961].

3. Влияние аутоиммунных реакций, связанных с органоспецифическими антигенами в предстательной железе, которые появляются только при половом созревании (в 17—18 лет) и достигают самого высокого уровня в пожилом возрасте. Таким образом, возраст больных простатитом соответствует периоду, когда активность и содержание органоспецифических для предстательной железы антигенов наиболее высоки [Чернышов В. П., 1973]

4. Решающая роль гормональных нарушений [Васильченко Г. С. и др., 1971].

Специальные исследования с позиций системного анализа продемонстрировали значение преморбидного состояния (функциональной сохранности) нейрогуморальной и психической составляющих и показали, что сексуальные расстройства даже при самых глубоких стадиях простатитов отсутствуют при надежном нейроэндокринном обеспечении (сильная половая конституция) и стойкой внутри- и межличностной психоэмоциональной уравновешенности; при преморбидной отягощенности нейрогуморальной и (или) психической составляющих сексуальные расстройства возникают под влиянием самых легких проявлений патологии предстательной железы. Так, И. И. Горпинченко (1977) выявил у больных хроническим простатитом с расстройствами половых функций статистически достоверное снижение экскреции андростерона и этиохоланолона, свидетельствующее о понижении у этих больных андрогенной активности.

У больных хроническим простатитом без сексуальных нарушений выделение андростерона и этиохоланолона не отличалось от контроля.

Исследования простатической кислой фосфатазы, проведенные Э. Н. Ситдыковым и А. И. Драновским (1972), показали, что с повышением уровня регуляции (урогенитальный, эндокринный, церебральный) выраженность полового расстройства нарастает причем продвижение по вариационному ряду в направлении возрастания вовлеченности предстательной железы коррелирует со снижением активности фосфатазы, косвенно отражающей андрогенную насыщенность организма.

Таким образом, патогенетическая роль простатита в формировании сексуальных расстройств носит системный характер, и сам простатит является лишь одним из патогенных факторов, действующих наряду с другими (в плоскости нейрогуморальной и психической составляющих). Многомерные функциональные связи двусторонни, и двусторонность эта проявляется также двояко: во-первых, развитие самого простатита (его глубина, а главное прогрессивность) зависит от нейрогуморальных воздействий; во-вторых, соотношение нейрогуморальной, психической и эякуляторной составляющих носит векторный характер, и конечная результирующая

щая может принимать компенсаторную или экспозитивную направленность.

В начальных фазах образовавшийся в предстательной железе застойный или воспалительный очаг вызывает раздрацию и способствует формированию реактивного вегетативного синдрома по Г. М. Маркелову (1934, 1948). В дальнейшем благодаря свойственной вегетативной нервной системе феномену реперкуссии может наблюдаться иррадиация симптоматики в сочетании с характерной волнообразностью течения. Наконец, первоначальные дисциркуляторные, нейрогуморальные, воспалительные и реперкуссивные патогенетические механизмы могут осложняться действием психогенных факторов, так как некоторых больных травмирует даже сам диагноз «простатит», что приводит к формированию фобий и ипохондрических состояний [Владимиров-Клячко С. В., 1971].

Клиническая картина хронических простатитов полиморфна, в ней выделяют три симптомокомплекса.

1. Расстройства мочеиспускания (главным образом в форме учащенных позывов), связанные с задним уретритом и шейным циститом.

2. Болевой синдром. Боли обычно ноющие, локализуются в промежности и заднем проходе, иррадируют в наружные половые органы, изменяются при перемене погоды, усиливаются или ослабевают после половых актов. Это позволило некоторым авторам высказаться за их связь с повреждением вегетативной нервной системы.

3. Нарушения половых функций, наблюдающиеся, по данным литературы, у 12—78% больных хроническим простатитом. Считают, что простатит сказывается как на копулятивном цикле, так и на оплодотворяющих свойствах эякулята. Несмотря на множество работ по бесплодию у больных хроническим простатитом, механизмы, лежащие в основе повреждающего действия воспалительных изменений в предстательной железе на оплодотворяющую способность эякулята, до сих пор не выяснены. Более того, далеко не все признают отрицательное действие хронических простатитов на генеративную функцию.

По данным И. И. Горпинченко (1977), в жалобах больных хроническим простатитом преобладает болевой симптомокомплекс (88,7%). Жалобы на сексуальные расстройства сочетались с болями в 55%, с расстройствами мочеиспускания в 2% случаев, у 7,3% больных сочетались все три симптомокомплекса, а у 14% хронический простатит проявлялся только сексуальными расстройствами без болевых и дизурических симптомов.

Клинические формы. Предложено деление хронических простатитов на катаральную, фолликулярную и паренхиматозную формы [Цулукидзе А. П., 1959].

Поскольку эта классификация в большей степени анатомо-гистологическая, в сексологической практике используется следующая классификация патологии предстательной железы, или простатопатий (табл. 34).

Понятие «молчаливый простатовезикулизм» включает [Leikind E., Harlin H., 1961] широкий круг расстройств, связанных с функциональными изменениями в урогенитальной сфере, но без характерных пальпаторных и лабораторных данных. В анамнезе таких больных обычно удается выявить ряд факторов, вызывающих нарушение гемо- и лимфодинамики в тазовых органах, в том числе в предстательной железе [Васильченко Г. С., 1969]: фрустрации,

Основные формы простатопатий

Форма	Пальпаторные данные	Сок предстательной железы
Молчаливый простатовезикулизм	Без отклонений	Без отклонений
Застойная предстательная железа	Главным образом явления конгестии (повышение тургора, сглаженность бороздки)	Количество увеличено, микроскопическая картина без отклонений
Хронический простатит, I стадия	Нечеткость контуров, болезненность	Количество увеличено, микроскопическая картина на границе нормы (лейкоциты до 20 в поле зрения)
Хронический простатит, II стадия	Грубые изменения в сочетании с болезненностью	Четкая лейкоцитарная реакция (более 20 в поле зрения), снижение содержания лецитиновых зерен
Атония предстательной железы	Отчетливые деструктивные изменения со снижением тургора вплоть до «вялого мешка» или признаки соединительнотканной организации (фиброза)	Резкое снижение содержания лецитиновых зерен (обычно без лейкоцитарной реакции)

дизритмии половой жизни, абстиненции, прерванные половые акты, колиты и др. Однако диагноз молчаливого простатовезикулизма правомочен при указанных жалобах лишь тогда, когда они исчезают после пробного терапевтического вмешательства (therapeutic test) направленного на санацию предстательной железы.

Застойная предстательная железа характеризуется теми же клиническими признаками, но им сопутствуют пальпаторные изменения: увеличение, сглаженность междолевой бороздки, напряженность и болезненность. Изменения секрета, выявляемые при микроскопии, могут быть незначительными или вовсе отсутствовать.

При *хронических простатитах* наряду с клиническими проявлениями обнаруживаются прогрессирующие морфологические изменения в предстательной железе в виде деформации, неоднородности поверхности с очагами уплотнений и размягчений. При микроскопии секрета обычно отмечается выраженная лейкоцитарная реакция. На заключительных этапах болезни снижено содержание лецитиновых зерен, что свидетельствует об ослаблении секреторной функции предстательной железы.

Атония предстательной железы при относительно нерезком, обычно ремиттирующем болевом синдроме характеризуется главным образом деструктивными изменениями, приводящими в одних слу-

чаях к замещению мышечных и секреторных структур соединительной тканью, в других — к расплавлению паренхимы. В соответствии с этим в далеко зашедших случаях в области предстательной железы при пальпации может определяться либо диффузное уплотнение, интимно спаянное с окружающими тканями, либо размягченное мешкообразное образование. В последнем случае исследование нередко сопровождается истечением из уретры обильного водянистого «секрета». При его микроскопическом исследовании, как правило, не удастся выявить лецитиновые зерна, но можно обнаружить лейкоциты.

Данная классификация основывается на том, что патологический процесс в предстательной железе, раз начавшись, в неблагоприятных условиях (дизритмии половой жизни, колиты и др.) течет прогрессивно. Заострив внимание на начальных формах с минимальными пальпаторными изменениями или без них (молчаливый простатовезикулит, застойная предстательная железа) и своевременно начав терапию, можно предупредить прогрессирование заболевания и развитие более тяжелых форм.

В сексологическом отношении инициальные стадии проявляются изолированным ускорением эякуляции. Для атонической формы характерны задержки и затруднения эякуляции (*ejaculatio tarda* — ET) вплоть до анаэякуляторного феномена и притупление всех генитально ориентированных сексуально-эротических ощущений, от *Vorlust* до оргазма, а у некоторых больных снижение либидо. К этому могут присоединяться ослабления эрекции, обусловленные чаще причинами, не относящимися к предстательной железе, — реперкуссионной, снижением уровней сенсорного подкрепления или психореактивными механизмами. Это утверждение подкрепляется прямыми гистопатологическими исследованиями, проведенными В. С. Карпенко и соавт. (1981). Они заключили, что «копулятивная функция существенно не зависит от функционального состояния предстательной железы». В частности, тотальная простатэктомия не оказала существенного отрицательного влияния на способность к половым актам.

Заслуживают внимания различия в частоте распределения основных стадий простатопатий при стержневых и сопутствующих урогенитальных синдромах (табл. 35).

Т а б л и ц а 35

Частота различных форм простатитов у сексологических больных (в процентах)

Клиническая форма	При стержневых синдромах урогенитальных расстройств	При сопутствующих поражениях предстательной железы
Молчаливый простатовезикулит	2,9	20,5
Застойный простатит	30,4	11,6
Хронический простатит	42,9	46,1
Атония предстательной железы	23,8	21,8
Всего	100,0	100,0

Если при хронических простатитах и атонии различия между обеими группами сглаживаются, то симптомокомплекс молчаливого простатовезикулизма выступает в качестве сопутствующего синдрома почти в 10 раз чаще, чем в качестве стержневого. Это требует выявления анамнестических данных, характерных для названного симптомокомплекса, с последующим включением соответствующих бытовых и поведенческих коррективов, а иногда и лечебных приемов в общий план терапевтических мероприятий при разнообразных стержневых синдромах.

Диагностика хронических простатитов, затрудняемая бессимптомными формами, базируется на анамнестических данных, пальцевом ректальном обследовании и результатах лабораторных, а также некоторых специальных методов исследования.

Лабораторная диагностика хронических простатитов включает исследование секрета предстательной железы, мочи, эякулята, бактериологическое исследование. Микроскопическое исследование секрета предстательной железы является основным лабораторным тестом. Главное внимание уделяется нахождению в нем лейкоцитов; большинство исследователей признают диагностическую ценность их повышенного количества, а содержание в секрете предстательной железы более 10—20 лейкоцитов в поле зрения при соответствующей клинической картине считается свидетельством воспалительного процесса.

Содержание лецитиновых зерен коррелирует с функциональным состоянием предстательной железы и может быть использовано для суждения о стадии патологического процесса (см. табл. 34).

Бактериологическое исследование (проводится 2—3 раза) имеет не только диагностическое значение, но и во многом определяет лечебную тактику при простатитах.

В противоположность активным сторонникам инструментальных методов диагностики [Подлужный Г. А., 1956; Кисолония Р. А., 1971] следует согласиться с мнением И. И. Горпинченко (1977), что у больных простатитом с сексуальными расстройствами инструментальные методы диагностики должны применяться строго по показаниям (задний уретрит, ретропермия и т. п.).

Рентгенологические методы (уретроцистография, везикулография, простатография) показаны для установления некоторых этиологических факторов, таких как камни задней уретры и предстательной железы, врожденные аномалии семявыносящих путей.

Для отграничения хронического простатита от рака предстательной железы единственным надежным методом остается биопсия.

Лечение больных хроническим простатитом представляет значительные трудности. При урологических изменениях в предстательной железе основными задачами лечения являются обеспечение оттока гноя и продуктов распада, борьба с инфекцией и восстановление нарушенной функциональной активности предстательной железы. Эти мероприятия составляют хотя и очень важную, но все же только часть широкого круга реабилитационных приемов, включающих столь же необходимые корригирующие воздействия бытового, поведенческого и психотерапевтического порядка. В частности, для создания оттока из предстательной железы естественных секретов и патологических продуктов наиболее действенной мерой является установление регулярного ритма половой активности, нарушенного у большей части больных с простатитами. Для этого на первом этапе сексопатологу очень часто приходится

начинать с приемов ресоциализации, чтобы обеспечить возможность регулярной половой активности на здоровой морально-бытовой основе. Наряду с этим или еще до консолидации соинфекционных взаимоотношений, в зависимости от конкретных особенностей местного процесса в предстательной железе (клиническая форма, давность и т. д.) и от наличия благожелательной партнерши, в ряде случаев необходимо проводить параллельный или предварительный курс массажа предстательной железы. В иных случаях массаж полезно сочетать или чередовать с физиотерапией.

В комплексном лечении больных хроническим бактериальным простатитом ведущей остается антибактериальная терапия в строгом соответствии с результатами бактериологических исследований. По данным Н. Ф. Кривошей и соавт. (1971), стафилококки и стрептококки проявляли чувствительность к эритромицину, олеандомицину, олететрину, левомецетину, стрептомицину и пенициллину. При выделении протей наиболее активными препаратами оказались тетрациклин, тетрацилин, биомицин, а также стрептомицин и левомецетин. Много штаммов бактерий были резистентными к широкому кругу антибактериальных препаратов. Особенно это относится к тем больным, у которых были выделены микробные ассоциации, протей или синегнойная палочка. У этой группы обследованных одна лишь этиотропная терапия была недостаточно эффективной, и приходилось повышать иммунобиологические защитные свойства организма (большие дозы витаминов, посадка иммунизированного кожного лоскута и др.).

При проведении антибактериальной терапии должны учитываться ее длительность, методы введения антибактериальных препаратов, создание оптимальной концентрации лекарственного вещества в очаге инфекции. Длительность антибактериальной терапии в значительной мере связана с выработкой устойчивых штаммов микроорганизмов и склонностью предстательной железы к реинфицированию.

Одной из возможных причин низкой эффективности лечения больных хроническим простатитом является недостаточное проникновение антибактериальных препаратов в предстательную железу, в связи с чем предложены различные методы введения: с помощью ректального фонофореза, в свечах, непосредственно в предстательную железу либо в околопростатическую клетчатку и др.

Поскольку хронические воспалительные процессы в предстательной железе часто протекают на фоне измененной иммунологической реактивности, очевидна важность лечебных воздействий, направленных на нормализацию реактивности организма. Несмотря на разнообразие методов лечения больных хроническим простатитом, его эффективность остается недостаточной и колеблется от 9—18 до 30—40%. Это связано также с глубиной морфофункциональных изменений в предстательной железе и постоянным реинфицированием эндо- и экзогенной флорой.

При лечении урогенитальных синдромов следует учитывать состояние психики, проявляя особую осмотрительность при эндогенных психозах (риск включения больным врача и проводимых им манипуляций в содержание бреда).

Итак, на первом этапе лечения больных простатитами основное внимание уделяется ликвидации воспалительного процесса в предстательной железе и предварительной психотерапии (устранение эмоциональных нарушений, создание терапевтической перспективы, ресоциализация, работа с женами). Задачами последую-

ших этапов являются окончательная ликвидация воспалительного процесса и нормализация половой активности. Для закрепления на заключительном этапе полученных результатов можно использовать санаторно-курортное лечение.

10.2.1.1. Урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции)

Эти нарушения представляют собой переходное звено между описанными выше локально-соматическими синдромами (вовлекавшими механизмы нервной регуляции вторично, лишь вызывая их временную ирритацию из застойного или воспалительного очага), с одной стороны, и неврологических синдромами, в основе которых лежит первичное поражение надсегментарных нервных механизмов, регулирующих наступление эякуляции (см. синдром ПЦД), с другой стороны. В синдромологической систематике расстройств эякуляторной составляющей эти нарушения рассматриваются как подвид урогенитальных расстройств, которые являются их основным этиологическим фактором.

Патогенез рассматриваемого синдрома определяется способностью сложных нервных формирований долго удерживать состояние повышенной или сниженной активности. В одних случаях эти стойкие ирритативные или тормозные очаги не выходят за пределы приорганов вегетативных узлов или сплетений, в других случаях измененными оказываются межцентральные нервные отношения различных уровней вплоть до высших кортикальных центров регуляции урогенитальных автоматизмов.

Клиническая картина неврологических осложнений урогенитального генеза включает сексологическую симптоматику при «чистом» урологическом расстройстве, а в далеко зашедших случаях к этому могут присоединяться симптомы так называемых регионарных симпатозов или фемомены, свидетельствующие о вовлечении в процесс надсегментарных нервных механизмов.

Диагностика синдрома основывается на наличии длительного урогенитального расстройства. Важнейшим дифференциально-диагностическим признаком, отличающим неврологически осложненные синдромы от урологических, является персистенция функциональных сексологических проявлений (главным образом ускорения эякуляций, реже — сочетанного ослабления спонтанных и адекватных эрекций), несмотря на санацию предстательной железы. Названные формы следует отграничивать от невротической фиксации, когда персистенция сексуальных проявлений определяется развитием невроза ожидания.

Лечение урогенитальных синдромов, осложнившихся стойким нарушением механизмов нервной регуляции, представляет значительные трудности и требует настойчивости, четкой этапности и безупречного расчета на «стыках» между отдельными этапами, поскольку в одних случаях показана полная смена лечебных методов при переходе к следующему этапу, а в других — сочетание

терапевтических приемов последующего и предыдущего этапов. В общем виде можно выделить следующие этапы лечения.

1. Психотерапевтическая подготовка с целью скорректировать отношение пациента к своему расстройству и обеспечить благоприятный эмоциональный фон. В зависимости от клинической картины необходимо в одних случаях вывести больного из состояния реактивной депрессии, в других — снять излишнюю ажитированность, часто наблюдающуюся при преждевременной эякуляции, в третьих — смягчить тревожность (anxiety). Методы психотерапии иногда полезно сочетать с медикаментозными средствами. Во всех случаях должны быть выявлены и устранены сопутствующие фобии (онанофобия, веперофобия и др.) и обеспечена соответствующая лечебная перспектива — больной должен настроиться на то, что лечение потребует времени, усилий, терпения и настойчивости, но непременно будет успешным. Данный этап не должен выходить за пределы двух, в крайнем случае трех посещений сексологического кабинета.

2. Максимальная психосексуальная ресоциализация. Под этим подразумевается прежде всего постоянная благожелательная сексуальная партнерша. У ряда пациентов, не состоящих в браке и на протяжении многих лет имевших лишь эпизодические половые связи, формируются резко искаженные представления о женщинах и о собственном сексуальном статусе. В подобных случаях необходима четкая сексопедическая коррекция, завершающаяся формированием адекватных представлений о психосексуальных особенностях женщины.

Если больной состоит в браке, то в сексологический кабинет приглашают его жену для коррекции психосексуального поведения. Иногда бывает достаточно отдельных сексуальных, общепсихологических и семейно-бытовых рекомендаций. Продолжительность данного этапа весьма различна. В одних случаях он укладывается в рамки первого этапа, в других — требует систематической редукации пациента, растягиваясь на недели и месяцы, в третьих (очень часто) — больной, получив исходные установки о выборе адекватной партнерши и советы по установлению продуктивных межличностных и интимных отношений, «отрывается» от сексопатолога до тех пор, пока не установит стабильную сексуальную связь.

3. Санация простатовезикулярного комплекса. Терапевтические средства при локальной урогенитальной патологии рассмотрены в предыдущем разделе. Здесь необходимо еще раз подчеркнуть значимость выбора времени начала урологических лечебных приемов: проводимая некоторыми врачами активная терапия простатитов у больных, не имеющих сексуальной партнерши или оторванных от семьи, в функциональном плане, как правило, абсолютно бесперспективна.

4. Этап нервной реинтеграции при данной форме является ключевым, определяющим исход лечения, поскольку предыдущие создают лишь предпосылки для успешной терапии. Все лечебные воздействия направлены на нервный субстрат. Поскольку при этом используются главным образом физические факторы и их лечебное действие опосредуется через кожу, для обеспечения максимального эффекта необходимо соблюдать правило соответствия формы воздействия типу нарушения. Если при собственно урологических синдромах показаны ректальные физиотерапевтические воздействия (клизмы, грязевые тампоны, ионофорез), то при рассматриваемых нарушениях предпочтительно применение различных «сегментарных» методик (горячие ножные ванны, гальванические трусы по

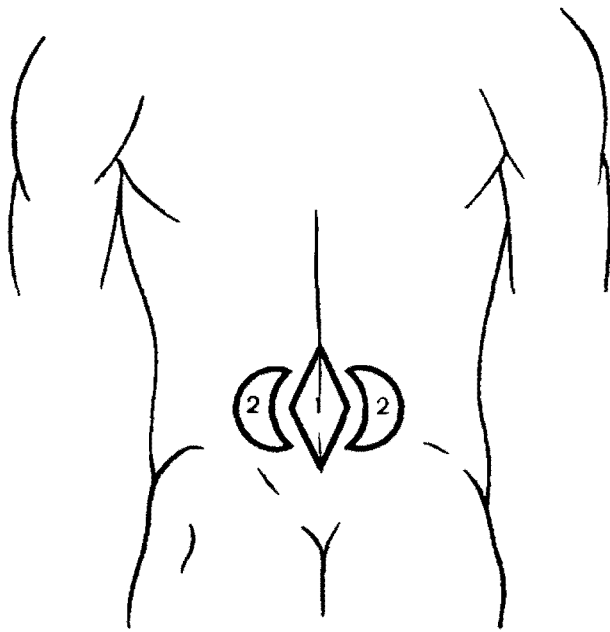


Рис 45. Основная (1) и до-
полнительные (2) зоны хлор-
этиловой блокады при син-
дромах, обусловленных выс-
вобождением эякуляторных
автоматизмов из-под контро-
ля церебральных центров

А. Е. Щербаку и т. д.) Выбирая физиотерапевтический метод, следует учитывать, что различные раздражители вызывают разные ответы. Так, термические раздражители влияют преимущественно на вазомоторные механизмы, тканевый тонус и моторику внутренних органов, а лучистая и электрическая энергия, направленная на те же дерматомеры, вызывает наибольшие изменения в биохимических тканевых процессах [Киричинский А. Р., 1949]

Физиотерапевтические воздействия, стимулируя тканевые процессы в болезненном очаге, нередко несколько обостряют основную и сопутствующую симптоматику («очаговая реакция»). Очаговая реакция обычно считается положительным признаком, так как подтверждает существование репаративных возможностей. Не следует, однако, допускать слишком выраженных очаговых реакций с тяжелыми субъективными и объективными общими симптомами. Эмпирически установленный лечебный срок в 25—30 сеансов находит подтверждение в анализе общих и очаговых реакций [Киричинский А. Р., 1949]

Такова в общем виде тактика лечения при «нижнем» варианте неврологических осложнений, т. е. не выходящих за рамки периферических вегетативных ганглиев и тазовых сплетений. При «верхнем» варианте с вовлечением церебральных центров, регулирующих эякуляторный и мочепузырные автоматизмы, самым простым, общедоступным и эффективным методом являются хлорэтиловые блокады.

Техника блокад заключается в опрыскивании хлорэтилом участка кожи в виде ромба площадью 60—80 см², расположенного по обе стороны (вверх и вниз) от линии, соединяющей обе *stae iliacae* (рис. 45). Опрыскивание производится с постоянным перемещением струи жидкости по всей зоне до появления белой корочки. Для первой блокады нужно в среднем 10—20 мл хлорэтила; в дальнейшем корочка обычно образуется быстрее. Тотчас после ее образования следует прогреть замороженный участок ладонью. Меняя руки, прогревание следует продолжать до тех пор, пока побледнение, четко выступающее сразу же после оттаивания ледяной корочки и обусловленное спазмом кожных сосудов, не сменится покраснением, вызванным реактивной гиперемией. В про-

тивном случае возможно отморожение в виде множественных пузырьков, хотя оно возникает у некоторых больных и при достаточно строгом соблюдении всех технических правил проведения блокады. В подобных случаях замораживание при последующих сеансах производится в одной из расположенных рядом дополнительных зон. Процедуру повторяют через 1—2 дня 3—10 раз. Если один курс лечения эффекта не дает или результаты оказываются нестойкими, показан повторный курс через 1—2 мес. Хлорэтиловые блокады эффективны при рассматриваемом синдроме у 95% больных, из них у 42% достигается полное выздоровление. При расстройствах, резистентных к хлорэтиловым блокадам, показана чжень-цзю-терапия.

Прогноз при рассматриваемой форме в большей мере, чем при любом ином сексологическом нарушении, определяется не только тяжестью и давностью расстройства, но и профессиональным искусством врача. Это обусловлено тем, что данный синдром осложнен и в большинстве случаев к нему присоединяются синдромы нейрогуморальной и психической составляющих. Например, неэффективность наиболее обоснованных и безупречно проведенных урологических и неврологических лечебных воздействий обычно связана с формированием невроза ожидания, а неудовлетворенность больного, несмотря на нормализацию сексологических параметров чаще оказывается проявлением психотического процесса.

10.2.2. Синдром парацентральных долек (первичная патогенетическая дезинтеграция эякуляторной составляющей)

Наиболее часто этот синдром представляет первичное поражение высших корковых центров регуляции урогенитальных автоматизмов (онорожжение мочевого пузыря и прямой кишки, семяизвержение)

Этиология в большинстве случаев остается невыясненной: предполагается действие патогенных факторов в антенатальном периоде или родовая травма, реже синдром выявляется после травм соответствующей локализации у взрослых [Васильченко Г. С., 1969]

Патогенез. Некоторые физиологические особенности иннервации урогенитального аппарата (тесное переплетение произвольных и непроизвольных импульсаций, легкость формирования спазматических состояний и т. д.) предрасполагают к высвобождению соответствующих спинальных автоматических функций (в частности, эякуляции и выведения мочи) из-под контроля высших регуляторных центров коры головного мозга, обеспечивающих целостность и адекватность этих сложнокоординированных поведенческих актов. В отдельных случаях с помощью ЭЭГ удается выявить в качестве патогенетического механизма непроизвольную стимуляцию эпилептогенного очага в ПЦД по типу психических эквивалентов при эпилепсии

Клиническая картина. Типичны ночной энурез и поллакиурия, ранние сексопатологические симптомы (первые эякуляции наступают на несколько лет раньше, чем следует по конституциональным параметрам, и с самого начала половой жизни обна

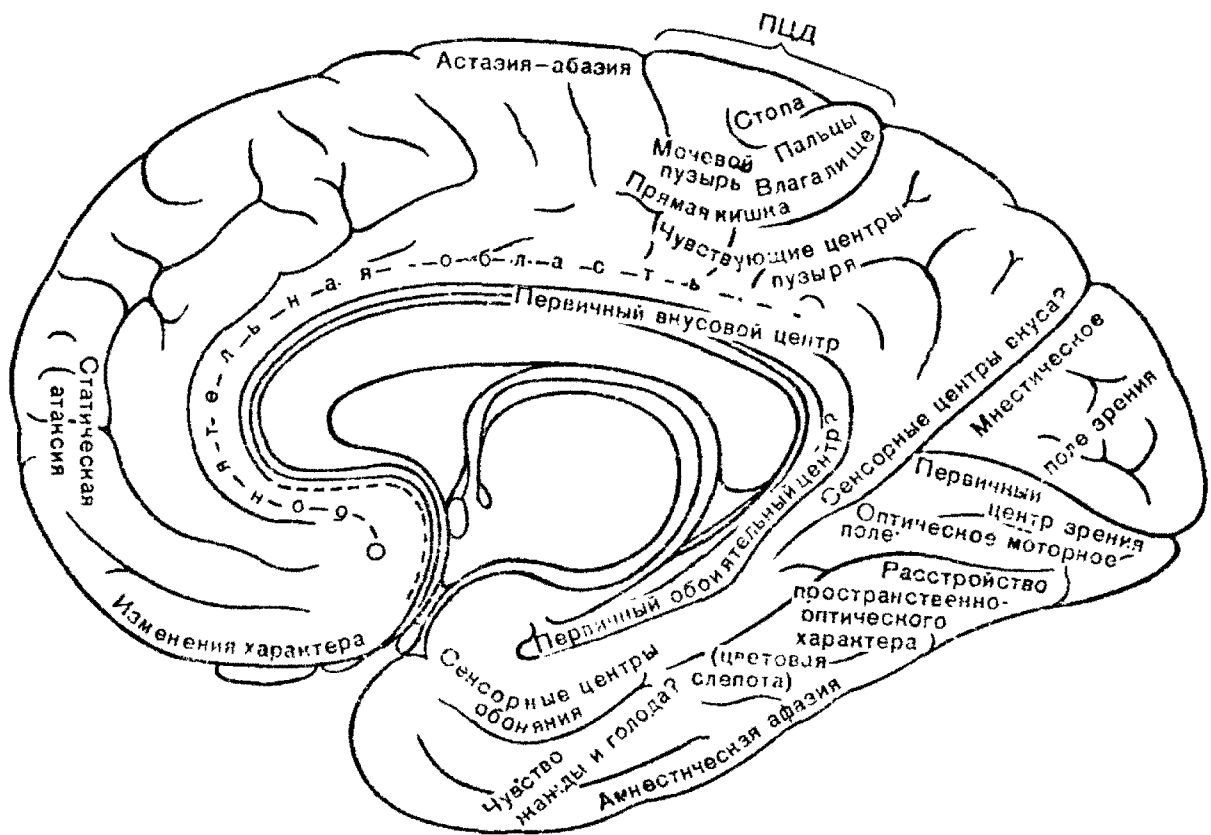


Рис. 46. Карта локализации корковых функций [Есопомо С., Koskinas Y, 1925]

руживается преждевременная эякуляция без существенного удлинения фрикционной стадии даже при повторных сношениях с короткими интервалами) Неврологическая симптоматика свидетельствует о локализации патологии в ПЦД: признаки избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в виде инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, анизокория, симптомы орального автоматизма (симптом Маринеско, губной рефлекс и др.) [Васильченко Г. С., 1969]

Супруги, не имеющие внебрачных половых связей и выводящие норму продолжительности полового акта из личного опыта, нередко считают, что у них нет никаких отклонений в сексуальной сфере. В подобных случаях с годами происходит спонтанное удлинение полового акта с приближением к средней статистической норме. При фиксации внимания на половых проявлениях с элементами психосексуальной травмы возможна реактивная невротизация, приводящая к ослаблению эрекции и подавлению либидо.

Диагностика синдрома ПЦД основывается на раннем ускорении эякуляций. Еще до начала половой жизни, в очень молодом возрасте, наступают частые поллюции (ночные, дневные, адекватные и неадекватные) Частота их нередко маскируется мастурбацией, к которой прибегают даже пациенты со значительно ослабленной половой конституцией. Поскольку при сочетании синдрома ПЦД с ЗПР возраст появления первой эякуляции может не выходить за среднестатистические рамки, полезно учитывать не только возраст как таковой, но и генотипический показатель половой конституции (K_r), делая соответствующие поправки.

Косвенным подтверждением синдрома ПЦД является энурез.

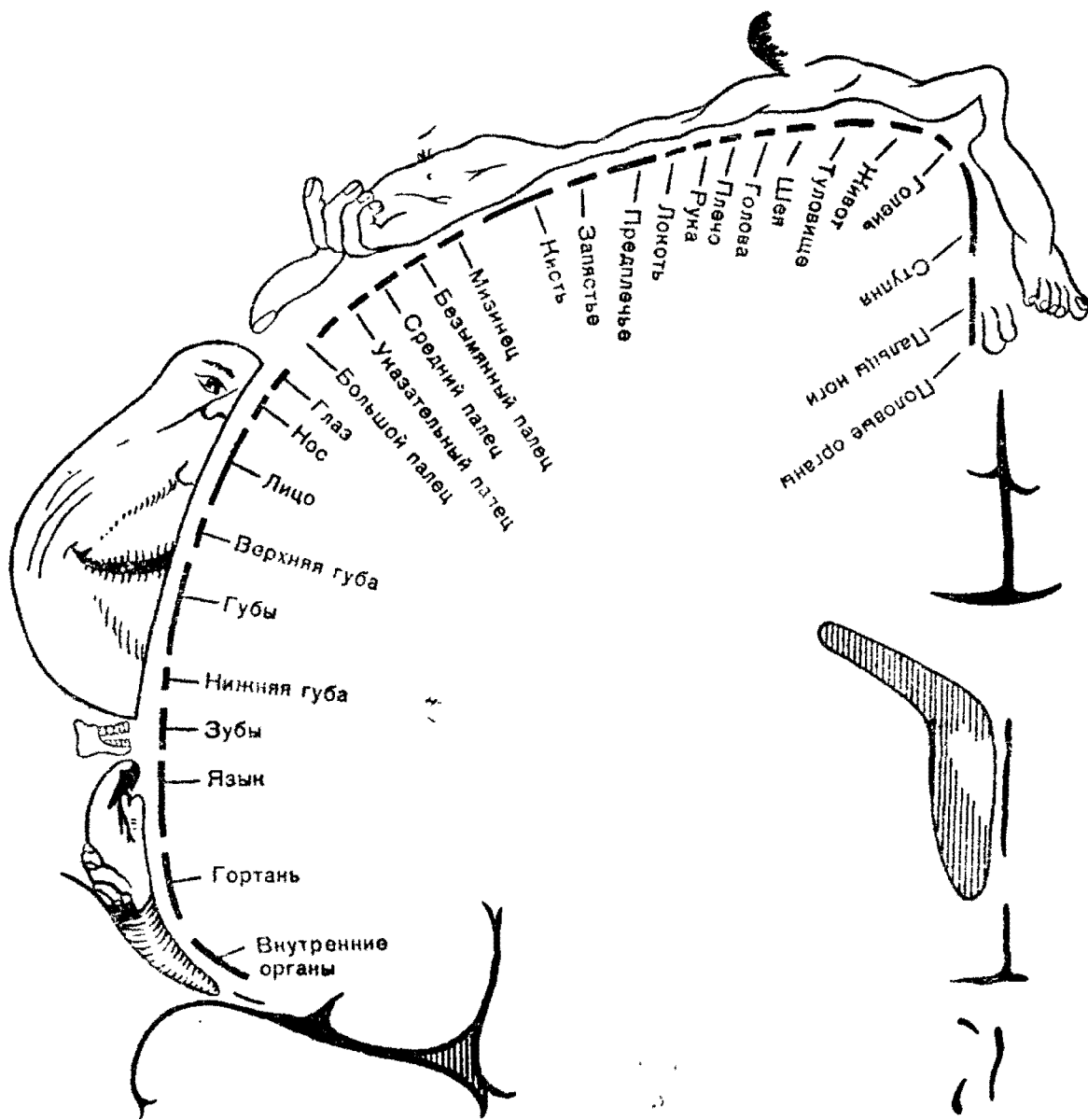


Рис 47 Представительство различных частей тела в соматосенсорной зоне коры головного мозга [Penfield W., 1958]

Его сочетание с преждевременной эякуляцией определяется общностью эмбриоморфогенеза полового и мочепузырного аппарата и совместной локализацией их коркового представительства в пределах ПЦД (рис. 46). Отсутствие энуреза не исключает первичной патогенетической формы преждевременной эякуляции, потому что корковые ареалы, обеспечивающие мочевой пузырь, лишь соседствуют с зоной обеспечения половых функций, но не совпадают с ней.

Объективная симптоматика, обусловленная избирательным вовлечением участков пирамидной иннервации, локализованных в верхних отделах ПЦД (см. рис. 46 и 47), также принадлежит к разряду симптомов «по соседству», ибо урогенитальная часть ПЦД, поражение которой составляет специфическое содержание синдрома ПЦД, никакими объективными симптомами не проявляется. Этой особенностью тоники синдрома прежде всего определяется акцентуация рефлекторной симптоматики на дистальных отделах ног при полной интактности или значительно меньшем вовлечении иннервации не только рук (сухожильные рефлексы) и туло-

вища (брюшные рефлексы), но даже проксимальных отделов ног. Наблюдающиеся в практике бесспорные по клиническому течению и исходу случаи энуреза и первичной преждевременной эякуляции, при которых не выявляются неврологические признаки поражения верхних участков ПЦД, объясняются либо все тем же пространственным несовпадением ареалов обеспечения урогенитальных функций и моторики дистальных отделов ног, либо существованием субкортикального клинического варианта рассматриваемого синдрома.

Дифференциальная диагностика неосложненного синдрома ПЦД затруднений не вызывает. Однако с течением времени накладываются другие нарушения, и распознавание синдрома ПЦД и его места в общей картине расстройства, особенно при атипичных вариантах (без энуреза или при скудной объективной симптоматике), затрудняется. Так, бывает трудно отграничить стержневой и осложняющий синдромы ускоренной эякуляции при простатитах, отягощенных нарушением межцентральных нервных отношений (вторичная патогенетическая титуляризация), от синдрома ПЦД, осложненного хроническим простатитом, особенно если подобные полисиндромные сочетания образуются на фоне задержек и дисгармоний пубертатного развития. Еще труднее отграничить синдром ПЦД, легко снимаемый хлорэтиловыми блокадами, от сформировавшейся на его основе сверхценной фиксации в виде невроза ожидания. Наконец, не всегда простым, но чрезвычайно важным является своевременное распознавание психических расстройств, в одних случаях сопутствующих синдрому ПЦД, а в других даже имитирующих его сексологическую феноменологию.

В лечении синдрома ПЦД наиболее испытанным, простым и эффективным методом являются хлорэтиловые блокады, которые оказывают положительное действие в 77% случаев, из них у 36% больных наступает стойкое выздоровление. Для понимания процессов, происходящих при блокаде, на рис. 48 (I) условно обозначены три центра, в норме характеризующиеся средней (A_1), высокой (B_1) и низкой (B_1) возбудимостью, т. е. средним, низким и высоким порогами. На рис. 48 (II) обозначены те же соотношения, патологически измененные при синдроме ПЦД. возбудимость отдела A_2 незначительно понижена, отдела B_2 резко снижена, а отдела B_2 еще более резко повышена. Блокада воздействует, с одной стороны, как анестезия, временно «разъединяющая» различные отделы и высвобождающая их из-под контроля расположенных выше отделов, а с другой — как раздражитель. Это экстренное раздражение, влияя на функциональный тонус каждого из отделов, в первой фазе вызывает его повышение (см. рис. 48, III).

Сила и время действия раздражителя на различные отделы в данном случае будут равны, но конечный результат окажется различным во всех отделах — проявится закон исходной величины. Его интимные механизмы определяются тем, что функциональная лабильность нервных образований имеет критический предел (условно обозначенный линией К на рис. 48, III). По достижении этого предела вступает в действие физиологический механизм запредельного торможения. Взаимодействуя с отделом B_2 , исходная возбудимость которого была очень низкой, добавочное раздражение вызовет повышение его возбудимости; напротив, в отделе B_2 , исходная возбудимость которого была патологически повышена почти до предела, добавочное раздражение сразу же вызовет резкое запредельное торможение, что скажется значительным снижением

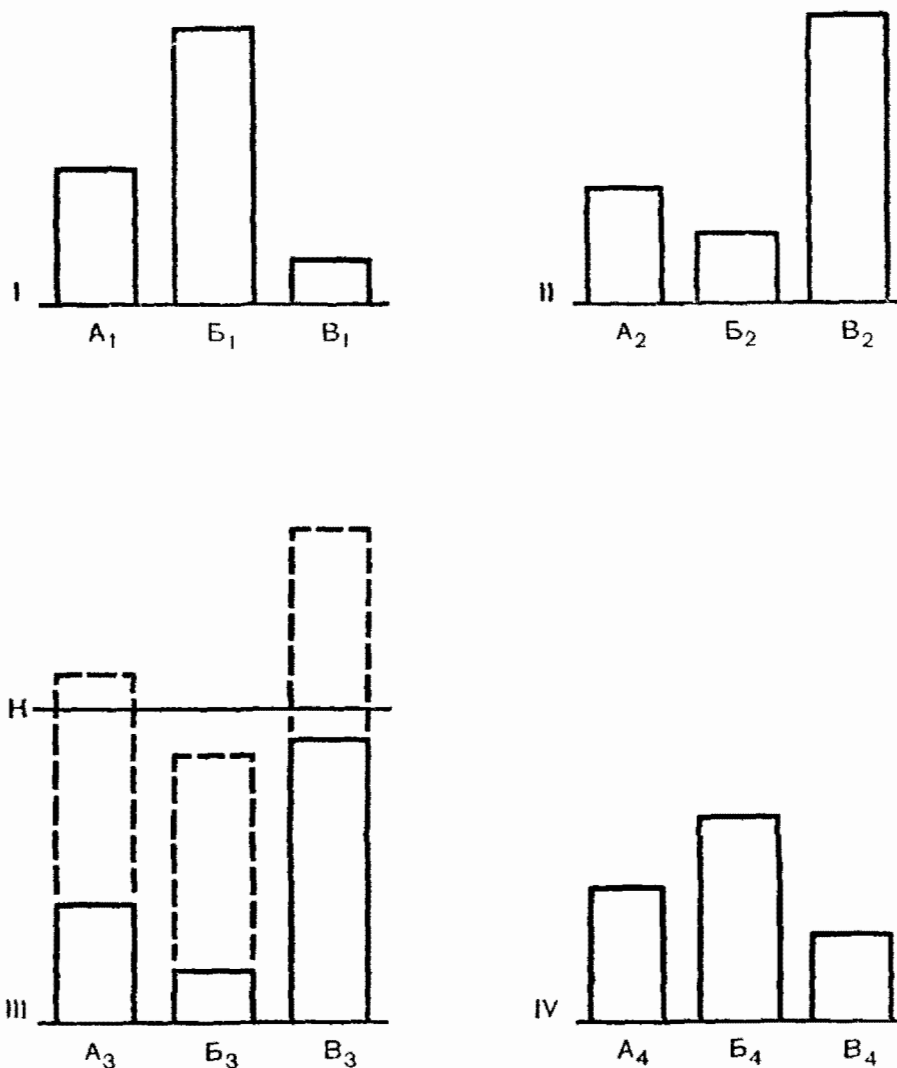


Рис. 48. Изменение уровней функциональной возбудимости различных отделов ЦНС под влиянием блокады.

I — норма; II — состояние возбудимости при синдроме ПЦД до блокады, III — состояние возбудимости в фазе действия раздражающего компонента блокады (К — критический предел, по достижении которого мобилизуется запредельное торможение); IV — состояние возбудимости после блокады; $A_1 B_1 B_1$ — уровни возбудимости (А — средний, Б — высокий, В — низкий) системы обеспечения эякуляции в норме; A_2, B_2, B_2 и т. д. — то же при указанных выше состояниях.

возбудимости (см. рис. 48, III–IV). В отделе A_2 критический уровень достигается лишь к концу раздражения; пройдя критический предел, он вернется к состоянию, лишь слегка превышающему исходное. В результате отделы Б и В, находившиеся в состоянии извращенного тонуса, по данным А. В. Вишневого (ср. рис. 48, II и I), после блокады выходят из него, приближаясь к норме (см. рис. 48, IV и I).

Прогноз. В чистом виде (без осложнений) синдром ПЦД относится к числу наиболее легких сексологических расстройств. По эффективности непосредственных лечебных результатов уступая лишь синдрому вторичной патогенетической дезинтеграции, синдром ПЦД превосходит его по стойкости выздоровления.

Свойственная синдрому ПЦД тенденция к спонтанной нормализации длительности фрикционной стадии по мере достижения зрелого и преклонного возраста, особенно при сочетании с синдромами ретардации пубертатного развития, диктует необходимость

вдумчивого обоснования показаний к проведению блокад. Как показала И. Л. Ботнева (1978), при выраженных задержках пубертатного развития синдром ПЦД в патогенезе всего расстройства нередко играет положительную роль, благоприятно воздействуя на формирование сексуальных функций; в подобных случаях, особенно при явлениях эякуляторной атаксии, следует крайне осмотрительно применять «сегментарную» рефлексотерапию (хлорэтиленовые блокады, чжень-цзю-терапию и т. д.). Устранение синдрома ПЦД, приводя к повышению порога эякуляции, может вызвать срыв частичной адаптации, при котором ускорение эякуляций сменяется крайней степенью эякуляторной ретардации — анэякуляторным феноменом.

10.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга

Этиология — см. в разделе «Сексуальные расстройства при патологии спинного мозга» (9.2.2).

Патогенез. Развитие эякуляторных нарушений при поражениях спинного мозга связано с поражением спинномозгового центра эякуляции и(или) проводящих путей, связывающих его с вышележащими образованиями головного мозга. Спинномозговой центр эякуляции находится на уровне сегментов $S_2—S_4$ (парасимпатическая и соматическая иннервация), симпатическая иннервация осуществляется посредством подчревного нерва (сегменты $Th_{11}—L_2$)

При изучении морфологических данных практически все авторы указывают на выраженность атрофических и дегенеративных изменений мужских половых желез у больных с поражениями спинного мозга. При изучении препаратов отмечались выраженная атрофия семявыносящих протоков, интерстициальный фиброз, единичные случаи амилоидоза семенников как проявление амилоидоза внутренних органов. Следует отметить, что морфологические данные были получены при исследовании секционных материалов. Упоминаний о прижизненном исследовании семенных желез больных с поражениями спинного мозга обнаружить не удалось. Необходимо помнить о значительных эндокринных перестройках при поражениях спинного мозга, а также о неизбежной при данной патологии дегенерации внутренних органов. Кроме того, в остром периоде травматической болезни спинного мозга практически у всех больных наблюдается клиническая картина простатита, а у большинства числа орхоэпидидимита.

Клиническая картина. Способность к эякуляции у больных с поражениями спинного мозга колеблется от 0 до 7% при полном поперечном поражении и от 27 до 32% при частичном нарушении проводимости спинного мозга. Различные эякуляторные нарушения обычно сочетаются с гипо- и анэрекционными расстройствами, реже становятся основным сексопатологическим симптомом.

Выделены следующие варианты нарушений эякуляции у больных с поражениями спинного мозга: 1) анэякуляторный, при котором эякуляции не возникают ни при половом акте (несмотря на хорошую эрекцию и достаточную продолжительность коитуса), ни при механической стимуляции эрогенных зон полового члена,

ни при эротических сношениях; возможна только периодическая сперматорея при мочеиспускании, дефекации; 2) тардэякуляторный — эякуляция возникает только после значительно продленной копулятивной стадии и то не всегда; еще труднее эякуляция достигается при механической стимуляции полового члена; 3) прекоксэякуляторный — эякуляция возникает до интроитуса или после 5—10 фрикции.

При проводниковом синдроме эякуляция отсутствует у 72% больных, причем при полном нарушении проводимости спинного мозга наблюдается в основном анэякуляторный вариант, а при частичном, особенно при поражении передних отделов спинного мозга, возрастают тардэякуляторные расстройства.

При сегментарном синдроме эякуляция сохраняется более чем в половине случаев, чаще сохранен и оргазм. Значительно чаще, чем при проводниковом синдроме, наблюдается ускоренная эякуляция. При более грубых поражениях спинного мозга на уровне эякуляторного центра закономерны тард- и анэякуляторные расстройства.

При поражении спинного мозга выявляются изменения эякулята в виде олиго- или гипоспермии. Генеративная функция сохраняется только в 1—20% случаев.

Лечение в основном совпадает с лечебными мероприятиями, описанными в разделе о лечении эрекционных нарушений у больных с поражениями спинного мозга. Несколько отличается терапия в случаях прекоксэякуляторного варианта. Этим больным не показаны общетонизирующие, гормональные и повышающие возбудимость спинного мозга (стрихнин, секуринин, прозерин) препараты. При применении иглотерапии необходимо использовать тормозной метод с постепенно нарастающей интенсивностью раздражения. Показаны транквилизаторы, нейролентики типа меллерила.

11. СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ

Частота половых расстройств у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, по данным различных авторов, колеблется от 3,9 до 80%. Столь значительные расхождения объясняются разными методами исследования, различием возрастных контингентов обследуемых, отсутствием дифференцированного подхода с учетом стадий алкоголизма, а также стандартизированных критериев сексуальной нормы и т. д.

При клиническом анализе отмечаются широкий диапазон возраста больных (от юношеского до инволюционного), возраста начала заболевания алкоголизмом и возраста появления первых признаков сексуальной патологии, большие различия показателей половой конституции и половой активности (как преморбидной, так и после заболевания алкоголизмом), особенностей профиля личности, места сексуальной сферы в шкале ценностных ориентаций, а также в социальном плане (образование, профессия, длительность брака и межличностные отношения супругов). Все это обуславливает большую неоднородность и широкую клиническую вариабельность соотношений между алкоголизмом и расстройствами половой сферы. С одной стороны, встречаются больные, у ко-

торых на начальной стадии алкоголизма отмечаются грубые и прогностически неблагоприятные сексуальные расстройства, а с другой — больные с выраженной III стадией хронического алкоголизма без половых нарушений.

Патогенез половых расстройств при алкоголизме многообразен. Они могут развиваться в результате нарушения функций периферического полового аппарата (например, предстательной железы), расстройств нейрогормональной регуляции, изменений личности, обусловленных ее деградацией или нарушением межличностных отношений в семье и т. д. При любом клиническом варианте сексуальные расстройства у мужчин при алкоголизме возникают как результат взаимодействия конституциональных особенностей больного, структуры его личности, внутрисемейных взаимоотношений, интенсивности и длительности алкогольной интоксикации.

Клиническая картина. Число больных алкоголизмом с половыми расстройствами резко возрастает после 25-летнего возраста, достигает максимума к 36—45 годам и в дальнейшем падает. Наиболее распространенная жалоба — нарушение эрекции (78% наблюдений), которое часто сочетается с ускоренной эякуляцией (более 64%). Ослабление либидо отмечается у 33% больных и расстройства оргазма — примерно у 17%.

Основными формами поражения сексуальной сферы при хроническом алкоголизме являются стержневые синдромы расстройств нейрогуморальной (42,8%) и психической (39,1%) составляющих.

Анализ стержневых синдромов показывает, что по мере перехода к более тяжелым стадиям алкоголизма отмечается возрастание удельного веса синдромов нейрогуморальной составляющей (табл. 36)

Хотя у больных с углублением стадии алкоголизма происходит утяжеление синдромов психической составляющей, тем не менее процент больных с этими синдромами как стержневыми по мере перехода к более тяжелым стадиям имеет тенденцию к уменьшению.

Таблица 36

Распределение больных по основным видам сексуальной патологии и в зависимости от стадии алкоголизма (в процентах)

Составляющие (стержневые)	Стадии алкоголизма			В среднем
	I 32,2	II 44,3	III 23,5	
Синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей	30,4	46,7	51,2	42,8
Синдромы расстройств психической составляющей	46,4	41,7	29,3	39,1
в том числе мнимые сексуальные расстройства	1,8	8,0	4,9	5,2
Синдромы расстройств эякуляторной составляющей	23,2	11,6	19,5	18,1

Как известно, больные алкоголизмом, состоящие и не состоящие на учете у нарколога, далеко не всегда обращаются к врачу по поводу сексуальных расстройств. В настоящее время, до проведения специальных клинико-эпидемиологических исследований, можно выделить следующие группы больных с сексуальными расстройствами при алкоголизме: 1) с мнимыми сексуальными расстройствами — 7,5%; 2) с половыми нарушениями, не связанными с алкоголизмом, — 2,3%; 3) больные, у которых алкоголизм явно ускорил развитие половых расстройств, — 73,5%; 4) группа больных, у которых половые расстройства возникли после противоалкогольного лечения, — 16,7%.

Приступая к лечению сексуальных расстройств при алкоголизме, следует учитывать: 1) соматические изменения у больных алкоголизмом (сердечно-сосудистые нарушения, патология печени, эндокринной системы и др.), а также вероятность частых простудных заболеваний, приводящих к простатитам, которые в свою очередь поддерживаются и утяжеляются нарушениями ритма половой активности; 2) образование, семейное и общественное положение и микросоциальное окружение больного; 3) установку жены больного, от личностных особенностей и поведения которой во многом зависит прогноз лечения сексуальных нарушений, предотвращение развития порочного круга алкоголизм — сексуальные расстройства — нарушение семейных отношений усиление алкоголизации.

Обязательными условиями для достижения успеха в лечении сексуальных расстройств являются полный отказ от употребления алкогольных напитков и налаживание нормальных отношений в семье больного. В процессе лечения алкоголизма и сексологических нарушений необходимо устранять и соматические расстройства (например, проводить лечение антибиотиками, сульфаниламидами, производными нитрофурана в комбинации с массажем предстательной железы при хронических простатитах). При астеноневротических состояниях предпочтение отдается, в зависимости от клинической картины, общеукрепляющим и тонизирующим средствам (фитин, глицерофосфат кальция, фосфен, липоцеребрин, стрихнин, дуплекс и др.), психостимуляторам (центедрин, синокарб, ацефен) или транквилизаторам (седуксен, элениум и др.). Можно назначить также биогенные стимуляторы (алоэ, ФиБС) и средства, стимулирующие и тонизирующие ЦНС (элеутерококк, женьшень, лимонник, пантокрин и др.). Необходимо позаботиться о поддержании витаминного баланса (в особенности витаминов группы В).

К применению гормональных препаратов следует подходить крайне осторожно. Оно допустимо в тех случаях, когда установлено, что сексуальные нарушения обусловлены изменением нейрогуморальной составляющей с акцентом на поражении отдельных звеньев эндокринного обеспечения, требующем заместительной терапии. При этом, однако, проводить ее можно только под строгим лабораторным контролем.

С первых дней лечения алкоголизма и сексологических нарушений психотерапия является одним из основных терапевтических методов на всех его этапах. При этом используют все виды психотерапии: индивидуальную, коллективную, рациональную, гипнотерапию, аутогенную тренировку и др. Коллективная психотерапия помогает раскрыть структуру внутрисемейных отношений, способствует снятию «комплекса неполноценности», коррекции поведения.

Аутогенная тренировка позволяет нормализовать вегетативные функции и деятельность сердечно-сосудистой системы, дает больному уверенность в выработке способности управлять собой. Рациональная психотерапия не только включает элементы сексологического инструктажа, но и ведет больного к активному преодолению болезни путем перестройки поведения, учит не полагаться на одни медикаменты.

Особое внимание следует обратить на психотерапевтические беседы с женой больного. С самого начала необходимо добиться ее расположения и привлечь к лечению сексологического нарушения путем создания благожелательной атмосферы в семье, научить правильно реагировать на отдельные неудачи, чтобы предотвратить срывы в лечении.

Подход к лечению больных каждой группы должен быть строго индивидуальным — с учетом синдромологической структуры, глубины расстройства и особенностей личности больного и его жены. Например, диагноз мнимой импотенции в первом клиническом варианте не является поводом для отказа от лечения; при этом требуется так построить содержание психотерапевтических бесед, чтобы убедить пациента в том, что его сексологические показатели лежат в пределах возрастной и конституциональной нормы, и дать правильные поведенческие установки и инструкции в зависимости от характера искаженных представлений пациента (неправильные суждения о норме сексологических проявлений, предъявление к себе чрезмерных требований, неправильное поведение женщины и т. д.).

При втором клиническом варианте, когда половые нарушения не связаны с алкоголизмом, а предшествуют ему во времени и основным стержневым синдромом является поражение эякуляторной составляющей в виде укорочения продолжительности половых актов, главным лечебным воздействием является применение хлорэтиловых блокад [Васильченко Г. С., 1969] в сочетании с поддерживающей психотерапией.

Третий клинический вариант, отличающийся крайней пестротой симптоматики, имеет общую характерную черту: все больные этой группы прибегают к алкоголю как к лечебному средству для «стимуляции» половых функций. Однако стимулирующее действие алкоголя преходяще и вызывающаяся конституциональная слабость неизбежно снижает исходные сексуальные возможности. Значительная вариабельность клинических проявлений и сочетанные поражения нескольких составляющих, включающие много синдромов, обуславливают необходимость применения всего арсенала лечебных мероприятий, перечисленных выше, как психотерапевтических, так и медикаментозных.

Четвертый клинический вариант характерен для больных алкоголизмом, у которых нарушения в половой сфере возникают после проведения противоалкогольного лечения. Поскольку в этой группе преобладают больные с психастеническими чертами характера и стержневым поражением является расстройство психической составляющей, наряду с корригирующей психотерапией, развенчивающей «патогенную» роль тетурама в развитии половых нарушений, необходимы общеукрепляющие средства и психостимуляторы.

Прогноз определяется тяжестью и структурой сексологического нарушения, стадией алкоголизма, половой конституцией и преморбидными особенностями личности.

12. ГЕНИТОСЕГМЕНТАРНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ КОПУЛЯТИВНОГО ЦИКЛА И ЕЕ РАССТРОЙСТВА

12.1. Семiotика расстройств генитосегментарной составляющей

Если нейрогуморальная и психическая составляющие у женщин по синдромам почти повторяют аналогичные составляющие у мужчин, то генитосегментарная составляющая не аналогична «сумме» двух мужских составляющих (эрекционной и эякуляторной). У женщин не выделяют эрекционную составляющую не только потому, что для участия в половом акте им не обязательны ни эрекция клитора, ни увеличение кровенаполнения бульбарных и вагинальных венозных сплетений. Впрочем, для полноценного полового акта женщине тоже необходимо определенное кровенаполнение наружных половых органов, которое, однако, не является традиционным символом сексуальности (как эрекция у мужчин). Влияние на сексуальность женщины патологических изменений половых органов также не аналогично роли урологических расстройств у мужчин. Для определения сохранности (или, напротив, поражения) генитосегментарной составляющей у женщин применяются следующие критерии.

I Общие:

1. Невозможность или затруднение интронтуса вследствие анатомических изменений наружных половых органов.
2. Исчезновение оргазма, притупление ощущений во время коитуса, наступившее сразу после травмы, родов, чаще патологических: роды крупным плодом, быстрые роды, оперативное родовспоможение (щипцы, вакуум-экстрактор, перинеотомия, эпизиотомия), разрывы родовых путей.
3. Болезненность при коитусе и гинекологическом исследовании.
4. Признаки патологического изменения порогов возбудимости, облегченное достижение оргазма:
 - а) оргазм в неадекватной обстановке, при повышении общего возбуждения, в стрессовой ситуации, при вибрациях;
 - б) оргазм независимо от ситуации без предварительного повышения возбуждения (например, с любым, даже неприятным партнером, без предварительного «настроя», на любом эмоциональном фоне), способность к повторным многократным оргазмам;
 - в) учащение ночных оргазмов даже без сновидений или при любых «стрессовых» сновидениях.

II Специфические

1. Объективно регистрируемые при гинекологическом исследовании:
 - а) врожденные аномалии развития половых органов (патология девственной плевы, отсутствие или недоразвитие влагалища, перегородки, узость и нерастяжимость влагалища);
 - б) рубцовые, деформирующие изменения и опухоли;

в) деформация, рубцовые изменения генитальных эrogenных зон, снижающие чувствительность;

г) слабость мышц тазового дна и промежности, опущение и выпадение влагалища и матки; нарушение кровенаполнения кавернозных тел и венозных сплетений;

д) болезненность при гинекологическом исследовании, обусловленная воспалительными процессами в гениталиях (кольпит, вульвит, метрит, параметрит, периметрит, аднексит), эндометриозом (чаще задним) и деформациями любой этиологии.

2. Объективно регистрируемые неврологические симптомы:

а) изменения чувствительности наружных половых органов;

б) «заинтересованность» ПЦД.

Для подтверждения патологических изменений генитосегментарной составляющей и дифференциальной диагностики их от поражений других составляющих необходимо установить нарушения, объективно регистрируемые при неврологическом и гинекологическом исследовании.

Например, невозможность или затруднение интроитуса может быть вызвано как анатомическими изменениями (генитосегментарная составляющая), так и судорожным сокращением мышц промежности и тазового дна (явления вагинизма при поражении психической составляющей). Подтверждение (или отсутствие) анатомических изменений при объективном исследовании необходимо, так как жалобы могут не иметь различий не только по содержанию, но и по выраженности (и в том и в другом случае интроитус невозможен, и страх после неудачной попытки при дефектах развития и рубцовых изменениях может вызвать «классическую» картину вагинизма).

В случаях поражения генитосегментарной составляющей при объективном исследовании выявляются или пороки развития, или рубцовые деформирующие изменения и опухоли, обуславливающие невозможность или затрудненность интроитуса (вызывают боль).

Например, некоторые формы девственной плевы затрудняют интроитус (сплошная, с перегородкой, с несколькими мелкими отверстиями).

Между эпителиальными слоями девственной плевы расположена соединительнотканная основа с эластическими коллагеновыми и мышечными волокнами, определяющими толщину и тургор девственной плевы. От соотношения структурных элементов и их толщины зависит растяжимость плевы. Препятствием для интроитуса (дефлорации) может быть мясистая (толстая с преобладанием соединительнотканых элементов) или волокнистая (с хорошо развитыми коллагеновыми волокнами) девственная плева. Ее свободный край, истончающийся к периоду полового созревания, в пожилом возрасте вновь утолщается и уплотняется.

Гинатрезии (заращения) влагалища могут быть врожденными, возникшими в результате внутриутробной инфекции или пороков развития, и приобретенными в результате воспаления (например, после местного воспалительного процесса при детских инфекциях — корь, скарлатина, дифтерия), вследствие травм — родовой, оперативной и других, после применения прижигающих веществ и радиоактивных препаратов.

Клинические признаки гинатрезии при нормально функционирующей матке возникают, как правило, в период полового созревания. Вначале появляются ежемесячные умеренные тянущие боли внизу живота без выделения менструальной крови, затем

боли постепенно усиливаются, общее состояние больных ухудшается (тошнота, головные боли, кишечные расстройства).

При одновременном отсутствии (или недоразвитии) влагалища и матки аменорея не сопровождается циклическими болями, и недоразвитие влагалища (от полного до частичного) выявляется либо при обследовании по поводу аменореи, либо при попытках начать половую жизнь. Аплазия (отсутствие) влагалища также диагностируется в период полового созревания. Другими пороками развития влагалища являются перегородки, удвоение, нередко сочетающиеся с удвоением матки, и отсутствие влагалища при врожденном адреногенитальном синдроме.

При *атрезии девственной плевы* вследствие скопления во влагалище менструальной крови определяется опухлевидное образование синюшного цвета, раздвигающее большие и малые половые губы. Это образование (гематокольпос) нередко заполняет всю полость малого таза. При ректальном исследовании определяется мягко- или тугоэластичная консистенция этого образования. При заращении влагалища (даже нижней его части) выпячивания и синюшной окраски девственной плевы нет. Влагалище расширяется и растягивается настолько, что матка определяется на уровне пупка.

При аномалиях развития влагалища его размеры и положение можно определить с помощью рентгенологического исследования. Затруднения или болезненность при половом акте возникают при больших кистах влагалища, фибромиомах, выпячивающих стенку влагалища или располагающихся в его просвете на ножке, а также злокачественных опухолях наружных половых органов и влагалища.

Одним из критериев поражения генитосегментарной составляющей являются боли при коитусе (во всех или определенных позициях), подтвержденные гинекологическим исследованием: воспалительные изменения, эндометриоз, деформации влагалища. Гинекологическое исследование при этом обычно также вызывает боль. Однако сексопатологу не следует забывать, что гениталгии без объективных изменений в гениталиях могут быть вызваны не только неврологическими изменениями (подтверждающимися при неврологическом обследовании), но и сенестопатиями при сенестопатически-ипохондрическом синдроме (поражение психической составляющей). Воспалительных (или другой природы) заболеваний половых органов недостаточно для диагностики поражения генитосегментарной составляющей. Сексуальные нарушения встречаются у женщин в 32,4% без воспалительных заболеваний гениталий, а у женщин, ими страдающих, — в 61,4% случаев. Однако это объясняется не только воспалительными процессами. При задержке созревания, явлениях инфантилизма (длинные извитые маточные трубы, нарушения физиологии влагалища и т. д.) и сниженной адаптации ко всем патогенным факторам создается большая подверженность инфекции и, следовательно, воспалительным процессам в половых органах. Как у девочек с задержкой полового созревания чаще, чем в норме, бывают хронические тонзиллиты и другие респираторные заболевания, так и у женщин со слабой половой конституцией любая инфекция легче вызывает воспалительные процессы в половых органах. Кроме того, во многих случаях в воспалительный процесс вовлекаются яичники (оофорит) и нарушается их функция (расстройства нейрогуморальной, а не генитосегментарной составляющей), на фоне гормональных нарушений легче возникают нарушения сексуальности. Не следует забывать и

личностную реакцию женщины на воспаление половых органов. Если оставить в стороне венерические заболевания, обычно резко ухудшающие отношения с партнером (недоверие, упреки, отчуждение и т. д.), то и при неспецифических воспалительных заболеваниях нередко возникает мысль о заражении и сексуальных нарушениях. Сексуальность дезактуализируется и при выявлении онкологической патологии. Во всех этих случаях заболевания гениталий нарушают не генитосегментарную, а психическую составляющую.

Исчезновение оргазма, притупление ощущений во время коитуса после травм гениталий и родов (чаще патологических) могут быть вызваны поражением не только генитосегментарной, но и нейрогуморальной (например, поражение гипофиза при синдроме Шихена после массивной кровопотери в родах), и психической составляющей (например, ослабление ощущений и исчезновение оргазма после травмы и родов на фоне реактивной депрессии, если в результате травмы или патологических родов наступает инвалидизация молодой женщины или если в родах умирает ребенок, или на фоне выраженного астенодепрессивного синдрома при послеродовых психозах).

Если утрата оргазма вызвана поражением генитосегментарной составляющей, то объективно обязательно выявляются рубцовые изменения в области генитальных эрогенных зон или слабость мышц тазового дна и промежности, опущение или выпадение влагалища и матки, сопровождающиеся снижением чувствительности генитальных эрогенных зон.

К сожалению, акушеры-гинекологи ушивают разрывы половых органов после родовой травмы без учета последствий, возможных после перевязывания венозных сплетений гениталий. Ветви чувствительных нервов если не нарушаются в результате разрыва, то в шов попадают почти всегда. При разрыве пещеристых тел клитора, венозных сплетений, луковиц преддверия бывает сильное кровотечение. Для его остановки и предупреждения гематомы ушивается и перевязывается практически все сплетение, сосуды в дальнейшем облитерируются и кровенаполнения пещеристых тел при коитусе либо не происходит, либо оно происходит частично. Полноценное кровенаполнение не наступает и после разрывов мышц, затрудняющих в норме отток из пещеристых и венозных сплетений. Разрывы других мышц тазового дна (как циркулярных, так и продольных) не только способствуют опущению влагалища и матки и затрудняют оплодотворение вследствие вытекания семенной жидкости, но и создают в результате расширения влагалища и входа в него функциональное несоответствие половых органов при коитусе, снижают специфические ощущения (как у женщины, так и у мужчины) и затрудняют (или делают невозможным) формирование «оргастической манжетки» при нарастании возбуждения. Оргазм или не наступает, или становится «бледным» в результате слабого кровенаполнения и выпадения ритмического сокращения мышц тазового дна.

При обследовании у женщины проверяют чувствительность наружных половых органов методами, применяемыми в неврологии; кроме того, возможна проверка чувствительности аппаратом «Вибромассаж». Это проверка тактильной, а не специфической чувствительности, которая в неадекватной обстановке гинекологического обследования не возникает. Зоны высокой тактильной и специфической чувствительности совпадают, при утрате тактильной чувствительности утрачивается и специфическая.

Слабость мышц промежности, которая бывает и без видимого разрыва, можно определить, надавливая пальцами на промежность и оттягивая ее к заднему проходу. При перерастяжении мышц промежности, их разрыве (так называемом подкожном) или плохом ушивании, если захватить промежность между указательным пальцем, введенным во влагалище, и большим, помещенным на кожу промежности, удается установить, что толщу промежности составляют слизистая оболочка влагалища, клетчатка и кожа, а мышц почти нет. Определить сохранность и функциональное состояние циркулярных мышц можно, попросив женщину сжать мышцы влагалища и заднего прохода. При этом два пальца врача должны быть введены во влагалище.

Для пальпации леваторов вводят согнутый палец (или два пальца) за медиальный край леватора и, выводя палец назад по боковой стенке влагалища, прощупывают брюшко леватора поочередно с каждой стороны, определяя высоту его прикрепления к лобковой кости. Можно получить еще более полное представление о леваторах, ощупывая их при помощи указательного и большого пальцев и определяя мощность и податливость мышцы (отрыв, атрофия леватора, рубцовые изменения, гипотрофия). Введя затем указательный и средний пальцы (тыльной поверхностью к лонной дуге) и раздвинув их в стороны, определяют расстояние между внутренними краями обоих леваторов. Если у нерожавшей женщины в норме оно равно поперечнику одного пальца, то у рожавшей, особенно при опущении стенок влагалища, оно равно поперечнику 2—3 пальцев и более.

Снижение порогов эякуляторного центра у мужчин при *синдроме ПЦД* укорачивает половой акт и довольно часто приводит пациента к сексопатологу. Только при очень слабой половой конституции синдром ПЦД бывает у мужчин «со знаком плюс», т. е. не только не вызывает нарушений, но маскирует задержку пубертатного развития, облегчает эякуляцию. В результате этого «положительного» влияния сексуальные проявления оказываются на более высоком уровне, чем предопределялось слабой конституцией. Женщины — носительницы этой патологии, как правило, находятся в таком же выигрышном положении, так как оргазм у них наступает быстрее и легче из-за сниженных порогов. Обычно это не вызывает отрицательной реакции ни у женщин, ни у мужчин и до последнего времени считалось, что женщины с этим видом патологии не нуждаются в помощи сексопатолога. Однако в некоторых случаях синдром ПЦД создает неудобства и у женщин: раннее наступление оргазма и пробуждение сексуальности при интеллектуальной незрелости могут провоцировать асоциальное поведение. В некоторых случаях вызывают тревогу оргазмы в неадекватной обстановке (особенно если они часто повторяются), частые (ежесуточно и чаще) эротические сновидения с оргазмом и т. д. Снижение порогов возбудимости при синдроме ПЦД (поражение генитосегментарной составляющей) необходимо дифференцировать от поражения глубоких структур мозга (нейрогуморальная составляющая) и эпилепсий, когда оргазмы возникают приступообразно, без видимых причин, и от нимфоманий при эндогенных процессах (психическая составляющая), когда преобладают возбуждения, влечение, а оргазм наступает с трудом. Для диагностики первичной патогенетической формы поражения генитосегментарной составляющей необходимо подтвердить синдром ПЦД: энурез в прошлом, поллакиурия, нерегулярности дефекации, не связанные с погрешностями в диете; при

объективном обследовании — симптомы избирательного вовлечения пирамидной иннервации дистальных отделов ног в форме инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов, клонусов стоп, симптомов Бабинского и Россолимо и их аналогов, избирательного снижения подошвенных рефлексов, симптомы орального автоматизма.

12.2. Расстройства генитосегментарной составляющей при гинекологических заболеваниях

Расстройства генитосегментарной составляющей чаще возникают при урогенитальном венозном застое, воспалительных заболеваниях внутренних половых органов, опухолях и травмах половых органов. Эти состояния могут осложняться вторичной патогенетической титуляризацией (изменение межцентральных нервных отношений, персистирующее после санации половой сферы).

Сексуальная патология у женщин с гинекологическими воспалительными заболеваниями имеет сложный генез и носит полисиндромный характер. Однако сексологические расстройства развиваются по собственным механизмам и зависят от воспаления внутренних половых органов лишь у определенной группы женщин. Патогенное действие воспалительного процесса на сексуальные функции проявляется в первую очередь у женщин с ослабленной половой конституцией, измененными нейрогуморальной и психической составляющими копулятивного цикла и при нарушенных межличностных отношениях в браке. В то же время отмечается взаимозависимость длительности течения воспалительного процесса и сексологического расстройства, что приводит к сочетанным поражениям составляющих копулятивного цикла, с одной стороны, утяжелению и торпидности течения воспаления — с другой.

12.2.1. Расстройства генитосегментарной составляющей при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов

Воспалительные заболевания внутренних половых органов характеризуются преобладанием дистрофического компонента над «чисто воспалительным».

Этиология воспалительных заболеваний внутренних половых органов в подавляющем большинстве случаев обусловлена инфекционными факторами (вирусы, бактерии, бактериальные токсины и т. д.). К возникновению воспаления предрасполагают патологические роды, аборты, переохлаждение, профессиональные вредности, а также некоторые нарушения психогигиены половой жизни.

В патогенезе сексуальных расстройств при этих заболеваниях важное место принадлежит сосудистым нарушениям (дефицит кровообращения и дистония сосудов органов малого таза).

В процесс вовлекается центральная и периферическая нервная система, в частности солнечное сплетение, аортальные и подчревные узлы. Патологический очаг в половых органах при

некоторых условиях может дезорганизовать интегративные аппараты мозга, влияющие на функциональное состояние ряда звеньев репродуктивной системы, вовлекая в процесс соматотропные и половые функции.

Взаимосвязь нервных и гуморальных процессов у больных с воспалительными заболеваниями отражается в расстройствах взаимоотношений гипоталамо-гипофизарной системы и надпочечников, яичников и матки.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а. Характер сексуальных расстройств у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов наглядно демонстрирует СФЖ, выведенная как средняя арифметическая при анализе типовых профилей: 3,3 2,3/1,8 2,2/1,4 1,8/2,3 2,2/2,3/1 — 5,6/4/3,2/4,5/2,3/1—20,6. В данном случае наиболее снижены показатели третьей диады.

Проявления сексуальных расстройств при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов многообразны и зависят от того, какие составляющие и в какой степени вовлечены в болезненный процесс. При хроническом воспалительном процессе с сексуальными расстройствами поражение нейрогуморальной составляющей наблюдается у 68,9%, психической — у 82,8% больных. Однако тяжесть поражения отдельных составляющих в каждом случае различна: в качестве стержневых расстройств психической составляющей отмечаются у 54%, нейрогуморальных — у 36%, генитосегментарной — у 10% больных. При значительном вовлечении в процесс всех составляющих появляются нарушения оргазма, притупление специфических ощущений фрикционного периода (Wollust) и снижение либидо. Из анамнеза, как правило, выясняется, что вначале «сглаживается» оргазм, затем появляется «трудность» его достижения и, наконец, снижается оргастичность. Далее присоединяются гипестезия в периоде фрикции и «выпадение» оргазма. На первых стадиях сексуального расстройства женщины обычно жалуются только на снижение сексуального либидо, на следующих стадиях и в ряде тяжелых случаев оно отсутствует. У женщин с сильной и средней половой конституцией сексуальное либидо может сохраняться и при стойкой аноргазмии, и даже при генитоалгиях. Такие состояния особенно тягостны. Этим сексологическим симптомам обычно сопутствуют постоянные или периодические боли внизу живота, нередко иррадиирующие во влагалище, прямую кишку, нижние конечности и пояснично-крестцовую область. На поздних стадиях больные жалуются на неустойчивое настроение или его снижение, утомляемость, сонливость, трудность засыпания, поверхностный сон, снижение памяти, головную боль, головокружение, раздражительность, вспыльчивость, сердцебиение и др.

При гинекологическом исследовании определяются деструктивные изменения внутренних половых органов в зависимости от локализации и длительности воспалительного процесса, а также болезненность (локальная, разлитая, иррадиирующая).

Локализация воспалительного процесса в придатках матки приводит к более выраженной сексологической симптоматике: стойкой аноргазмии и снижению сексуального либидо вплоть до его отсутствия. При локализации процесса в матке и клетчатке таза на первый план выступают нарушения оргазма, нарушения же сексуального либидо менее выражены.

Наблюдаются увеличенная СОЭ и положительная реакция на С-реактивный белок. При хронических процессах в стадии ремиссии отклонений в формуле крови не отмечается. Данные кольпоцито-

логических исследований и тестов функциональной диагностики нередко свидетельствуют о гипофункции яичников в виде недостаточности обеих фаз менструального цикла или преимущественного угнетения лютеиновой фазы. Реографические исследования показывают нарушение кровообращения в органах малого таза. У большинства больных с длительным воспалительным процессом имеются нарушения межличностных отношений с акцентом на психическом и сексуальном компонентах брачного потенциала.

Лечение. Основными принципами лечения сексуальных расстройств у больных с воспалительными процессами внутренних половых органов являются комплексность, этапность и последовательность. Задачи лечебно-реабилитационных мероприятий следующие: достижение обезболивающего и противовоспалительного эффекта; повышение активности компенсаторно-защитных механизмов; восстановление вторично возникших изменений в нервной, эндокринной, сосудистой и других системах организма; восстановление нарушенных функций половой системы и адаптации в сексуально-семейных отношениях.

Современные принципы лечения заключаются в ограничении применения антибактериальной терапии, если исключено наличие микробного фактора, с акцентом на использовании эффективных физиотерапевтических методов (лечебная гимнастика, ручной и вибрационный гинекологический массаж, ультразвук, магнитное поле и др.). Для снятия болевого синдрома наряду с физиотерапевтическими методами показано назначение салицилатов, нормализующих функции центров болевой чувствительности. Целесообразно назначение витаминов Р и С, седативных средств, транквилизаторов, десенсибилизирующих препаратов.

При нарушении эндокринной функции назначают гормональные средства в зависимости от уровня поражения системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Положительное влияние в этом отношении оказывают физиотерапевтические методы и адаптогены.

Большое значение в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий, психотерапевтические методы: личностно-ориентировочная (реконструктивная) рациональная психотерапия (индивидуальная, групповая, семейная), суггестивная (гипноз, аутотренинг) и «поведенческая» (условнорефлекторная) психотерапия.

Профилактика сексуальных расстройств у женщин с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов предусматривает медицинские и социально-психологические меры. Медицинские меры основываются на предупреждении, своевременном выявлении и лечении гинекологических заболеваний, профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, предупреждении аборт, регуляции рождаемости. Социально-психологическая подготовка должна включать как традиционные (лекции, беседы, работа с литературой), так и современные методы: программированное обучение, методы анализа конкретных ситуаций, ситуационно-ролевые игры [Хожайнов А. И., 1983].

12.2.2. Вторичная патогенетическая титуляризация

Нарушение нейровегетативного контроля над трофической, иммунобиологической и пластической функциями соединительной ткани вызывает значительные последствия на периферии при воспалении.

Большинство клиницистов связывают эти последствия с перенесенным искусственным абортом, некоторыми формами воспалительных заболеваний матки и придатков, несоблюдением психогигиены половой жизни и т. д. Выявлено, что наряду с общебиологическим действием искусственный аборт приводит к повреждению глубоких слоев эндометрия и миометрия, где заложена сеть периферической иннервации матки, вовлекающаяся в рубцовый процесс в период заживления. Впоследствии образуются культевые невриномы, создающие очаг длительного раздражения, импульсы которого идут в вышележащие отделы нервной системы. Вовлечение в воспалительный процесс вегетативной иннервации женских половых органов (околоматочных, подчревных и солнечного сплетений) отягощает своеобразным нейрогинекологическим симптомокомплексом хронические воспалительные процессы в данной сфере.

Сексологические проявления при рассмотренных выше воспалительных заболеваниях внутренних половых органов связаны этиологически и патогенетически с возникающим в ряде случаев особым синдромом, обозначаемым в отечественной сексопатологии как вторичная патогенетическая титуляризация, т. е. изменение межцентральных нервных отношений, проявляющееся персистенцией сексологических расстройств после санации гинекологического очага. Это подтверждается морфологическими изменениями в различных отделах нервной системы, выявляемыми при заболеваниях органов брюшной полости. При титуляризации ликвидация патологического процесса в органах малого таза может не привести к излечению, так как нарушения, возникающие в отдаленных сегментах в разгар патологического процесса, могут персистировать. В этих случаях восстановление нормальных функциональных связей требует иных терапевтических воздействий, которые должны предусматривать, помимо первичной санации гинекологического очага, применение физиотерапевтических методов и назначение хлорэтиловых блокад на пояснично-крестцовую область. Эти методики способствуют успешному восстановлению нарушенных функциональных нервных связей.

13. СЕМЕЙНО-СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСГАРМОНИИ (ДИСГАМИИ)

Наиболее характерный признак дисгамии — такое рассогласование взаимоотношений между супругами по одному из ведущих брачных факторов (см. раздел 8.1) или по их сочетанию, когда силы, разрушающие союз, преобладают над силами сплачивающими. Полное отсутствие сексуальной патологии у одного или обоих супругов, так же как отягощенность нескольких составляющих у каждого из них, для диагностики дисгамии не имеет принципиального значения. Известны случаи, когда муж с синдромом ПЦД с *ejaculatio ante portas* и дневными поллюциями и жена с первичной аноргазмией никогда не предъявляли друг другу сексологических претензий. Несмотря на наличие и у мужа, и у жены сексопатологических синдромов, дисгармонии у этих супругов не было. Столь же прочными и далекими от дисгармонии могут быть союзы между двумя носителями перверсий (например, садизм у мужа и мазохизм у жены). В противоположность этому выраженные дисгамии могут развора-

чиваться при отсутствии у супругов сексопатологических синдромов (см. раздел 8.1).

Опыт практической работы с парами, обращающимися за сексологической помощью, позволяет выделить дисгармонии личностные и сексуальные. При первом варианте основание конфликтных отношений лежит главным образом в структуре личности одного или обоих супругов, в частности в их доминирующих мотивациях. При втором основную роль играют некоторые сексуальные характеристики партнеров, начиная с расхождений в программах индивидуальных «сексуальных сценариев».

Динамика дисгамий (по опыту Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии) характеризуется двумя закономерностями.

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

2. Если дисгамия начинается с нарушения межличностных отношений, то вовлечение сексуального полюса и распад брачного союза происходят, как правило, намного быстрее, чем при чисто сексуальном рассогласовании.

В качестве общих этиологических факторов при первом клиническом варианте чаще всего выступают диаметрально расхождения психологических установок (по Д. Н. Узнадзе), а при втором варианте — не соответствующие ожиданиям (сексуальным экспектациям) партнера и потому неадекватные модели сексуального поведения, обусловленные обычно низкой общей и сексуальной культурой [Рюриков Ю. Б., 1977], реже сексопатологическими синдромами. Когда супруги обращаются за сексологической помощью, как правило, обнаруживается сочетание обоих этиологических факторов.

Наиболее важную роль в развитии таких сочетанных дисгармоний играют диаметрально расхождения между партнерами в их сексуальных экспектациях, определяемых половой конституцией и сложившимися поведенческими стереотипами. Особую этиопатогенетическую разновидность дисгамий составляют расстройства, формирующиеся после запоздалого пробуждения сексуальности у женщин. Эти дисгамии принимают наиболее драматические формы у эмоционально неуравновешенных психопатических личностей, если пробуждение сексуальности накладывается на климактерический период, а муж со слабой половой конституцией утрачивает интерес к половой жизни как раз тогда, когда жена переживает сексуальный подъем.

При анализе этиологических факторов дисгамий следует учитывать внешний облик женщины. Как ни парадоксально, но нельзя сказать, что чем красивее женщина, тем она счастливее в семейной жизни: наиболее удачные браки складываются не у тех женщин, которые имеют самые высокие показатели внешности (редкая, «классическая» красота), а у женщин со средними и низкими показателями — от простой, неброской привлекательности и общей заурядности и невыразительности до парциальных внешних дефектов. Чем красивее женщина, тем обычно выше уровень ее экспектаций, в том числе больше требования к брачному партнеру, а следовательно, и предпосылки для разочарований. В противоположность этому женщины, считающие себя «дурнушками», чаще вырабатывают психологическую установку на то, что «принцы» — не для них. Они ожидают мужа того же заниженного ранга. Когда за ними начнет ухаживать «средний» по всем данным мужчина, они принимают

это как подарок судьбы, дорожат его расположением, стараются сохранить его привязанность, тем самым формируя надежный фундамент семейной стабильности (тем более что большинство мужчин в семейной жизни искреннее душевное расположение, внимательность и заботу ценят выше, чем классическую красоту в соединении с холодностью, безразличием, а то и пренебрежением как к мужу, так и к мелочам повседневного быта).

П а т о г е н е з. Способность устанавливать глубокие и стабильные межличностные отношения — прерогатива зрелой личности, для которой характерны эмпатия и альтруистическое поведение, способность обеспечить продуктивный диалог и резонансное общение.

Некоторые люди готовы к глубоким формам интерперсонального контакта очень рано, а другие в силу различных причин устанавливают такие отношения со значительным запозданием либо вообще не устанавливают.

При незрелом, формальном общении нет места для диалога, оно строится стереотипно и ориентировано не на личностные, а на поверхностные — ролевые, статусные характеристики. Переживания партнера по существу не принимаются в расчет. При диалогическом, неформальном, личностно-ориентированном общении существует живой интерес к внутреннему миру, переживаниям партнера. Настоящая удовлетворенность в браке бывает лишь тогда, когда между супругами существует неформальное взаимодействие. Формальный стиль взаимодействия и коммуникации является пагубным для супружеского союза, и совершенно не меняет дела то, что браки, основанные на такой форме коммуникации, существуют многие годы. При такой форме контакта супруги вступают во взаимодействие скорее как два актера, скрывающие за масками свои переживания, нередко мечтающие устроиться таким образом, чтобы с наименьшими затратами получить как можно больше.

Уровень, глубина и стабильность отношений непосредственно связаны с взаимной оценкой другого (как личности). Пристрастное отношение, в частности на первых этапах совместной жизни, часто выражается в недооценке или переоценке личности другого. Оценка другого человека всегда сопряжена (чаще полярно) с самооценкой. Пока в собственной душевной жизни человек не достиг определенной гармонии и стабильности, ему трудно вырабатывать адекватные формы отношения к другому. Истинную цену себе и другому человек нередко начинает осознавать только в критических ситуациях, при угрозе здоровью, жизни, близости и расположению любимого человека. Это правило может облегчить психотерапию при супружеских дисгармониях.

Д и а г н о с т и к а семейно-сексуальных дисгармоний основывается на сопоставлении синдромологических сочетаний, отраженных в структурных решетках каждого из супругов, выявлении совпадающих, дополняющих (комплементарных) и диссонирующих компонентов структур личности обоих партнеров, сравнительном анализе их доминирующих мотиваций и шкал ценностных ориентаций. При выполнении этой работы особое значение приобретает прослеживание в динамике всей истории взаимоотношений супружеской пары с момента знакомства до момента обследования.

При низкой оценке партнера у него (у нее) выделяются только ролевые характеристики («любовница», «хозяйка» и т. д.), а личностные игнорируют. Это может быть обусловлено формальными мотивами выбора (корысть, повышение статуса, выход из сложной

житской ситуации, упорядочение своей половой жизни и т. д.), а также при невротическом выборе супруга [Мишина Т. М., 1978]. При таких мотивациях партнер почти всегда вызывает раздражение. Разочарование в партнере возможно в результате измены или если он занял в браке одну из непродуктивных внутренних позиций — иждивенческую, авторитарную или сохранил добрачные стереотипы поведения, неприемлемые для супружества. В последних случаях фрустрируется двойственное, амбивалентное отношение к партнеру, а затем создается отрицательная персонификация. В этих случаях включаются механизмы психологической защиты, еще более формализующие общение и формируется *circulus vitiosus*. Снижается и сексуально-эротическая привлекательность партнера, особенно для женщин, меняется отношение к сексуальному общению, которое начинает восприниматься как досадная обязанность.

Во многих случаях общение супругов почти сплошь состоит из «выяснения отношений» — монологов, обвинений, поисков виноватых. «Работают» различные психологические барьеры, маски, камуфлирующие истинное отношение партнеров друг к другу или цели каждого при вступлении в брак. Т. М. Мишина выделила (1978) три основных типа непродуктивного супружеского взаимодействия, условно обозначенных как «соперничество», «псевдосотрудничество» и «изоляция».

Первый тип («соперничество») преобладает в парах в первые 6 лет супружества; это частые ссоры и изнурительные объяснения. Тематика конфликтов обычно связана с проблемой взаимоотношений, распределением обязанностей, отношениями с родственниками и друзьями. Поводом к конфликтам становятся кризисные моменты: беременность, рождение ребенка, разъезд с родителями и т. д.

При обсуждении партнерами своих проблем: 1) дебаты неконструктивны; 2) каждый настроен на свое и не пытается понять другого; 3) отсутствует стремление к выражению симпатии и поощрения; 4) преобладают защитно-агрессивные реакции; 5) каждый видит в другом виновника конфликта; 6) каждый стремится заставить другого поступать по-своему.

Для второго типа («псевдосотрудничество») характерны внешнее согласие, отсутствие хронических конфликтов и преувеличенная забота. Однако иногда возникают вспышки раздражения у одного партнера, которые гасятся поведением другого. Поводом для напряженности могут быть неудачи и трудности на работе, необходимость профессионального выбора, появление новых увлечений, измены, алкогольные эксцессы, сексуальные расстройства (вагинизм, фригидность, «импотенция»). Выделяют пять видов конфликтов: 1) один из супругов не разделяет стремления другого к профессиональному, социальному и другому росту, так как это противоречит его собственной потребности главенствовать в семейной сфере. Примером может быть ориентация мужчины на принятие его в престижных кругах и ориентация женщины на бытовое благоустройство. Для мужа важно, чтобы работа была интересной, хотя бы и малооплачиваемой, а для жены этот вариант неприемлем; 2) потребность одного из партнеров в поддержании идеализированного собственного образа сталкивается со стремлением другого главенствовать и одновременно быть опекаемым. Эта гиперкомпенсаторная потребность нуждается в эмоциональной поддержке партнера; 3) один партнер ожидает от другого достижений, а тот боится действовать из-за невротического страха перед неудачей

(чаще всего такое бывает при сексуальном расстройстве); 4) треугольник или адюльтер. Например, женщина имеет двух партнеров — в браке и вне брака и не может принять решение в чью-либо пользу. Один из партнеров (обычно муж) обеспечивает материальную поддержку, а другой удовлетворяет эмоциональные потребности; 5) конфликт из-за жестких правил взаимодействия в паре. В этом случае партнеры не касаются сферы чувств и переживаний друг друга. Власть обычно у одного (нередко у больного неврозом), а второй партнер способствует стабилизации положения в связи с повышенным чувством долга и стремлением соответствовать абстрактным эталонам (мужа, жены). Этот вариант часто наблюдается при вагинизме. Соотношение мотивационных структур здесь таково, что достижение ценностей, на которые ориентируется больной неврозом, здоровым супругом поддерживается лишь отчасти. Временная компенсация в подобных парах происходит путем прямого или косвенного подчинения одного партнера целям другого, однако напряженность сохраняется.

Для отношений типа «изоляция» характерно в первую очередь эмоциональное отчуждение — непосвященность партнеров во внутреннюю жизнь друг друга. Этот стиль семья обычно имеет с момента образования, но в некоторых случаях к нему приходят пары со вторым типом отношений. Вынужденная изоляция может возникать под давлением внешних обстоятельств, затрудняющих совместную деятельность (например, проживание с деспотическими родственниками, берущими на себя обслуживание и управление парой), или в парах с отношениями авторитарности. В этих случаях эмоциональная изоляция возникает в результате жесткого управления, основанного на насилии.

Таким образом, для отношений типа «соперничество» характерно отсутствие взаимного соглашения о нормах поведения в семье (выражается в открытых столкновениях), для «псевдосотрудничества» — внешняя согласованность норм как эмоционального, так и практического взаимодействия; при «изоляции» согласованы нормы практического взаимодействия, а на эмоциональном уровне отношения супругов обособлены.

В клинической картине сексуальных расстройств нарушенные межличностные отношения либо приводят к нарушениям в сексуальной сфере, либо идут параллельно, нарастая и усиливая друг друга. Истоки конфликтов и недовольства друг другом не осознаются, а за истинную причину скорее принимаются следствия наступившего разлада, в том числе неудачи в сексуальной сфере. Так, при отношениях типа «соперничество» сексуальные отклонения от привычного стереотипа могут восприниматься болезненно именно потому, что фрустрируют стереотип мужчины, его потребность в главенствовании. В другом варианте фрустрируется потребность женщины в заботе и опеке или потребности в эмоциональном принятии. Непонимание экспектации партнера, фрустрация его значимых потребностей приводят к отчуждению и вторичному снижению сексуальной удовлетворенности. При этом типе отношений отсутствие соглашения о нормах и формах сексуальной жизни катализирует конфликты.

Проблемы, связанные с сексуальными дисгармониями, чаще всего производные. Необходимо начинать лечебную коррекцию пары после тщательного выяснения взаимоотношений супругов. Обучение партнеров новым алгоритмам сексуального поведения должно следовать за осознанием ошибок, совершенных каждым из них по отношению к другому, в том числе в сексуальной сфере. Если этого

не произойдет, то эффективность лечебной коррекции будет невысокой. При построении тактики психотерапии пары целесообразно использовать рекомендации В. К. Мягер и Т. М. Мишиной (1976): терапия будет продвигаться от обсуждения внешних проявлений конфликта к пониманию истинных его причин (неадекватность взаимных ожиданий и выполнения супружеских ролей в значимых сферах взаимодействия) и формированию новых установок и моделей реагирования в этих сферах.

Невротически искаженная потребность, деформируя взаимодействие в паре и смещая акценты, может придавать тем или иным сферам семейной жизни сверхценный характер, что крайне затрудняет психотерапию. Так, она может возвести сексуальную потребность в ранг фетиша, а роль человеческих качеств партнера в реализации этой потребности свести к нулю. Неудивительно, что искаженная потребность в главенствовании, будучи фрустрирована сексуальной неудачей, может привести к полной перестройке жизненного стереотипа и жизненных ценностей. В этом случае главной жизненной целью становится доказать, что «сила» вернулась, причем путь к этому доказательству пролегает сначала через самопроверки с различными партнершами, а затем через кабинеты врачей.

Основная трудность при психотерапии семейных дисгармоний — научить пациента более объективно относиться к себе и к другому. Для этого необходимо вскрыть работу защитных психологических механизмов. Так, человек из всех мнений о себе выбирает одно — положительное и более лестное (в другой ситуации, наоборот, менее лестное, но объясняющее ту или иную неудачу), игнорируя любые попытки дифференцированной оценки своего поведения. Сексопатологу действительно очень часто приходится сталкиваться со случаями несоответствия самооценки опыту и мнению партнера [Добрович А. Б., 1980]. Эти защитные нарушения социальной аутоперцепции должны учитываться при разработке программ семейной реабилитации.

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

вызывает и поддерживает эмоции удивления, восхищения, любви. Определение стратегии взаимодействия помогает лучше ориентироваться в стиле супружеских отношений.

Часто оказывается, что сексуальное расстройство или сексуальная дисгармония является побочным эффектом психологического разлада, а субъективно супруги считают сексуальное расстройство основным. В подобных случаях цель первого этапа реабилитации — адаптация супругов к личностным особенностям друг друга и одновременно «довоспитание» кажждого из них, помощь в освоении ими более продуктивных форм и способов общения, более перспективных моделей взаимоотношений. Каждый новый этап супружеской жизни требует новых взаимоотношений, принятия на себя новых ролей, развития новых качеств. Достижение взаимной адаптации супругов предполагает не только выявление инфантильных или невежественных установок, связанных с сексуальной сферой, но и помощь в преодолении неизбежных кризисных ситуаций, обучение искусству продуктивных выходов из конфликтов, искусству коммуникации. В подобных случаях конкретной задачей становится обучение принципам «конструктивной ссоры» [Дейнега Г. Ф., Решетняк Ю. А., 1982], т. е. ссоры, при которой прежде всего не затрагивается самолюбие (по принципу «осуждайте грех, но любите грешника»).

При психологическом анализе необходимо получить ответ на самый важный вопрос: как возникли те или иные установки и психологические барьеры, которые мешают совместной жизни супругов? В некоторых случаях это определяется акцентуацией характера (у лиц, страдающих истерией, например, часто наблюдается стремление к самоидеализации), в других — выявляются сексуальная неграмотность или отсутствие культуры общения, дискommункативность личности или же, при отсутствии моделей и установок более высокого уровня (характерно для подростковой субкультуры), актуализируются установки более низкого уровня (на подчеркнутую мотивацию самоутверждения) и другие защитные мотивации, более ригидные, и поэтому поведение оказывается примитивным и шаблонным.

В подобных случаях сексопатологу необходимо выбрать наиболее соответствующий особенностям пациента стиль коммуникации и обучить этой тактике сначала партнера, а затем и пациента.

Сексопатолог должен понимать, что к уникальной межличностной связи, обозначаемой словом «любовь», ведет только одна, обычно сложная, узкая и незаметная, тропинка. Большинство исхоженных дорог, по которым идут многие супруги, чаще ведут совершенно в другую сторону. Анализ супружеских отношений, в том числе поведенческих интеракций, должен помочь сначала врачу, а потом и пациенту отыскать тот отрезок жизненного пути, на котором произошел неверный поворот и был выбран неверный ориентир. Роль психолога — вместе с врачом помочь пациенту разобраться в том, почему оказался утраченным естественный баланс взаимоотношений между супругами, какие значимые психологические потребности (чаще всего потребность в высокой оценке) не получают удовлетворения и оказываются фрустрированными (вследствие чего один из супругов чувствует себя в браке несчастным, обманутым). На семейные отношения часто механически переносятся формы общения, пригодные для взаимоотношений в другой сфере, например на производстве (типа начальник — подчиненный), но для любящих супругов слишком формальные, стереотипные и не учитывающие

специфику внутреннего мира, переживаний другого. В этих случаях оказывается утерянной (или не возникает вообще) установка на постоянную психологическую поддержку друг друга.

13.1. Вагинизм

Вагинизм можно отнести и к нарушениям психической составляющей у женщин, и к сексуальным дезадаптациям, так как он наряду с дебютантными формами импотенции нередко служит причиной *виргогамии* (девственного брака), длящейся иногда до 10—15 лет. Кроме того, для возникновения вагинизма у женщин необходимы определенные особенности и у партнера.

Вагинизм — судорожное сокращение мышц влагалища и тазового дна (главным образом мышцы, сжимающей влагалище, и мышцы, поднимающей задний проход), приведение и сжатие бедер, препятствующие проведению полового акта. При истинном вагинизме никаких нарушений со стороны половых органов не наблюдается.

Этиология и патогенез. В литературе обычно подчеркивается, что вагинизм возникает как результат насилия, болезненной дефлорации, грубого поведения партнера при попытке дефлорации. Однако чаще вагинизм возникает при нерешительном поведении мужа и определенных чертах характера у жены (мнительность, обидчивость, тревожность, эмоциональная неустойчивость). Кроме того, в анамнезе у большинства пациенток отмечаются с детского возраста не только страх боли, но и боязнь темноты, воды, высоты, мышей, лягушек и т. д. Страх боли часто становится навязчивым и сочетается с эмоциональной напряженностью. У отдельных больных наряду с обычными для вагинизма жалобами отмечаются нарушения сна, дисморфофобии, периодические депрессии.

Однако, для того чтобы у женщины возникли и закрепились явления вагинизма, обычно недостаточно только ее личностных особенностей. Заключению брака при этой патологии обычно предшествуют длительная дружба «со школьной скамьи», «красивые ухаживания», «рыцарское поклонение» и т. д. Жены характеризуют своих мужей как «идеальных»: любящих, заботливых, тактичных, мягких, уступчивых, подчиняемых. Иногда с самого начала муж предопределяет жене роль избалованного ребенка, желания и капризы которого исполняются беспрекословно. Длительное отсутствие дефлорации в браке при этом не только не ухудшает межличностных отношений, но даже ставит жену в привилегированное положение человека, требующего к себе повышенной чуткости, что способствует «бегству в болезнь». Нередко за вагинизмом кроется осознанное или неосознанное нежелание жить половой жизнью с мужем. В отдельных случаях этому способствуют трансформация полоролевого поведения и затянувшиеся товарищеские отношения с будущим мужем, когда знакомые и родственники считают этот брак неизбежным. В таких случаях попыток дефлорации до брака не бывает. Иногда заключению брака предшествует длительный этап петтинга, когда допускается все, кроме дефлорации. Укоренившийся сверхценный запрет нарушения девственности нередко переносится и в брачный период. Одна из пациенток сказала при обследовании по поводу вагинизма: «Может, и не нужно лечить меня сейчас, — у нас все нормально и без полового акта, а при сохранной девственности я могу себе найти более талантливого режиссера и снова вый-

ти замуж». Изредка в основе вагинизма лежит страх разоблачения в связи с нарушенной ранее девственностью.

Клиническая картина. Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни. Судорожному сокращению мышц предшествует страх боли при дефлорации, однако в отдельных случаях он появляется внезапно, неожиданно для пациентки в момент дефлорации. Мягкие, тактичные мужья не настаивают на контусе и переносят дефлорацию «на утро», «на следующий день» и т. д. При последующих попытках все повторяется. В дальнейшем вагинизм проявляется и при исследовании на гинекологическом кресле. Можно выделить три степени выраженности вагинизма: I — реакция наступает при введении полового члена или инструмента при гинекологическом исследовании; II — реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним; III — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Отсутствие дефлорации в браке во многих случаях не ухудшает межличностных отношений, а сексуальная адаптация пары происходит на уровне петтинга или вестibuлярного контуса. Женщины с вагинизмом при этом могут испытывать оргазм, а обращаться к врачу их заставляет чувство неполноценности или желание иметь ребенка.

Диагноз ставится на основании характерных жалоб и анамнеза при обязательном полном сексологическом обследовании.

Вагинизм следует дифференцировать от *псевдовагинизма*, когда боль при попытке к интроитусу, судорожный спазм и оборонительная реакция женщины вторичны, обусловлены поражением генитосегментарной составляющей (дефекты развития, кольпиты, спаечный процесс и другие гинекологические заболевания, вызывающие резкую болезненность при интросекции). Кроме того, вагинизм необходимо дифференцировать от коитофобии, сенестопатически-ипохондрического синдрома и бреда эротического содержания. Сходные с вагинизмом явления могут быть вызваны и неправильными действиями, обусловленными незнанием партнерами анатомии половых органов. В этом случае достаточно однократной коррекции для восстановления сексуальной функции.

Следует дифференцировать вагинизм от симуляции женщиной «девственности».

Лечение вагинизма ранее считалось сложным и малоперспективным. Предлагались оперативная дефлорация, дефлорация мужем под наркозом и даже рассечение циркулярных мышц. В настоящее время основным методом лечения является рациональная психотерапия и гипносуггестия. При наличии психопатологической симптоматики применяют психотропные средства: нейролептики (терален, френолон), транквилизаторы (элениум, седуксен, тазепам), антидепрессанты (азафен, amitриптилин). Прием психотропных средств следует продолжать 2—3 нед, дозы постепенно снижают до полной отмены. Назначение обезболивающих средств (анестезиновые мази, совкаин, микроклизмы с растворами новокаина) малоэффективно, так же как и оперативная дефлорация под наркозом. Мужу бывает достаточно одной психотерапевтической беседы, если за период виргогамии у него не развились сексуальные нарушения.

Прогноз благоприятный, но утяжеляется, если вагинизм обусловлен психопатологией.

14. ОРГАНИЗАЦИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Основным звеном сексологической службы в СССР является специализированное отделение врачебно-психологического семейного консультирования, организуемое согласно приказу МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 г. в составе психоневрологических диспансеров в городах с населением более 250 тыс. человек

Основные функции отделения — профилактика, раннее выявление и лечение сексуальных расстройств и сексуальных дисгармоний в браке. Включение отделений в структуру психоневрологических диспансеров вполне обоснованно, так как у 80—90% сексологических больных обнаруживаются психические расстройства, преимущественно невротического регистра, а у 50% больных они играют ведущую роль в формировании сексуальных нарушений.

В штат отделения входят врач-сексопатолог, медицинский психолог, медсестра, лаборант и санитарка. Однако число врачей-сексопатологов и медицинских психологов по решению местных органов здравоохранения может быть увеличено исходя из конкретных потребностей. В небольших же городах можно ограничиться кабинетом сексопатологии с врачебной и медсестринской ставками. В крупных городах несколько отделений врачебно-психологического семейного консультирования могут быть объединены в одно городское (межрайонное) с соответствующим увеличением численности медицинского персонала, что позволяет организовать непрерывный режим работы отделения в отпускное время и в период повышения квалификации его сотрудников, использовать двухсменный режим работы, обеспечить право пациента на выбор лечащего врача.

В соответствии с приказом МЗ СССР № 225 от 21 марта 1988 г. лица, обратившиеся в отделение врачебно-психологического семейного консультирования, не подлежат обязательному психоневрологическому диспансерному учету. По деонтологическим соображениям отделения врачебно-психологического семейного консультирования могут размещаться вне психоневрологических диспансеров, например, на территории консультативно-диагностических центров соматических поликлиник и других лечебно-профилактических учреждений.

В соответствии с приказом МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 г. отделения врачебно-психологического семейного консультирования могут быть организованы на принципах хозрасчета, вступать в договорные отношения с предприятиями и организациями, основываясь на соответствующих нормативных актах указанного министерства по внедрению хозяйственного расчета в деятельность медицинских учреждений. Преимущества хозрасчета в организации сексологической службы наиболее очевидны на территориях с небольшой численностью населения, в курортных зонах, столицах союзных и автономных республик, где высока обращаемость приезжих пациентов и существует возможность привлечь к этой работе наиболее квалифицированные медицинские кадры.

Координацию деятельности сексологической службы в масштабах страны осуществляет Всесоюзный научно-методический центр по вопросам сексопатологии. Функции республиканских центров по оказанию сексологической помощи населению возлагаются на отделения врачебно-психологического семейного консультирования

республиканских психоневрологических больниц. Заведующие этими отделениями выполняют обязанности внештатных главных сексопатологов республиканских министерств здравоохранения. Аналогичная структура сексологической службы предусматривается в автономных республиках, краях и областях.

На должность сексопатолога обычно назначается врач, прошедший подготовку по психиатрии и сексопатологии. Необходимость подготовки врача-сексопатолога по психиатрии диктуется тем, что в своей деятельности ему нередко приходится дифференцировать сложные психопатологические состояния, при которых со стороны пациентов возможны агрессивные действия, суицидальные попытки и т. д. Подготовка врачей по сексопатологии возложена на соответствующие кафедры Харьковского, Ленинградского и Центрального (Москва) институтов усовершенствования врачей. Кроме того, ленинградский институт обеспечивает специализацию и усовершенствование медицинских психологов для отделений врачебно-психологического семейного консультирования, а центральный институт — подготовку главных специалистов по сексопатологии и доцентов курсов медицинской сексологии для мединститутов.

Абсолютное большинство больных, обращающихся за сексологической помощью, подлежат амбулаторному лечению в отделениях врачебно-психологического семейного консультирования и не утрачивают при этом трудоспособности. Необходимость в госпитализации возникает при выраженных психопатологических состояниях (в отделениях неврозов или дневные стационары психоневрологических больниц), при сосудистой недостаточности половых органов (в ангиохирургические отделения), а также при острых урологических заболеваниях (в урологические отделения). Значительно реже приходится госпитализировать больных в эндокринологические отделения для дифференциальной диагностики и подбора терапии при специфических эндокринопатиях. В большинстве случаев следует предпочесть «полустационарное» лечение, так как оно не лишает больного сексуальной активности. Как правило, после завершения лечения в стационаре больные возвращаются в отделение врачебно-психологического семейного консультирования, где проводится комплекс мероприятий по сексуальной реадaptации супружеской пары.

Помимо лечебно-консультативной работы с больными, врачи и психологи отделения врачебно-психологического семейного консультирования оказывают специализированную помощь детям и подросткам с нарушениями сексуального поведения, привлекаются для проведения экспертизы противоправных действий в отношении сексуальной неприкосновенности личности, а также участвуют в санитарно-просветительной работе среди населения, активно сотрудничая с центрами здорового образа жизни, отделами загса, исполкомов, клубами молодой семьи, службой знакомств.

Наряду с отделениями врачебно-психологического семейного консультирования в ряде городов сохраняются прежние формы организации сексологической службы (кабинеты сексопатологии соматических поликлиник и кабинеты сексопатологии консультаций «Брак и семья», организованные в соответствии с приказами МЗ СССР № 920 от 22 ноября 1973 г. и № 465 от 30 апреля 1981 г., которые постепенно утрачивают свое значение и реорганизуются в соответствии с приказом МЗ СССР № 370 от 10 мая 1988 г.

В настоящее время сексологическая служба переживает период активной реорганизации, и заложенные в нее принципы позволяют надеяться, что в ближайшем будущем наступит полное удовлетворение потребностей населения в ней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Актуальные вопросы сексопатологии*/Под ред. Д. Д. Федотова.— М., 1967.— 487 с.
- Актуальные вопросы сексопатологии*/Под ред. В. В. Ковалева.— М., 1986.— 246 с.
- Актуальные проблемы андрологии*/Под ред. В. В. Красулина.— Ростов-на-Дону, 1986.— 144 с.
- Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция: Пер. с англ. М.: Медицина, 1985.— 240 с.
- Васильченко Г. С.* О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении.— М.: Медицина, 1969.— 184 с.
- Васильченко Г. С.* О методологических обоснованиях терминологии и классификации сексуальных расстройств // Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов, 8-й.— М., 1988.— Т. 1.— С. 21—22.
- Волков Е. С., Кушнирук Ю. И.* Физиотерапия и санаторно-курортное лечение половых расстройств.— Киев: Здоров'я, 1985.— 173 с.
- Восстановление сексуальной активности больных, перенесших инфаркт миокарда: Методич. рекомендации*/Сост. В. П. Зайцев, В. С. Кошелев.— М., 1979.— 10 с.
- Демченко А. Н., Черкасов И. А.* Диспансеризация и реабилитация лиц с задержкой мужского пубертата: Методич. рекомендации.— Харьков, 1978.— 22 с.
- Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств*/Под ред. А. А. Портнова.— М., 1978.— 136 с.
- Донован Б. Т., Дж. Дж. ван дер Верфтен Бош.* Физиология полового развития: Пер. с англ.— М.: Педагогика, 1974.— 192 с.
- Иванов Н. В.* Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. — М.: Медицина, 1966.— 152 с.
- Имелинский К.* Психогигиена половой жизни: Пер. с польск. М.: Медицина, 1972.— 256 с.
- Имелинский К.* Сексология и сексопатология: Пер. с польск.— М.: Медицина, 1986.— 423 с.
- Исаев Д. Н., Каган В. Е.* Психогигиена пола у детей.— Л.: Медицина, 1986.— 336 с.
- Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнеман И. Я.* Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга: Методич. пособие.— Новокузнецк, 1975.— 27 с.
- Кон И. С.* Введение в сексологию.— М.: Медицина, 1988.— 319 с.
- Кратохвил С.* Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск.— М.: Медицина, 1985.— 159 с.
- Кришталь В. В., Агишева Н. К.* Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары.— М., 1985.— 138 с.
- Лебединская К. С.* Психические нарушения у детей с патологией темпов полового созревания.— М.: Медицина, 1968.— 156 с.
- Материалы 1-й республиканской конференции, посвященной вопросам андрологии.*— Тбилиси, 1977.— 178 с.

- Мишина Т. М.* Психологическое исследование супружеских отношений при неврозах // Семейная психотерапия при нервных и психических заболеваниях.— Л., 1978.— С. 13—20.
- Мягер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия при неврозах: Метод. рекомендации.— Л., 1976.— 14 с.
- Стукалова Л. А., Виш И. М., Лунгарт Н. К.* и др. Неврозы и сексуальные расстройства.— Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1985.— 158 с.
- Нохуров А.* Алкоголизм и сексуальные расстройства у мужчин.— М.: Медицина, 1978.— 78 с.
- Нохуров А.* Нарушения сексуального поведения.— М.: Медицина, 1988.— 222 с.
- Общая сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко.*— М.: Медицина, 1977.— 488 с.
- Проблемы современной сексопатологии/Под ред. А. А. Портнова.*— М., 1972.— 508 с.
- Решетняк Ю. А.* Применение тестов межличностных отношений к задачам брачного клиринга//Вопросы кибернетики.— М., 1978.— Вып. 48.— С. 70—85.
- Рюриков Ю. Б.* Трудность счастья.— М.: Знание, 1977.— 63 с.
- Свядоц А. М.* Неврозы.— М.: Медицина, 1982.— 3-е изд.— 367 с.
- Свядоц А. М.* Женская сексопатология.— М.: Медицина, 1988.— 3-е изд.— 175 с.
- Семья и формирование личности/Под ред. А. А. Бодалева.*— М., 1981.— 96 с.
- Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи.*— Харьков, 1987.— 487 с.
- Тетер Е.* Гормональные нарушения у мужчин и женщин: Пер. с польск.— Варшава, 1968.— 700 с.
- Частная сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко.*— М.: Медицина, 1983.— Т. 1.— 304 с.; Т. 2.— 352 с.
- Эллис Г.* Мужчина и женщина. Этюды о вторичных половых признаках у человека: Пер. с англ.— Спб., 1898.— 312 с.
- Якобзон Л. Я.* Вопросы пола.— Л., 1927.— 167 с.

- Beach F. A.* Hormones and behavior.— New York, 1948.— 368 p.
- Dickinson R. L.* Atlas of human sex anatomy.— Baltimore, 1949.— 145 p.
- Ellis H.* Studies in the psychology of sex.— Philadelphia, 1897.— Vol. 1; 1910.— Vol. 7.
- Handbook of sexology/Ed. J. Money, H. Musaph.*— Amsterdam.— London — New York, 1977.— 1402 p.
- Handbook of sex therapy/Ed. J. Lo Piccolo, L. Lo Piccolo.*— New York, 1978.— 531 p.
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E.* Sexual behavior in the human male.— Philadelphia, 1948.— 804 p.
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H.* Sexual behavior in the human female.— Philadelphia, 1953.— 842 p.
- Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual response.— Boston, 1966.— 366 p.
- Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy.— Boston, 1970.— 407 p.
- The teaching of human sexuality in schools for health professionals /Ed. by D. R. Mace.* Health Papers.— Geneva, 1974.— 47 p.

- Абстиненции половые** 19, 58, 62
Агенезия гонад 327—333
Адаптогены 267—281
Аддисонова болезнь 370
Аденома гипофиза 357, 358, 359
Адипозогенитальная дистрофия 365
Адреногенитальный синдром 325
 — — врожденный 337
Акромегалия 359
Акцентуация (и) астеноневротическая 440
 — инфантильно-зависимая 442
 — неустойчивая 441, 444
 — слабовольная см. *Акцентуация неустойчивая*
 — характера 437—445
Алголагния 417
Алкоголизм 539—542
Андрогены 254—262, 266—267
Андростероиды см. *Андрогены*
Анилингус 430
Анилинкция см. *Анилингус*
Аноргазмия 199—200
Анорхизм внутриутробный 330, 360, 361
Анорхия 330, 360, 361
Анэкуляторные расстройства дебютантные 397
Анэкуляторный феномен 538
Апилак 276—278
Аралия маньчжурская 272
Астеноневротическая акцентуация 440
Аутомоносексуализм см. *Нарциссизм*
Аутофилия см. *Нарциссизм*
Аутоэрастия см. *Нарциссизм*
Аутоэротизм см. *Нарциссизм*

Бестиализм см. *Зоофилия*
Бестиофилия см. *Зоофилия*
Библиопсихотерапия 475

Болезнь аддисонова 370
 — **Иценко—Кушинга** 360, 362
 — **Симмондса** 356
Брачные факторы 375

Вагинизм 558—559
Вестибулярный коитус 44
Визионизм см. *Вуайеризм*
Виргогамия 200, 558
Воздержание половое см. *Абстиненции половые*
Возрастные ориентиры сексуальности 47—64
Врожденная вирилизация наружных половых органов 339
 — **дисфункция коры надпочечников** 337—343
Врожденный адреногенитальный синдром 337—343
Вуайеризм 421, 423

Генитоалгии 200
Генитосегментарная составляющая 543—547
 — — **синдромы расстройств** 547—551
Гермафродитизм 325, 361
 — **истинный** 332
Геронтофилия 428—430
Гиперпролактинемический синдром 357—359
Гиперролевое поведение 415—419
Гиперсексуальность 350—353
Гипогонадизм 359—362
Гипопитуитаризм 353—354
Гипотиреоз 371—372
Гирсутизм 80
Гомосексуализм 407, 429—435
Гонадотропины 262

Двуполых гонад синдром 332
Дебютантные анэкуляторные расстройства 397—399

- Девиации сексуальные 126
 Дезактуализация сексуального поведения 488—490
 Декапептид 264—266
 Декомпрессия локальная 496
 Диабет сахарный 372—374
 Дисгармонии сексуально-личностные 551—559
 Дисгенезия гонад 328, 331, 334
 Дисфункция коры надпочечников врожденная 337—343
 Диэнцефальная «импотенция» 109, 152, 155, 346—349
 Евнухоидизм 26, 361

Женская сексуальная специфика 31—41
 Женьшень см. *Адаптогены*
 Заманиха 272—273
 Золотой корень см. *Родиола розовая*
 Зоофилия 425
 Зооэрастия см. *Зоофилия*
 Зооэротия см. *Зоофилия*

Идиопатическая врожденная вирилизация наружных половых органов 339—340
 Идолизм см. *Фетишизм*
 Инверсия рефлексогенных зон ахиллова рефлекса 159—160 — сексуальная см. *Гомосексуализм*
 Инволюция сексуальная 57, 312—322, 427
 Индурация фиброэластическая полового члена 498, 519—520
 Интросекция мануально-моделированная 482
 Инфантилизм при психопатиях 446—447, 449
 Иррумация 430
 Истероидная психопатия 447, 464
 Истероидный невроз 468, 485—486
 Иценко—Кушинга болезнь 360, 369—371
 Кататимность 444, 466—467
 Кейра 45

 Клиринг брачный 376
 Коитофобия 116—117
 Коитус вестибулярный 44
 Конституция половая 64—81 — — шкала векторного определения 67—72, 77—81
 Копролагния 418
 Копрофемия 417
 Копулятивный цикл 21—31, 39—41, 72—74
 Кортикоэстрома 371
 Краниофарингиома 355
 Крипторхизм 362—363
 Кумбитмака 45
 Куннилингус 45, 426

Ламбитус 430
 Левзея сафлоровидная 275
 Лекарственные сексологические синдромы 322—324
 Лесбианство 429—432
 Либи́до 18—21, 32, 38—39, 56, 57, 176, 242—244, 316—317 — возраст пробуждения 49, 177
 Лимонник китайский 271—272
 Локальная дскомпрессия 496—498
 Любрикация 35

Мазохизм 126, 415—419
 Маниакально-депрессивный психоз 439, 450, 456—458
 Мануально-моделированная интросекция 482
 Мастурбация 44, 49, 59, 119—126, 177, 422
 Микроскопия см. *Скопофилия*
 Минет 430
 Мнимые сексуальные расстройства 101, 105, 490—491
 Мнимый запрет сношений 478, 482
 Монументофилия 425
 Морфограмма 146—147, 290—292, 299
 Мужеложство 430

Нанизм гипофизарный 354—355
 Нарциссизм 421, 422
 Неврастения 105
 Невроз(ы) 459—488

- истероидный 468, 485
- ожидания 105, 110, 116—117, 473, 533
- Нейрогуморальная составляющая 26, 72—74, 189—190
- — синдромы расстройств 104, 192—193
- Некрофилия 426
- Неустойчивая акцентуация 441, 444
- Нимфомания 352

- Оволосение 53—55, 157—158, 241
- Ожирение 344—345, 365—366
- Олигофрения 438, 449, 458—459
- Онанизм см. *Мастурбация*
- Онанофобия 475, 490
- психотерапия 475
- Оргазм 17—18, 36—37, 47
- Организация сексологической помощи 560
- Орогенитальные контакты 45, 126, 209

- Пажизм 418
- Пантокрин 276
- Парадоксальная интенция 482
- Парафилии см. *Перверсии сексуальные*
- Партнерство сексуально-семейное 375—390
- Педерастия 430
- Педофилия 421, 427, 430
- Нейрони болезнь см. *Фибропластическая индукция полового члена*
- Пенилинкция 430
- Перверсии сексуальные 126, 419—437
- Петтинг 44, 113
- Пигмалионизм 425
- Пикацизм 418
- Плацебо-терапия 481—482
- Плюрализм 424
- Поведение полороловое, трансформация 412
- сексуальное, дезактуализация 488—490
- Пол 11—14, 324—327
- Поллюции 44, 117—119
- дневные 112—113
- Половая жизнь 41—45
- конституция 64—81
- роль 12, 51—52
- Половое воздержание см. *Абстиненции половые*
- соращение 403, 427
- Половой акт 22
- член, величина 153—157
- — индукция фибропластическая 498, 519—520
- Половые органы наружные, вирилизация врожденная идиопатическая 339
- Порнография 424
- Приапизм 516—517
- перемежающийся ночной 517—519
- Пробуждение либидо, возраст 49, 177
- сексуальности у женщины 317—318
- Пролактинома 357
- Простатопатии 523—530
- Простаторея 197, 198
- Псевдовагинизм 200
- Псевдозащитные психологические реакции 383
- Псевдоприапизм см. *Приапизм перемежающийся ночной*
- Психическая составляющая 26, 72—74, 190, 374—375
- — синдромы расстройств 104—105, 110—111, 193
- Психоз маниакально-депрессивный 439, 450, 456—458
- Психопатии 437—439, 445—450
- Психосексуальная реабилитация 381—382
- Психосексуальное развитие, этапы 388—394
- Психосексуальные ориентации 56
- Психотерапия 385—386, 475—478, 531
- семейная 382—384
- Пубертат 50, 52—57, 59—60, 149—150, 151—152, 257—258
- задержанный 9, 72, 296—312
- ускоренный 287

- Разгрузочно-диетическая терапия 348, 386
 Раздельнополость 11—14
 Раствление см. *Совращение поло-
ловое*
 Ренифлерс 418
 Ретифизм 425
 Родиола розовая 273—275

 Садизм 126, 414, 415—419
 Сапарал 272
 Сапфизм 429—432
 Сафизм см. *Сапфизм*
 Секс-терапия 384—385
 — реконструктивная 434—435
 Сексуальная функция женская,
 вопросник 168—170
 — — мужская, вопросник 96—
 111
 Сексуальные расстройства мни-
 мые 101, 105, 490—491
 — — структурный анализ 188—
 199
 Семейная психотерапия 382—
 384
 Сервилизм 418
 Символизм сексуальный см. *Фе-
тишизм*
 Симмондса болезнь 356
 Синдром(ы) адреногенитальный
 325
 — — врожденный 337—343
 — Аумады—дель Кастильо 358
 — гиперпролактинемический
 357—359
 — двупольных гонад 332
 — дель Кастильо 365
 — задержанного пубертатного
 развития 195, 296—312
 — Каллмана 366
 — Клайнфелтера 364
 — лекарственные сексологиче-
 ские 322—324
 — Майера—Рокитанского—Кю-
 стера 328
 — маскулинизации неполной
 328, 335
 — Мэддока 366
 — одних клеток Сертоли 365
 — парацентральных долек 195,
 533—538, 547—548
 — Паскуалини 367
 — персистирующей лактореи-
 аменореи 358
 — преждевременного пубер-
 татного развития 287—296
 — Тернера 329
 — Форбса—Олбрайта 358
 — Шершевского—Тернера 329
 — Шихена 358
 Скопофилия 423—424
 Скотоложство 42, 45, 421, 425—
 426
 Совместимость межличностная
 376—378
 Совращение половое 403, 427
 Содомия см. *Скотоложство*
 Соматосексуальное развитие в
 норме 324—325
 — — нарушенное 326—328
 Социопатия 465—466
 Сперматозоиды 15
 Сперматорея 197, 198
 Спермиограмма 234, 261
 Стеркулия 275
 Стероидные гормоны 217—226,
 254—262
 Страх 423, 426, 475
 — перед женщиной 475
 — — — психотерапия 476—478
 Структура личности 127—132
 Структурный анализ сексуаль-
 ных расстройств 188—199
 Супружеские отношения, стиль
 554—555

 Темперамент 127—131
 Температурный тест 245—249
 Тестикулярная феминизация
 327, 335—337
 Тестостерон, его аналоги 217—
 224, 254—262, 264, 266—267
 Тип высшей нервной деятельно-
 сти 127—131
 Тиреотоксикоз 372
 Титуляризация 108, 205—206,
 530—533, 536
 Трансвестизм 113, 425, 434
 — гомосексуальный 431
 Транссексуализм 405—412
 Трансформация полоролевого
 поведения 412—415

- Триолизм 424
Трохантерный индекс 147—158, 242
- Уранизм 429
Уролагния 418
Условно-физиологический ритм 48, 49, 61—62
- Фаллоплетизмография 433—434
Фармакологическая кастрация 258, 260—262, 266, 323
Фелляция 45, 430
Феномен Белова 19—20, 75, 76
— «раздаивания» 310—311
— Тарханова 19—20
Фетишизм 421, 424—425
Фибропластическая индурация полового члена 498, 519—520
Флагеллантизм 417, 418
Форлюст 112
Форшпиль 115—116
Фрикции, продолжительность 45—47, 76—77, 195
Фроттаж 430
Фроттеризм 430
Фрустрации 113
- Хлорэтиловая блокада 532—533, 536—537
- Ципротерон 294—295
Ципротерона ацетат 294
- Шизотимии 437, 439, 440, 443, 444, 448—449
Шизофрения 318, 437—439, 450—455, 491
- Эволюция семьи 382—383
Эксгибиционизм 421—423
Эксессы 48, 49, 60—61, 67—68
Элеутерококк 270—271, 274, 278
Эонизм 425
Эпилепсия 322—324, 437, 450, 456, 533
Эпилептоидность 437—439, 441
Эректоротерапия 492—496
Эрекции 14—15
— адекватные 116
— ситуационные 116
— спонтанные 113, 116—117
Эрекционная составляющая 26, 191
— — синдромы поражения 106—107, 193, 492—521
— — — — сосудистые формы 10, 499—510
Эрогенные зоны 33—35
Этапы психосексуального развития 388—394
Эфебофилия 427—428, 430
Эффертца доктрина 75
Эякулят 15, 16, 229—233
Эякуляторная составляющая 26, 72—74, 191—192, 226
— — синдромы поражения 107, 193, 521, 522—530
Эякуляция 15—17, 195, 197—198
— задержанная 45
— первая, возраст 49
— — формы 117—119
— преждевременная 45, 204—207
— ускоренная 45, 204—207
- Янтарная кислота 281

Предисловие	4
-------------------	---

ОБЩАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

1. Сексопатология и ее место среди других медицинских специальностей (<i>Г. С. Васильченко</i>)	5
1.1. Основные этапы становления сексопатологии	7
1.2. Особенности сексуальных расстройств и тактики их лечения	9
2. Феноменология сексуальной сферы	11
2.1. Раздельнополость. Уровни и механизмы детерминации пола	11
2.2. Основные проявления нормальной сексуальности у мужчин	14
2.2.1. Эрекция	14
2.2.2. Эякуляция	15
2.2.3. Оргазм	17
2.2.4. Половое влечение (либидо)	18
2.2.5. Копулятивный цикл мужчины как единое целое	21
2.2.5.1. Стадии копулятивного цикла мужчины	22
2.2.5.2. Составляющие копулятивного цикла мужчины	25
2.2.5.3. Роль аппаратов афферентного синтеза и акцептора результатов действия в обеспечении копулятивного цикла	27
2.3. Основные проявления нормальной сексуальности у женщин (<i>Т. Е. Агаркова, С. Т. Агарков</i>)	31
2.3.1. Эрогенная реактивность	33
2.3.2. Любрикация	35
2.3.3. Оргазм	36
2.3.4. Либидо	38
2.3.5. Копулятивный цикл женщины как единое целое	39
2.4. Половая жизнь человека (<i>Г. С. Васильченко</i>)	41
2.4.1. Основные формы половой жизни человека	42
3. Понятие нормы в сексологии	45
3.1. Продолжительность фрикционной стадии копулятивного цикла	46
3.2. Возрастная динамика формирования сексуальности	47
3.2.1. Парапубертатный период (<i>С. Т. Агарков</i>)	50
3.2.2. Препубертатный период	51
3.2.3. Пубертатный период (<i>Г. С. Васильченко</i>)	52
3.2.3.1. Психологические проявления пубертатного периода (<i>С. Т. Агарков</i>)	55
3.2.4. Инволюционный период (<i>Г. С. Васильченко</i>)	57
3.2.5. Специфически сексологические проявления, ха-	

рактерные для основных манифестных периодов возрастной динамики половой сферы	58
3.2.5.1. Мастурбация как проявление возрастного криза пубертатного периода	59
3.2.5.2. Сексуальные эксцессы как типичное про- явление переходного периода становле- ния сексуальности	60
3.2.5.3. Условно-физиологический ритм половой активности как типичное проявление пе- риода зрелой сексуальности	61
3.2.5.4. Сексуальные абстиненции	62
3.2.5.5. Динамика относительной роли основных факторов, влияющих на половую актив- ность человека, в различные возрастные периоды	63
3.3. Конституциональные варианты норм половых прояв- лений	64
3.3.1. Интегральная оценка половой конституции	66
3.3.2. Шкала векторного определения половой консти- туции мужчины	67
3.3.2.1. Применение шкалы векторного опреде- ления половой конституции в диагности- ческой работе врача-сексопатолога	70
3.3.2.2. Анализ основных показателей половой конституции при наиболее частых рас- стройствах составляющих копулятивного цикла мужчины	72
3.3.2.3. Уровни половой активности и их гигие- ническое значение	74
3.3.2.4. Оценка уровней половой активности в консультативной практике	76
3.3.3. Шкала векторного определения половой консти- туции женщины (<i>И. Л. Ботнева</i>)	77
4. Методика сексологического обследования (<i>Г. С. Василь- ченко</i>)	81
4.1. Основные особенности обследования сексологических больных	81
4.2. Карта сексологического обследования мужчин	82
4.2.1. Модифицированный (ускоренный) вариант карты сексологического обследования мужчин	89
4.3. Квантификационная шкала СФМ	96
4.3.1. Техника пользования шкалой СФМ и семиоло- гическое значение ее различных типовых про- филей	100
4.4. Сексологический анамнез	111
4.4.1. Семиологическое значение различных форм первой эякуляции	117
4.4.2. Различные клинические типы мастурбации и их семиологическое значение	119
4.4.3. Основные виды отклонений сексуального пове- дения	126
4.5. Исследование структуры личности сексологических больных	127
4.5.1. Исследование межличностных отношений у сек-	

7.1.3.1. Стероидные гормоны, их лимфическая номенклатура, биосинтез и метаболизм	217
7.1.3.2. Физиологическое действие стероидных гормонов	223
7.2. Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у мужчин	226
7.2.1. Лабораторные методы диагностики	229
7.2.1.1. Исследование эякулята	229
7.2.1.2. Биопсия тестикулярной ткани	233
7.2.1.3. Оценка нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла по концентрации стероидных гормонов и их метаболитов	235
7.3. Семиотика расстройств нейрогуморальной составляющей у женщин (<i>И. Л. Ботнева</i>)	240
7.3.1. Методы функциональной диагностики (<i>Г. П. Хожанова</i>)	245
7.3.1.1. Температурный тест	245
7.3.1.2. Симптом «зрачка» и феномен арборизации цервикальной слизи	249
7.3.1.3. Кольпоцитодиагностика	250
7.3.1.4. Содержание гормонов и их динамика	251
7.3.1.5. Гормональные пробы	251
7.3.1.6. Электроэнцефалографические исследования	252
7.4. Лечебные методы, используемые при расстройствах нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла (<i>Г. С. Васильченко</i>)	253
7.4.1. Медикаментозная терапия	253
7.4.1.1. Применение гормональных препаратов	254
7.4.1.2. Неспецифическая стимуляция при расстройствах нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла	266
7.4.1.2.1. Адаптогены и вещества, сходные по механизмам действия	267
7.4.1.2.2. Общие механизмы действия адаптогенов	278
7.4.1.2.3. Адаптационные реакции организма и ступенчатый подбор доз	282
7.5. Расстройства нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла	286
7.5.1. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей	286
7.5.1.1. Синдромы нарушений темпа пубертатного развития	287
7.5.1.2. Синдром инволюционного снижения и дезинтеграции половых проявлений у мужчин	312
7.5.1.3. Расстройства нейрогуморальной составляющей, вызванные применением лекарственных средств, производственными интоксикациями и другими вредностями	322
7.5.2. Патология дифференцировки пола (вследствие нарушений соматосексуального развития) (<i>И. В. Голубева</i>)	324
7.5.2.1. Биологическая детерминация пола	324

7.5.2.2.	Общая характеристика нарушений соматосексуального развития	326
7.5.2.3.	Клинические формы врожденной патологии полового развития (<i>И. В. Голубева</i>), <i>Г. И. Козлов</i>)	327
7.5.3.	Половые расстройства при патологии гипоталамуса (<i>А. П. Журавель</i>)	343
7.5.3.1.	Нарушения половых функций при патологии гипоталамуса у мужчин	346
7.5.3.2.	Нарушения половых функций при патологии гипоталамуса у женщин (<i>И. Л. Ботнева</i>)	349
7.5.4.	Половые расстройства при нарушениях функций гипофиза (<i>Г. И. Козлов</i>)	353
7.5.4.1.	Гипопитуитаризм	353
7.5.4.2.	Нарушения половых функций при опухолях гипофиза с избыточной секрецией гормонов	357
7.5.5.	Нарушение половых функций при патологии половых желез у мужчин	359
7.5.5.1.	Гипогонадизм	360
7.5.5.2.	Синдром Клайнфелтера	364
7.5.5.3.	Синдром дель Кастильо (герминативная аплазия)	365
7.5.5.4.	Адипозогенитальная дистрофия	365
7.5.5.5.	Синдром Мэддока	366
7.5.5.6.	Синдром Каллманна	366
7.5.5.7.	Синдром Паскуалини (изолированный дефицит ЛГ)	367
7.5.6.	Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников (<i>З. В. Рожановская</i>)	368
7.5.7.	Половые расстройства при нарушениях функций надпочечников (<i>Г. И. Козлов</i>)	369
7.5.7.1.	Хроническая недостаточность коры надпочечников	370
7.5.7.2.	Болезнь Иценко — Кушинга	370
7.5.7.3.	Кортикоэстрома	371
7.5.8.	Половые расстройства при заболеваниях щитовидной железы	371
7.5.8.1.	Гипотиреоз (микседема)	371
7.5.8.2.	Тиреотоксикоз	372
7.5.9.	Половые расстройства при сахарном диабете	372
7.5.10.	Половые расстройства при нарушениях функций печени	374
8.	Психическая составляющая копулятивного цикла и ее патология (<i>Г. С. Васильченко</i>)	374
8.1.	Пять брачных факторов — их значимость и практическая оценка	375
8.2.	Специфические особенности внутригрупповой диагностики расстройств психической составляющей копулятивного цикла (<i>Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега, Ю. А. Решетняк</i>)	378
8.3.	Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей (<i>Г. С. Васильченко</i>)	381
8.3.1.	Семейная психотерапия в системе реабилитации сексологических больных	382

8.3.2. О секс-терапии	384
8.3.3. О различных видах психотерапии	385
8.3.4. Разгрузочно-диетическая терапия (дозированное голодание) (Ю. И. Полищук)	386
8.4. Синдромы расстройств психической составляющей ...	388
8.4.1. Нарушения психосексуального развития. Основные этапы формирования сексуальности (В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко)	388
8.4.1.1. Нарушения темпов и сроков психосексуального развития	395
8.4.1.2. Девиации психосексуального развития ..	405
8.4.1.3. Профилактика нарушений психосексуального развития	436
8.4.2. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием конституционально-эндогенных факторов (Г. С. Васильченко)	437
8.4.2.1. Акцентуации характера	439
8.4.2.2. Психопатии (Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняк)	445
8.4.2.3. Эндогенные психозы (С. Т. Агарков)	450
8.4.2.4. Половые расстройства при олигофрении	458
8.4.3. Сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов (Г. С. Васильченко)	459
8.4.3.1. Неврозы и сексуальные нарушения невротической природы у мужчин	459
8.4.3.2. Неврозы и сексуально-невротические нарушения у женщин (С. Т. Агарков, Т. Е. Агаркова)	483
8.4.4. Синдром дезактуализации и реадaptации сексуального поведения (Г. С. Васильченко)	488
8.4.5. Мнимые сексуальные расстройства у мужчин	490
9. Эрекционная составляющая копулятивного цикла и ее патология	492
9.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эрекционной составляющей	492
9.1.1. Эректоротерапия (Ю. А. Борисенко, Б. А. Горячев)	492
9.1.2. Локальная декомпрессия (Б. А. Горячев, Р. В. Беледа)	496
9.2. Расстройства эрекционной составляющей	499
9.2.1. Синдромы сосудистой недостаточности эрекционной составляющей (Г. С. Кротовский, В. Б. Герасимов, В. А. Доморацкий)	499
9.2.2. Сексуальные расстройства при патологии спинного мозга (А. В. Алешин, А. П. Журавель)	510
9.2.3. Половые нарушения при заболеваниях периферической нервной системы (А. П. Журавель)	514
9.2.4. Приапизм (В. Б. Герасимов, А. П. Журавель) ...	516
9.2.5. Перемежающийся ночной приапизм (псевдоприапизм) (А. П. Журавель)	517
9.2.6. Фибропластическая индукция полового члена (Ю. А. Борисенко)	519

10. Эякуляторная составляющая копулятивного цикла и ее патология (<i>Г. С. Васильченко</i>)	521
10.1. Лечебные методы, используемые при расстройствах эякуляторной составляющей	521
10.1.1. Вибротерапия предстательной железы и семенных пузырьков (<i>Р. В. Беледа, Б. А. Горячев</i>) .	522
10.2. Синдромы расстройств эякуляторной составляющей (<i>Г. С. Васильченко</i>)	522
10.2.1. Расстройства эякуляторной составляющей при урологической патологии	522
10.2.1.1. Урогенитальные сексологические расстройства, осложнившиеся стойким нарушением механизмов нервной регуляции (вторичная патогенетическая форма преждевременной эякуляции)	530
10.2.2. Синдром парацентральных долек (первичная патогенетическая дезинтеграция эякуляторной составляющей)	533
10.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга (<i>А. П. Журавель, А. В. Алешин</i>)	538
11. Сексуальные расстройства при алкоголизме (<i>А. Нохуров</i>)	539
12. Генитосегментарная составляющая копулятивного цикла и ее расстройства (<i>И. Л. Ботнева</i>)	543
12.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей	543
12.2. Расстройства генитосегментарной составляющей при гинекологических заболеваниях (<i>Г. П. Хожашнова</i>)	548
12.2.1. Расстройства генитосегментарной составляющей при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов	548
12.2.2. Вторичная патогенетическая титуляризация	550
13. Семейно-сексуальные дисгармонии (дисгамии) (<i>Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега</i>)	551
13.1. Вагинизм (<i>И. Л. Ботнева</i>)	558
14. Организация сексологической помощи (<i>С. Т. Агарков</i>)	560
Список литературы	562
Предметный указатель	564

Справочное издание

ГЕОРГИЙ СТЕПАНОВИЧ ВАСИЛЬЧЕНКО,
ТАТЬЯНА ЕВСТАФЬЕВНА АГАРКОВА,
СЕРГЕЙ ТИХОНОВИЧ АГАРКОВ и др.

Сексопатология

Справочник

Зав. редакцией **И. В. Туманова**
Редактор **А. В. Бруенок**
Редактор издательства **В. С. Афанасьева**
Мл. редактор **Е. Е. Вартанова**
Художественный редактор **А. Г. Прозоровская**
Технический редактор **Г. Н. Жильцова**
Корректор **З. П. Бабуева**

ИБ 4394

Сдано в набор 31.08.89. Подписано к печати 16.03.90.
Формат бумаги 84×108^{1/32}. Бумага кн.-журн. Гар-
нитура литер. Печать высокая. Усл. печ. л. 30,24.
Усл. кр.-отт. 30,24. Уч.-изд. л. 45,51. Тираж 300 000
экз. Заказ 38. Цена 7 р. 00 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство
«Медицина». 101000 Москва, Петроверигский пер.,
6/8.

Набрано в ордена Октябрьской Революции и ордена
Трудового Красного Знамени МПО «Первая Образ-
цовая типография» Государственного комитета
СССР по печати, 113054, Москва, Валовая, 28.

Отпечатано в Московской типографии № 11 Союз-
полиграфпрома при Государственном Комитете
СССР по печати. 113105, Москва, Нагатинская, 1.

СПРАВОЧНИК

СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Под редакцией профессора
Г. С. ВАСИЛЬЧЕНКО



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1990