

**Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет**

«Затверджено»
на засіданні кафедри
урології з судовою медициною

Завідувач кафедри

професор Саричев Л.П.

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного заняття та на занятті**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи медичної сексології
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль</i>	Основи медичної сексології
<i>Тема заняття</i>	Предмет медичної сексології в структурі міждисциплінарних знань. Анатомо-фізіологічні основи сексуальності
<i>Курс</i>	5
<i>Факультет</i>	Медичний

1. Актуальність теми:

Медична сексологія охоплює ряд проблем, пов'язаних з нормальними проявами сексуальності людини, а також загальні та окремі питання сексопатології.

Зростання уваги лікарів різних спеціальностей до питань медичної сексології обумовлено високою значущістю її проблем як в аспекті медико-біологічного боку здоров'я населення, так і в плані соціально-психологічного добробуту сім'ї.

Досить високий рівень загальної освіти населення, потужний потенціал сучасних засобів інформації зумовили зростання загальної та медичної культури суспільства, і більш широку потребу в зверненні до медичних установ з приводу різних питань щодо інтимних відносин.

2. Конкретні цілі.

- Визначити поняття сексуального здоров'я людини.
- Ознайомити студентів з формуванням сексуальності людини.
- Визначити особливості психосексуального розвитку чоловіків і жінок.
- Дати фізіологічну характеристику сексуальних реакцій у чоловіків і жінок.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови сечостатевих органів.
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості сексуальних реакцій чоловіків і жінок.
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез захворювань сечової системи.
4	Біохімія	Головні етапи гормонального впливу.
5	Психіатрія	Закономірності психосоматичного розвитку людини.

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття

4.1 Основні терміни, параметри які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Значення
1	Медична сексологія Сексуальне здоров'я	Визначення предмета, завдання і методів сексології. Знати основні історичні етапи розвитку сексології, трактувати поняття норми в сексології, оцінювати анатомічну структуру статевої системи чоловіка і жінки, темпи статевого розвитку чоловіків і жінок з віковим порушенням в гормональному обміні.
2	Сексуальні реакції	Дати фізіологічну характеристику сексуальних реакцій у чоловіків і жінок, етапи формування сексуальності; стадії психо-сексуального розвитку; фізіологічні основи сексуальності і статевої поведінки; психологічні аспекти СНІДу; визначення, критерії, види сексуальної норми; розлади пренатальної статевої диференціації; розлади психосексуального розвитку, розлади статевої поведінки, розлади статевої ідентифікації; сексуальні розлади.

4.2 Теоретичні питання до заняття

1. Дайте визначення медичної сексології.
2. З яких основних елементів складається поняття сексуального здоров'я?

3. Які етапи формування та прояви сексуальності виділяють в сучасній сексології?
4. Дайте характеристику кожному етапу формування сексуальності.
5. Назвіть критичні періоди сексуального розвитку. Які фактори мають найбільший вплив на ці періоди?
6. Чим обумовлено формування стереотипу статево-рольової поведінки?
7. За якими закономірностями здійснюється психосексуальний розвиток людини?
8. Які фази виділяють в статевому циклі?
9. Дайте характеристику сексуальних реакцій жінок.
10. Дайте характеристику сексуальних реакцій чоловіків.
11. Назвіть чотири складових копулятивного циклу людини. Охарактеризуйте значення кожної складової.
12. Назвіть провідні відмінності чоловічої і жіночої сексуальності. Які чинники впливають на жіночу і чоловічу сексуальність?
13. Які основні періоди виділяють в сексуальному житті людини в зв'язку з віковими особливостями?

Зміст теми:

Медична сексологія - міждисциплінарна галузь знань, яка вивчає причини, умови розвитку і клінічні прояви порушень сексуального здоров'я людини з метою їх діагностики, раціонального лікування, психологічної корекції, дієвої профілактики, а також розробки питань психогігієни статевого життя.

Медична сексологія охоплює ряд проблем, пов'язаних з нормальними проявами сексуальності людини, а також загальні та окремі питання сексопатології.

Зростання уваги лікарів різних спеціальностей до питань медичної сексології обумовлено високою значущістю її проблем як в аспекті медико-біологічного боку здоров'я населення, так і в плані соціально-психологічного добробуту сім'ї.

Досить високий рівень загальної освіти населення, потужний потенціал сучасних засобів інформації зумовили зростання загальної та медичної культури суспільства, і більш широку потребу в зверненні до медичних установ, з приводу різних питань щодо інтимних відносин.

Багаторічний клінічний досвід показує, що зазначені обставини, з одного боку, дозволили діагностувати у досить ранній термін ту чи іншу патологію сексуальної сфери у чоловіків і жінок, а з іншого - виявляти значну кількість випадків сексуальної дисгармонії подружніх пар, безпосередньо не пов'язаних з порушенням статевої функції у одного або обох з подружжя.

Розлади сексуальної функції у чоловіків і жінок являють собою вид патології, що відносно часто зустрічається, і значимість якої для пацієнтів очевидна.

Розробка і впровадження в практику охорони здоров'я ефективних методів профілактики і лікування сексуальних розладів у чоловіків і жінок - одне з найбільш актуальних завдань сучасної клінічної медицини.

Даючи визначення поняття сексуального здоров'я людини, вважають, що воно складається з таких складових елементів:

- 1) здатність до насолоди і контролю сексуальної та дітородної поведінки відповідно до норм соціальної й особистої етики;
- 2) свобода від страху, почуття сорому і провини, хибних уявлень та інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальні відносини;
- 3) відсутність органічних розладів, захворювань, які заважають здійсненню

сексуальних і дітородних функцій.

На спеціальній нараді експертів ВООЗ було запропоновано і прийнято таке визначення поняття сексуального здоров'я людини: *"сексуальне здоров'я - це комплекс соматичних і соціальних аспектів сексуального існування людини, що позитивно збагачує особистість, підвищує її комунікабельність і здатність до любові, в основі якого лежить право на інформацію в сфері сексуальності і статевої освіти. Сексуальне здоров'я включає в себе також свободу від страху, почуття сорому і провини, хибних уявлень і інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальні взаємини"*.

В даному визначенні більш повно визначені не тільки регулюючі механізми, а й можливі причинно-наслідкові фактори, які зумовлюють гармонію і дисгармонію сексуального життя.

До останнього часу розвиток медичної сексології здійснювалося, в основному, шляхом роздільного вивчення етіології, патогенезу, клініки і перебігу статевих розладів у чоловіків і жінок. Разом з цим, статева функція є парною функцією людини, реалізація якої знаходиться в безпосередній залежності не тільки від загального стану організму і, зокрема, функціонування нервової та ендокринної системи чоловіки і жінки, але і від їх взаємної психофізіологічної адаптації та емоційної налаштованості.

Вивченню сексуальних розладів у чоловіків і жінок присвячені багаторазові дослідження, в яких набули широкого поширення як теоретичні, так і практичні питання медичної сексології. Удосконалюються методи діагностики, лікування і профілактики статевих порушень.

Але до цього часу не вирішено питання служби охорони сексуального здоров'я. Існують різноманітні думки щодо діагностичної номенклатури і клінічної класифікації розладів сексуальної функції у чоловіків і жінок, а також сексуальної дисгармонії подружньої пари.

Більшість робіт в сфері медичної сексології стосується, як правило, захворювання чоловіка або жінки, без урахування парного характеру статевої функції. Разом з цим її повноцінність, яка обумовлена станом здоров'я кожного з партнерів і характером їх взаємин, є виключно важливим аспектом інтимного життя подружньої пари.

Виходячи з цього, позначилася тенденція вирішення питань діагностики та лікування сексуальних розладів з позиції парності цієї функції.

Незаперечною є також необхідність поглибленого всебічного дослідження умов виникнення сексуальної дисгармонії, причин її розвитку і форм прояву, а також шляхів і способів корекції. Вивчення зазначених питань необхідно для вибору найбільш обґрунтованого підходу до побудови диференціального лікування чоловіків і жінок, а також дієвої корекції і профілактики сексуальних дисгармоній. Важливість цих питань обумовлюється також їх великим соціальним значенням, оскільки сексуальна патологія і, зокрема, сексуальна дисгармонія подружньої пари, що має значну поширеність, негативно впливає на психіку подружжя, призводить до конфліктних ситуацій і є однією з серйозних перешкод до створення міцної сім'ї.

Розвиток сексуальності людини

Формування сексуальності являє собою складний процес, який починається в ембріональному періоді онтогенезу і закінчується статевою зрілістю. Уже з перших днів життя дитини соціально-психологічні чинники впливають на її психосексуальний розвиток - статеве самоусвідомлення, статево-рольову поведінку, сексуальну орієнтацію.

Державним науково-методологічним центром з питань сексопатології розроблена

концепція психосексуального дизонтогенезу, яка дає можливість правильно зрозуміти причини і умови виникнення його порушень і створити відповідні лікувальні і профілактичні заходи.

Статевий розвиток людини здійснюється в двох напрямках - психосексуальному і соматосексуальному. Психосексуальний розвиток чоловіків і жінок має деякі особливості, обумовлені статевими відмінностями та поляризацією чоловічої і жіночої ролей.

У сучасній сексопатології виділяють кілька етапів формування і прояву сексуальності.

Пренатальний період, в якому здійснюється диференціювання гонад, геніталій і структур мозку.

Парапубертатний період (1-7 років), коли дитина усвідомлює статеву приналежність, починає розрізняти стать оточуючих і незворотність статевої приналежності. У цьому віці виникає цікавість, спрямована на статеві ознаки, статеві органи (формується статеve самоусвідомлення).

Препубертатний період (7-13 років) характеризується виробленням статево-рольових установок, вивченням статево-рольової поведінки через гру, формуванням стереотипу статево-рольової поведінки.

Для *пубертатного періоду* (12-18 років) характерні платонічні мрії і фантазії, залицяння, платонічне спілкування (формування платонічного лібідо), а потім і еротичні фантазії, еротичні ласки та ігри (формування еротичного лібідо).

Під час *перехідного періоду сексуальності* (16-26 років) присутні сексуальні фантазії, мастурбація, початок статевого життя, сексуальні ексцеси і т.п. (формування статевого лібідо).

Період зрілої сексуальності (26-55 років) характеризується регулярним статевим життям, входженням в смугу умовно-фізіологічного ритму.

У *інволюційному періоді* (51-70 років) здійснюється зниження статевої активності, регрес лібідо до рівня еротичного і платонічного.

Існують певні критичні періоди сексуального розвитку: 6-32 тижні внутрішньоутробного життя; 2-4 роки, 7-8 років, 12-15 років, 16-24 років, 51-60 років.

Якщо на перших двох етапах відхилення сексуального розвитку може виникнути під впливом ендогенних патогенних впливів (наприклад, вживання гормонів матір'ю), то на III-IV етапах діють екзогенні чинники, зокрема, соціогенні (неправильне виховання, порушення внутрішньосімейних стосунків) і психогенні.

Формування статевої самосвідомості значною мірою детерміновано статевим диференціюванням мозку в пренатальному періоді, а в подальшому індивідуальному розвитку і мікросоціальним середовищем.

Для повноцінного процесу диференціювання мозку у чоловіків необхідна певна концентрація ембріонального андрогену, період і тривалість його впливу, відсутність естрогенів, відсутність шкідливих екзогенних впливів і, зокрема, впливу фармакологічних засобів в цей період.

Мікросоціальне середовище дитини в грудному віці обмежується, як правило, членами сім'ї, серед яких провідну роль відіграє мати. Контакт з матір'ю є найбільш значущим для дитини у віці від 6 місяців до 3 років. У процесі формування прихильності дитини до матері закладається основа адекватних взаємин з оточуючими.

Формування стереотипу статево-рольової поведінки дітей багато в чому визначається правильною статево-рольовою поведінкою батьків, спілкуванням з ровесниками і участю в різноманітних іграх. Це сприяє формуванню чоловічих або жіночих особливостей характеру і вибору адекватної статево-рольової поведінки. Необхідно зазначити, що

особливості статево-рольової поведінки дитини взаємопов'язані зі становленням його характеру і особистості.

Формування психосексуальної орієнтації у підлітків зумовлює вибір об'єкта потягу і здійснюється в пубертатному періоді на тлі інтенсивного функціонування ендокринної системи та активного розвитку особливостей особистості.

Кожному етапу і стадії психосексуального розвитку властива фазність, яка являє собою 1-у закономірність даного розвитку.

Перша фаза всіх трьох етапів психосексуального становлення, тобто вироблення установки, включає накопичення інформації, яка стосується розуміння факту існування статі, власної статевої ролі, статевої ролі оточуючих і особливостей статевої поведінки в процесі міжособистісного спілкування.

Друга фаза (навчання і закріплення) перших двох етапів психосексуального розвитку характеризується набуттям навичок під час ігрових ситуацій, відповідно до визначення статі і статево-рольової поведінки, а на третьому етапі - реалізація статевого потягу. Основним критерієм завершеності стадій третього етапу є закріплення навичок на практиці.

2-ю закономірністю становлення сексуальності індивідуума є зміна співвідношення значущості біологічних і соціальних факторів в процесі його психосексуального розвитку.

3-тя закономірність становлення сексуальності полягає в тому, що кожен етап і стадія розвитку містять деякі елементи наступного етапу розвитку.

Порушення ранніх етапів психосексуального розвитку призводить до його грубих деформацій, які відображаються на формуванні особистості. У той же час вплив патогенних факторів на завершальному етапі становлення сексуальності може призводити тільки до поверхневих, легких його порушень.

На індивідуальний психосексуальний розвиток значною мірою впливають суспільні норми поведінки, сім'я, школа, дитячі та юнацькі колективи, товариші, з якими проводиться вільний час, а також засоби масової інформації (телебачення, кіно, література).

Соматосексуальний розвиток в нормі також має певну послідовність прояву вторинних статевих ознак у хлопчиків і дівчаток, які поступово досягають рівня розвитку зрілого чоловіка і жінки.

Фізіологічна характеристика сексуальної реакції у чоловіка і жінки

В структурі статевої поведінки людини важливу роль відіграють як біологічні, так і психологічні та емоційні компоненти. Беззаперечного значення при цьому набувають не тільки вроджені фактори, а й індивідуальні навички.

Як відомо, певний вплив на процес статевого дозрівання і подальшу статево поведінку мають фактори середовища. Перш за все, соціально-економічні фактори, пов'язані з ними. Зокрема, помічене в останнє десятиліття явище так званої акселерації статевого дозрівання.

Слід зазначити, що певний вплив на статево поведінку чоловіка і жінки мають екстрацептивні стимули, до яких належать: відчуття внаслідок тактильних впливів на ерогенні зони, визначені зорові, слухові і нюхові стимули, а також різноманітні соціальні та психологічні фактори, які також мають стимулюючий вплив. Існує думка, що сенсорні чинники можуть бути неспецифічними і додатковими компонентами механізму, який визначає статево поведінку індивідуума.

Складний ланцюжок взаємопов'язаних фізіологічних процесів, які лежать в основі сексуальної функції і, зокрема, забезпечують реалізацію статевого акту, носять характер

циклу, який складається з фізіологічних стадій, що протікають в певній послідовності

Виділяють чотири фази статевого циклу: наростаючого збудження, плато, оргазму і спаду нервового збудження.

Статевий цикл супроводжується загальними реакціями організму: гіперемією шкіри обличчя, міотонією, серцебиттям до 110-180 ударів за хвилину, підвищенням артеріального тиску: систолічного (на 20-80 мм рт. ст.) і діастолічного (на 20-40 мм рт. ст.), прискоренням дихання до 60 дихальних рухів за хвилину, збільшенням хвилинного об'єму PO_2 до 50 л.

Сексуальні реакції у жінок. Перша фаза статевого акту - фаза наростаючого збудження - обумовлена психологічними і фізичними стимулюючими впливами, які призводять до підвищення сексуальної напруги і готовності до статевому акту. Перш за все, з'являється набухання малих статевих губ і конгестії судин піхви (у жінок, які народили). Це призводить до стоншення великих статевих губ і віддалення їх від входу в піхву. У відповідь на статеві стимули бартолінієві залози продукують слизувату речовину. Клітор збільшується в розмірах за рахунок судинної конгестії. У піхві здійснюється виділення мукоїдного трансудату, пов'язане з розширенням венозних сплетінь. Внутрішні дві третини вагінального каналу подовжуються і розтягуються. Тіло матки, збільшуючись, відтягується вгору і назад. Молочні залози збільшуються, напружуються соски. Ці ознаки виникають через 10-30 с після початку сексуальної стимуляції і свідчать про настання сексуального збудження.

Під час фази плато посилюється гіперемія шкіри обличчя, вона поширюється на інші ділянки тіла, здійснюється набухання малих статевих губ, які набувають червоно-фіолетового кольору. Посилюється конгестія судин піхви. Тіло клітора відтягується під передній край симфізу, а потім зменшується до нормального розміру. У зовнішній третині піхви формується оргастична манжетка. Спостерігається посилення ерекції сосків грудей, посилюється їх венозний малюнок.

У оргастичній фазі виділяють три стадії, враховуючи суб'єктивні відчуття жінки: 1-а стадія починається з відчуття замирання, яке обумовлено концентрацією приємних відчуттів, що виходять з клітора і генітальної зони. У 2-й стадії здійснюється іррадіація приємних відчуттів по всьому тілу. 3-тя стадія характеризується відчуттям скорочення, спазмами м'язів входу піхви і відчуттям пульсації в ділянці кісткового пояса. Посилюється м'язова напруга по всьому тілу. Відзначається 5-8 сильних скорочень оргастичної манжетки внутрішніх статевих органів з інтервалом 0,8 с. Гіперемія шкіри досягає максимальної інтенсивності.

Під час кінцевої фази здійснюється зворотний розвиток описаних фізіологічних змін до вихідного стану. Настає відчуття задоволеності і розслаблення.

Сексуальні реакції у чоловіків. У фазі наростаючого збудження здійснюється кровонаповнення кавернозних тіл, дилатація головки статевого члена і кавернозних тіл. Виникає ерекція статевого члена. Виділяється невелика кількість секрету парауретральних і бульбоуретральних залоз. Мошонка скорочується, зморщується, яєчка підтягуються, підвищується тонус м'язів промежини і сфінктера сечового міхура. Спостерігається гіперемія шкіри обличчя, ерекція сосків грудних залоз.

У фазі плато ерекція зростає. Яєчка набухають і підтягуються, наростає загальний м'язовий тонус.

Під час оргазму відбуваються спазми сфінктера сечового міхура. Настає ритмічне скорочення m. bulbocavernosus, m. ischiocavernosus і глибоких поперечних м'язів з інтервалом 0.8 секунди. Кількість скорочень залежить від ступеня статевому збудження.

Оргазм супроводжується сім'явиворскуванням в результаті скорочення сім'явивідних шляхів, придатка і самого яєчка, сім'яного протоку, сім'яних пухирців і простати. Об'єм цибулини сечового каналу збільшується в 2-3 рази. На початку сім'явиверження внутрішній сфінктер сечового міхура закривається, перешкоджаючи проникненню сперми в міхур. Розслаблення зовнішнього сфінктера сечового міхура сприяє надходженню сперми в розтягнуту цибулину і до ділянки сечового каналу статевого члена. В результаті скорочення м'язів промежини і сфінктера сечового каналу еякулят витісняється з ділянки простати сечового каналу до сечового каналу статевого члена, 2-3 скорочення якого вивергають **насінну** рідину назовні.

У кінцевій фазі зникає гіперемія шкіри, нормалізується частота пульсу, дихання, артеріальний тиск, зникає ерекція статевого члена.

Г.С. Васильченко запропонував поділ стадій копулятивного циклу, в основу якого покладена природна послідовність включення всіх функціональних елементів, які забезпечують фізіологічний перебіг статевого циклу. Він виділяє чотири складових копулятивного циклу.

Нейрогуморальна складова пов'язана з дією глибоких структур головного мозку і всієї системи ендокринних залоз. Вона забезпечує статевий потяг і відповідну збудливість всіх відділів нервової системи, які регулюють статеву діяльність.

Психічна складова пов'язана з діяльністю кори головного мозку, визначає напрямок статевого потягу, полегшує виникнення ерекції до моменту інтроїтуса і забезпечує специфічні для людини форми прояви статевої активності, зокрема, відповідність поведінкових реакцій конкретним умовам і морально-етичним вимогам.

Ерекційна складова являє собою кінцевий виконавчий апарат, який забезпечує механічну сторону статевого акту; анатомо-фізіологічним субстратом її є спінальні центри ерекції, пов'язані з ними екстраспінальні ділянки нервової системи, а також статевий орган.

Еякуляторна складова заснована на інтеграції структурних елементів, від простати з її власним нервовим апаратом до парацентральної ділянки кори головного мозку. Ця складова забезпечує виконання провідного біологічного завдання статевої активності - продукування чоловічого запліднюючого початку.

Відмінність чоловічої і жіночої сексуальності. Сексуальна функція людини має більш широкий діапазон індивідуальних особливостей, ніж статеві приналежності. Вона піддана впливу як біологічних, так і соціальних та психологічних факторів. У зв'язку з цим, відмінність сексуальності у чоловіків і жінок слід розглядати, виходячи з їх анатомо-фізіологічних і психологічних особливостей, а також впливу на сексуальну функцію умов зовнішнього середовища.

При розгляді жіночої сексуальності необхідно брати до уваги зміну соціальних умов - згладжування відмінностей в освіті, поглядах, інтересах, потребах сучасних чоловіків і жінок. Необхідно враховувати рівні права жінок, їх незалежність в економічному аспекті, підвищені вимоги до обранців, індукцію позитивної установки на сексуальність, надійні сучасні засоби запобігання вагітності, відсутність жорстких громадських обмежень, відмову від "подвійної моралі". Все це змінює психосексуальність жінок, зменшує відмінні риси їх сексуальної поведінки, які визначаються впливом моральних цінностей суспільства і правил суспільної моралі.

У жінок спостерігається тісний взаємозв'язок статевого потягу з вищими цінностями, з духовним життям, з особистістю. Саме цим можна пояснити мінливість її сексуальних потреб і психосексуального задоволення. Наявність любові до обранця є необхідною

умовою розвитку сексуальності у жінок. У чоловіків відсутність любові теж може негативно впливати на сексуальне задоволення, але в меншій мірі, ніж у жінок.

Для жінок велике значення має особистість, характер чоловіка, його поведінка, а також взаємини з чоловіком, стабільність відносин, емоційність, ніжність. Жінки менше ніж чоловіки схильні створювати позашлюбні зв'язки, хоча ця відмінність має тенденцію до згладжування. Відсутність гармонії відчуттів, взаємин викликає у жінок фрустрацію більшу, ніж при невдалому статевому акті.

Для чоловіків зовнішність жінки, її привабливість, чарівність, фігура є більш сильними стимулами сексуальних проявів ніж аналогічні дані для жінок.

Сексуальні фантазії у жінки, як в попередньому періоді, так і під час коїтусу бідніші, ніж у чоловіка. Жінки виявляють менший інтерес до порнографії, остання має значно менший збудливий вплив на них в порівнянні з чоловіками. Мастурбація у жінок зустрічається значно рідше. У чоловіків статева свідомість формується більш прямолінійно, ніж у жінок. В період формування понятійної стадії сексуальності спостерігаються відмінності в характері дитячих ігор у хлопчиків і дівчаток. Романтична стадія сексуальності у жінок більш виражена і тривала. Більш виражене у них і платонічно-еротичне лібідо.

Ерогенні зони жінок більш генералізовані в порівнянні з чоловіками. Жінки можуть відчувати приємні відчуття від ніжних дотиків до багатьох ділянок тіла, в той час як у чоловіків ерогенні зони концентруються в основному в ділянці статевого члена. Жінки більш індивідуальні в своїх сексуальних реакціях і проявах. Різниця в частоті досягнення оргазму є важливою відмінністю статевого життя чоловіка і жінки. У жінок при формуванні оргазму більшого значення, ніж у чоловіків, має власний сексуальний досвід. У чоловіків, на відміну від жінок, психосексуальне задоволення без оргазму не здійснюється.

Статевий розвиток хлопчиків відрізняється за віком і темпу від розвитку дівчаток. Воно здійснюється на 1-2 роки пізніше, але має більш бурхливу течію. Хлопчики у віці 11-15 років переживають період юнацької гіперсексуальності, який характеризується підвищеною статевою збудливістю і зростанням еротичних інтересів і фантазій. У дівчаток спочатку проявляється потреба в психологічній близькості з юнаками і лише потім еротичні почуття. Втім, за останні десятиліття, відмінності в сексуальній поведінці юнаків і дівчат значно зменшилися, відбувся зсув у бік маскулінної моделі поведінки.

Зростання збудження під час коїтусу у жінок більш уривчасті, ніж у чоловіків. При цьому легше здійснюється регресія через вплив сторонніх думок, негативна взаємодія, невідповідність сексуально-рольової поведінки партнера, діапазону прийнятності та техніки статевих зносин.

У жінок психологічна складова копулятивного циклу для виникнення оргазму є вирішальним фактором, а нейрогуморальна - відіграє допоміжну роль.

Потенційні можливості до оргазму у жінок вищі в порівнянні з чоловіками. Різноманітніші також ерогенні зони, які призводять до оргазму, в той час як у чоловіків оргазм часто досягається тільки під час стимуляції статевого члена. Деякі жінки здатні до багаторазового переживання відчуття оргазму, причому, на відміну від чоловіків, наступні оргазми переживаються сильніше. Освіта і професія, пов'язані з інтелектуальною діяльністю, у жінок позитивно впливають на прояви лібідо і оргазм, у чоловіків ці фактори не мають ніякого впливу. Існують дані про те, що лібідо і оргазм найбільш виражені у жінок з гуманітарною освітою, найменше - у домогосподарок. Жінки, пов'язані з фізичною працею, займають проміжне положення. Також відомий той факт, що

аноргазмія у жінок часто є наслідком суворого виховання в дитинстві.

Вікові прояви сексуальності. У сексуальному житті людини розрізняють чотири основних періоди, кожному з яких властиві певні статеві феномени: пубертатний (полюції, мастурбація), перехідний (ексцеси), період зрілої сексуальності (умовно-фізіологічний ритм), інволюційний (зниження статевої активності).

Слід зазначити відносний характер вікових проявів сексуальності (умовної норми), тому що на неї великий вплив має цілий ряд ендогенних факторів і факторів середовища (в першу чергу соціальних та психологічних).

Матеріали для самоконтролю:

1. Міждисциплінарна область наукових досліджень статі і сексуальності, включаючи їх анатомічний, фізіологічний, психологічний, медичний, соціологічний, історичний, правовий, релігійний, літературний і художній аспекти:
 - A. Сексологія
 - B. Валеологія
 - C. Фізіологія
 - D. Антропологія
 - E. Історія.
2. Родоначалники сексології, що почали систематичне вивчення статевого життя, лікарі:
 - A. Ріхард фон Крафт-Ебінг, З. Фрейд
 - B. Август Форель
 - C. Г.С. Васильченко
 - D. Магнус Гіршфельд
 - E. А.М. Свядощ.
3. Основоположник сексології, який вважав що лібідо становить джерело всієї психічної енергії індивіда, її основу, стрижень:
 - A. Зигмунд Фрейд
 - B. Іван Блох
 - C. Альберт Молль
 - D. Генрі Хевлок Елліс
 - E. Альберт Молль, Іван Блох.
4. Характер досліджень в області сексології американського вченого Альфреда Чарльза Кінзі:
 - A. Об'єктивне вивчення сексуальної поведінки через проведення 19000 інтерв'ю
 - B. Виділення фаз психосексуального розвитку
 - C. Дослідження «лабораторного» сексу
 - D. Розробка теорії сексуального сценарію
 - E. Всі перераховані.
5. Характер досліджень в області сексології американських вчених гінеколога Вільяма Мастерса і психолога Вірджинії Джонсон:
 - A. Об'єктивне вивчення сексуальної поведінки через проведення 19000 інтерв'ю
 - B. Виділення фаз психосексуального розвитку
 - C. Дослідження «лабораторного» сексу
 - D. Розробка теорії сексуального сценарію
 - E. Спостереження.
6. Вперше об'єктивно описані фази копулятивного циклу:
 - A. У. Мастерс і В. Джонсон

- В. З. Фрейд
 - С. А. Кінзі
 - Д. А. Маслоу
 - Е. А. Свядош.
7. Формування стереотипу статевої поведінки відбувається в:
- А. Препубертатному періоді
 - В. Парапубертатному періоді
 - С. Пубертатному періоді
 - Д. Інволюційному періоді
 - Е. Перехідному періоді.
8. Статеве дозрівання формується в:
- А. Препубертатному періоді
 - В. Парапубертатному періоді
 - С. Пубертатному періоді
 - Д. Інволюційному періоді
 - Е. Перехідному періоді.
9. Морфологічна стать формується:
- А. При народженні
 - В. У період статевого дозрівання
 - С. При зачатті
 - Д. У перший період сексуальності
 - Е. На сьомому тижні внутрішньоутробного розвитку.
10. Генетична стать людини визначається:
- А. При зачатті
 - В. У період статевого дозрівання
 - С. При народженні
 - Д. У перший період сексуальності
 - Е. На сьомому тижні внутрішньоутробного розвитку.
11. Поєднання ексцесів з періодами абстиненції характерно для:
- А. Перехідного періоду
 - В. Препубертатного періоду
 - С. Пубертатного періоду
 - Д. Інволюційного періоду
 - Е. Першого періоду сексуальності.
12. Платонічне лібідо формується в:
- А. Пубертатному періоді
 - В. Препубертатному періоді
 - С. Першому періоді сексуальності
 - Д. Інволюційному періоді
 - Е. Перехідному періоді.

Всі вірні відповіді: А.

Література

Основна:

1. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.- Харків: Фоліо, 2008.-81-205 с.
2. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей, 2003.-87-229 с.
3. Акимов Л.Н. Психология сексуальности. – Одесса:СМИЛ, 2005.-8-24 с.

Додаткова:

1. Навчально-методичний посібник з основ сексології та сексопатології для студентів медичних вищих навчальних закладів / Є.Г.Сонник, С.А.Сухомлин.– Полтава, 2010.-164 с.

Інтернет ресурси:

1. Персональний сайт И.С.Кона <http://sexology.narod.ru/>.
2. Сайт “Сексология и сексуальное здоровье” <http://autoeros.stealth.ru/>
3. Адлер А. Любовные отношения и их нарушения // Очерки по индивидуальной психологии / http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/j3p/20010410/20010410a/htm
4. Русский медицинский сервер <http://www.rusmedserv.com/psychsex/>
5. Психосексология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко / <http://www.myword.ru>

Методичні вказівки

для самостійної роботи студентів

під час підготовки до практичного заняття та на занятті

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи медичної сексології
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль</i>	Основи медичної сексології
<i>Тема заняття</i>	Складові сексуальної гармонії подружжя, сексуально-еротична адаптація статей. Сексуальні девіації. Судова сексологія.
<i>Курс</i>	5
<i>Факультет</i>	Медичний

1. Актуальність теми:

Сексуальна гармонія подружньої пари - це соціально-психологічна, психологічна, сексуально-поведінкова і сексуально-фізіологічна взаємна адаптація подружжя, яка характеризується таким рівнем статевого потягу і статевої активності, який відповідає статевій конституції і темпераменту чоловіка і жінки, і призводить до оптимальної сумачії еротичних відчуттів, оргазму і повного психосексуального задоволення.

Всі ці аспекти, за винятком фізіологічного, відображають особливості сексуальності людини. Потреба в репродукції відокремлена у людини від потреби в сексуальному задоволенні і спілкуванні.

Системний аналіз сексуальної гармонії за перерахованими вище компонентами дозволяє розкрити причини і закономірності виникнення її порушень - розвитку дисгармоній і, як наслідок, відкриває можливості діагностики та корекції останньої. Клінічне розмежування і диференційна діагностика різних варіантів сексуальної дисгармонії є важливими для вибору найбільш раціональних методів її корекції та попередження рецидивів.

2. Конкретні цілі.

6. Навчитися визначати сексуальну гармонію подружньої пари, різні аспекти (компоненти) цієї гармонії:
соціальний, соціально-психологічний, сексуально-поведінковий, інформаційно-оцінний, психофізіологічний, фізіологічний.
7. Ознайомити студентів з умовами розвитку сексуальної дисгармонії.
8. Вивчити класифікацію дисгармоній, характеристику окремих варіантів сексуальної дезадаптації подружжя: соціально-психо-логічного, сексуально-поведінкового, дезінформаційно-оцінного.
9. Вивчити сексуальну дисгармонію, обумовлену порушенням сексуальної функції у одного з подружжя, пов'язану з порушенням чоловічої потенції або розладами сексуальної функції у жінок.
10. Ознайомитися з патоморфозом сексуальної дисгармонії подружжя.
11. Вміти проаналізувати умови трансформації псевдоімпотенції і псевдофригидності при сексуальній дисгармонії в справжні розлади сексуальної функції.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція)

№	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови сечостатевих органів.
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості сексуальних реакцій чоловіків і жінок.
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез захворювань сечостатевої системи.
4	Біохімія	Головні етапи гормонального впливу.

5	Психологія.	Закономірності психосоматичного розвитку людини.
---	-------------	--

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття

4.1 Основні терміни, параметри які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Значення
1	Сексуальна гармонія подружжя	Визначення поняття сексуальної гармонії подружжя, умови розвитку сексуальної дисгармонії.
2	Сексуальна дезадаптація подружжя	Вивчити класифікацію дисгармоній, характеристики окремих варіантів сексуальної дезадаптації подружжя: соціально-психологічного, сексуально-поведінкового, дезінформаційно-оціночного. Умовами розвитку сексуальної дисгармонії
3	Сексуальні девіації	Класифікації сексуальних девіацій. Сексуальна норма і патологія: визначення, критерії, види норми. Відносність норми. Соціально-етичний аспект сексуальної норми. Медико-психологічний аспект сексуальної норми. Оптимальна, прийнятна і допустима сексуальні норми, які є клінічно нормою, так що не вимагають терапевтичного втручання. Вплив алкоголю і наркотиків на сексуальність
4	Судова сексологія	Фактори, що впливають на сексуальну злочинність. Агресія. Теорії біологічної схильності агресії. Вплив кліматичних умов і пори року на рівень сексуальної злочинності. Окремі види сексуальних злочинів

4.2 Теоретичні питання до заняття

1. Дайте визначення сексуальної гармонії подружжя.
2. Які виділяють компоненти сексуальної гармонії подружжя?
3. Назвіть рівні сумісності і згуртованості подружньої пари.
4. Дайте характеристику послідовних фаз розвитку статевої любові за І.М. Сеченовим.
5. Яке визначення любові дає сучасна психологія?
6. Яку роль відіграє спілкування в гармонійних відносинах сім'ї? Які характеристики спілкування між чоловіком і жінкою мають значення в цьому аспекті?
7. Дайте характеристику варіантів психологічного захисту особистості подружжя при сексуальній дисгармонії.
8. Особливості сексуально-поведінкового компонента сексуальної гармонії.
9. Дайте класифікацію психологічних типів чоловіка і жінки.
10. Дайте характеристику інформаційно-оцінного компонента сексуальної гармонії.
11. У чому полягає важливість психофізіологічного компонента сексуальної гармонії. Характеристика типів темпераменту за І.П. Павловим.

12. Назвіть типи замикаючої діяльності кори головного мозку. У чому полягає значення кожного типу в формуванні сексуальної гармонії подружжя.
13. Дайте визначення статевій конституції.
14. Які особливості має фізіологічний компонент сексуальної гармонії?
15. Класифікація сексуальної дисгармонії подружньої пари.
16. Які основні причини розвитку соціально-психологічної дезадаптації подружжя?
17. Які риси характеру присутні у чоловіка і дружини з сексуальною дисгармонією соціально-психологічного походження?
18. Які причини і умови розвитку сексуально-поведінкової дезадаптації подружжя?
19. Що таке дезінформаційно-оцінний варіант сексуальної дисгармонії?
20. У яких осіб переважно зустрічається дезінформаційно-оцінний варіант сексуальної дезадаптації?
21. Які найбільш характерні прояви сексуальних порушень у жінок при розладах чоловічої потенції?

Зміст теми:

Сексуальна гармонія подружньої пари - це соціально-психологічна, психологічна, сексуально-поведінкова і сексуально-фізіологічна взаємна адаптація подружжя, яка характеризується таким рівнем статевого потягу і статевої активності, який відповідає статевій конституції і темпераменту чоловіка і жінки, і призводить до оптимальної сумачія еротичних відчуттів, оргазму і повного психосексуального задоволення.

Різноманітність причин і умов розвитку дисгармонії обумовлює її прояви і перебіг. Це стало основою розробленої Д.Л. Буртянським і В.В. Кришталем класифікації сексуальної дисгармонії подружньої пари, яка розділяє її на наступні.

Соціальні, психологічні і соціально-психологічні компоненти сексуальної гармонії

Повна рівноправність, якою користується жінка в нашій країні, її активна участь у житті суспільства змінили і її роль в сім'ї, сформували високий рівень духовних і етичних запитів і новий характер подружніх відносин в сучасній сім'ї. На стабільність сім'ї мають більший вплив внутрішні чинники - взаємна прихильність, почуття любові, відповідальності, боргу - ніж такі зовнішні чинники як економічна залежність, юридичні обмеження, національні традиції і громадська думка, які втрачають свою силу з демократизацією суспільного життя.

Із зростанням рівня освіти і соціальних змін пубертатний розвиток і чоловіка і жінки значно прискорюється, але статеві відносини виникають пізніше, особливо у жінок. Цей феномен детермінований громадськими, а не біологічними факторами. Стався ряд змін і в сімейно-шлюбних відносинах: переміщення деяких функцій сім'ї в сферу діяльності інших громадських інститутів, зменшення розмірів сім'ї, демократизація внутрішньосімейних стосунків, посилення значення емоційних зв'язків між чоловіком і жінкою і зниження ролі матеріальних цінностей.

Проблема сім'ї та шлюбу в наш час не тільки не втратила свою актуальність, обумовлену важливістю для суспільства специфічних функцій сім'ї, але і привертає до себе ще більший інтерес психологів, соціологів, юристів, медиків у зв'язку з перебудовою сімейно-шлюбних відносин на сучасному етапі.

Взаємовідносини в сім'ї опосередковані спільною діяльністю. Сім'я, як і колектив, має специфічні ознаки - для неї характерні більш жорстка рольова структура в порівнянні з

іншими групами і виражений емоційний характер міжіндивідуальних зв'язків. Виділяють три рівні згуртованості і сумісності:

характерів, темпераментів, комунікабельності;

функціонально-рольових очікувань;

вищий рівень в формі предметно-цільової та ціннісно-орієнтаційної єдності, колективістської ідентифікації та адекватності відповідальності.

В даний час у взаємній адаптації подружжя підвищилася роль соціально-психологічних факторів, від яких залежить їх подальша сумісність. Гармонійність особистісних відносин і правильна поведінка в шлюбі сприяють розвитку і становленню гармонійних статевих відносин.

Міцність подружнього об'єднання в значній мірі визначається кількістю спільних, співпадаючих (ідентичних або таких, що доповнюють один одного) якостей особистості чоловіки і жінки. Поряд з цим, залежність сексуальної поведінки від структури особистості досліджені недостатньо. Тому вивчення проблеми підбору подружніх пар останнім часом приділено багато уваги.

Міцність сім'ї, подружнє щастя в значній мірі залежать від особистісних якостей чоловіка і жінки, їх соціального розвитку, вихованості та вміння застосовувати свій життєвий досвід і знання в повсякденному житті один з одним. У щасливих шлюбах сексуальні розлади, особливо аноргазмія у жінок, зустрічаються багато рідше ніж при відносно щасливих шлюбах. Симпатія і взаємна любов, в більшості випадків, є одним з основних мотивів виникнення сексуального зв'язку і створення міцної сім'ї. Любов є одним з головних мотивів укладення шлюбу. Вона сприяє створенню єдиного стилю життя подружньої пари і є істотним чинником в статевому житті. Почуття любові не може бути вродженим. Любов як потреба і здатність людини - невід'ємна частина людської психіки. Любов, ніжність і статеве задоволення тісно пов'язані між собою. Ще давні греки розрізняли кілька типів любові: "ерос" - любов чоловіка і жінки, яка дає задоволення тільки за умови користування предметом любові; "агапе" - братня любов, яка спрямована тільки на благо об'єкта любові; "сторге" - любов-ніжність, сімейна любов; "філія" - це любов-дружба.

І.М. Сеченов виділив три послідовні фази в розвитку статевої любові.

Перша фаза - платонічна любов, при якій "статевий характер надзвичайно бідний через те, що поряд з яскравими і, як наслідок, упередженими зоровими і слуховими відчуттями лежать невизначені, ще темні статеві бажання".

Друга фаза - любов-власність, при якій пристрасть людини "спалахує ще швидше, яскравіше, тому що замість темних, невизначених статевих потягів наступають яскраві, трепетні почуття любові".

Третя фаза - це любов, в якій "пристрасть вже згасла, навіть в тих щасливих випадках, коли по обидва боки дійсність відповідала ідеалам ... Але любов не зруйнувалася: через часте повторення рефлексу, в якому психічним змістом є уявлення коханої з тими чи іншими, або з усіма її якостями, образ її з'єднується з усіма рухами душі коханого, і вона стала дійсно половиною його самого".

Далі І.М. Сеченов зазначає, що людина, яка пережила всі ці природні фази статевої любові, навряд чи зможе любити вдруге. "Повторні потяги - ознака незадоволеності попередніми".

Сучасні психологи характеризують любов, як глибоке інтимне почуття, спрямоване на іншу особу або людську спільність.

У любові, як у фокусі, перетинаються протилежності біологічного і духовного,

особистісного і соціального, інтимного і загальнозначущого.

Любов - це високий ступінь емоційного позитивного ставлення, яке виділяє його об'єкт серед інших і розміщує його в центрі життєвих потреб та інтересів суб'єкта; інтенсивне, напружене і відносно стійке відчуття суб'єкта, фізіологічно обумовлене сексуальними потребами, виявляється в соціально сформованому прагненні бути максимально представленим своїми особистісно-значущими рисами в життєдіяльності іншого таким чином, щоб пробуджувати у нього потребу у відповідному почутті такої ж інтенсивності, напруги і сталості.

Часто причиною виникнення конфлікту між чоловіком і жінкою стає наявність таких особливостей характеру у одного з них, які викликають у іншого негативне ставлення.

Дослідження в сфері сумісності характерологічних особливостей подружжя, проведені Н.К. Агішевою, показали, що для досягнення гармонії, властивості особистості, зумовлені вихованням, повинні бути схожі. Створенню гармонійних відносин між чоловіком і жінкою сприяють наявність у них взаємно доповнюючих рис характеру, а не їх однаковість.

Розрізняють риси характеру людини в залежності від ставлення до людей, до речей, до себе, до колективу і окремих особистостей, а також адаптивно-комунікаційні властивості. Жінки - носії більшої теплоти почуттів, щирості, м'якості, схильності до домашнього вогнища; чоловіки - носії мужності, сили, вони більш суворі, розважливі. До фемінних рис характеру відносять пасивність, невпевненість у собі, конформність (усвідомлення мінливості власної думки), сором'язливість, боязкість, сентиментальність, мрійливість. До маскулінних - емоційну стриманість, автономність, замкнутість, вибуховість, агресивність, самовпевненість.

Проблема визначення типів характеру, їх класифікація надзвичайно складна.

Велике значення для соціально-психологічної адаптації подружньої пари має збіг потреб, які обумовлюються як біологічними, так і соціальними чинниками. Існують потреби: 1) фізіологічні (статеві, харчові, самозбереження, потреба в отриманні приємних відчуттів); 2) соціально-психологічні (в спілкуванні, діяльності); 3) соціальні (професійний престиж, культура, освіта, естетичні потреби, самоствердження, реалізація власних можливостей, талантів, потреба у творчій діяльності); 4) психологічні (впевненість у власних силах, самостійність, допитливість, самоствердження).

Гармонія сексуальних відносин подружніх пар багато в чому залежить від характеру міжособистісних відносин, який обумовлений рівнем соціальної, соціально-психологічної та сексуально-поведінкової адаптації чоловіка й жінки, а також від психологічних характеристик особистості, домінуючої мотивації, ціннісних орієнтацій.

У структурі міжособистісної взаємодії розрізняють три взаємопов'язані компоненти, які певним чином відрізняються у різних дослідників: практичний, афективний, гностичний (Бодальов А.А.); поведінковий, афективний, когнітивний (Коломенський Я.Л.); регулятивний, афективний, інформативний (Ломов Б.А.). Виділяють також різноманітні феномени міжособистісної взаємодії: взаєморозуміння, взаємовплив, взаємні дії, взаємини, міжособистісне спілкування, сумісність.

Мотивація подружніх відносин сформована на потребі у вибіркового міжособистісного спілкуванні.

Сумісність партнерів характеризується, перш за все, максимальним задоволенням один одним. Провідним чинником тут виступає афективний компонент взаємодії. Взаємозв'язок когнітивного і афективного компонентів проявляється в узгодженні оцінок і самооцінок.

В потребі спілкування проявляється не тільки соціальна сутність людини, але і його індивідуальні особливості. При цьому прагнення до спілкування залежить від типу нервової системи, від рис характеру.

Проаналізувавши літературу про психологічні передумови щастя в подружньому житті, Є.В. Новікова виділила ряд характеристик спілкування між чоловіком і жінкою:

відкритість - безболісність обговорення різноманітних тем;

інтимність - значимість і глибина тем, які обговорюються;

довіра;

високий рівень емпатії у подружньої пари;

конструктивність - вміння не перемагати, а знаходити взаємоприйнятні рішення;

рефлексивність - усвідомлення справжніх почуттів і переживань, які самі по собі є цінними.

Однією з важливих особливостей взаємин людини з людиною є емпатія. Виділяють три види емпатій: взаємини, співпереживання, співучасть. Наявність їх - обов'язкова умова гармонійних відносин між подружжям.

У генезі сексуальної дисгармонії часто грають роль неусвідомлені мотиви і інтрапсихічна адаптація подружжя. Не зупиняючись на характеристиці механізмів психологічного захисту (заперечення, відступ, витіснення, заміна мотивів, зниження загального рівня потягів, концептуалізація, "механізм умовної приємності або бажаності", "відхід у хворобу" і інші), позначимо лише, що психологічний захист - це реакція особистості на психотравмуючий вплив, і її характер, обумовлений взаємодією усвідомлених і самоусвідомлених психологічних установок, особливостями особистості чоловіки і жінки.

При сексуальній гармонії подружньої пари присутні такі варіанти психологічного захисту особистості чоловіка і жінки (В.В. Кришталь, Н.К. Агішева):

Девіація соціальної поведінки (гіперсоціалізація, гіпосоціалізація, асоціальна поведінка, в тому числі алкоголізація, і ін.)

Девіація соціально-психологічних відносин (ревності, виправдання зради, агресія, спокійна поведінка).

Психологічна деформація: а) загострення характерологічних особливостей; б) дисперцепція; в) інформаційно-оцінна деформація (пояснювальна система, недооцінка, переоцінка, перекручена оцінка власного стану).

Девіація сексуальної поведінки (розширення діапазону придатності в попередньому періоді статевого акту, фрустрація, мастурбація, проміскуїтет, петинг, флірт, уникнення сексуальних контактів).

Соматична девіація - розвиток психосоматичних захворювань.

Психічна девіація - психогенні захворювання (неврози).

Кожен із зазначених варіантів має різні форми психологічного захисту. Але часто спостерігаються поєднані варіанти психологічного захисту, які залежать від особистісних особливостей подружжя, досвіду індивідуального життя, інтеріндивідної і метаіндивідної характеристик особистості.

Сексуально - поведінковий компонент сексуальної гармонії

Сексуально-поведінкова адекватність подружньої пари є важливою умовою сексуальної гармонії. Тут має значення відповідність діапазону придатності в попередньому періоді статевого акту, техніки статевих відносин і його заключного періоду. Попередній період статевого акту має стимулюючий і активізуючий вплив на статевий потяг і на почуття оргазму. В цьому періоді важливіший правильний вплив на

ерогенні зони, ніж його тривалість.

Однією з найбільш частих причин порушення сексуально-поведінкового компонента сексуальної гармонії є невідповідність сексуальної мотивації. Мотив - спонукання до діяльності, пов'язане з задоволенням потреби суб'єкта, яке лежить в основі вибору дій, вчинків і визначальну спрямованість поведінки особистості.

Як відомо, розвиток мотиву відбувається через зміну і розширення кола діяльності, яке змінює предметну дійсність. Мотив обумовлений потребами і інстинктами, які є джерелом активності.

Існують мотиви: 1) примітивні, які базуються на задоволенні елементарного егоїстичного почуття насолоди; 2) мотиви, які виходять з почуття самозбереження; 3) задоволення біологічних (інстинктивних) потреб; 4) задоволення соціальних потреб.

Г.С. Васильченко виділяє кілька типів сексуальної мотивації:

гомеостабілізуючий тип - статеву поведінку ґрунтується на створенні спокою і комфорту з таким розрахунком, щоб сексуальні питання не відволікали від виконання інших завдань, оцінених вище;

ігровий тип - гармонійно поєднує в собі романтичні і сексуальні елементи, в статевий акт вносяться елементи гри, фантазії;

шаблонно-регламентований тип - встановлює певний постійний стандарт статевого акту;

генітальний тип - характерний для осіб зі зниженим інтелектом, які не бачать різниці між статевим потягом і ерекцією, вважаючи останню достатнім «приводом до дій».

Невідповідність типів сексуальної мотивації може виступати причиною виникнення сексуальної дисгармонії.

Виділяють також певні типи чоловіків і жінок. Те чи інше поєднання таких типів може бути основою сексуальної гармонії подружжя або, навпаки, сприяти їх розладу.

Розроблена наступна класифікація психологічних типів чоловіків і жінок (Лібиха С.С.)

Жінка-мати. Захоплюється слабкими, хворими, невдахами, Прагне опікати партнера, захищати, «підняти», підбадьорити, надихнути. Слабкість і нещастя чоловіків може служити сильними сексуальними подразниками. Навіть тривожність, емоційна нестійкість, примхливість можуть входити в структуру очікуваних ласк.

Жінка-жінка. Існує два варіанти цього типу.

а) агресивний тип; прагнення до боротьби з партнером, спочатку при звичайному, а потім сексуальному спілкуванні. Така жінка глузлива, схильна до іронії, любить брати верх над чоловіком, в його пестошах очікує покірність, навіть приниженість, деяку розгубленість;

б) пасивно-підлеглий тип: ідеал таких жінок - «сильний чоловік» вона прагне підкоритися, «розчинитися» в ньому, в мріях фантазує про чоловіка, який «володіє нею»; в ласках чоловіка віддає перевагу агресивності, натиску, силі, навіть до заподіяння болю.

Жінка-дочка. Ідеал - чоловік значно старший за віком, міцний не стільки в сексуальному, скільки в побутовому відношенні, досвідчений, в його присутності прагне відчувати себе слабою, «маленькою». В ласках віддає перевагу «мистецтву», «знанням, які вище сили», схильна до психологічно збуджуючого впливу (мовні, музичні тощо).

Відповідні типи чоловіків:

Чоловік-батько. Похилий вік, елегантний, з великим сексуальним досвідом, має добре поставлений голос, захоплює розповідає. В ласках жінки цінує елемент її «віддачі», слабкість, підлегле захоплення, «вгадування» його бажань, потреб. Ласки чоловіка в значній мірі компенсують, можливо, вже невисокий сексуальний потенціал.

Чоловік-чоловік. Також виділяють два типи:

а) агресивний, схильний до елементів "наси́льства", "володіння" в ласках, демонструє боротьбу, грубий, чутливий, міркування безапеляційні, іноді заподіює біль;

б) пасивно-підлеглий - схильний ідеалізувати "сильну жінку"; в її розмовах, одязі виділяє символи цієї сили, авторитарність, деяку маскуліність (спортивний одяг, високі чоботи, великі окуляри, чоловіча зачіска і т.п.). Підкреслює свою приниженість, залежність, прагне виконувати вказівки, очікує покарання, догани від жінки.

Чоловік-син. Несамостійний, підлеглий, іноді невдаха, хворобливий, психічно і фізично інфантильний, залежний. Схильний до наслідування, може бути вибагливим, манірним.

З вищевказаної класифікації можна побачити, що ласки і поведінка чоловіка-батька і жінки-доньки багато в чому гармонійні, тобто очікуване відповідає запропонованому за формою і змістом; той же висновок можна зробити про відносини жінки-матері та чоловіка-сина, жінки агресивного типу і чоловіка пасивно-підлеглого. Також чітко видно, що чоловік-батько і жінка-мати не будуть мати гармонію в ласках, а взаємини чоловіка і жінки, які належать до пасивно-підлеглого типу, являють собою один з крайніх варіантів сексуальної дисгармонії.

Інформаційно-оцінний компонент сексуальної гармонії

Психологічна підготовленість до шлюбу, знання основ подружніх відносин, культура почуттів і спілкування, а також правильна обізнаність в питаннях психогігієни статевого життя, які становлять інформаційно-оцінний компонент сексуальної гармонії, мають велике значення для її досягнення. Порушення цього компонента може впливати не тільки на психічний, але і на соматичний стан людини. Існує певний зв'язок між помилковою обізнаністю в питаннях психогігієни статевого життя, неправильною оцінкою своїх сексуальних проявів і загальним станом здоров'я. Незадоволеність в аспекті почуттів і інтимних стосунків між чоловіком і жінкою часто призводить до численних скарг, справжня причина яких часто ховається свідомо чи несвідомо.

Повна необізнаність молодих людей про фізіологію і психологію статевої функції та гігієну статевого життя, з одного боку, пряма або непряма ятрогенія - з іншого, виступають найбільш частими причинами сексуальної дисгармонії подружньої пари.

Психофізіологічний компонент сексуальної гармонії

Психофізіологічні чинники - темперамент і статеві конституції мають не менш важливе значення в забезпеченні сексуальної гармонії, ніж розглянуті вище психологічні, соціальні та інші її компоненти.

Темперамент - динамічні особливості (інтенсивність, швидкість, темп, ритм) психічних процесів і стану індивіда. Невідповідність темпераментів чоловіка і жінки може мати негативний вплив на їх психологічну і сексуальну адаптацію.

Типи нервової системи за І.П. Павловим, не тільки за своєю кількістю, але і за основними характеристиками відповідають чотирьом класичним типам темпераменту. Порівнюючи визначені ним типи нервової системи з типологією Гіпократа - Галена, відомий російський фізіолог описує їх так:

Сильний, врівноважений, рухливий тип - сангвінік. Його нервова система відрізняється великою силою нервових процесів, їх рівновагою і значною рухливістю. Через це сангвінік - людина швидка, легко пристосовується до мінливих умов життя. Його характеризує висока опірність життєвим труднощам.

Сильний, врівноважений, інертний тип - флегматик. Його нервова система також характеризується значною силою і рівновагою нервових процесів поряд з малою

рухливістю. Будучи з точки зору рухливості протилежністю сангвініку, флегматик реагує спокійно і повільно, не схильний до зміни свого оточення; подібно до сангвініка, має хорошу опірність до сильних і тривалих напружених дій.

Сильний неврівноважений тип з перевагою збудливості - холерик. Його нервова система характеризується, крім значної сили, переважанням збудження над гальмуванням. Виділяється великою життєвою енергією, але йому не вистачає витримки, він запальний і нестриманий.

Слабкий тип - меланхолік. Для людей, які належать до даного типу, характерна слабкість як процесу збудження, так і гальмування, вони мають погану опірність щодо значних позитивних і негативних стимулів. Через це меланхоліки часто пасивні, загальмовані. У них вплив сильних подразників може викликати різноманітні порушення поведінки.

Іншою властивістю, яка пов'язана з тимчасовою характеристикою роботи нервової системи, є швидкість виникнення і припинення нервових процесів.

З огляду на динаміку нервових процесів, О.Г. Іванов-Смоленський виділив чотири типи замикаючої діяльності кори головного мозку:

лабільний - як позитивні, так і гальмуючі умовні зв'язки утворюються однаково легко і швидко;

інертний - як позитивні, так і гальмуючі зв'язки утворюються повільно;

збудливий - позитивні зв'язки утворюються легко і швидко; гальмуючі, навпаки, важко й уповільнено;

гальмуючий - позитивні зв'язки утворюються повільно; гальмуючі, навпаки, легко і швидко.

Темперамент людини визначається типом нервової системи і її лабільністю. Тому при аналізі причин розвитку сексуальної дисгармонії необхідно мати на увазі розглянуті вище типи і властивості вищої нервової діяльності чоловіка і жінки.

Статева конституція - один з найважливіших факторів, який визначає сексуальну гармонію подружньої пари, або, навпаки, її дисгармонію. Остання нерідко є наслідком неспівпадіння типів статевої конституції подружжя. Через це визначення статевої конституції кожного з подружжя має практичне значення для діагностики і корекції розладів сексуальної гармонії.

Г.С. Васильченко розглядає статеву конституцію як сукупність стійких біологічних властивостей, які формуються під впливом спадкових факторів і умов розвитку в пренатальному періоді і під час раннього онтогенезу. Статева конституція обмежує діапазон індивідуальних потреб на певному рівні статевої активності і обумовлює індивідуальну опірність по відношенню до патогенних факторів, які впливають на статеву сферу.

Фізіологічний компонент сексуальної гармонії

Вплив соціальних і психологічних чинників на сексуальність людини неможливо відокремлювати від факторів біологічних, так як вони тісно пов'язані між собою, і відіграють значну роль в детермінації сексуальних відносин, визначають велику варіабельність людської сексуальності.

Фізіологічний компонент порушується при розладах нейрогуморальної, психічної і нервової регуляції статевої функції, а також при патології сечостатевої системи у одного або обох з подружжя.

Стан фізіологічного компонента сексуальної гармонії визначається станом і взаємною

відповідністю сексуальної функції у чоловіків і жінок.

Засоби для контролю:

1. Рішення жінкою статевої близькості відбувається в:

- A. Психічну стадію
- B. Сенсорну стадію
- C. Секреторну стадію
- D. Оргастичну стадію
- E. У стадію - спад збудження

2. Підвищена чутливість еrogenних зон настає в:

- A. Сенсорну стадію
- B. Секреторну стадію
- C. Психічну стадію
- D. Оргастичну стадію
- E. Стадію копулятивного циклу - спад збудження

3. Яка послідовність копулятивного циклу у жінки:

- A. Психічна, сенсорна, секреторна, оргастична, спад збудження
- B. Психічна, сенсорна, секреторна, оргастична
- C. Психічна, секреторна, оргастична, сенсорна, спад збудження
- D. Сенсорна, секреторна, психічна, оргастична, спад збудження
- E. Сенсорна, оргастична, секреторна, психічна, спад збудження

4. Формуванням «оргастичної манжетки» завершується стадія копулятивного циклу, яка:

- A. Секреторна
- B. Сенсорна
- C. Психічна
- D. Оргастична
- E. Спад збудження

5. До сурогатних форм статевого життя відноситься:

- A. Мастурбація
- B. Гомосексуальний коїтус
- C. Гетеросексуальний коїтус
- D. Полюція
- E. Фрустрація

6. До сурогатних форм статевого життя відноситься:

- A. Петинг
- B. Гомосексуальний коїтус

- С. Гетеросексуальний коїтус
- Д. Полюція
- Е. Фрустрація

7. Що відноситься до вікарних форм статевого життя:

- А. Полюції
- В. Гомосексуальний коїтус
- С. Петинг
- Д. Гетеросексуальний коїтус
- Е. Фрустрація

8. До патологічних форм статевого життя відноситься:

- А. Гомосексуальний коїтус
- В. Гетеросексуальний коїтус
- С. Петинг
- Д. Полюції
- Е. Фрустрація

9. До екстрагенітальних форм статевого життя відноситься:

- А. Платонічна любов
- В. Гомосексуальний коїтус
- С. Петинг
- Д. Полюції
- Е. Фрустрація

10. До екстрагенітальних форм статевого життя відносяться:

- А. Танці
- В. Гомосексуальний коїтус
- С. Петинг
- Д. Полюції
- Е. Мастурбація

Всі вірні відповіді: А.

Література

Основна:

1. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник.- Харків: Фоліо, 2008.-81-205 с.
2. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник.-К.:Арістей, 2003.-87-229 с.
3. Акимов Л.Н. Психология сексуальности. – Одесса:СМИЛ, 2005.-8-24 с.

Додаткова:

1. Навчально-методичний посібник з основ сексології та сексопатології для студентів медичних вищих навчальних закладів / Є.Г.Сонник, С.А.Сухомлин.– Полтава, 2010.-164 с.

Інтернет ресурси:

- Персональний сайт И.С.Кона <http://sexology.narod.ru/>.
- Сайт “Сексология и сексуальное здоровье” <http://autoeros.stealth.ru/>
- Адлер А. Любовные отношения и их нарушения // Очерки по индивидуальной психологии / http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/j3p/20010410/20010410a/htm
- Русский медицинский сервер <http://www.rusmedserv.com/psychsex/>
- Психосексология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко / <http://www.myword.ru>

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного заняття та на занятті

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи медичної сексології
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль</i>	Основи медичної сексології
<i>Тема заняття</i>	Основні порушення сексуальної функції у жінок. Лікування сексуальної патології та її профілактика .
<i>Курс</i>	5
<i>Факультет</i>	Медичний

1. Актуальність теми:

Розлади сексуальної функції у жінок відносять до числа форм патології, які зустрічаються досить часто. За даними деяких авторів від 14% до 50% жінок ніколи не мали відчуття оргазму.

Альфред Чарльз Кінсі вважає, що оргазм у жінок не є єдиним критерієм сексуальної задоволеності. Багато авторів доводять, що існує різниця між сексуальною задоволеністю жінки взагалі і оргазмом зокрема, хоча і не заперечують значного впливу оргазму і сексуального задоволення жінки на статеве життя і подружнє щастя. Воно також залежить від сексуальної відповідності, яка обумовлена сексуальною реакцією. Але, якщо всі інші фактори задовільні, жінка може бути щасливою в шлюбі, навіть при повній нездатності реагувати на сексуальне збудження.

Відзначено також, що всі види психічних і соматичних порушень обумовлені сексуальною енергією, яка не отримала розрядки. Відсутність оргазму у жінок, на думку деяких авторів - провідна причина психофізіологічних розладів.

Літератури, присвяченій лікуванню сексуальних розладів у жінок, недостатньо і вона різнопланова. Методи лікування, які застосовуються в жіночій сексопатології, мають переважно емпіричний характер. Вони відображають практичний досвід лікарів різних спеціальностей, який до того ж наведено в літературних джерелах, присвячених різним розділам медицини. Це обумовлює невпорядкованість досвіду лікування сексуальних розладів у жінок.

2. Конкретні цілі:

12. Вивчити етіологію та патогенез сексуальної функції у жінок.
13. Ознайомити з клінічною класифікацією і діагностичною номенклатурою жіночої сексуальної патології.
14. Вивчити клінічні форми сексуальних порушень у жінок.
15. Первинна фригідність і різні її форми: паторефлекторна, дисрегуляторна, абстинентна, ретардаційна і конституційно-генетична.
16. Вивчити клінічні прояви вторинної (симптоматичної) фригідності.
17. Ознайомитися з псевдофригідністю, вагінізмом, геніталгіями, німфоманією.
18. Навчити лікувати різні форми первинної і вторинної сексуальної патології з призначенням курсової психотерапії.
19. Психотерапія подружньої пари.
20. Інші методи лікування жінок з сексуальними порушеннями, виходячи з характеру сексуальної патології.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми.

(міждисциплінарна інтеграція).

№	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови сечостатевих органів.
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості сексуальних реакцій жінок.
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез захворювань сечостатевої системи.
4	Гінекологія	Етіологія і патогенез захворювань гінекологічного профілю
5	Біохімія	Головні етапи гормонального впливу.
6	Фармакологія	Фармакологічні групи препаратів які впливають на активність ЦНС і активність статевих гормонів.
7	Психологія.	Закономірності психосоматичного розвитку людини.

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття

4.1 Основні терміни, параметри які повинен засвоїти студент при підготовці до

заняття.

№	Термін	Значення
1	Сексуальні порушення у жінок	Визначення поняття, ранні та діючі класифікації статевих розладів у жінок, основні чинники, які можуть призводити до порушення сексуальної функції у жінок, фактори які можуть гальмувати сексуальні прояви жінок.
2	Фригідність	Визначення поняття, ранні та діючі класифікації фригідності, первинна та вторинна підгрупи клінічних проявів гіпосексуальності у жінок, паторефлекторна, дисрегуляторна, ретардаційна, абстинентна, конституційно-генетична форми первинної фригідності, захворювання, які призводять до вторинної (симптоматичної) фригідності.
3	Вагінізм, геніталгія, німфоманія, аноргазмія, псевдофригідність	Визначення понять, ранні та діючі класифікації порушень.
4	Принципи лікування і реабілітації	Основні складності у лікуванні жінок, хворих статевими розладами, загальні принципи психотерапевтичної корекції статевих розладів у жінок, тактика лікування хворих з псевдофригідністю, особливості лікування вагінізму по В.І. Здравомислову, основні принципи профілактики сексуальних розладів у жінок.

4.2 Теоретичні питання до заняття

1. Дайте характеристику основних факторів, які можуть приводити до ураження сексуальної функції у жінок.
2. Які психогенні чинники можуть гальмувати сексуальні прояви у жінок?
3. Дайте характеристику раннім спробам класифікації статевих розладів у жінок.
4. Назвіть існуючі класифікації фригідності та охарактеризуйте кожну з них.
5. Охарактеризуйте первинну і вторинну підгрупи клінічних проявів гіпосексуальності у жінок (за Д.Л. Буртянським).
6. Дайте характеристику клінічних форм сексуальних порушень у жінок.
7. Загальна клінічна характеристика первинної фригідності.
8. Умови розвитку, клінічна характеристика, патогенетичні механізми та прогноз паторефлекторної форми первинної фригідності.
9. Умови розвитку, клінічна характеристика, патогенетичні механізми та прогноз дисрегуляторної форми первинної фригідності.
10. Умови розвитку, клінічна характеристика, патогенетичні механізми та прогноз абстинентної форми первинної фригідності.
11. Умови розвитку, клінічна характеристика, патогенетичні механізми та прогноз ретардаційної форми первинної фригідності
12. Умови розвитку, клінічна характеристика, патогенетичні механізми та прогноз конституційно-генетичної форми первинної фригідності.
13. Які випадки відносяться до вторинної фригідності?
14. Назвіть причинні захворювання, які призводять до вторинної (симптоматичної) фригідності.
15. Патогенез і клінічні прояви статевої холодності при органічних захворюваннях нервової системи.
16. Особливості перебігу фригідності при органічних захворюваннях спинного і головного

мозку.

17. Прояви статевої холодності при неврозах.
18. Особливості клінічних проявів вторинної фригідності при психопатіях.
19. Розвиток статевої холодності при урологічних та гінекологічних захворюваннях.
20. Сексуальні розлади у жінок при ендокринній патології. Особливості патогенезу і клінічних проявів.
21. Вплив зловживання алкогольними напоями на сексуальну функцію людини.
22. Що лежить в основі розвитку статевої холодності при хронічному алкоголізмі?
23. Етіологія, патогенез і особливості клінічних проявів псевдофригідності.
24. Етіологія, патогенез і особливості клінічних проявів вагінізму.
25. Етіологія, патогенез і особливості клінічних проявів геніталгій.
26. Дайте клінічну характеристику німфоманії, назвіть патогенетичні фактори, які призводять до даного стану.
27. У чому полягають основні складнощі системи лікування жінок, хворих статевими розладами?
28. Які особливості психотерапевтичного впливу при жіночих сексуальних порушеннях?
29. Які загальні принципи психотерапевтичної корекції статевих розладів у жінок?
30. У чому полягає лікування паторефлекторної форми первинної фригідності?
31. Назвіть основні психотерапевтичні техніки при паторефлекторному варіанті первинної фригідності.
32. Як лікувати дисрегуляторну форму фригідності?
33. Розкажіть про основу медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування різних форм статевої холодності?
34. Яке лікування доцільно при абстинентній формі первинної фригідності?
35. Що таке ретардаційна форма первинної фригідності та як її лікують?
36. У чому полягає лікування конституційно-генетичної форми фригідності?
37. Які фактори слід враховувати, призначаючи хворим з фригідністю гормональні препарати?
38. Тактика лікування хворих з псевдофригідністю.
39. Які особливості лікування вагінізму за В.І. Здравомисловим?
40. Розкажіть про лікування психогенних і соматогенних геніталгій.
41. Яка тактика лікаря-сексопатолога при лікуванні жіночої гіперсексуальності?
42. Назвіть групи чинників, що призводять до виникнення і розвитку різних форм сексуальних розладів у жінок.
43. Які існують неправильні способи попередження вагітності, що практикуються деякими жінками, і як вони впливають на розвиток сексуальної жіночої патології?
44. У чому полягає небезпека перерваних і пролонгованих статевих актів щодо сексуального здоров'я жінки?
45. Чим обумовлені рецидиви первинної фригідності?
46. Які основні принципи профілактики сексуальних розладів у жінок?

Зміст теми:

Походження сексуальних розладів у жінок може бути різним. Серед причин основне значення мають психогенні чинники, які легко можуть гальмувати сексуальні прояви. Це ті ж фактори, які сприяють розладам чоловічої потенції, але у жінок, які відрізняються підвищеною емоційністю, вразливістю і чутливістю, вони набувають більшої патогенності. Деякі автори віддають пріоритет проміжним станам.

Заслугує на увагу також твердження дослідників Л.Ненадовіча, О.О. Воїнова, Л.Я. Якобзона, М.О. Петрова-Маслякова і інших про вплив на сексуальну функцію жінок перерваних статевих актів. Вони вважають, що при систематичному практикуванні перерваних статевих актів може відбуватися "застійне збудження", розлади рецепторного апарату, внаслідок застійних явищ в органах малого таза.

З.В. Рожановською було встановлено, що при перерваному статевому акті 67% жінок ніколи не відчували оргазму.

Існує тісна залежність між статевим задоволенням і наявністю гінекологічного захворювання. Так, серед жінок, які не відчували оргазму, гінекологічно здоровими були лише 30,5%.

Також деякі дослідники вважають, що з точки зору еволюційного розвитку здатність жінки відчувати оргазм є побічним ефектом, і не всі жінки володіють такою можливістю. Також ці автори вважають, що відсутність оргазму не впливає на здоров'я жінки.

Існує думка, що відсутність оргазму у жінок, не дивлячись на сексуальне задоволення, може привести до гінекологічних захворювань і емоційних порушень.

Фактором гіпосексуальності жінок, який часто зустрічається, є психологічна заборона, в основі якої знаходиться страх, ворожість, почуття суперечливості та образи. Роберт Лату Дікінсон вважає, що страх - провідна причина, яка заважає вільно мати сексуальні стосунки. Карл Август Меннінгер класифікує емоційні бар'єри, які спостерігаються у жінок, таким чином:

- 1) сильний страх, почуття провини, страх потрапити в залежність від чоловіка;
- 2) страх перед болем, боязнь вагітності;
- 3) почуття ворожості, ненависті, відрази, агресії, образи;
- 4) сильне почуття любові до іншого чоловіка, жінки або до себе самої.

Фригідність може супроводжуватися іншими формами сексуальної дисфункції - відчуттям болю, хворобливими спазмами м'язів піхви, які викликані почуттям сексуального страху.

Причиною статевої холодності може бути недовіра до сексуальності взагалі і гетеросексуальних стосунків зокрема, пов'язане з неправильним вихованням. До фригідності можуть призводити тимчасові психологічні стани і недовіра, пов'язані з несприятливим оточенням, втомою і зайнятістю, а також з помилковим уявленням про природу сексуального збудження і оргазму у жінок.

Однією з причин патології, на думку деяких авторів, є неправильна поведінка чоловіка, який не може забезпечити потрібне збудження жінки для того, щоб вона відчувала сексуальне задоволення.

У наукових роботах останніх років також відзначається залежність сексуального розладу і сексуальної активності від статевої конституції подружжя, яка в значній мірі визначає стійкість або чутливість організму до впливу на сексуальну функцію патогенних факторів.

Слід зазначити патогенний вплив на сексуальну функцію штучного переривання вагітності, яке може призводити до сексуальної гіпестезії, гіпо- і навіть аноргазмії.

Численні спостереження доводять, що фригідність може проявлятися як у вигляді відсутності або зниження лібідо, сексуальної гіпестезії і зниження або відсутності оргазму, так і у вигляді їх поєднаного ураження.

Клінічна класифікація та діагностична номенклатура жіночої сексуальної патології.

Перші спроби дати клінічну класифікацію статевих розладів у жінок були тільки в 20-х роках ХХ століття. Так, М.С. Маргуліс розрізняв 8 форм таких порушень:

- 1) знижений статевий потяг при деяких захворюваннях, зокрема при цукровому діабеті, при зловживанні алкоголем, морфієм, курінні або через психосексуальний інфантилізм внаслідок патологічного формування лібідо;
- 2) недостатність статевого акту. Жінка з нормальним статевим потягом утримується від статевих відносин в результаті впливу навколишнього середовища (особливостей виховання і т.п.), що може призвести до неврозів і статевих перверсій;
- 3) патологічно підвищений статевий потяг, найчастіше церебрального генезу, але іноді периферичного;
- 4) надмірність статевих актів (до 8-10 зв'язків щодня), яка може привести до нервово-психічних порушень, втрати лібідо і ін.;
- 5) вагінізм;
- 6) мастурбації - механічні та психічні;
- 7) розлади чутливості - болі, свербіж вульви, тазові невралгії, радикуліти, плексити, які

виникають внаслідок запальних захворювань жіночої статеві сфери, порушень вегетативно-судинної іннервації і обміну речовин;

8) перерваний статевий акт, який практикується як засіб попередження вагітності, що може привести до розвитку деяких захворювань - метритів, хронічних запалень маткових зв'язок, порушень тону вегетативної нервової системи та ін.

М. Hitschman, Е. Berger розрізняли шість форм фригідності:

- 1) тотальну фригідність з вагінальною анестезією;
- 2) тотальну фригідність з вагінальною гіпестезією;
- 3) відносну фригідність з вагінальною гіпестезією;
- 4) відносну фригідність при наявності на початку статевому акту адекватних вагінальних відчуттів, які не закінчуються оргазмом;
- 5) кліторний оргазм з вагінальною анестезією;
- 6) фригідність німфоманічного типу.

На думку Н.В. Іванова дана класифікація не дозволяє зробити висновки в лікувальному відношенні. Пол Матуссек розрізняє тільки три форми фригідності:

симптоматична фригідність, обумовлена хворобливими відчуттями внаслідок вроджених або придбаних органічних змін статевих органів;

псевдофригідність, в основі якої лежить аномалія розвитку потягу;

справжня фригідність, що характеризується відсутністю вагінального оргазму внаслідок невротичних установок.

Вільям Крогер розрізняє три типи фригідності: "оральнофіксований"; з регресією в анальну фазу; "фалічна" регресія. Дану класифікацію побудовано на психоаналітичних уявленнях і тому має недоліки, характерні для цієї системи поглядів.

Н.В. Іванов розрізняє три основні форми статевих розладів у жінок. Перша форма - фригідність (статева холодність). Вона може виникати через зниження сексуального потягу в результаті затримки формування його чуттєвого компонента, психогенного або соматогенного сексуального потягу. Фригідність, на думку автора, може бути наслідком парціального розкриття сексуального потягу (здійснення статевого задоволення на попередньому етапі), може обумовлюватися незадоволеною потребою в оптимумі збуджуючих дій, приєднанням негативних емоцій, порушенням сумачії подразників, необхідних для настання оргазму, фіксацією раніше утворених негативних умовних реакцій.

Іншою формою статевого розладу автор вважає вагінізм, який виникає внаслідок гінекологічних захворювань або психогенних причин, і третій - функціональні алгії в області геніталій.

При описі клінічної картини зазначених форм розладів Н.В. Іванов оцінює послідовні етапи сексуального потягу жінки, що представлені у вигляді психофізіологічних фаз: почуття любові, періоду попередніх ласк, специфічного емоційного стану готовності, фрікцій, еякуляції та оргазму, періоду *satisfactio*, що вигідно відрізняє його класифікацію від інших. Але і ця класифікація не враховує багатьох важливих етіологічних факторів (інтоксикацій, психопатій, неврозів), а також недостатньо відображає сучасні уявлення про те, що порушення статевої функції не завжди є самостійним захворюванням. Автор поширює вплив психогенних і соматогенних чинників тільки на першу фазу статевого циклу, хоча вони є головними факторами в порушенні другої і наступних фаз.

О.О. Габелія розрізняє чотири форми статевих розладів:

фригідність - статеву холодність - відсутність оргазму при нормальному статевоу потязі, емоційної прихильності до чоловіка. Автор розділяє її на первинну - нездатність досягнення оргазму з самого початку статевого життя, не дивлячись на прихильності до чоловіка і статеву збудження і нормальне лібідо, вторинну - в результаті захворювань після пологів. Відносну - оргазм не настає при відсутності певних зовнішніх умов або з певним чоловіком і псевдофригідність, коли можливість оргазму збережена, але жінка не досягає його через випадкові обставини;

відсутність статевого інтересу (потягу) або статеву ангедонію у вигляді стійкої втрати статевого потягу на основі гіпотиреоїдизму, повноти, страху завагітніти, гомосексуалізму

і т.п., або у вигляді субтотальної форми, коли статеве задоволення досягається шляхом попереднього подразнення піхви або клітора при відразі до статевому акту;

статева анестезія (гіпестезія), що виникає при анатомічній неповноцінності м'язів тазового дна, піхви, а також на психогенній підставі і відбивається у відсутності специфічних відчуттів під час статевому акту. При цьому стан оргазму досягається важко або зовсім не досягається;

ускладнення, пов'язані з сексуальними порушеннями, - гостре або хронічне емоційне напруження, іпохондрія і депресія, застійні явища в статевих органах, свербіж вульви і болючість при дефекації, рясна лейкорей, неспецифічні кольпіт і ендометрити, фіброматоз матки, масталгії і мастопатії, в тому числі при тривало існуючій статевій незадоволеності - фіброаденоми молочних залоз.

Наведена класифікація не охоплює всіх форм статевих розладів у жінок і не посиляється на послідовні фази статевому циклу, на відміну від класифікації Н.В.Іванова, яка більш детально відображає етіологічну і патогенетичну структуру захворювання.

В.І. Здравомислов розробив таку класифікацію фригідності в залежності від виразності і початку прояву сексуального розладу: первинна повна фригідність; вторинна повна фригідність і часткова фригідність. Ця класифікація не орієнтує лікаря на визначення причин статевої холодності.

А.М. Свядош дотримується думки, що фригідність може мати як тимчасовий, так і постійний характер. Залежно від причин, які її викликали, автор розрізняє ретардаційну фригідність, пов'язану з затримкою розвитку статевого почуття і має тимчасовий характер. Симптоматичну, яка є проявом якого-небудь основного захворювання (органічного захворювання головного або спинного мозку, гінекологічних захворювань, хронічної інтоксикації і ін.). Психогенну, що виникає при гальмуванні сексуальних функцій психічними факторами і конституційну фригідність, в основі якої лежить вроджена недостатність психосексуальних функцій. Причина цієї форми фригідності не визначена.

П.І. Загородній розрізняє такі синдроми сексуальних розладів у жінок: ослаблення всіх фаз статевому циклу, аж до повної їх відсутності; ослаблення (відсутність) статевому потягу; ослаблення (відсутність) секреторно-еректорної фази; ослаблення (відсутність) рухово-оргастичної фази з ослабленням або відсутністю оргазму; ослаблення (відсутність) оргазму при "збереженій" рухово-оргастичній фазі. Ця класифікація синдромів ототожнює їх з фазами або стадіями копулятивного циклу. На наш погляд, більш правильним є виділення синдромів за складовими копулятивного циклу - нейрогуморальна, психічна, генітально-сегментарна.

На підставі накопиченого клінічного досвіду П.І. Загородній приходить до висновку, що сексуальні розлади у жінок викликаються тими ж соматогенними і психогенними факторами, що і у чоловіків. Основні патогенетичні форми (синдроми) захворювань, на думку автора, свідчать про порушення тієї чи іншої фази статевому циклу або одночасно декількох в різних комбінаціях. Виходячи з цього, автор вважає за можливе прийняти єдину етіологічну класифікацію основних захворювань, при яких спостерігаються статеві розлади у жінок та у чоловіків.

Таким чином, проведений аналіз літературних даних переконує в тому, що до теперішнього часу немає достатньо універсальної класифікації сексуальних розладів у жінок, яка охоплювала б усі клінічні варіанти цих розладів і базувалася б на їх етіологічній природі, що визначає розвиток цілого ряду різних за своєю суттю форм захворювань. Разом з цим розробка критеріїв диференційної діагностики різних форм сексуальних розладів у жінок і вибір методів їх етіопатогенетичної терапії неможливі без розробки єдиної клінічної класифікації цієї патології.

Відзначено залежність перебігу копулятивного циклу і сексуальної активності від статевої конституції подружжя. Вона в значній мірі визначає і стійкість або чутливість організму до впливу патогенних факторів на статеву функцію. Клінічна практика доводить, що ті або інші чинники у одних осіб можуть викликати важкі розлади сексуальної функції, а в інших не призводять до яких-небудь її порушень.

Розвиток сексуальної патології у жінок може бути наслідком різних причин і умов. В

одних випадках її виникнення відбувається на тлі соматичного благополуччя, не пов'язане з будь-яким захворюванням організму і виступає в якості самостійної патології. Вона може бути обумовлена певними зовнішніми причинами, конституційними факторами або систематичними вільними порушеннями фізіологічної програми статевому акту. В інших випадках прояв алібідемії, аноргазмії, геніталгії та інших різноманітних розладів може виступати в якості специфічних сексопатологічних синдромів різних захворювань організму.

Слід мати на увазі, що статеві розлади у одних жінок можуть виступати виключно у вигляді зміни характеристик копулятивного циклу, які не є перешкодою до статевому життю, але порушують статеву функцію. У інших жінок статеві розлади змінюють програму копулятивного циклу таким чином, що, поряд зі змінами його фізіологічних характеристик, з'являються додаткові, невластиві нормальному статевому акту симптоми, що перешкоджають статевим зносинам (вагінізм, геніталгії).

Таким чином, різні форми сексуальних розладів у жінок можна розділити на 2 групи. До першої з них слід віднести різні форми психосексуальних розладів, які не є перешкодою для статевому життю. До цієї групи належать, зокрема, прояви гіперсексуальності та різні форми статевої холодності у жінок. Другу групу складають різні клінічні варіанти психосексуальних розладів, при яких виникають прояви, не властиві фізіологічній програмі копулятивного циклу, і створюють певні перешкоди для статевих зносин, аж до їх неможливості. До цієї групи розладів слід відносити різні варіанти геніталгій і вагінізму.

Порушення фізіологічної програми копулятивного циклу, які не створюють перешкод для статевих зносин, можуть мати форму патологічного підвищення або зниження сексуальної функції, тобто гіперсексуальності або фригідності.

Ретельний аналіз розвитку, особливостей формування та проявів гіперсексуальності та статевої холодності у жінок дозволили розділити їх клінічні форми на дві основні підгрупи - первинну і вторинну (симптоматичну) сексуальну патологію. До первинної гіперсексуальності і фригідності ми відносимо випадки їх розвитку як патології, яка первинно проявляється і виникає без зв'язку з будь-яким іншим захворюванням.

До вторинної гіперсексуальності і фригідності віднесені статеві розлади, які є специфічним синдромом різних захворювань організму. До числа причинних захворювань, які призводять до вторинної фригідності, відносяться неврози, психопатії, психози, органічні захворювання центральної і периферичної нервової системи, ендокринна патологія, урологічні, гінекологічні та інші соматичні захворювання.

Певний відсоток жінок, які звертаються за медичною допомогою до сексопатолога зі скаргами на розлади сексуальної сфери, становлять особи, у яких при ретельному обстеженні не визначається ніякої сексуальної патології. При цьому виявляються помилкові інтерпретації фізіологічних коливань або особливостей перебігу копулятивного циклу, адекватних умов реалізації статевої функції, характеристики якої не є показниками патології. Подібні варіанти названі псевдофригідністю.

Клінічні форми сексуальних порушень у жінок.

Практичний досвід показує, що найбільш частою формою сексуальних розладів у жінок є статева холодність (фригідність). Як зазначено вище, крім різних форм первинної та вторинної фригідності практичне значення мають також вагінізм і геніталгії.

Клінічне розмежування і диференціальна діагностика різних форм сексуальної патології у жінок досить важливі для вибору раціональних методів лікування, а також профілактики захворювання і його рецидивів.

Розглянемо особливості окремих клінічних форм фригідності.

Клініка первинної фригідності.

До первинної фригідності слід віднести випадки статевої холодності, яка розвивається без зв'язку з будь-якою патологією організму.

Різнноманітні причини виникнення первинної фригідності, а також особливості клінічної симптоматики та перебігу захворювання дозволяють виділити 5 її клінічних форм: паторефлекторну, дисрегуляторну, абстинентну, ретардаційну і конституційно-

генетичну, характеристика яких наводиться нижче.

Паторефлекторна форма

Вивчення умов розвитку первинної фригідності показало, що у переважної більшості хворих в її основі знаходиться зрив нервової регуляції статевому акту з порушенням його фізіологічної програми і подальшим закріпленням за механізмами невротичної фіксації з утворенням патологічного рефлексу. Найбільш частою причиною первинної фригідності є патологічна фіксація на першому невдалому статевому акті внаслідок зовнішнього гальмування. До числа факторів, що призводять до розвитку фригідності за цим механізмом, відносяться: грубе насильство, несприятливі умови статевому акту, раптовий вплив сильних подразників слухового або зорового аналізаторів (раптовий різкий звуковий ефект, яскраве світло і т.п.), а також різкі больові відчуття.

У певної кількості жінок статеву холодність розвивається в зв'язку з патологічною фіксацією на першому невдалому статевому акті, який обумовлений внутрішнім гальмуванням. Причинами розвитку фригідності за цим механізмом є вимушені статеві зносини з негативною емоційною установкою на партнера, страх перед дефлорацією, боязнь вагітності або зараження венеричними захворюваннями, установка на неповноцінність, невідповідність чоловіка ідеалу, невпевненість в міцності сімейних відносин, неправильні психологічні установки в зв'язку з надмірною строгістю виховання і т.п.

Основу багатьох випадків розвитку даної форми первинної фригідності становить невідповідність сумарної подразнень при статевих зносинах, виробленому стереотипу відчуттів внаслідок мастурбації, а також зміна оптимального стереотипу програми статевому акту.

Часто причиною первинної фригідності може виступати патологічний умовний рефлекс, утворений невротичною фіксацією випадків аноргазмії, і який є наслідком різних гострих інфекційних захворювань або інших шкідливих чинників (алкогольне сп'яніння), що призводять до короткочасної статевої гіпестезії (патологічний умовний рефлекс на хворобливий стан).

Нарешті, фактором розвитку первинної фригідності може бути невротична фіксація (за механізмом патологічного умовного рефлексу) різноманітних фізіологічних коливань функціонування статевої сфери в результаті стомлення, яке може бути причиною сексуальної гіпестезії і аноргазмії. Слід також відзначити можливість умовно-рефлекторної фіксації жінками часу, місця, пози і конкретного оточення як обов'язкових умов статевому акту, без яких нормальна реалізація програми копулятивного циклу стає неможливою.

Загальним механізмом розвитку статевої фригідності при впливі вищезазначених причин є утворення патологічного умовного рефлексу. У зв'язку з цим зазначена форма фригідності отримала назву паторефлекторної.

Розвиток паторефлекторної форми фригідності, як правило, має гострий, рідше підгострий характер. Анамнестичні дослідження хворих дозволяють встановити конкретні причини і умови, які стали етіологічним і патопластичним фактором розвитку сексуальної патології.

Аналіз клінічної симптоматики фригідності показав, що в більшості випадків при паторефлекторній формі фригідності статевий потяг, як правило, не слабшає. Зниження лібідо спостерігається тільки в тих випадках, коли статеву холодність розвивалася за механізмами внутрішнього гальмування. Більш вираженим стає порушення чуттєвого компонента статевому акту у вигляді гіпестезії, яка тільки у виняткових випадках досягає ступеня сексуальної анестезії. Провідним симптомом паторефлекторної форми первинної фригідності є порушення оргазму, яке найчастіше має характер аноргазмії. Тільки у випадках підгострого перебігу захворювання, на перших етапах його розвитку, воно буває менш виразним і має характер гіпоргазмії.

Показники сексуальної формули жінки з паторефлекторною формою фригідності (по запитальнику СФЖ) свідчать про наявність у таких хворих цілого ряду відхилень від норми.

У більшості жінок спостерігається зниження інтересу до статевих стосунків. До статевих актів вони байдужі. У всіх хворих цієї групи має місце відсутність оргазму при статевих зносинах в звичайних для них умовах. У той же час у цих хворих оргазм може спостерігатися при сновидіннях еротичного змісту. Це явище може мати диференційно-діагностичне значення.

Більшість жінок, які страждають паторефлекторною формою первинної фригідності, після статевих зносин відчувають невідраговане статеве збудження, яке супроводжується відчуттям приниження, досади і тужливості.

Паторефлекторна форма первинної фригідності розвивається переважно у молодих жінок зі слабкою і середньою статевою конституцією.

Структурний аналіз сексуального порушення у хворих з цією формою фригідності визначає наявність стрижневого ураження психічної складової копулятивного циклу, яке, найчастіше, має ізольований характер, відображаючи патологічну невротичну фіксацію на сексуальному зриві, яка присутня у хворих. Разом з цим, у деяких хворих ураження психічної складової поєднується з ослабленням нейрогуморальної складової копулятивного циклу, яке обумовлене дисгармонією статевих розвитку.

Патопластичним фактором розвитку паторефлекторної форми первинної фригідності є характерологічний склад особистості з перевагою афективної нестійкості і астенічний тип соматичної конституції.

Клінічна симптоматика зазначеної форми фригідності супроводжується, як правило, розвитком вторинних невротичних розладів. Їх формування визначає залежність як від типологічних особливостей хворих і їх реакції на патологію, що виникла, так і від внутрішньосімейної конфліктної ситуації, обумовленої психологічним резонансом проявів сексуального розладу, які присутні у хворих. Особливе місце займає симптоматика, зумовлена загостренням характерологічних рис хворих. Найчастіше спостерігається дратівлива слабкість, емоційна нестійкість, виникнення різного роду нав'язливостей, і, зокрема, нав'язливого очікування невдачі при статевому акті.

Наявність фригідності та поява невротичного очікування невдачі, як правило, відображаються на характері міжособистісних відносин подружжя. Супутні фригідності, поява почуття досади, незадоволення і, навіть, відчуження у дружини, а також нерозуміння, підозри і ревності у чоловіка приводять до дисгармонії подружніх відносин. Виникає конфліктна ситуація, яка, в свою чергу, негативно впливає на сексуальну потенцію подружньої пари.

Перебіг паторефлекторної форми первинної фригідності відрізняється регредієнтністю. При проведенні раціонального комплексного лікування і наступних психопрофілактичних заходів прогноз захворювання стає сприятливим.

Дисрегуляторна форма

Фригідність, яка проявляється первинно, може також розвиватися внаслідок систематичного застосування перерваних статевих актів (*coitus interruptus*).

На думку М.А. Петрова-Маслакова у жінок в результаті перерваних статевих зносин в геніталіях виникають вогнища "застійного збудження" і підвищене кровопостачання, а також роздратування рецепторного апарату. При багаторазовому розвитку подібних станів можуть з'являтися порушення функціонування геніто-сегментарного апарату і розлади нервової регуляції статевої функції.

Дані сучасної нейрофізіології з урахуванням вищевказаних механізмів дозволяють зробити висновки про те, що в основі зривів нервової регуляції сексуальної діяльності можуть бути:

- 1) стресові ситуації, зумовлені напруженням очікуванням моменту переривання статевих актів в зв'язку з страхом вагітності. Вони призводять до змін функціонального стану нейроендокринної системи, яка регулює статеву функцію;

- 2) вогнища застійного збудження в центрах головного і спинного мозку, які є наслідком переривання статевих актів перед оргазмом або під час його, і який через це (передчасне закінчення статевих зносин) виявляється незавершеним.

- 3) Явища гемостазу в органах малого тазу та обумовлене цим тривале подразнення

рецепторного апарату статевих органів жінки. Це призводить до зміни властивостей нервової інформації, яка просувається каналами прямого зв'язку до мозкових центрів, що може відображатися на їх діяльності та впливати таким чином на нервову регуляцію статевої функції.

Розвиток дисрегуляторної форми фригідності відбувається, як правило, поступово. Найбільш характерним її проявом є поєднання сексуальної гіпестезії і гіпоргазмії (аноргазмії) або ізольована аноргазмія. Ці клінічні симптоми часто супроводжуються появою геніталгії, яка є наслідком патологічних змін в геніталіях в зв'язку з застоєм крові в органах малого таза.

Дана форма фригідності розвивається, в основному, у жінок зі слабкою і середньою статевою конституцією. Вона виникає переважно у осіб з вагінальним і цервіковагінальним типами оргазму. Зазначена форма статевої холодності спостерігається найчастіше у жінок, схильних до інертності психоемоційних процесів. Такі хворі в більшості випадків характеризуються нерішучістю, схильністю до сумнівів, підозрілістю і т.ін.

Клінічні прояви сексуальних порушень при зазначеній формі фригідності супроводжуються розвитком невротичних розладів. Останні часто складаються з акцентуації характерологічних рис хворих і розвитку неврастенічного симптомокомплексу.

Перебіг дисрегуляторної форми первинної фригідності характеризується періодичними коливаннями інтенсивності її клінічних проявів, які знаходяться в зв'язку з місячним циклом.

Показники СФЖ свідчать про те, що у більшості жінок при даній формі статевої холодності спостерігається байдужість і, навіть, відраза до статевих стосунків, яким вони не перешкоджають тільки з почуття обов'язку або в зв'язку з бажанням уникнути конфлікту з чоловіком. У всіх хворих з цією формою фригідності спостерігається гіпо- або аноргазмія, причому у переважної більшості з них після статевих зносин виникає відчуття тяжкості в статевих органах і навіть геніталгії.

Структурний аналіз сексуального порушення при дисрегуляторній формі первинної фригідності вказує на те, що у хворих присутнє стрижневе ураження психічної складової копулятивного циклу, що, швидше за все, є результатом емоційної напруги в зв'язку з наявністю домінуючого страху перед вагітністю, який обумовлює систематичні переривання статевих актів. У багатьох жінок спостерігається ураження геніто-сегментарної складової в результаті застою крові в органах малого таза, обумовленого статевим збудженням і відсутністю оргазму. Це може бути також причиною хронічного запалення придатків, матки, що може в свою чергу поглиблювати сексуальну патологію. Досить часто спостерігається також ослаблення нейрогуморальної складової, яке, як правило, має місце у осіб зі слабкою статевою конституцією і грає роль патопластичного фактора в розвитку статевої холодності.

Абстинентна форма

Розвиток статевої холодності у жінок може бути також наслідком вимушеного тривалого утримання від сексу, яке, як відомо, призводить до згасання умовних рефлексів, які беруть участь в реалізації фізіологічної програми статевого акту. Її розвиток спостерігається переважно в осіб середнього і старшого похилого віку, які до періоду вимушеного тривалого утримання мали регулярне статеве життя відповідно до умовного фізіологічного ритму (УФР). Слід зазначити, що тривала перерва в статевому житті, пов'язана з останньою вагітністю та пологами, до фригідності не приводить. Це пояснюється особливим станом статевої сфери, нейрогуморальною перебудовою організму і появою нової домінанти материнства, які визначають інший характер психофізіологічних реакцій організму на тривалу перерву в статевому житті.

Клінічні прояви абстинентної форми первинної фригідності спостерігаються відразу після періоду тривалого утримання від сексу і найчастіше проявляються у вигляді поєданого ураження лібідо, гіпестезії статевих органів і притуплення або відсутності оргазму.

Слід при цьому зазначити, що якщо в перший період вимушеної статевої стриманості спостерігається посилення лібідо і поява еротичних сновидінь з нічними полюціями, то в результаті тривалого утримання від сексу, лібідо поступово знижується, і еротичні сновидіння зникають.

Показники сексуальної формули жінки (по запитальнику СФЖ) у осіб з абстинентною формою первинної фригідності свідчать про те, що більшість з них при статевому акті отримує більшу або меншу насолоду, але як правило не отримує оргазм. Переважно такі жінки відзначають, що вагінальний слиз виділяється у них не завжди. У більшості з них є присутньою обумовлена віком дисменорея, а у інших - менструації повністю відсутні.

Структурний аналіз сексуальних порушень при абстинентній формі фригідності свідчить про те, що у хворих найчастіше спостерігається ураження психічної, геніто-сегментарної і нейрогуморальної складових копулятивного циклу.

Ураження психічної складової при цій формі фригідності пов'язано із згасанням умовних статевих рефлексів і детренуванням сексуальної функції.

Ураження геніто-сегментарної складової, яке має місце у більшості хворих, може бути наслідком супутньої гінекологічної патології.

Ослаблення нейрогуморальної складової пояснюється дисгармонією статевого розвитку, який спостерігається у частини хворих, або віковими змінами нейроендокринної системи, що грають патопластичну роль у розвитку фригідності.

Слід зазначити, що тривале утримання від сексу не завжди призводить до розвитку фригідності. За нашими спостереженнями це в певній мірі залежить від віку хворих, від їх статевої конституції. У молодому віці абстинентна форма первинної фригідності розвивається тільки у жінок зі слабкою статевою конституцією, в літньому віці - також і в осіб із середньою і навіть сильною статевою конституцією.

У більшості хворих з абстинентною формою фригідності вторинні невротичні порушення є слабо вираженими. Це пояснюється тим, що встановлення факту абстинентної фригідності буває пов'язано з відновленням статевого життя, яке саме по собі є позитивним емоційним фактором в силу сприятливих змін мікросоціального оточення в зв'язку з нормалізацією особистого життя. Але у деяких хворих (переважно середньої вікової категорії) спостерігаються гіпотимічні реакції і деяке перебільшення характерологічних рис.

Перебіг абстинентної форми первинної фригідності часто має регресивний характер. Нормалізація жіночої потенції відбувається поступово. Спочатку відновлюється лібідо і зникає сексуальна гіпестезія, а потім з'являється оргазм.

Тривалість відновного періоду сексуальної функції у жінок має виключно індивідуальний характер, але, як правило, займає короткий проміжок часу, визначаючи пряму залежність від сили почуттів до статевого партнера і його сексуальної активності.

У жінок похилого віку прогноз абстинентної форми первинної фригідності менш сприятливий.

Ретардаційна форма

У деяких жінок, що досягли віку статевої зрілості і почали нормальні подружні стосунки, протягом тривалого періоду (від декількох місяців до декількох років) спостерігається відсутність статевого потягу, приємних відчуттів під час статевого акту і оргазму, які в подальшому без застосування будь-яких лікувальних заходів, змінюються на повноцінну фізіологічну програму статевого акту. Таке запізнile психосексуальне становлення може бути наслідком затримки статевого розвитку в пубертатному періоді, а також неправильного виховання дівчинки з виробленням в підлітковому і юнацькому віці негативної установки на статеве життя, а також перенесених в дитинстві захворювань, які призвели до затримки соматостатевого розвитку.

Фригідність, що розвинулася в зв'язку з вищевказаними умовами, становить ретардаційну форму первинної статевої холодності.

Ретардаційна форма фригідності характеризується ізольованою відсутністю оргазму або поєднаним зниженням або відсутністю лібідо, чуттєвого сексуального компонента і

оргазму.

Показники сексуальної формули жінки у осіб з ретардаційною формою первинної фригідності (по запитальнику СФЖ) свідчать про те, що у одних жінок спостерігається байдужість до статевому акту, а у інших при статевому акті виникають приємні відчуття, але оргазму не спостерігається. Переважна більшість жінок з ретардаційною формою первинної фригідності після статевому акту не відзначають ніяких неприємних відчуттів. Одні з них відзначають фізичну байдужість, інші моральне задоволення в зв'язку з тим, що принесли насолоду коханій людині. У деяких жінок з ретардаційною фригідністю спостерігалися передчасні менструації або їх затримка на кілька днів.

Структурний аналіз сексуального порушення у хворих з даною формою фригідності виявляє наявність стрижневого ураження нейрогуморальної і психічної складових копулятивного циклу, яке частіше має поєднаний характер. Ураження нейрогуморальної складової, яке присутнє у цих хворих, пояснюється дисгармонією або затримкою статевому розвитку, а психічної складової - психічним інфантилізмом.

Вивчення характерологічних особливостей жінок, які страждають ретардаційною формою первинної фригідності, вказує, що більшість з них відрізняється боязкістю, нерішучістю, сором'язливістю і пасивністю.

У жінок з ретардаційною формою фригідності вторинні невротичні розлади частіше бувають слабо вираженими, оскільки прояви статевої холодності не є для них актуальними. Що стосується емоційної лабільності, яка спостерігається у деяких хворих, то вона, як правило, буває обумовлена психічним інфантилізмом, а не реакцією на статеву холодність.

Клінічні прояви ретардаційної форми фригідності спостерігаються з самого початку статевому життя і мають зростаючий стійкий характер. В той же час прогноз цієї форми статевої холодності найчастіше сприятливий.

Факторами, які сприяють нормалізації копулятивного циклу у жінок з ретардаційною фригідністю, є вагітність і пологи, а також активність і винахідливість статевого партнера.

Конституційно-генетична форма

Статева холодність у жінок може стати наслідком вродженої неповноцінності морфо-функціональних структур, які становлять матеріальну основу статевого інстинкту і здійснюють нейрогуморальну регуляцію копулятивного циклу. Ця форма названа конституційно-генетичною. Вона проявляється з самого початку статевому життя, як правило, у вигляді поєданого зниження лібідо, сексуальної чутливості і оргазму, причому нерідко ступінь виразності цих проявів досягає відповідно алібідемії, сексуальної анестезії та аноргазмії.

Показники сексуальної формули жінки у хворих з конституційно-генетичною формою первинної фригідності (по запитальнику СВЖ) свідчать про те, що у більшості з них спостерігається байдужість до статевому життя. Як правило, особи, які страждають конституційно-генетичною формою фригідності, ніколи не відчували оргазму (навіть при еротичних сновидіннях). Статеві зносини, що мали місце, відбувалися у таких жінок без внутрішнього потягу в основному через почуття обов'язку, для того, щоб уникнути конфлікту або задовольнити бажання чоловіка.

У переважної більшості жінок, що мають конституційно-генетичну форму фригідності, виділення вагінального слизу до початку статевому акту відбувається не завжди, навіть при тривалих попередніх ласках. У багатьох з них спостерігаються нетривалі (1-3 дні) затримки менструацій.

Структурний аналіз сексуального порушення у хворих з цією формою фригідності свідчить про стержневе ураження нейрогуморальної і психічної складових копулятивного циклу. Ураження нейрогуморальної складової пояснюється затримкою або дисгармонією статевому розвитку. Слабкість психічної складової знаходиться в зв'язку з психічним інфантилізмом, який спостерігається у деяких хворих. Ураження геніто-сегментарної складової, як правило, є наслідком гінекологічних захворювань запального характеру.

Значна кількість жінок, які страждають цією формою фригідності, відрізняються

астенічною конституцією, слабкою виразністю вторинних статевих ознак і інертністю психо-фізіологічних процесів. Разом з тим серед зазначеного контингенту хворих зустрічалися і особи, у яких статева холодність поєднувалася з відсутністю порушення виразності вторинних статевих ознак.

Вторинні невротичні реакції при конституційно-генетичній формі фригідності, як правило, спостерігаються тільки у деяких хворих і бувають слабо вираженими. Хворі, як правило, мало реагують на свою сексуальну недостатність.

Перебіг конституційно-генетичної форми фригідності відрізняється інертністю з тенденцією до досить слабкої регресивності.

До вторинної фригідності відносять випадки ангедонії, сексуальної анестезії та аноргазмії, які знаходяться в причинно-наслідкових зв'язках з різними захворюваннями організму і є їхнім специфічним синдромом. До числа причинних захворювань, які призводять до вторинної фригідності, відносяться: неврози, психопатії, психози, органічні захворювання центральної і периферичної нервової системи, ендокринна патологія, урологічні, гінекологічні та інші соматичні захворювання.

Часто важко побачити пряму залежність між характером і глибиною соматичної патології і порушенням сексуальної функції у жінок. Найбільш вірогідним визначальним фактором при цьому є не стільки форма і тяжкість соматичного захворювання, скільки ступінь викликаного ним порушення нейрогуморальної регуляції сексуальної функції, яка характеризується багатомірністю чинників її забезпечення (психічний, нервово-рефлекторний, ендокринний, гуморальний).

Сексуальні розлади можуть бути наслідком захворювання різних систем організму, які обумовлені різноманітними етіологічними факторами.

Зупинимося на особливостях вторинної фригідності, яка розвивається внаслідок органічного ураження центральної нервової системи, неврозів, урогенітальної патології і ендокринних розладів, які є частою причиною симптоматичної фригідності.

Розвиток статевої холодності при органічних захворюваннях нервової системи може бути обумовлений патологічними змінами в області головного і спинного мозку, а також периферичного відділу нервової системи. Порушення сексуальної функції при цьому виявляють залежність від характеру і топіки ураження нервової системи, які визначають виникнення змін чутливої і рухової функції:

- 1) розладів нервово-рефлекторної діяльності;
- 2) нейрогуморальних зрушень;
- 3) порушень психоемоційної сфери.

Кожен з цих факторів, як відомо, може бути основою порушення регуляції статевої функції.

При органічних захворюваннях головного мозку, як правило, спостерігається поєднане ураження нейрогуморальної, геніто-сегментарної і психічної складових копулятивного циклу. Клінічні прояви фригідності в таких випадках характеризуються ізолюванням або поєднаним ураженням лібідо, сексуальної чутливості і оргазму. Слід зазначити, що в залежності від топіки ураження змінюються клінічні прояви фригідності. У деяких випадках появи стійкої і вираженої статевої холодності може передувати підвищення статевого потягу і навіть поліоргазмія.

При патології спинного мозку найчастіше спостерігається ізолюване або поєднане ураження нейрогуморальної і геніто-сегментарної складової копулятивного циклу. У подібних випадках симптоматика фригідності складається з переважного зниження сексуальної чутливості і гіпо- або аноргазмії. Найбільш виразними виявляються прояви фригідності при патологічних змінах з боку попереково-крижових сегментів спинного мозку і вегетативних вузлів тазової області. У таких хворих уражається, головним чином, геніто-сегментарна складова копулятивного циклу. Подібні прояви фригідності спостерігаються також при патології третього-п'ятого крижових сегментів, які інервують сечостатеву систему.

Прояви статевої холодності при неврозах, психопатіях і деяких формах психотичних станів зустрічаються досить часто.

Клінічні форми неврозів в багатьох випадках впливають на характер і виразність фригідності.

При неврастенії найчастіше визначаються сукупні ураження психічної і нейрогуморальної складової копулятивного циклу. Прояви статевої холодності у хворих з неврастенією включають більш-менш виразне зниження лібідо, сексуальної чутливості і оргазму, яке тільки в деяких випадках досягає ступеня алібідемії і аноргазмії.

При істерії, як правило, спостерігається ураження психічної складової копулятивного циклу, яке може поєднуватися з ослабленням нейрогуморальної складової. У хворих з істерією фригідність проявляється у вигляді сексуальної гіпестезії, і навіть анестезії, яка поєднується з ослабленням або відсутністю оргазму, причому у деяких хворих статевий потяг буває нормальним або кілька підвищеним. Може мати місце і ізольоване зниження лібідо при збереженні сексуальної чутливості і оргазму. Слід зазначити, що при істерії досить часто прояви статевої холодності поєднуються з більш-менш вираженою геніталгією і вагінізмом.

При неврозі нав'язливих станів і психастенії найчастіше спостерігається ізольоване ураження психічної складової копулятивного циклу. Клінічні прояви фригідності у таких хворих характеризуються зниженням лібідо і оргазму внаслідок афективних нав'язливостей і фобій, які відіграють домінуючу роль в свідомості і поведінці хворих.

При розвитку статевої холодності внаслідок інших форм психічних захворювань (депресивні, іпохондричні, параноїдальні стани) і різноманітних варіантів психопатій констатується переважне ураження психічної складової копулятивного циклу. У цього контингенту хворих статева холодність характеризується виразним зниженням лібідо і оргазму аж до алібідемії і аноргазмії внаслідок домінуючої значущості афективних розладів, хворобливих інтерпретацій, нав'язливості і маячних переживань.

Розвиток статевої холодності при урологічних та гінекологічних захворюваннях пов'язаний не тільки зі змінами функціонального стану статевих органів, а й з впливом цієї патології на загальний стан організму і особистісної реакції хворих на важку для них ситуацію, яка виникла в зв'язку з захворюванням. У цього контингенту хворих частіше спостерігається ураження геніто-сегментарної, нейрогуморальної і психічної складових копулятивного циклу.

Саме по собі захворювання статевих органів жінок не завжди призводить до розладу сексуальної функції, але навіть незначні порушення діяльності статевих органів можуть супроводжуватися сексуальними розладами. Це в значній мірі залежить від стану нервової системи, від ступеню і форми конституційно-особистісної реакції хворих на соматичну патологію.

Деякі автори вказують на закономірний зв'язок між виразністю сексуального розладу при урогенітальній патології і ступенем збереження різних компонентів ендокринного забезпечення статевої функції.

При різних урогенітальних захворюваннях може виникати ізольоване або поєднане зниження лібідо, сексуальної чутливості і оргазму.

При різних формах ендокринної патології сексуальні розлади у жінок спостерігаються відносно часто і є складовою частиною клінічних проявів захворювань ендокринної системи. У більшості випадків вони розвиваються поступово і мають прогресивний характер.

Провідним чинником, який лежить в основі порушення копулятивного циклу у даного контингенту хворих, є ураження нейрогуморальної складової, що обумовлено розладом нейроендокринної регуляції статевої функції.

Клінічні прояви статевої холодності при ендокринних захворюваннях мають вигляд ізольованого або поєданого розладу лібідо, сексуальної чутливості і оргазму. Виразність і перебіг фригідності знаходяться в прямій залежності від форми і тяжкості ендокринної патології і ступеню компенсаторних можливостей організму.

Відомо, що зловживання алкогольними напоями негативно впливає на сексуальну функцію жінок. При цьому дуже часто спостерігається ослаблення статевого потягу і сексуальна гіпестезія, а також гіпо- та аноргазмія, які часто мають поєднаний характер. У

багатьох жінок, які зловживають алкоголем, спостерігаються симптоми сексуальної дезадаптації і вегетативної нестійкості, які нагадують зміни в клімактеричному періоді.

В основі розвитку статевої холодності при хронічному алкоголізмі лежить поєднане ураження переважно нейрогуморальної і психічної складових копулятивного циклу. Вона зумовлена інтоксикаційною енцефалопатією, яка супроводжується як психічними порушеннями, так і розладами нейрогуморальної регуляції внутрішнього середовища організму.

При хронічному палінні може бути присутнім зниження сексуальної чутливості, яке нерідко супроводжується притуплюванням оргазму.

Псевдофригідність

Серед жінок, які зверталися за лікувальною допомогою до лікаря-сексопатолога в зв'язку зі статевою холодністю, досить часто зустрічаються особи, у яких при ретельному сексологічному обстеженні розлад статевої функції не спостерігається, але визначається неправильна оцінка та інтерпретація власних сексуальних можливостей. Окреслені варіанти були названі нами псевдофригідністю.

Вивчення причин та умов, які призвели до неправильних висновків жінок щодо власної сексуальної неповноцінності, дозволяє виділити наступні варіанти псевдофригідності:

Дисгармонійний варіант - це результат неправильних оціночних і поведінкових реакцій жінок у випадках невідповідності темпераментів (статевої активності) і діапазону прийнятності подружжя, наявності у чоловіка статевої слабкості, а також недоліків техніки статевого акту.

Дезінформаційний варіант псевдофригідності є наслідком неправильних оціночних і поведінкових реакцій жінок в зв'язку з хибними уявленнями про норму і патології сексуальної функції, що може призвести до пред'явлення собі неадекватних вимог або появи помилкових самооцінок. До цього варіанту слід віднести також псевдофригідність, яка є наслідком психічної або фізичної перевтоми (астенічний тип за Д.Л. Буртянським і В.В. Кришталем). А також безпосереднього впливу алкогольних напоїв або деяких медикаментозних засобів (бромідів, великих і малих транквілізаторів, седативних, снодійних і т.п.), які навіть при одноразовому вживанні можуть, внаслідок їх прямого фармакологічної дії, приводити до тимчасового зниження загального життєвого тону і сексуальних можливостей.

Вагінізм

В даний час вагінізм зустрічається досить часто, проявляючись у вигляді судомних ізольованих або поєднаних скорочень м'язів піхви, тазового дна, стегон і черевної стінки, які виникають при спробі статевого акту і навіть думки про це. У походження клінічних проявів вагінізму певну роль відіграють психічні фактори.

А.М. Свядош виділяє три ступені вагінізму. Перша ступінь - судомне скорочення м'язів відбувається під час емісії статевого члена або при гінекологічному обстеженні (мануальному або за допомогою медичного інструментарію). Друга ступінь - судомне скорочення м'язів розвивається при торканні до статевих органів або безпосередньо перед цим. Третя ступінь - судомне скорочення м'язів розвивається при уяві статевого акту або гінекологічного обстеження.

Слід розрізняти первинний і вторинний вагінізм. Під первинним вагінізмом розуміють випадки утворення патологічного умовного рефлексу у зв'язку з вибірково-патогенною ситуацією. Вторинний вагінізм - симптом неврозів - його прояви мають певну залежність від клінічних форм.

У хворих з неврастенією вагінізм може бути обумовлений больовими відчуттями при емісії статевого члена внаслідок психогенного зниження еротичної готовності і зниженням утворення вагінального слизу і його відносною сухістю. При неврастенії найчастіше спостерігається перша і друга ступінь вагінізму.

Для істерії характерний так званий виборчий вагінізм. Він часто спостерігається у вигляді істеричного моносимптому, що виникає в безпосередній залежності від конкретної ситуації. У таких хворих частіше спостерігається друга і третя ступінь вагінізму.

При неврозі нав'язливих станів і психастенії має місце так званий фобічний вагінізм, який супроводжується гальмуванням психо-еротичного відчуття і призводить до сухості статевих органів. У хворих з вищезазначеними формами неврозів частіше спостерігається третій ступінь вагінізму.

Геніталгії - больові відчуття в ділянці статевих органів - можуть бути обумовлені як психогенними факторами, так і урогінекологічною і неврологічною патологією.

Психогенні геніталгії в окремих випадках мають характер невротичної моносимптоматики, але частіше є одним з проявів різних клінічних форм неврозів. Моносимптоматичні геніталгії виникають в результаті утворення патологічного умовного рефлексу, обумовленого патогенними ситуаціями (наси́льство, хвороблива деформація, статевий акт при наявності гінекологічної патології та ін.). В основі такої геніталгії присутні механізми невротичної фіксації. Подібні геніталгії найчастіше бувають проявом моносимптомного істеричного неврозу. При різних формах неврозів геніталгії перебувають в прямій залежності від виразності клінічної симптоматики неврозів і є їх складовою частиною.

Геніталгії бувають соматогенно пов'язані з різними патологічними процесами в статевих органах, а також з патологією геніто-сегментарного апарату, який реалізує інервацію статевої сфери жінки.

Німфоманія

Клінічні прояви гіперсексуальності найчастіше характеризуються ізольованим підвищенням статевого потягу (гіперлібідемія), яке може поєднуватися з посиленням чуттєвого компоненту статевих актів (сексуальною гіперестезією) і з підвищеною здатністю до повторних оргазмів (гіперпотенціємією).

Німфоманія зустрічається рідше, ніж фригідність і має менше значення в практичній сексопатології. У переважної більшості хворих в основі гіперсексуальності присутні різноманітні психічні розлади, органічні ураження нервової системи, ендокринна і урогенітальна патологія, а також інші захворювання. Таким чином, практичну значимість набуває, в основному, вторинна або симптоматична гіперсексуальність.

Найбільш частими причинами захворювань, при яких спостерігається гіперсексуальність бувають: маніакально-депресивний психоз (маніакальний стан), шизофренія (циркулярна форма з маніакальними проявами), психопатії, патологічний клімакс, істерія з гіпертимічними проявами, пухлини гіпофізу і яєчників і ін.

Оцінка ефективності тих чи інших методів лікування, що застосовуються в жіночій сексопатології, ускладнюється також відсутністю єдиної класифікації і діагностичної номенклатури порушень статевої функції у жінок. Це призводить до того, що багато досліджень відображають дані, які стосуються гетерогенних груп хворих. Разом з тим лікування різних форм сексуальних розладів у жінок має носити диференційований характер і передбачати раціональне поєднання тих чи інших засобів і методів лікувального впливу (психотерапії, медикаментозних засобів, фізіотерапевтичних процедур, лікувальної фізкультури та ін.) В залежності від характеру і форми діагностованої патології.

З метою досягнення високої ефективності лікування статевих розладів лікарю необхідно враховувати також дані всебічного обстеження хворих, які дозволяють з'ясувати патогенетичні механізми та патопластичні чинники розвитку сексуальної патології в кожному конкретному випадку.

Порушення сексуальної функції створюють збиткову для особистості ситуацію, яка обумовлює виникнення комплексу неповноцінності і порушення міжособистісних відносин у подружжя. У зазначеного контингенту хворих це призводить до розвитку вторинних невротичних розладів, як наслідок конституційно-особистісних реакцій на виникнення складної для них ситуації. Подібні реакції можуть здійснювати по невротичних механізмах вторинний патогенний вплив на статеву функцію, створюючи свого роду "порочне коло", що зумовлює відносну стійкість і терапевтичну інертність хвороби, і викликає необхідність коригуючого впливу на особистість хворого з метою купірування невротичного стану, відпрацювання здорових психологічних установок і

відновлення порушених подружніх взаємин.

Особливе місце в системі лікувальних заходів при різних формах сексуальної патології у жінок відводиться психотерапевтичним заходам, які повинні носити характер системи лікувальних впливів.

Призначення хворим з різними формами первинної та вторинної сексуальної патології курсової психотерапії вимагає визначення її конкретних завдань, змісту, форми проведення та найбільш адекватної методики реалізації. Ці питання слід вирішувати, виходячи з нозологічної природи і клінічного варіанту сексуальної патології з обов'язковим урахуванням типологічних особливостей хворих, особистісної реакції на сексуальну патологію, а також рівня соціально-психологічної адаптації подружжя і його моральних уявлень про норми статевого життя.

Зміст психотерапевтичних заходів має враховувати інформованість хворих про норми і фізіологічні коливання статевої функції, а також характер психологічної установки хворих щодо присутнього розладу.

При виборі курсу психотерапії слід пам'ятати про можливі патопсихологічні зміни в міжособистісних стосунках подружньої пари, які можуть бути наслідком виниклої статевої дисгармонії і вторинної особистісної перебудови кожного з подружжя в умовах можливих невротичних утворень.

Правильне проведення психотерапевтичних заходів, як ми вважаємо, є обов'язковою умовою раціонального лікування жінок з первинними і вторинними розладами статевої функції і важливим фактором попередження розвитку справжніх сексуальних розладів у осіб з псевдофригідністю.

В системі психотерапевтичних заходів при сексуальній патології у жінок особливу роль відіграє раціональна психотерапія, зміст якої передбачає спеціальне обговорення наступних питань: про фізіологію статевої функції і психологію сексуального життя жінки, про причини розвитку статевих розладів у жінок і методи їх попередження, про взаємну адаптацію подружжя і діапазон прийнятності в сексуальному житті, про ефективність комплексного лікування статевих розладів, про гігієну і психогігієну статевого життя.

Найбільш результативними є індивідуальні співбесіди під час проведення психотерапії подружньої пари і рідше - в мікрогрупах по 2-3 особи. Організація груп з великим числом хворих, за нашими спостереженнями, є недоцільною, в зв'язку з вимушеною стриманістю і пасивною поведінкою жінок на психотерапевтичних заняттях, внаслідок їх природної сором'язливості і тенденції зберігати таємницю власної хвороби.

Психотерапевтичні бесіди можуть бути проведені в межах одного або декількох занять. Це питання вирішується лікарем в залежності від особистісних рис пацієнтів, їх психологічних установок, культурного рівня, а також від інших конкретних умов.

Особливої уваги потребують питання психотерапії подружжя і, зокрема, цілеспрямованих лікарських бесід з чоловіками хворих. Ці бесіди дозволяють не тільки з'ясувати причини і умови розвитку сексуальних розладів у жінок, а й інструктувати чоловіків щодо їх активної участі в потенціюванні і опосередкування терапії присутнього у дружини сексуального розладу.

Слід також пам'ятати про необхідність раціонального вирішення питань оптимізації міжособистісних взаємин подружжя і психологічного клімату в сім'ї, а також їх взаємної адаптації і розширення діапазону прийнятності в статевому житті. Щодо цього, особливо при первинній фригідності, досить ефективним є збільшення тривалості попереднього періоду статевого акту з активізацією мануальних і оральних впливів на ерогенні зони жінки.

У випадках дисгармонії сексуальних відносин подружжя, зумовленої статевої холодністю або псевдофригідністю, надзвичайно корисно роз'яснити чоловікам доцільність введення нових елементів при реалізації попереднього періоду і застосування різноманітних поз при здійсненні статевого акту з метою вибору взаємної прийнятності оптимальної техніки проведення статевого акту.

Дані літератури і наш клінічний досвід показують, що лікування саме подружньої пари, а не одного з партнерів, є одним з найбільш важливих принципів раціональної терапії

статевих розладів як у чоловіків, так і у жінок.

Зазначені загальні положення складають тільки частину лікувальних заходів, які повинні носити диференційований характер залежно від форми сексуального розладу і характерологічних особливостей пацієнта і бути суто індивідуалізованими.

Що стосується медикаментозного, фізіотерапевтичного та інших методів лікування жінок, які страждають розладами сексуальної функції, вибір тих чи інших фармакологічних препаратів, процедур та інших засобів повинен визначатися характером виявленої сексуальної патології. А також клінічними особливостями невротичних розладів наявних у хворого.

Основою терапії паторефлекторної форми первинної фригідності є проведення психотерапевтичних заходів. Сюди входять з'ясування механізмів розвитку фригідності, деактуалізація патологічної установки на статеву неповноцінність, усунення патологічного умовного рефлексу, що утворився і вторинних емоційних реакцій, створення нових здорових установок. Це досягається шляхом поєднаної курсової психотерапії, яка включає індивідуалізоване застосування різних засобів психотерапевтичного впливу і форм їх реалізації.

Особлива роль при цьому відводиться спеціальній психотерапевтичній роботі з чоловіками хворих, яким необхідно роз'яснити оптимальну програму проведення цих заходів в попередньому періоді і під час статевого акту. Досить ефективним в подібних випадках є розширення діапазону ласк в попередньому періоді з активізацією оральних і мануальних впливів на ерогенні зони, збільшення його тривалості, оптимізація техніки статевих відносин, а також адекватне проведення заключного етапу.

У тих випадках, коли прояви ретардаційної фригідності є предметом переживань подружжя внаслідок неправильного трактування зазначеного дисонансу, слід провести роз'яснювальну психотерапевтичну бесіду за участю обох з подружньої пари.

Досить корисним, особливо при психічній ретардації, обумовленої інфантилізмом або надмірною строгістю виховання, яка привела до гальмування розвитку статевого почуття, є проведення гіпносугестивної психотерапії з навіюванням адекватних відчуттів в попередньому періоді і під час статевого акту.

Жінкам з рисами недовірливого характеру, схильних до невротичних реакцій, доцільно призначення аутогенного тренування із застосуванням стислих позитивних висловлювань, спрямованих на відчуття тепла в області статевих органів, бажання і приємності статевої близькості, посилення чуттєвості і появи характерних відчуттів під час статевого акту. Гіперемія статевих органів і приємні образні уявлення, які викликаються самонавіюванням, можуть сприяти посиленню еротизації, яка необхідна для нормалізації сексуальної функції.

Зазначені психотерапевтичні заходи корисно поєднувати з прийомом невеликих доз жіночих і чоловічих статевих гормонів, які слід призначати в першій половині менструального циклу. Має сенс також призначення Амбосекс, який містить естрадіол в поєднанні з тестостероном. Доцільно також призначення вітамінів Е, А і групи В.

При ретардаційній формі фригідності показано також застосування гідротерапії і електропроцедур, які були рекомендовані для лікування абстинентної форми статевої холодності.

При конституційно-генетичній формі фригідності психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на стимуляцію хворих до більш активного статевого життя. Це досягається за допомогою роз'яснення жінкам і їхнім чоловікам важливості психологічного компонента при проведенні попереднього періоду і статевого акту, а також шляхом психотерапевтичного потенціювання оральних і мануальних впливів на ерогенні зони. Крім цього, психотерапевтичні заходи повинні також потенціювати дію призначених медикаментів та фізіотерапевтичних процедур, які мають стимулюючу дію на статеву функцію. Психотерапевтичні заходи є доцільними і щодо лікувального впливу на можливі вторинні емоційно-особистісні реакції.

Медикаментозне лікування конституційно-генетичної форми первинної фригідності передбачає адекватне застосування жіночих статевих гормонів в поєднанні з малими

дозами чоловічих статевих гормонів в першій половині менструального циклу.

Застосування чоловічих статевих гормонів при лікуванні фригідності вимагає спеціального лікарського контролю. Жінкам, які мають навіть легкі ознаки вірилізму, призначення андрогенів протипоказано. Існують дані про підвищення у жінок збудливості статевих центрів в корі головного мозку та лімбічної системи внаслідок дії андрогенів.

Корисно призначення хворим вітамінів Е, А, групи В, глютамінової кислоти, алое, а також стрихніну і секуренін, які, крім загальнотонізуючої дії, активізують рефлекторну діяльність спинного мозку і підвищують тактильну чутливість. Хороший ефект спостерігається при поєднанні зазначених речовин і гормональних препаратів.

З фізіотерапевтичних методів, які рекомендовані для лікування конституційно-генетичної форми фригідності, слід призначати гідротерапію і електропроцедури, які підвищують приплив крові до органів малого тазу і підсилюють нервово-рефлекторну збудливість статевих органів, а це сприяє підвищенню еротизації хворих (вуглекислі, кисневі, перлинні, радонові, морські, контрастні ванни; вагінальний душ; грязьові процедури - труси і вагінальні тампони, вагінальна діатермія, фарадізація внутрішніх поверхонь стегон, дарсонвалізація на область зовнішніх статевих органів і промежини). Доцільно також проведення голкорексфлексотерапії.

При різних клінічних варіантах вторинної (симптоматичної) фригідності необхідно, перш за все, проведення раціонального етіопатогенетичного лікування основного причинного захворювання. Деякі сексопатологи вважають, що проведення лікувальних заходів при симптоматичних статевих розладах має бути віднесено до компетенції лікарів-фахівців того профілю, якому відповідає нозологічна форма основного захворювання.

Як ми вважаємо, розвиток вторинної статевої холодності загрожує не тільки появою додаткових симптомів, але і виникненням певних психогенних ситуацій. Ця обставина, що має додатковий психогенний вплив на соматогенні порушення сексуальної функції, так як і клінічна неоднорідність проявів фригідності, вимагає точної діагностики і кваліфікованої лікувальної допомоги. У зв'язку з цим виникає необхідність участі сексопатолога в комплексі лікувальних заходів, що здійснюються.

Психотерапія вторинної статевої холодності повинна бути спрямована на пом'якшення та усунення конституційно-особистісної реакції хворих на основне захворювання і сексуальний розлад, що виник. Метою психотерапії в таких випадках є розрив "порочного кола": вторинна (симптоматична) фригідність - особистісна невротична реакція - додаткове патогенний вплив на сексуальну функцію.

Проведення психотерапії при вторинній фригідності повинно поєднуватися з етіопатогенетичним лікуванням основної хвороби. Залежно від типологічних особливостей хворих, характеру причинного захворювання, сексуальних розладів і невротичних проявів, а також ступеню соціально-психологічної дезадаптації подружньої пари, психотерапевтичні заходи здійснюються у вигляді раціональної і гіпносугестивної психотерапії, аутогенного тренування або комбінованої психотерапії з адекватним поєднанням різних лікувальних методик.

Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування вторинної фригідності має симптоматичний характер і відповідає терапії подібних клінічних варіантів первинної фригідності. Необхідно враховувати при цьому характер основного захворювання і призначене в зв'язку з цим лікування.

Особи, які звертаються до лікаря-сексопатолога в зв'язку з проявом псевдофригідності, медикаментозних засобів і фізіотерапевтичних процедур не потребують. У цих випадках доцільно проведення раціональної психотерапії, яка передбачає мотивоване роз'яснення таким особам основ психофізіології статевої функції жінки, її норм і закономірного впливу різних чинників, які можуть призводити до фізіологічних коливань сексуальної функції. Дуже корисні спеціальні бесіди з подружжям з метою створення гармонії при проведенні попереднього періоду, оптимізації техніки статевих відносин і відпрацювання найбільш раціональних режимних рекомендацій.

Лікування вагінізму передбачає проведення комплексу заходів, спрямованих на нормалізацію функціонального стану нервової системи та усунення сексопатологічних

проявів. Зазначений лікувальний комплекс складається з призначення адекватних курсів психотерапії в поєднанні з седативними засобами, малими транквілізаторами, препаратами, що знижують судомну готовність, а також водними процедурами і електропроцедурами, які сприяють зниженню підвищеної нервової збудливості і мають загальнозміцнюючу дію.

Вагінізм як специфічний синдром може бути наслідком різних клінічних форм неврозів і психопатій. У зв'язку з цим призначення хворим лікувальних заходів має бути диференційованим в залежності від клінічної форми та особливостей перебігу неврозу або психопатії і носити виключно індивідуалізований характер. Це, перш за все, стосується вибору форм і методики проведення психотерапії, яка у всіх випадках повинна мати курсовий характер.

В.І. Здравомислов на великому досвіді лікування хворих з вагінізмом пропонує комплексний метод терапії, який складається з наступних елементів: 1) ретельного збору анамнезу; 2) роз'яснювальної бесіди про поняття вагінізму; 3) тренувальних гімнастичних вправ для стегон і черевного преса; 4) гіпнотичних навіювань, спрямованих на усунення страхів перед гінекологічним обстеженням і статевим актом; 5) зовнішнього лікарського огляду на гінекологічних кріслах; 6) ректального огляду внутрішніх статевих органів; 7) розширення гімени до дещо більшої ширині ніж та, що потрібна для вільного статевого контакту (розширниками Жолі або Гегара, дзеркалами Куско і Сімса, пальцями). Іноді змащують інтроїтус 2% розчином дикаїну або 10% розчином кокаїну.

При психогенних геніталгіях необхідно з'ясувати причину захворювання з метою деактуалізації психогенної ситуації, яка призвела до виникнення хвороби. Крім цього, психотерапевтичний вплив повинен бути спрямований на купірування больового синдрому і відпрацювання нових здорових психологічних установок.

При лікуванні геніталгії і профілактиці її рецидивів необхідною є психотерапія подружньої пари, результатом якої має стати розширення діапазону прийнятності в інтимному житті подружжя і, зокрема, оптимізація проведення статевих актів.

Психотерапія хворих з психогенними геніталгіями повинна носити курсовий характер. Хороші результати дає гіпносугестивна психотерапія, аутогенне тренування, зокрема, метод активного самонавіювання, наркопсихотерапія. Питання про вибір методів і засобів реалізації вирішується з урахуванням типологічних особливостей хворих, етапу лікування і клінічної виразності існуючої патології.

При соматогенних геніталгіях слід проводити лікування основного захворювання в поєднанні з психотерапією і седативними засобами, що знижують больову чутливість і емоційну напругу, яка виникає в зв'язку з геніталгією.

З медикаментозних засобів доцільно призначення малих транквілізаторів в поєднанні з анальгетиками. У деяких випадках виправданим буде місцеве застосування 10% совкаїнової мазі за 1-1,5 години до статевого акту.

Хороші результати спостерігаються при застосуванні фізіотерапевтичних методів лікування, призначення яких, однак, вимагає враховувати причини та умови розвитку геніталгій. Так, серед водних процедур найбільш ефективними є радонові, хвойні, шавлієві, азотні ванни, сегментарний і висхідний душ.

З електропроцедур показані діадинамічний пояс, труси-пояс з новокаїном, електрофорез з бромідом кальцію, а також призначення вагінальних грязьових тампонів і застосування голкорексотерапії.

Перед тим, як почати лікування гіперсексуальності, слід з'ясувати природу її походження.

При первинній німфоманії, що зустрічається досить рідко, слід рекомендувати призначення нейролептиків, транквілізаторів, бромідів, які вводять per os або парентерально, в залежності від ступеню вираженості гіперсексуальності. Позитивний ефект відзначається також при застосуванні монобромістої камфори (до 1,5 г в день). Зазначені лікувальні засоби корисно поєднувати з розслаблюючою і заспокійливою гідротерапією (хвойні, йодобромні, азотні, хлоридно-натрієві ванни), а також з адекватними електропроцедурами (гальванічний комір з кальцієм і бромом, труси-пояс з

новокаїном і т.ін.).

Необхідним є проведення психотерапії методом роз'яснення і переконання, спрямованої на самообілізацію і попередження аморальних вчинків.

При вторинній (симптоматичній) німфоманії лікувальні заходи повинні бути спрямовані на купірування основного причинного захворювання, яке зумовило гіперсексуальність. Лікування в таких випадках має симптоматичний характер. Застосовуються ті ж лікувальні та фізіотерапевтичні процедури, що були рекомендовані для лікування первинної гіперсексуальності.

Профілактика сексуальних розладів у жінок

Розуміння причин і умов розвитку різноманітних форм сексуальної патології у жінок і механізму формування їх клінічних проявів обумовлює можливість профілактики зазначеної патології та її рецидивів.

Аналіз факторів, що призводять до виникнення і розвитку різних форм сексуальних розладів у жінок, дозволяє розділити їх на три основні групи. Першу з них складають чинники неправильної інформованості про моральні критерії і фізіологічні норми сексуального життя. Це обумовлює формування психологічної установки на допустимий характер сексуальних відносин. Форма сексуальної поведінки, діапазон прийнятності, яких припускаються молоді жінки, певним чином відображає отримане ними в сім'ї виховання. Нерідко неправильне виховання, яке культивує надмірну суворість відносин між чоловіком і жінкою, є причиною формування негативної установки на статеве життя як прояв низьких тенденцій, які перекидають чистоту людських почуттів.

Недостатня інформованість молодої подружньої пари може привести до неправильного розуміння норми і патології статевого життя. Часто незнання фізіологічних коливань статевої функції може привести до неправильних тлумачень і помилкових висновків, які, в свою чергу, призводять до помилкової поведінки, невротичних фіксацій, а в подальшому - до порушень статевої функції.

Одним з факторів, що сприяють розвиток сексуальних розладів у жінок, є статеві надмірності, яке може привести до виснаження механізмів регуляції копулятивного циклу.

Другу, і найбільш поширену групу чинників, які обумовлюють виникнення псевдофригідності, а також можливість розвитку статевої холодності, вагінізму і геніталгій, складають ті чи інші недоліки техніки статевих зносин і поведінки статевого партнера. Нерідко причиною відсутності оргазму є неправильне проведення попереднього періоду, недооцінка психологічної та фізіологічної підготовки жінки до майбутнього статевого акту. Слід враховувати той факт, що для більшості жінок згадана психологічна підготовка охоплює значно більший відрізок часу, ніж тривалість ситуації, що безпосередньо передують статевій близькості. У той же час, фізіологічна підготовка по тривалості цілком укладається в терміни тривалості попереднього періоду і в більшості випадків становить 10-15 хвилин.

Не менш важливе значення має техніка проведення статевого акту, критерієм адекватності, якої є не тільки частота і амплітуда фрикцій, а й оптимізація пози статевих партнерів. Останнє є досить суттєвим фактором адекватних подразнень генітальних еrogenних зон.

До цієї ж групи факторів, що впливають на якісні характеристики статевого акту в аспекті відчуттів, які відчуває жінка, можна віднести також деякі неправильні засоби попередження вагітності, які нерідко практикуються жінками. До них відносять, наприклад, застосування марлевих або ватних тампонів, змочених розчином оцту, слабким розчином HCl і ін. Досить часто подібне тампонування призводить до виникнення неприємних відчуттів у піхві і навіть розвитку запальних змін, які знижують чуттєвий компонент статевого акту і призводять до притуплення або навіть відсутності оргазму. До групи розглянутих факторів, слід віднести також спринцювання піхви, які практикуються деякими жінками як метод попередження вагітності відразу після статевого акту. При неправильній реалізації вони перетворюються в досить неприємну та тяжку процедуру, яка впливає безпосередньо за оргазмом. Це, по суті, порушує заключну фазу статевих зносин, викликає у деяких жінок почуття статевої незадоволеності, що

може привести до формування негативно-емоційного ставлення до статевої близькості, чому також сприяє і страх перед вагітністю. Зазначені обставини нерідко становлять основу подальшого розвитку сексуального розладу.

До другої групи патогенних факторів, що призводять до розвитку порушень сексуальної функції у жінок, відноситься і застосування перерваних статевих актів, які зривають фізіологічну програму копулятивного циклу і зумовлюють появу застійних явищ у жіночих статевих органах.

Третю групу чинників, які обумовлюють можливість появи псевдофригідності і розвитку сексуальних розладів у жінки, складають зовнішні умови сімейно-побутового характеру. До них, перш за все, відносяться порушення внутрішньосімейних міжособистісних відносин і негативний вплив конкретної обстановки, в якій здійснюється статеву близькість, і призводять до вимушеного звуження діапазону прийнятності в інтимних відносинах подружньої пари з порушенням оптимальних програм попереднього періоду і техніки статевих актів.

Вивчення причин та умов розвитку первинних форм статевої холодності показало, що паторефлекторна форма первинної фригідності найчастіше розвивається у жінок з рисами тривожно-недовірливого характеру, схильних до невротичних фіксації на невдалому статевому акті, який обумовлений різними зовнішніми і внутрішніми факторами. У зв'язку з цим заходи психопрофілактики зазначеної форми первинної фригідності передбачають обов'язкове виконання психогігієнічних норм статевого життя, які виключають випадкові статеві акти в несприятливих умовах, після психогеній, на тлі фізичної перевтоми, а також статевих актів без психологічної підготовки і попередніх ласк.

Профілактика дисрегуляторної форми первинної фригідності повинна складатися з недопущення практики перерваних і пролонгованих статевих актів і неправильного використання протизаплідних засобів.

Для попередження розвитку абстинентної форми статевої холодності, необхідно, щоб жінки знали, що тривале утримання від сексу в деяких випадках може призвести до зниження лібідо і оргазму, що, однак, є тимчасовим фактором і повністю усувається при нормалізації ритму статевого життя. Після тривалої перерви в статевому житті особливої значущості щодо профілактики фригідності набувають чинники психологічної підготовки, а також тривалість і якість проведення попереднього періоду.

Профілактика ретардаційної і конституційно-генетичної форми статевої холодності передбачає проведення своєчасного лікування різних дитячих захворювань, повноцінне харчування, фізичні вправи, правильне виховання.

Клінічний досвід свідчить про те, що рецидиви первинної фригідності у жінок зазвичай передують перевтоми, психічні та фізичні конфліктні ситуації, різноманітні захворювання, причому згадані рецидиви найчастіше виникають на тлі низького рівня соціально-психологічної адаптації подружжя.

Наші спостереження показали, що рецидиви первинної фригідності можуть виникати не тільки під впливом специфічних патогенних факторів, а й після впливу різного роду психогенних чинників, які не мають безпосереднього зв'язку з статевою функцією. Це свідчить про те, що в формуванні рецидивів первинних статевих розладів у жінок певну роль відіграють слідові реакції. З упевненістю можна вважати, що в основі сексуальних зривів в таких випадках лежать порушення адаптаційних і компенсаторних функцій нервової системи, які призводять до розладу нейрогуморальної регуляції статевої сфери.

Заходи, спрямовані на профілактику різних варіантів вторинних сексуальних розладів у жінок, охоплюють комплекс заходів щодо попередження різноманітних нервових і соматичних захворювань, що є причиною симптоматичної сексуальної патології. Особливе місце серед цих заходів має належати попередженню та своєчасному лікуванню неврозів, а також боротьбі з алкоголізмом, наркоманією і тенденціями до фармакофільії.

Заходи щодо профілактики вагінізму і геніталгій повинні складатися з проведення санітарно-просвітницької роботи, спрямованої на роз'яснення дівчатам і молодим жінкам правил особистої гігієни, підвищення культури їх побуту, профілактики неврозів, боротьби з алкоголізмом. Особливу увагу в цій роботі слід звернути на боротьбу з

абортами і профілактику різних гінекологічних хвороб, а при їх виникненні - на необхідність своєчасного лікування.

Основою профілактики сексуальних розладів у жінок повинно бути підвищення рівня їх загальної і медичної культури.

Психопрофілактичні заходи щодо боротьби з сексуальними розладами повинні будуватися на ознайомленні молоді з основами гігієни сім'ї та шлюбу. Це передбачає проведення систематичної масової санітарно-просвітницької роботи із залученням досвідчених лікарів і педагогів, а також створення спеціальних лікарських консультаційних пунктів для молодих людей, що вступають у шлюб.

Засоби для контролю:

1. Жінка Д., 26 років звернулася зі скаргами на фригідність. Заміжня 8 років, має 3-річного сина. За характером жива, товариська, жіночна. Успішно займалася фігурним катанням на ковзанах. У шлюб вступила по любові. Чоловік здоровий, статеві органи добре розвинені. Перед актом проводить активну еротичну підготовку дружини, зокрема інтенсивну стимуляцію клітора; оргазму вона ніколи не відчувала.

Під час статевого акту залишалася найчастіше байдужою, іноді статеву близькість була приємна. Двічі в житті виникало почуття фрустрації з відчуттям статевої напруженості. Останні 2 роки стала відчувати до чоловіка почуття фізичної неприязні, хоча високо цінувала його духовні якості, силу і красу. Іноді виникали еротичні сновидіння, але і вони оргазмом не супроводжувалися. Були ще два зв'язки з чоловіками, проте виникало лише легке статеве збудження.

При обстеженні виявилось, що у Д. область клітора і малих губ в еротичному плані мало збудлива. Розтягування входу в піхву, ритмічний тиск на область шийки матки, стінки піхви у напрямку до заднього склепіння, а також на задній звід викликають лише тактильні відчуття, байдужі в еротичному відношенні. Інтенсивний ритмічний тиск на зону S піхви викликає сильне, швидко наростаюче статеве збудження, яке раніше при статевій близькості не виникало. Який діагноз:

А. Аноргазмія при сексуально-поведінковій дезадаптації - Дисгамія (сексуальна дисгармонія) внаслідок недосконалості техніки статевого спілкування.

В. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).

С. Психогенна фригідність

Д. Фетишизм.

Е. Аноргазмія внаслідок фіксації умов виникнення першого оргазму

2. Хвора Р., 34 років, звернулася з приводу виниклої статевої холодності. У віці 26 років протягом трьох місяців до шлюбу жила з майбутнім чоловіком статевим життям, відчувала оргазм. Після весілля подружжя виїхало за місцем роботи чоловіка, де раптом до них додому завітала жінка і влаштувала чоловікові Р. бурхливу сцену, під час якої ридала і говорила, що любить його і жити без нього не може. Все це відбувалося в присутності чоловіка цієї жінки, що особливо вразило хвору. Р. сказала своєму чоловікові: «Від цього ти повинен був мене захистити!»

З цього моменту статевий потяг у неї згас і оргазм при статевих стосунках перестав виникати. Аноргазмія тримається протягом 8 років. Відносини з чоловіком залишилися хорошими. Він пробував оральну і мануальну стимуляцію області клітора дружини, щоб викликати у неї оргазм, але марно. Місячні у Р. не порушені. Вона квітуча жінка, чарівна, самолюбна, образлива, вразлива. Який діагноз:

А. Психогенна фригідність, викликана шокковою психічною травмою

В. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).

С. Фетишизм

Д. Здорова жінка

Е. Аноргазмія

3. Жінка 25 років звернулася з приводу неможливості досягти оргазму шляхом статевого акту (коїтусу) з чоловіками.

У віці 12 років, під час підмивання струменем теплої води з душу випробувала оргазм. З тих пір досить часто мастурбувала за допомогою струменя води, спрямованої з душу. Намагалася також мастурбувати за допомогою руки, але це викликало лише слабе статеве збудження.

Мала досвід статевого життя з 4 здоровими чоловіками, які застосовували різноманітну техніку статевого зближення і психоеротичної підготовки, але ні разу не відчула оргазму. Останній рік зустрічається з чоловіком, який їй дуже подобається, і вона хотіла б вийти за нього заміж, проте, незважаючи на його сексуальний досвід, і з ним оргазм не виникає. При неврологічному і гінекологічному дослідженні порушень не виявлено. З боку психічної сфери - без відхилень від норми. За характером товариська, вольова. Який діагноз:

- A. Аноргазмія внаслідок фіксації умов виникнення першого оргазму.
- B. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).
- C. Затримка психогенного розвитку
- D. Здорова жінка
- E. Психогенна геніталгія.

4. Жінка, 19 років, скаржиться на практично постійні неприємні відчуття, болі або дискомфорт в області зовнішніх і внутрішніх статевих органів. Статеві акти на ці болі не впливають, але жінка їх уникає: вважає, що у неї є гінекологічна патологія і статеві акти їй протипоказані. Болі в статевих органах зазначає близько 3 років, значне посилення болю - близько року. Неодноразово обстежилася у гінекологів, венерологів - патології не виявлено.

Живе з матір'ю, батька не пам'ятає. Виховання в сім'ї суворе, аскетичне. Ставлення до всього сексуальному у матері негативне. Незважаючи на це, у пацієнтки онанізм з дитячого садка до теперішнього часу. При онанізмі використовується мануальна кліторна стимуляція і вагінальна стимуляція предметами.

До онанізму у пацієнтки завжди було негативне ставлення, намагалася не мастурбувати, але втриматися не могла. Після акту мастурбації - почуття провини, каяття, страх перед матір'ю. Три роки тому був мастурбаційний ексцес: була одна вдома, на протязі двох днів не могла втриматися і багаторазово мастурбувала, в проміжках ходила по квартирі і по вулиці, утримуючи в піхві чужорідний предмет (флакончик від дезодоранту). Після цього виникло почуття провини, стала відчувати зазначені болі в піхві і в області зовнішніх статевих органів.

Рік тому випадково познайомилася на вулиці з літнім чоловіком. Усамітнівшись в під'їзді будинку, займалися «розпусними діями» - стимулювали один одного геніталії (мануально і орально); він вводив їй в піхву різні предмети (авторучку, шийку від пляшки). Відчувала сильне збудження, пережила оргазм. Одночасно відчувала провину перед матір'ю. Статевого акту не було. Після цього епізоду болі посилилися. Має сексуального партнера - однолітка, але уникає статевих актів, посиляючись на болі в геніталіях.

Статеві акти, які шноді відбуваються, оргазмом у неї не завершуються, хоча формальні характеристики статевого акту (тривалість і т. д.) в межах норми. Вкажіть діагноз:

- A. Психогенна (істерична) геніталгія.
- B. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).
- C. Затримка психогенного розвитку
- D. Здорова жінка
- E. Психогенна геніталгія

5. Хвора Ц., 29 років, звернулася до лікаря на прохання чоловіка зі скаргою на статеву

холодність. Росла, розвивалася нормально. За характером сором'язлива, сумлінна, легко навіювана. Місячні з 13 років, регулярні. Статеве життя з 18 років у шлюбі. Відносини з чоловіком хороші. Має двох дітей. Статевого потягу не відчувала, але ласки були приємні. Однак, коли вона стала асоціювати їх зі статевим актом, вони втратили своє позитивне забарвлення.

Мати жінки - деспотична, підозріла, замкнута. З дитячого віку вона забороняла дівчинці спілкуватися з хлопчиками, підозрювала в сексуальних контактах з ними. Була за найменший прояв інтересу до них. Надалі вселяла огиду до статевого життя, малювала страшні наслідки мастурбації. Під час еротичних ласк чоловіка спливають настанови матері, і сексуальне збудження зникає. При обстеженні ерогенних зон пригнічує сексуальну реакцію. З гінекологічного та неврологічного боку - без особливостей. Який діагноз:

- A. Психогенна (істерична) геніталгія
- B. Зниження статевого потягу (гіполібідемія)
- C. Здорова жінка
- D. Фетишизм
- E. Аноргазмія

6. Хвора І., 32 років, інженер, направлена з Інституту акушерства і гінекології. Протягом 6 років заміжня, але статеве життя з чоловіком боялася почати. Не вдавалися спроби введення в піхву статевого члена чоловіка, пальця лікаря і навіть свого пальця через виникнення почуття страху, судомного зведення м'язів стегон, напруження м'язів входу в піхву і скарг на різкий біль. Допускала лише зовнішній дотик до статевих органів. Незважаючи на це завагітніла.

Народила здорову дитину (дівоcha пліва зруйнувалася під час пологів), але острах статевого акту зберігся. Знову завагітніла, народила другу дитину, а статеве життя так і не почала через страх перед болем, який нібито може виникнути. Розуміє безглуздість і необґрунтованість страху. Гінекологічних або ендокринних порушень не виявлено.

Пройшла курс лікування гіпнозом, безуспішно. Ваш діагноз:

- A. Вагінізм II ступеню
- B. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).
- C. Затримка психогенного розвитку
- D. Здорова жінка
- E. Психогенна геніталгія

7. Пацієнтка, 52 років, звернулася з приводу посиленого статевого потягу, що з'явився. Бажання статевої близькості не покидає її з ранку до вечора. Статевим життям з чоловіком живе 1-2 рази в тиждень. Раніше це її цілком задовольняло, а останні 2 міс стало недостатньо. Менопауза з 50 років з невеликими явищами випадання (були припливи крові до голови, відчуття жару). Зараз це не турбує. Який діагноз:

- A. Гіперсексуальність - німфоманія:
- B. Аверсія
- C. Вагінізм
- D. Здорова жінка
- E. Психогенна геніталгія.

8. Хвора Ю., 28 років, учитель початкових класів, звернулася за наполяганням чоловіка з приводу фригідності та відрази до статевого акту. У дитинстві виховувалася дуже строго. У 5-річному віці була жорстоко покарана за те, що на прохання хлопчика опустила свої трусики. Надалі спілкування з хлопчиками заборонялося. Навіювалася неприпустимість, аморальність еротичних контактів і можливість їх «жахливих наслідків».

Місячні з 14 років, регулярні. Статеве життя з 18 років у шлюбі. Відносини з чоловіком хороші. Має дитину. Двічі були еротичні сновидіння. Ласки чоловіка приємні, проте дотики мануальні або оральні до статевих органів вважає неприпустимими з моральних міркувань. Статеві органи до моменту зближення спочатку були вологими (лубрикація), останнім часом залишаються сухими. Який ваш діагноз:

- A. Фригідність
- B. Аверсія
- C. Вагінізм
- D. Аноргазмія
- E. Психогенна геніталгія

9. Хвора, 24 років, звернулася зі скаргою на статеву холодність. Росла, розвивалася нормально, вчилася в школі добре, сумлінно виконувала завдання. За характером сором'язлива, образлива. Місячні з 13 років, регулярні. Була закохана в однокласника, своє почуття від нього приховувала. У 16 років - еротичні сновидіння, що супроводжувалися оргазмом. У 17 років була грубо зґвалтована. Важко переживала це. Через 3 роки вийшла заміж за юнака, який їй був приємний. З тривогою очікувала статевої близькості з ним. Чоловік психоеротичної підготовки не проводив, лубрикація не виникала і коїтус був хворобливий, нагадуючи про жахи дефлорації. У перші 2 роки заміжжя з тривогою очікувала статевого зближення. Оргазм не виникав. Чоловік став проводити невелику психоеротичну підготовку, і до початку статевого акту виникала лубрикація. Двічі за цей час були еротичні сновидіння без оргазму. Який діагноз:

- A. Депресивно-іпохондричний синдром.
- B. Зниження статевого потягу (гіполібідемія)
- C. Здорова жінка
- D. Фетишизм
- E. Аноргазмія

10. Л., 52 років, звернулася зі скаргою на те, що почала відчувати тривожне очікування невдачі статевого зближення.

Менструації з 13 років, регулярні. Заміж перший раз вийшла у віці 16 років за друга дитинства, якого дуже любила. У 17 і 19 років народила двох дітей. Відносини з чоловіком були хороші. Статева близькість з ним була приємна, однак оргазмом не супроводжувалася. Акт тривав від 3 до 10 хв. Через рік після других пологів одного разу під час статевої близькості несподівано вперше виник оргазм. Це відчуття було незвичайної сили і спантеличило її. З чим було пов'язано його виникнення, пояснити не може («все протікало як зазвичай»). Вважає, що вона «дозріла». З цього часу стала постійно відчувати оргазм при статевих стосунках з чоловіком.

У 23 роки втратила чоловіка (загинув). У 30-річному віці вийшла заміж за свого однолітка. Перші два роки відносини з чоловіком були хорошими. Статеве життя протікало нормально. Другий чоловік мав гарну статеву здатність. Але почав зловживати алкоголем, проявляти грубість, в зв'язку з чим відносини в родині порушилися. Оргазм при статевій близькості збляк. Одного разу, після сварки з чоловіком, на тривалий час припинила статеве життя з ним. При його відновленні оргазм чоловіка викликав неприємне відчуття холоду і хворобливе скорочення стінок піхви. Відразу ж перервала статевий акт і відштовхнула чоловіка. З цього часу з'явився страх, що це неприємне відчуття може повторитися. Розійшлася з чоловіком. Який діагноз:

- A. У першому шлюбі була ретардаційна фригідність, самоусунувся; у другому шлюбі - психогенна фригідність; з третім партнером - аноргазмія внаслідок невроту очікування невдачі.
- B. Вагінізм
- C. Спостереження у психіатра. седативні препарати
- D. Здорова жінка
- E. Затримка психогенного розвитку

11. Дівчинка 6 років приведена на прийом матір'ю, стурбованою поведінкою доньки. Протягом півтора років дівчинка стверджує, що вона - хлопчик. Не хоче носити жіноче ім'я Маша, просить називати її Мішею. Не бажає носити зачіску з бантами, просить купити їй штанці.

Під час дитячих ігор, наприклад в «тата-мами», грає роль «тата», заявляючи, що вона - хлопчик, не хоче грати з ляльками. Ваш діагноз:

А. Розлад статевої ідентифікації (девіація психосексуального розвитку в формі транссексуальності)

В. Зниження статевого потягу (гіполібідемія).

С. Затримка психогенного розвитку

Д. Патології немає

Е. Психогенна геніталгія.

Всі вірні відповіді: А.

Література

Основна:

1. 1. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник. - Харків: Фоліо, 2008. - 482-550 с.

2. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник. - К.: Арістей, 2003. - 229-280 с.

3. Акімова Л.Н. Психология сексуальности. – Одесса: СМІЛ, 2005. - 64-88с.

Додаткова:

1. Навчально-методичний посібник з основ сексології та сексопатології для студентів медичних вищих навчальних закладів / Є.Г. Сонник, С.А. Сухомлин. – Полтава, 2010. - 164 с.

Інтернет ресурси:

- Персональний сайт И.С.Кона <http://sexology.narod.ru/>.
- Сайт “Сексология и сексуальное здоровье” <http://autoeros.stealth.ru/>
- Адлер А. Любовные отношения и их нарушения // Очерки по индивидуальной психологии / http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/j3p/20010410/20010410a/htm
- Русский медицинский сервер <http://www.rusmedserv.com/psychsex/>
- Психосексология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко / <http://www.myword.ru>

Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів
під час підготовки до практичного заняття та на занятті

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи медичної сексології
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль</i>	Основи медичної сексології
<i>Тема заняття</i>	Основні порушення сексуальної функції у чоловіків. Лікування сексуальної патології та її профілактика .
<i>Курс</i>	5
<i>Факультет</i>	Медичний

Полтава - 2016

1. Актуальність теми:

Дані спеціальної літератури та клінічний досвід свідчать про те, що різноманітні порушення сексуальної функції у чоловіків можуть бути обумовлені функціональними і органічними захворюваннями нервової системи, ендокринної, урологічної та іншою соматичною патологією (вторинний або симптоматичний розлад потенції за Д.Л. Буртянським і В.В. Кришталем).

Клінічні спостереження свідчать про те, що розлади потенції можуть виявлятися ізольовано, більш-менш виразною зміною лібідо, ерекції, еякуляції та оргазму, а також поєднаним порушенням цих компонентів статевого акту.

Ослаблення ерекції може спостерігатися як при психогенних розладах потенції, так і при соматичних захворюваннях, до того ж при інших порушується не тільки адекватна ерекція, а й "спонтанна".

Порушення еякуляції спостерігається у хворих з психогенними розладами потенції і при урологічних захворюваннях. Порушення оргазму (притуплення або відсутність його) може бути у хворих з психогенними розладами потенції, а також при урологічній і дієнцефальній патології.

У практиці лікаря-сексопатолога часто зустрічаються поєднані розлади лібідо і ерекції, млявість ерекції і передчасне сім'явиверження, зниження лібідо і притуплення оргазму. Такі поєднані розлади потенції зустрічаються при психогенних і соматогенних захворюваннях.

2. Конкретні цілі:

- вивчити семіотику порушень чоловічої потенції,
- вивчити класифікацію порушень чоловічої потенції і патогенетичну класифікацію основних синдромів сексуальних розладів потенції.
- визначити первинні порушення потенції (паторефлекторну форму, дисрегуляторну форму, абстинентну форму, конституційно-генетичну форму).
- вивчити семіотику вторинних розладів чоловічої потенції, їх класифікацію.
- знати характеристику вторинних порушень потенції (псевдоімпотенція, сатіріазис).
- вивчити принципи і основні методи лікування розладів чоловічої потенції.
- визначити основні напрямки лікування і профілактики кожної з форм чоловічої потенції.
- вивчити принципи фізіотерапевтичних заходів і методів лікування псевдоімпотенції і чоловічої гіперсексуальності.

2. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми. (міждисциплінарна інтеграція).

№	Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1	Анатомія	Анатомічні особливості будови сечостатевих органів.
2	Фізіологія	Фізіологічні особливості сексуальних реакцій жінок.
3	Патофізіологія	Етіологія і патогенез захворювань сечостатевої системи.
4	Гінекологія	Етіологія і патогенез захворювань гінекологічного профілю
5	Біохімія	Головні етапи гормонального впливу.
6	Фармакологія	Фармакологічні групи препаратів які впливають на активність ЦНС і активність статевих гормонів.
7	Психологія.	Закономірності психосоматичного розвитку людини.

4. Завдання для самостійної підготовки до заняття

4.1 Основні терміни, параметри які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

№	Термін	Значення
1	Сексуальна дисфункція у чоловіків.	Теорія етіології і патогенезу порушення статевої потенції у чоловіків, симптомокомплекс статевих розладів по П.І. Завгородньому.
2	Потенція, псевдопотенція	Визначення поняття, патогенетична класифікація основних сексологічних синдромів при порушеннях потенції, первинні розлади потенції, вторинна або симптоматична розлади потенції, симптоматика, паторефлекторної форми імпотенції. Умови розвитку,

		симптоматика, дисрегуляторної, абстинентної, конституційно-генетичної форми імпотенції.
3	Терапія і профілактика розладів сексуальної дисфункції у чоловіків.	Медикаментозні, фізіотерапевтичні, психотерапевтичні і режимні методи лікування розладів сексуальної складової

4.2 Теоретичні питання до заняття

1. Які теорії етіології і патогенезу порушення статевої потенції у чоловіків існують?
2. Назвіть симптомокомплекси статевих розладів за П.І. Завгороднім.
3. Охарактеризуйте синдроми поєднаних порушень сексуальної функції у чоловіків.
4. Дайте патогенетичну класифікацію основних сексологічних синдромів при порушеннях потенції.
5. Які ураження відносяться до розладів нейрогуморальної складової при порушеннях потенції?
6. Назвіть синдроми розладів психічної і еякуляторної складових?
7. Які порушення відносяться до первинних розладів потенції?
8. Дайте характеристику вторинного або симптоматичного розладу потенції. Які порушення її стосуються?
9. Дайте визначення псевдоімпотенції.
10. Умови розвитку, симптоматика, перебіг паторефлекторної форми імпотенції.
11. Умови розвитку, симптоматика, перебіг дисрегуляторної форми імпотенції.
12. Умови розвитку, симптоматика, перебіг абстинентної форми імпотенції.
13. Умови розвитку, симптоматика, перебіг конституційно-генетичної форми імпотенції.
14. Які клінічні ознаки мають вторинні розлади чоловічої потенції?
15. Назвіть найбільш часті причини вторинних розладів потенції.
16. Клінічні ознаки розладів сексуальної функції при неврастенії, істерії і неврозі нав'язливих станів.
17. Клінічні особливості розладів потенції при психопатіях.
18. Клінічні особливості розладів потенції при психозах різного генезу.
19. Вплив органічних уражень головного і спинного мозку на чоловічу потенцію, клінічні особливості порушень.
20. Клінічні ознаки розладів сексуальної функції при ендокринній та урологічній патології.

21. Хронічна алкогольна інтоксикація та тютюнопаління як фактори розладів чоловічої потенції. Фізіологічні аспекти.
22. Причини і умови формування псевдоімпотенції.
23. Клінічні особливості псевдоімпотенції.
24. Гіперсексуальність, сатириазис. Визначення, умови формування, клінічні ознаки.
25. Медикаментозні, фізіотерапевтичні, психотерапевтичні і режимні методи лікування паторефлекторної форми первинного розладу чоловічої потенції.
26. Медикаментозні, фізіотерапевтичні, психотерапевтичні і режимні методи лікування дисрегуляторної форми первинного розладу чоловічої потенції.
27. Медикаментозні, фізіотерапевтичні, психотерапевтичні і режимні методи лікування абстинентної форми первинного розладу чоловічої потенції.
28. Медикаментозні, фізіотерапевтичні, психотерапевтичні і режимні методи лікування конституційно-генетичної форми первинного розладу чоловічої потенції.
29. Загальні принципи психотерапії вторинних розладів потенції.
30. Лікувальні заходи, які застосовуються для корекції псевдоімпотенції.
31. Методи лікування чоловічої гіперсексуальності.
32. Принципи профілактики розладів чоловічої потенції.
33. Які заходи застосовуються для профілактики ятрогенних впливів на чоловічу потенцію?

Зміст теми:

Вже на перших етапах розвитку і становлення сексопатології з'явилися перші теорії, автори яких намагалися з'ясувати причини і механізми статевих розладів у чоловіків.

Одні з цих теорій носили явно ідеалістичний характер. Їх автори пояснювали причини розладів потенції наявністю комплексів переживань, що виникли в ранньому віці, несвідомими благочестивими очікуваннями або переоцінкою об'єкта.

Інші теорії етіології і патогенезу розладів статевої функції базувалися на матеріалістичних уявленнях і психофізичних основах статевої функції. Автори таких теорій розглядали розлади потенції як наслідок різноманітних захворювань організму: органічних уражень нервової системи, неврозів, психозів, соматичної, ендокринної та урологічної патології.

Клінічний досвід показує, що зустрічаються хворі, у яких розлади потенції є первинно виявленою формою патології. Встановлено також, що функціонування статевої системи, таке ж, як і системи органів внутрішньої секреції.

Ендокринні залози взаємопов'язані і зумовлюють гормональну рівновагу, яка, в свою чергу, впливає на нервові центри. Створюється єдиний функціональний взаєморівноважений стан нейрогуморальної системи, яка регулює і статеву функцію.

Серед причин, які обумовлюють розвиток статевої слабкості, особливе місце займають психогенні чинники.

На підставі вивчення патогенетичних механізмів, які лежать в основі багатьох

випадків розладів потенції, С.І. Грошев виділив у подібних хворих дві фази перебігу неврозу "очікування невдачі". Перша - фаза екзальтації, яка проявляється прискореним сім'явипорскуванням, друга - фаза зміни домінант, яка проявляється порушенням ерекції навіть до повного її гальмування. Розвиток екзальтації відбувається в результаті посилення домінантного комплексу додатковим збудженням із зон другої сигнальної системи - "невроз очікування" (психогенний варіант), із зон першої сигнальної системи в результаті ослаблення внутрішнього гальмування і негативної індукції (ситуаційний варіант), а також за механізмами прискореної рефлексорної реакції в результаті зниження порогу збудливості в констеляції статевих центрів.

Найбільш повно патогенетичні механізми розвитку чоловічої потенції розроблені Г.С. Васильченко. На підставі власних досліджень автор приходить до висновку, що в основі розвитку порушень потенції можуть мати місце пліурігландулярні ураження, патологія глибоких структур головного мозку, порушення діяльності окремих ендокринних залоз, конституційно-ендогенні, екзогенні та ситуативні чинники, ураження спинного мозку, периферичної нервової системи, захворювання і пошкодження статевих членів, а також урологічні захворювання.

Г.С. Васильченко вважає, що патогенність мастурбації залежить від її типу, він виділяє ранній допубертатний тип мастурбації, мастурбацію в період гіперсексуальності в юному віці, персевераторно-обсесивний, замісний і наслідувальний типи мастурбації. До найбільш патогенних він відносить ранню допубертатну і персевераторно-обсесивну мастурбацію.

Відрізняються також погляди окремих авторів на вплив тривалого утримання від сексу на загальний стан організму і на сексуальну функцію чоловіків.

Деякі автори вважають, що тривале утримання нешкідливе для організму. Але висловлюються й інші точки зору. Так, Н.О. Белов вказував, що статеве стримання викликає порушення фізіологічних взаємин між передміхуровою залозою і сім'яниками. Автор довів, що посилене всмоктування в кров секрету простати пригнічує діяльність сім'яників, в той час, як зменшення всмоктування секрету збуджує їх функцію. Чим частіше відбувається статевий акт, тим сильніше прагнення до нього, і навпаки.

На думку Г.С. Васильченка, статеве стримання у осіб похилого віку та у осіб зі слабкою статевою конституцією породжує незворотне зниження статевої активності.

Відомі також протиріччя сексопатологів і в питаннях про вплив систематичного переривання статевих актів на чоловічу потенцію.

Як відомо, виверження відбувається рефлексорно. При перерваному статевому акті внаслідок вольового втручання відбувається різка зміна процесів збудження і гальмування в підкірці і корі головного мозку, що призводить до збивання, дисрегуляції безумовного і умовного рефлексів.

У спеціальній літературі до останнього часу немає єдиної думки і про значення порушення функції передміхурової залози в механізмі розвитку імпотенції. Окремі автори вважають, що хронічний простатит може викликати порушення потенції.

Д.Л. Буртянський і В.В. Кришталь вказують, що розлади потенції, які спостерігаються у хворих з хронічним простатитом, залежать від характеру їх статевої конституції і ураження складових копулятивного циклу.

В даний час вважається загальноприйнятим, що в оцінці статевої конституції

необхідно виходити з положення про паралелізм і тісної взаємної обумовленості фізичного, нервово-психічного і статевого розвитку.

Семіотика розладів чоловічої потенції

Багаторазовими спостереженнями показано, що розлади потенції можуть виявлятися ізольованими порушеннями лібідо, ерекції, еякуляції та оргазму, а також поєднаними ураженнями цих компонентів статевого акту.

П.І. Завгородній розрізняє такі симптомокомплекси статевих розладів:

- загальне ослаблення статевої функції до повної її відсутності;
- ослаблення (відсутність) статевого потягу;
- ослаблення (відсутність) ерекційної фази;
- ослаблення (відсутність) еякуляторної фази з ослабленням або відсутністю оргазму;

□ диссоційований розлад ерекційної і еякуляційної фази (передчасне сім'явиверження з нормальною або вдруге ослабленою ерекцією);

- ослаблення (відсутність) оргазму при збереженій еякуляції;
- сперматорея і простаторея;
- нав'язливий страх імпотенції;
- посилення статевого потягу;
- посилення ерекційної фази.

У наведеній класифікації синдрому статевих розладів ототожнюються з фазами копулятивного циклу. В цьому аспекті більш правильною, на нашу думку, є трактування сексопатологічних синдромів за складовими копулятивного циклу, яке запропоноване Г.С. Васильченко.

При системних сексуальних неврозах можуть порушуватися ізольовано або спільно лібідо, ерекція, еякуляція.

Зниження статевого потягу характерне в основному для хворих з ендокринними захворюваннями і з органічними ураженнями центральної нервової системи. При психогенному розладі потенції зниження лібідо спостерігається зрідка, в основному вторинно, і викликане, на думку І.М. Прудомського, психічною пригніченістю, депресією.

Ослаблення ерекції може спостерігатися як при психогенних розладах потенції, так і при соматичних захворюваннях, причому при останніх частіше страждає не тільки адекватна ерекція, а й "спонтанна".

Порушення еякуляції спостерігається у хворих з психогенними формами імпотенції і при урологічних захворюваннях. Розлад її може проявлятися як передчасним сім'явипорскуванням, так і його відсутністю. Останнє констатується у хворих з психогенними розладами потенції і внаслідок органічних уражень нервової системи.

Порушення оргазму (притуплення або розлад його) може бути у хворих з психогенним розладом потенції, а також з урологічною і дієнцефальною патологією.

Часто в практиці лікаря-сексопатолога зустрічаються хворі з поєднаним розладом лібідо і ерекції, млявістю ерекції і стрімким сім'явиверженням, зниженням лібідо і притупленням оргазму. Такий поєднаний розлад потенції може бути і при психогенних захворюваннях.

Д.Л. Буртянський і В.В. Кришталь виділяють наступні синдроми поєднаних

порушень сексуальної функції у чоловіків:

синдром сексуальної гіпестезії (анестезії), що складається з переважного ослаблення або випадання лібідо і оргазму при збереженій здатності до ерекції і еякуляції;

синдром сексуальної апатії - переважно ослаблення лібідо і ерекції;

синдром сексуального парезу - переважне поєднання ослаблення ерекції і передчасної еякуляції при збереженні лібідо;

синдром сексуальної інертності - значне запізнення або відсутність еякуляції і оргазму при збереженні лібідо і ерекції.

З наведених даних можна зробити висновки, що клінічні прояви статевої слабкості мають досить різноманітний характер і можуть спостерігатися у вигляді ізольованих або поєднаних розладів лібідо, ерекції, еякуляції та оргазму.

Класифікація розладів чоловічої потенції

Не дивлячись на значну кількість спеціальних досліджень, які з'явилися останніми десятиліттями, і увагу, яка приділяється проблемі розладів чоловічої потенції, до цього часу ще не існує загальноприйнятої класифікації розладів чоловічої потенції. Запропоновані різними авторами класифікації чоловічої слабкості вельми суперечливі.

С. Ямкін запропонував таку класифікацію статевої слабкості: 1) ендокринна; 2) нейрогенна; 3) при органічних ураженнях центральної нервової системи; 4) психічна.

Г.С. Васильченко виділяє 4 типи основних сексопатологічних синдроми при порушенні потенції: 1) розлади нейрогуморальної складової; 2) розлади психічної складової; 3) розлади ерекційної складової; 4) ураження еякуляторної складової, а також псевдостатеві розлади.

Запропонована Г.С. Васильченко патогенетична класифікація розладів потенції базується на фізіологічній концепції щодо стадій і складових копулятивного циклу, клінічному методі структурного аналізу статевих розладів і є більш раціональною в порівнянні з раніше запропонованими класифікаціями.

Патогенетична класифікація основних сексологічних синдромів при порушеннях потенції

0. Псевдостатеві розлади

- З переважанням пред'явлення до себе надзвичайних вимог.
- З наведенням на себе неіснуючих вад.
- З неадекватною реакцією на фізіологічні коливання сексуальних проявів (в тому числі - на постабстинентні прискорення еякуляції).
- З переважанням неправильної поведінки партнерів (в тому числі при недотриманні елементарної "техніки" коїтусу, наприклад при редукції попередніх ласк) або сексуальними недоліками жінки.

I. Синдроми розладів нейрогуморальної складової

1. плюригландулярні ураження:

а) порушення темпів пубертатного розвитку (ретардація, передчасне статеве дозрівання або дисгармонія пубертату;

б) вікова інволюція;

- в) ідіоматичні форми;
- г) порушення нейрогуморального балансу, обумовлене вживанням ендокринних препаратів.

2. Специфічні синдроми:

- А. Діенцефальний синдром і інші ураження глибоких структур.
- Б. З переважним ураженням окремих ендокринних залоз:
 - а) гіпофізу;
 - б) статевих залоз (простато-тестикулярного функціонального комплексу);
 - в) надниркових залоз (синдроми гіпермобілізації надниркових залоз і їх зниженою реактивністю);
 - г) щитоподібної залози;
 - д) підшлункової залози або печінки.

II. Синдроми розладів психічної складової

Форми з переважанням конституційно-ендогенних факторів:

- а) однобічна акцентуація окремих характерологічних властивостей особистості (наприклад рис відчуття тривоги, крайові варіанти типів вищої нервової діяльності, зокрема, розумовий або художній тип за І.П. Павловим, і т.п.);
- б) психопатії;
- в) ендогенні психози;
- г) сексуальні порушення при олігофренії.

Форми з переважанням реактивних (екзогенних, ситуаційних) факторів:

- а) при первинному (безпосередньому) ураженні сексуальної сфери ("невроз очікування невдачі", загасаюче гальмування, перетворення природних сексуальних подразників в умовне гальмо, порушення психо-сексуальної орієнтації, помилкове визначення паспортної статі і т.п.);
- б) при вторинному залученні сексуальної сфери в картину неврозу, який був викликаний несексуальними причинами (наприклад, при неврастенії, яка обумовлена труднощами або конфліктами виробничого характеру), а також при гіперсублімації, соматично обумовлених астенічних і дериваційних станах і при екзогенних психозах.

III. Синдроми уражень ерекційної складової

- 1. Спінальної локалізації (при мієліті, розсіяному склерозі, пухлинах, травмах і т.п.):
 - а) провідникові;
 - б) сегментарні.
- 2. Екстраспінальної локалізації (при каудітах, фунікулітах, плекситах, невритах, пухлинах, травмах і т.п.).

Захворювання і пошкодження статевого члена.

IV. Синдроми ураження еякуляторної складової

При урологічних захворюваннях.

Вторинна патогенетична титуляризація (зміни міжцентрально-нервових відносин, персистуючі після санації урологічного вогнища).

Первинна патогенетична дезінтеграція (синдром парацентрально-частинки).

При захворюваннях головного мозку:

- а) провідникові;
- б) сегментарні.

Патогенетична класифікація розладів потенції надзвичайно громіздка і складна для практичних цілей, але вона дозволяє більш повно і поглиблено вивчити суть розладів потенції, що є важливим чинником для побудови раціональної схеми лікування.

І.М. Порудоминський (1957) розробив класифікацію статевого виснаження, яка представлена 5 формами:

I. Імпотенція внаслідок функціональних захворювань центральної нервової системи:

- кортикальна імпотенція;
- субкортикальна імпотенція (діенцефальна);
- спінальна (кортико-спінальна) імпотенція.

II. Імпотенція внаслідок органічних уражень нервової системи.

III. Імпотенція внаслідок захворювань статевих органів (нейрогенна).

IV. Ендокринна імпотенція.

V. Імпотенція внаслідок механічних перешкод.

Як зазначає сам автор цієї класифікації, і вона не може претендувати на "кінцеве вирішення питання щодо клінічної класифікації імпотенції".

У класифікації, яка була запропонована П.В. Посвянським, розлади потенції розглядаються як синдроми різноманітних захворювань:

I. Функціонально-динамічні (функціонально-психогенні) форми імпотенції.

II. Органічні форми:

- при органічному ураженні нервової системи;
- при захворюваннях уrogenітальної сфери;
- при ендокринних ураженнях;
- при генетичних дисгармоніях;
- при внутрішніх захворюваннях, інтоксикаціях.

III. Змішані (функціонально-органічні) форми.

IV. При психічних захворюваннях.

V. Неясні форми.

Виділення П.В. Посвянським так званих неясних і змішаних форм статевої слабкості, межі яких досить розгорнуті, може сприяти розширенню діагностики зазначених форм захворювань.

Відсутність єдиного підходу до констатації та оцінки розладів статевої функції у чоловіків призводить до плутанини в діагностиці і тим самим ускладнює роботу лікаря-

сексопатолога.

Різноманітні класифікації розладів чоловічої потенції, що використовуються в практичній діяльності різноманітних лікувальних установ, є перепонами для здійснення принципу послідовності в лікуванні чоловіків, які страждають від розладів статевої функції, що в свою чергу стає серйозною перешкодою на шляху організації диспансерного обслуговування цієї групи хворих. Різні думки щодо діагностичної номенклатури чоловічої потенції, крім практичних негараздів, гальмують розробку проблеми чоловічої сексопатології, ускладнений аналіз і систематизацію великого клінічного досвіду, який відображений в численній спеціальній літературі.

Д.Л. Буртянським, В.В. Кришталем була розроблена і запропонована клінічна класифікація розладів чоловічої потенції, яка охоплює всі існуючі форми порушень сексуальної функції у чоловіків і є, в той же час, простою і зручною для використання в лікувальній практиці.

Всі клінічні різновиди і варіанти порушень чоловічої потенції відповідно до цієї класифікації поділяються на дві клінічні групи: первинний і вторинний або симптоматичний розлад потенції, разом з якими передбачено виділення так званої псевдоімпотенції.

Під первинним розладом потенції ми розуміємо випадки розвитку чоловічої статевої слабкості без зв'язку з будь-яким іншим захворюванням, коли порушення чоловічої статевої функції виступає в якості основного ядра захворювання.

До первинних розладів потенції відносяться:

випадки сексуальних зривів, безпосередньо не пов'язаних з будь-якою попередньою патологією організму, які в подальшому розвиваються за механізмом невротичної фіксації і відповідають так званому системному неврозу в трактуванні І.М. Аптера і В.Н. Мясищева;

порушення чоловічої потенції, які обумовлені зривом нервової регуляції статевої функції в результаті систематичних порушень фізіологічної програми статевого акту - перервані і пролонговані статеві акти;

слабкість статевої функції, яка обумовлена вимушеною тривалою статевою стриманістю, що призводить, в силу дисгармонії функціональних взаємин між передміхуровою залозою і сім'яниками і згасання умовнорефлекторних механізмів, до специфічних нейрогуморальних порушень;

статева слабкість, обумовлена конституційною неповноцінністю морфо-функціональних структур, які здійснюють регуляцію статевої функції, тобто функціональною неповноцінністю тієї системи, яка є фізіологічною основою статевого інстинкту.

Залежно від причин розвитку статевої слабкості, клінічні варіанти первинного розладу потенції виділяються відповідно: паторефлекторна, дисрегуляторна, абстинентна і конституційно-генетична форми.

До вторинного або патогенетическому розладу потенції відносяться порушення чоловічої статевої функції, які є специфічним синдромом різноманітних захворювань нервової системи, а також ендокринної, урологічної або будь-якої іншої патології.

Серед різноманітних порушень статевої функції ми розрізняємо перверсивну форму

розладу потенції, котра трапляється нам у психопатів, до якої належать випадки неможливості фізіологічних статевих актів, що обумовлено перверсією.

До псевдоімпотенції повинні бути віднесені випадки неправильної інтерпретації чоловіками своїх сексуальних можливостей, які призводять до помилкових висновків про наявність у них статевої слабкості при фактичній відсутності розладів сексуальної функції.

Таким чином, всі існуючі варіанти статевої слабкості у чоловіків можуть бути представлені таким чином:

I. Первинний розлад потенції:

- паторефлекторна форма;
- дисрегуляторна форма;
- абстинентна форма;
- конституційно-генетична форма.

II. Вторинний (симптоматичний) розлад потенції:

- при функціональних розладах ЦНС;
- при органічних ураженнях нервової системи;
- при ендокринних захворюваннях;
- при урологічних захворюваннях;
- при захворюваннях внутрішніх органів.

III. Псевдоімпотенція:

дисгармонійний варіант;

дезінформаційний варіант.

З метою найбільш повної функціональної діагностики імпотенції при формулюванні діагнозу, крім клінічної форми захворювання, слід відображати функціональний синдром або складову статевого акту, порушення якої є основним клінічним проявом сексуальної патології.

Наведена класифікація і функціональна діагностика може сприяти детальному вивченню різноманітних форм чоловічої імпотенції і розробці критеріїв для її диференційованого комплексного лікування.

Клініка первинних розладів потенції

Розлади чоловічої потенції, які проявляються первинно, характеризуються не тільки відмінністю причин їх розвитку та механізмів формування, але також і особливостями клінічних проявів.

Паторефлекторна форма.

До зазначеної форми належать розлади потенції, обумовлені ситуаційними моментами, які призвели до невдалого статевого акту з його подальшою патологічною фіксацією.

Її розвиток може бути обумовлено наступними п'ятьма групами причин і умов:

1) значним емоційним напруженням, викликаним страхом бути виявленим оточуючими в непристойній ситуації або боязню зараження венеричними хворобами,

загрозою розкриття, дефлорації, установкою на свою статеву неповноцінність внаслідок перебільшення патогенності мастурбації, а також патологічною ідеалізацією молодим чоловіком своєї дружини.

У подібних випадках зрив статевого акту можна пояснити фізіологічним механізмом "збивання" - зіштовхування двох процесів - збудження і гальмування: збудженням 1-й сигнальної системи і підкірки і гальмуванням, що походить із 2-й сигнальної системи;

2) неправильним проведенням попереднього періоду статевих зносин, що призводить до дисгармонії фізіологічної програми копулятивного циклу, і, зокрема, до гіпо- або анерекції внаслідок надзвичайного гальмування в результаті надмірного збудження статевих центрів через тривалі ласки;

3) зовнішнім подразником значної сили (різким окриком, стуком, криком, пострілом), що призводить до зриву статевого акту щодо механізмів зовнішнього гальмування;

4) невідповідністю почуттів і сумачії подразників, що виникають під час статевого акту, зі звичайними відчуттями, пов'язаними до цього з мастурбацією, що може привести до ослаблення ерекції під час статевого акту і затримки або відсутності еякуляції в зв'язку з наявністю патологічного умовного рефлексу;

5) фізіологічними коливаннями статевої функції або її тимчасовим ослабленням в силу гіперфагітації.

Характер розвитку паторефлекторної форми первинного розладу потенції свідчить про те, що причина, яка викликала зрив статевої функції, може діяти досить короткий час, але в подальшому статеві акти за механізмом "неврозу очікування" мають невдалий перебіг.

Надалі, при декількох повтореннях, нетривалий патологічний зв'язок закріплюється разом з наростанням кількості невдалих статевих актів. Для абсолютної більшості досліджуваного контингенту пацієнтів виразні емоційні переживання мають явну тенденцію до зворотного розвитку. На перший план виступають порушення статевої функції, до яких більшість хворих з часом починають ставитися спокійніше і стримано. Через два або більше років спостерігається певний відрив чисто сексопатологічної симптоматики від невротичних реакцій особистості щодо статевого безсилля.

Розвиток паторефлекторної форми первинного розладу потенції відбувається, як правило, раптово і хворі впевнено називають дату захворювання. Найчастіше на початку захворювання спостерігається ізольований розлад ерекції або еякуляції, надалі може розвиватися поєднаний розлад лібідо, ерекції і еякуляції.

Структурний аналіз сексуальних розладів у хворих паторефлекторною формою первинного розладу потенції показав, що у них спостерігається стрижневе ураження психічної складової копулятивного циклу внаслідок фіксації уваги на невдалому статевому акті, який передував захворюванню.

Дисрегуляторна форма.

Розлади потенції, що виникають внаслідок систематичного переривання статевих актів, а також пролонгованих статевих зносин з метою запобігання вагітності, становлять дисрегуляторну форму первинного розладу потенції.

Ряд авторів (І.М. Порудоминський, Л.Я. Мільман, В.Д. Кочетков) виділяють три патогенетичних механізми розладу потенції внаслідок перерваних і пролонгованих

статевих актів. Перший з них - функціональне виснаження спінальних центрів, другий - утворення застійних явищ в органах сечостатевої системи, головним чином в простаті, задній уретрі і насінній бульбашці, з подальшими функціонально-динамічними розладами центрально-нервових апаратів, які здійснюють регуляцію статевої діяльності. Третій - порушення в сфері вищої нервової діяльності, обумовлені різкою зміною статевого збудження раптовим гальмуванням, що призводять до помилки основних нервових процесів - збудження і гальмування.

Клінічні прояви статевої слабкості при даній формі розладу потенції зводяться до поєднаного зниження ерекції і передчасної еякуляції, а у деяких - і до притуплення оргазму. Порушень лібідо, як правило, не спостерігається.

Розвиток невротичних реакцій у вигляді емоційної нестійкості, дратівливої слабкості, явищ фізичної та психічної астенії, порушення сну і загострення характеристичних рис особистості в зв'язку з розладом потенції відбувається поступово протягом декількох тижнів після перших проявів статевої слабкості.

У хворих з розглянутою формою розладу потенції присутнє стрижневе ураження психічної складової копулятивного циклу. Воно обумовлено у них наявністю елементів тривожності, спрямованої на те, щоб не пропустити моменту сім'явипорскування в зв'язку з острахом вагітності, тобто коркового "сторожового пункту", "домінуючого" в заключному етапі статевого акту.

Досить часто у хворих спостерігається пов'язаний з систематичним перериванням статевих актів хронічний простатит, який зумовлює і стрижневе ураження еякуляторної складової копулятивного циклу.

Слід зазначити, що у чоловіків з дисрегуляторною формою розладу потенції ураження нейрогуморальної, психічної та еякуляторної складової копулятивного циклу найчастіше має поєднаний характер.

Абстинентна форма.

Порушення потенції внаслідок тривалого вимушеного утримання у осіб, які раніше жили регулярним статевим життям, у яких відпрацьований певний ритм статевого життя, складають абстинентну форму первинного розладу потенції.

Розвиток зазначеної форми може бути обумовлений двома патологічними механізмами. Перший з них - порушення функціональних взаємин між передміхуровою залозою і сім'яниками, так як відомо, що посилене всмоктування в кров секрету простати пригнічує діяльність сім'яників, в той час як зменшення всмоктування секрету збуджує їх функцію. В результаті утримання можуть виникати застійні явища в передміхуровій залозі. Другий патологічний механізм - детренованість статевої функції і згасання умовних статевих рефлексів.

Разом з тим ряд авторів відзначає, що в багатьох випадках тривале статеве утримання не призводить до розладів потенції.

Розвиток абстинентної форми розладу потенції чітко пов'язаний в часі з тривалою вимушеною статевою стриманістю. Вона найчастіше спостерігається у осіб похилого віку. Клінічні прояви розладу потенції при даній формі статевої слабкості, як правило, зводяться до поєднаного зниження лібідо, ерекції і передчасного сім'явиверження. У більшості хворих виразні невротичні реакції на порушення статевої потенції виникали відразу після фіаско і виявлялися в основному в формі загострення характерологічних рис

(посилення тривоги, страх за стан власного здоров'я, прояви песимізму, посилення замкнутості і т.п.)

Ретельний нагляд за клінічним перебігом розладу потенції, обумовленого тривалою статевою стриманістю, вказує, що його розвиток проходить дві стадії: фізіологічну і патологічну. Перша характеризується наявністю підвищеного лібідо, спонтанних ерекцій і нічних полюцій. Друга - зниженням лібідо і ерекції, появою передчасного сім'явиверження, відсутністю полюцій.

Виділення двох стадій абстинентної форми первинного розладу потенції дає можливість диференційовано підходити до лікування хворих з цією формою розладу потенції. У осіб з 1-ю стадією або при відновленні статевого життя потенція легко відновлюється.

Слід зазначити, що терміни розвитку абстинентної форми первинного розладу знаходяться в прямій залежності від фізіологічного ритму статевої активності. Слід також звернути увагу на те, що тривале утримання від сексу призводить до згасання умовних зв'язків. Якщо враховувати, що в літньому віці присутня тенденція до інертності статевих процесів, то стає зрозумілим більш повне згасання цих зв'язків. Разом з тим доводиться констатувати той факт, що тривале статеве утримання не завжди призводить до розладу чоловічої потенції. Це залежить не тільки від тривалості стриманості і віку хворого, але і від типу статевої конституції. В молодому віці порушення потенції розвивається тільки в осіб зі слабкою статевою конституцією, в літньому віці вони можуть виникати і у осіб із середньою і навіть сильною статевою конституцією. Воно спостерігається вже при мінімальних термінах порушення звичайного ритму активності. Перехід сексопатологічних проявів в другу стадію в літньому віці прискорений.

Конституційно-генетична форма.

Зазначена форма первинного розладу потенції обумовлена конституційною неповноцінністю морфо-функціональних структур, які здійснюють нейрогуморальну регуляцію статевої функції, при повному збереженні інших функцій центральної нервової системи, тобто функціональною неповноцінністю тієї системи, яка є фізіологічною основою статевого інстинкту.

Знижена статевая активність і непридатність статевої функції при цій формі розладу потенції проявляються без певних причин з самого початку статевого життя. Клінічні прояви статевої слабкості при конституційно-генетичній формі первинного розладу потенції складаються зі слабкості лібідо і слабкості ерекції, а також млявості еякуляції і гіпооргазмії.

Статевий акт у досліджуваного контингенту хворих, як правило, має тривалий характер. Діапазон прийнятності у них вузький. Сексуальна сторона життя є мало значущою.

Структурний аналіз сексуальних порушень при конституційно-генетичній формі первинного розладу потенції свідчить про те, що у всіх хворих має місце стрижневе ураження нейрогуморальної складової, обумовлене порушенням статевого дозрівання. Темп його у таких хворих, як правило, уповільнений або дисгармонійний. У абсолютної більшості хворих з цією формою розладу потенції відзначається ослаблення психічної складової, яке пояснюється психічним інфантилізмом. У значної частини хворих спостерігається ослаблення еякуляторної складової в силу гіпоплазії передміхурової

залози, що має місце у даних пацієнтів.

У хворих конституційно-генетичною формою первинного розладу потенції невротичні реакції частіше спостерігаються як слабо виражені. Хворі в більшості випадків мало реагують на свою статеву непристосованість і, як правило, звертаються до лікаря за медичною допомогою на вимогу дружини.

Клініка вторинних розладів потенції.

У практиці лікаря-сексопатолога часто зустрічаються поєднані розлади лібідо і ерекції, млявість ерекції і передчасне сім'явиверження, зниження лібідо і притуплення оргазму. Такі поєднані розлади потенції зустрічаються при психогенних і соматогенних захворюваннях.

Однією з найбільш частих причин розвитку вторинних порушень потенції є різноманітні форми неврозів. Н.В. Іванов припускає, що в залежності від характеру невротичних розладів клінічні прояви статевої слабкості можуть бути як наслідком порушення центральної нервової регуляції статевої функції, пов'язаних з невротичним процесом, так і впливом на статеву функцію клінічних симптомів неврозу (астенії, гіпотимії, фобії, нав'язливості, які стосуються статевого життя і т.д.)

Розлади статевої потенції при неврозах спостерігаються, як правило, в тих випадках, коли є присутньою слабкість нейрогуморальної складової копулятивного циклу, яка обумовлена затримкою статевого розвитку в пубертатному періоді і слабкістю статевої конституції.

Деякі автори відзначають, що наявність залежності між характером порушення потенції і клінічною формою неврозу пов'язано з різними патогенетичними механізмами окремих форм неврозу. При неврастенії, в більшості випадків, спостерігається поєднане ураження психічної і нейрогуморальної складових копулятивного циклу. У випадках неврастенії з тривалим перебігом може спостерігатися поєднане пригнічення всіх компонентів сексуальної функції.

При істерії в поєднанні з розладом потенції у всіх хворих спостерігається стрижневе ураження психічної складової копулятивного циклу. У більшості з них воно поєднується з ослабленням нейрогуморальної складової. У деяких хворих з істерією порушення потенції виступає основним клінічним проявом. При істерії часто спостерігається зниження ерекції і передчасне сім'явиверження, але часто констатується ізольоване ослаблення лібідо, ерекції, еякуляції та оргазму. У деяких випадках спостерігаються прояви дисоційованих розладів окремих компонентів сексуальної функції. Так, наприклад, при зниженому лібідо може зустрічатися постійна ерекція і повноцінний оргазм, а при підвищенні статевого потягу - послаблення ерекції і гіпооргазмія. Слід зазначити, що прояви розладів потенції при істерії відрізняються поліморфізмом і залежать від цілого ряду патопластичних факторів.

У хворих з розладами потенції внаслідок неврозу нав'язливих станів і психастенії має місце ізольоване ураження психічної складової. Клінічні прояви розладів потенції тісно переплітаються з симптоматикою невротичних розладів. Наприклад, при коїтофобії спостерігається зниження лібідо і адекватних ерекцій, в той час як спонтанні ерекції є адекватними. У деяких випадках поряд з ослабленням лібідо і ерекції, спостерігається тенденція до інертності статевого акту, навіть до анеякуляторного синдрому, що перебуває в зв'язку з інертністю нервових процесів і фізіологічних реакцій.

У хворих з психопатіями, які є причиною порушення потенції, як правило, спостерігається ураження психічної складової копулятивного циклу. У деяких випадках воно поєднується зі слабкістю нейрогуморальної складової. Прояви розладів потенції при психопатіях різноманітні (зниження потенції, перверсії, гіперсексуальність). Вони можуть мати деяку залежність від форми і клінічних особливостей психопатії. При психопатіях астеничного і гіпотимічного типу, наприклад, поряд зі зниженням всіх компонентів, може зустрічатися поєднане зниження лібідо і ерекції, що лежить в основі низької статевої активності. У збудливих гіпертимних психопатів дещо частіше спостерігається передчасне сім'явиверження. При психопатіях параноїдального і шизоїдного типів може мати місце ізольоване ураження лібідо.

Розлади чоловічої потенції при психозах можуть бути різноманітними. Їх клінічна симптоматика, як правило, тісно пов'язана із загальним станом хворого, характером патологічного процесу і особливостями психічних розладів. Останнє формує ставлення хворого до статевого життя взагалі або до того чи іншого партнера зокрема. Зниження статевої потенції при психозах частіше проявляється в ослабленні статевого потягу і ерекції.

При органічних ураженнях головного та спинного мозку розлади чоловічої потенції є наслідком порушення нервової регуляції статевої функції. Слід мати на увазі, що рівень ураження нервової системи може обумовлювати ті або інші особливості порушення сексуальної функції у чоловіків. При органічних ураженнях глибоких структур головного мозку частіше спостерігається зниження нейрогуморальної, а в деяких випадках і психічної складової копулятивного циклу. Клінічні прояви розладів потенції складаються з ізольованого або поєданого порушення статевого потягу, ерекції, сім'явиверження і оргазму. Якщо превалюють сенсорні порушення, спостерігається ізольоване ослаблення лібідо і оргазму при відносно збереженій ерекції і еякуляції. Порушення ерекції частіше носить тотальний характер, тобто спостерігається зниження адекватних і спонтанних ерекцій. Дисоціації розладів ерекції при органічних ураженнях нервової системи, як правило, не відмічається. При ураженні спинного мозку в залежності від його рівня може виникати поєднане або ізольоване ураження ерекційної і еякуляторної складових копулятивного циклу. Ураження психічної складової в таких випадках може виникнути як наслідок конституційно-особистісного реагування хворого на власне захворювання та його мікросоціальний резонанс. При патології спинного мозку характер сексуального розладу залежить від рівня його ураження. Розвиток розладів потенції при ендокринній патології може бути обумовлено різноманітними механізмами. В одних випадках слабкість потенції може бути пов'язана з пліуригландулярними ендокринними розладами, в інших - з порушеннями функції окремих ендокринних залоз (гіпофіза, статевих залоз, надниркових залоз, щитоподібної і підшлункової залоз).

Основним механізмом розладів чоловічої потенції при ендокринній патології є ураження нейрогуморальної складової внаслідок порушення нейроендокринної регуляції статевої функції. Клінічні прояви розладів потенції при такій патології мають певний поліморфізм. Клінічно спостерігається ізольоване або поєднане порушення статевого потягу, ерекції, еякуляції та оргазму. Вони мають пряму залежність від ступеня тяжкості і характеру ендокринної патології і компенсаторних можливостей організму, від вторинних невротичних реакцій на власне захворювання.

При урологічній патології порушення статевої потенції зустрічаються відносно часто. Найбільшу практичну значимість мають запальні захворювання передміхурової залози,

функція якої впливає на характер сексуальних відправлень. Безсумнівно вплив на чоловічу потенцію мають ураження статевих органів, які перешкоджають можливості статевого акту.

Слід зазначити, що більшість урологічних захворювань є відносно рідкісною причиною сексуальних розладів, але вони, як правило, ускладнюються конституційно-особистісними реакціями хворих, які можуть бути причиною психогенного впливу на статеву функцію.

Особливо слід зупинитися на впливі хронічної алкогольної інтоксикації на чоловічу потенцію, оскільки тенденція до зловживання алкоголем досить висока. Поряд з іншими негативними впливами на організм, хронічна алкоголізація має негативний вплив на чоловічу потенцію, що загальновідомо.

У чоловіків, що зловживають алкогольними напоями, спостерігається ослаблення статевого потягу, а також зниження адекватних ерекцій і гіпооргазмія. Що стосується еякуляції, то в подібних випадках спостерігається тенденція до затримки сім'явиворскування навіть до анеякуляції. Зазначені порушення, звичайно, мають залежність від конституційних особливостей організму чоловіків. При порушеннях чоловічої потенції, обумовлених зловживанням алкоголем, спостерігається поєднане ураження нейрогуморальної, психічної та еякуляторної складових. Їх зниження знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку з алкогольною енцефалопатією, яка характеризується як психічними розладами, так і порушенням нейрогуморальної регуляції внутрішніх процесів.

Відомо також патогенний вплив тютюнопаління на статеву функцію чоловіків. Вона зумовлена токсичним впливом нікотину на вегетативні центри. П.І. Заміський, зокрема, зазначає, що при зловживанні курінням спостерігається послаблення ерекції і передчасне сім'явиверження.

Псевдоімпотенція.

Залежно від причин і умов формування виділяють два варіанти псевдоімпотенції - дисгармонічний і дезинформаційний. Перший з них є наслідком помилкових оцінок і дій чоловіків при невідповідності статевої активності і діапазону прийнятності в подружній парі, наявності у подружжя статевої холодності або гіперсексуальності, а також при недоліках техніки статевих відносин. Другий варіант псевдоімпотенції може бути пов'язаний з неправильними уявленнями подружжя про норму і фізіологічні коливання сексуальної функції. До цього виду відносяться також випадки псевдоімпотенції, обумовлені неправильною оцінкою зміни своїх сексуальних проявів, які пов'язані з психічним або фізичним перевтомою (астенічний тип), гострої алкогольної інтоксикацією або впливом вжитих напередодні медикаментозних засобів.

Невірна інформація і помилкові інтерпретації можуть призводити до пред'явлення до себе надмірних вимог і виявлення у себе уявних недоліків. Це в деяких випадках (особливо у осіб з тривожно-недовірливими рисами характеру) може привести до виникнення психогенної ситуації, яка не тільки закріплює патологічну установку на сексуальну неповноцінність, а й може стати причиною неврастенических порушень з подальшою трансформацією псевдоімпотенції у вторинне розлад чоловічої потенції.

Сатіріазис. Підвищення сексуальних проявів у чоловіків можуть носити характер як фізіологічної реакції, так і патологічного стану. Фізіологічне підвищення чоловічої

сексуальності може спостерігатися, головним чином, в період так звані юнацької гіперсексуальності і у осіб молодого віку, які не мають регулярного статевго життя, а також у випадках нетривалого вимушеного статевої стриманості. Така гіперсексуальність проявляється в підвищенні лібідо, збільшення частоти спонтанних ерекцій з тенденцією до їх відносної тривалості. Фізіологічне підвищення сексуальності не може розглядатися як патологічний стан і не потребує медикаментозної корекції. Воно є відображенням особливостей організму і, зокрема, сильної статевої конституції.

До гіперсексуальності не слід відносити випадки потентності в умовах регулярного статевого життя. Вона характеризується почастішанням адекватних ерекцій і статевими ексцесами, пов'язаними ні з патологічним станом організму, а з особливостями статевої конституції (сильний тип).

Справжня гіперсексуальність (сатіріазіс) являється патологічним проявом, що знаходяться в причинно-наслідкового зв'язку з різними патологічними станами організму, тобто завжди має вторинний характер. Мужская гіперсексуальність може проявлятися у вигляді ізольованої гіперлібідемії, але, частіше вона характеризується поєднанням підвищення лібідо з почастішанням спонтанних і адекватних ерекцій. Слід зазначити, що у випадках гіперсексуальності тривалість статевого акту може бути різною від передчасного сім'явиверження до тривалого статевого акта. Гіперсексуальність зустрічається відносно рідко, що зумовлює її меншу практичну значимість в сексопатології. В основі гіперсексуальності в більшості випадків знаходяться різноманітні психічні розлади (гіпоманіакальні стану, циркулярна шизофренія, гіпертимічні психопатії, олігофренія, істерія з гіпертимический тенденціями, різні органічні і е ураження головного і спинного мозку, ендокринопатії і урогенітальна патологія).

Принципи консервативного лікування порушень сексуального здоров'я чоловіка. Лікування хворих з різноманітними формами розладів потенції передбачає диференційоване комплексне застосування психотерапевтичних, медикаментозних, фізіотерапевтичних, режимних лікувальних методів, а також додаткових коштів, призначення яких у вигляді одного з вищеназаних заходів повинно мати виключно індивідуальний характер. Існує досить широкий спектр літературних даних, що відображають результати застосування різноманітних методів лікування порушень чоловічої потенції.

З метою вибору найбільш ефективних методів лікування порушень чоловічої потенції необхідно строго дотримуватися індивідуалізованого підходу, який базується на даних сучасного всебічного обстеження хворих. Провідним методом лікування хворих з паторефлекторною формою первинного розладу потенції є психотерапія, що представляє комплекс лікувальних заходів. Її важливою складовою частиною є проведення роз'яснювальної (раціональної) психотерапії, в завдання якої входить пояснення хворим механізмів виникнення у них розладу потенції, деактуалізація і переорієнтація патологічної установки хворих на статеву неповноцінність, а також запобігання вторинних невротичних нашарувань.

З метою ліквідації патологічного умовного рефлексу, який присутній у таких хворих і супроводжується вторинними емоційними реакціями, і створення здорової статевої домінант, доцільне використання методу гіпноугестивної терапії, а також аутогенного тренування, які можуть бути реалізовані у формі індивідуальних і групових лікувальних занять.

У комплексі лікувальних впливів особлива роль повинна бути відведена психотерапії подружньої пари, метою якої є оптимізація рівня соціально-психологічної адаптації подружжя і техніки статевих зносин. Необхідно також проведення спеціальних інструктивних бесід з дружинами хворих. Завданням таких бесід є психотерапевтична корекція міжособистісних відносин в подружній парі, розширення діапазону пристосованості в їх сексуальному житті і розробка оптимальної програми поведінки дружини в період підготовки і реалізації статевих зносин, яка базується на врахуванні індивідуальних (психосексуальних) особливостей чоловіка.

Застосування медикаментозних засобів при паторефлекторній формі розладу потенції повинно бути зведене до мінімуму і направлено, головним чином, на нормалізацію процесів вищої нервової діяльності і корекцію емоційних реакцій.

Хороший лікувальний ефект спостерігається при призначенні невеликих доз триоксазину, мезапаму, грандаксину, які, маючи транквілізуючу дію, не знімають збудливості сегментарного апарату спинного мозку. Аналогічний ефект отриманий при застосуванні малих і середніх доз мепротану (мепробамату) і мебікару. Що стосується інших транквілізаторів: хлосепиду (еленіуму), сибазону (седуксену), феназепаму, нозепаму (тазепаму), то вживання навіть невеликих їх доз, які добре знімають невротичні прояви, призводить до зниження лібідо і ерекції. Ці дані збігаються зі спостереженнями інших авторів.

У разі тривалого перебігу захворювання з превалюванням зниження ерекції доцільно призначення ЛОД-терапії, а також стимулюючих препаратів, які, проте, мають протипоказання при схильності до передчасного сім'явиверження.

Хворим, у яких розлад потенції проявляється у вигляді ізольованого синдрому передчасного сім'явиверження, показано призначення курсу внутрішньом'язових ін'єкцій 25% розчином сульфату магнію (10-12 ін'єкцій по 5-10 мл) в поєднанні з 2% розчином новокаїну (2-5 мл.), а також місцеве застосування знеболюючих мазей.

При одночасному зниженні лібідо і ерекції доцільно призначення френолону в малих дозах. Як доводить клінічний досвід і дані літератури (П. Загородній), вживання цього препарату призводить до підвищення лібідо.

Одним з ефективних методів лікування паторефлекторної форми первинного розладу потенції є фізіотерапія. З гідропроцедур при зазначеному розладі потенції показано призначення морських, йодо-бромних, хвойних, хвойно-перлиних ванн, які доцільно чергувати з дощовим, віяловим, циркулярним і сегментарним душами (на попереково-крижову ділянку)

При зниженні лібідо і ерекції хороший ефект має застосування нисхідного душу. Гідротерапію слід поєднувати з адекватними електропроцедурами, до яких відносяться електрофорез бромистого кальцію, д'арсонваль на ділянку промежини і фарадизація внутрішньої поверхні стегна. Доцільно також проведення курсової голкорексфлексотерапії. Втім, слід мати на увазі, що при синдромі передчасного сім'явиверження призначення останньої протипоказано. Ефективність медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування зростає при їх психотерапевтичному потенціюванні.

Крім застосування вищевказаних засобів, при стійкому гіпо- та анерекційному синдромі показано застосування еректора. Перед цим необхідно проведення відповідної інструктивно-роз'яснювальної бесіди з обома партнерами, а також проведення інших

адекватних психотерапевтичних заходів.

Що стосується режимних заходів, то хворим з паторефлекторною формою розладу потенції, яка проявляється у вигляді передчасного сім'явиверження, слід пояснити необхідність дотримуватися умовного фізіологічного ритму статевого життя. У той же час, хворим з ослабленими лібідо і ерекцією, у яких присутні виражені фобічні і гіпотимічні явища, доцільно призначення короткочасного (1-2 тижні) утримання на початку лікувального курсу. Час статевої стриманості в таких випадках необхідно використовувати для проведення психотерапії та інших заходів, спрямованих на нормалізацію нейрогуморальної регуляції статевої сфери.

При дисрегуляторній формі первинного розладу потенції психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на пояснення хворим механізмів виникнення розладів сексуальної функції, корекцію вторинних невротичних порушень і боротьбу з гіперактуалізацією порушень статевої потенції. Найбільш ефективним при цьому вважається поєднане застосування індивідуальної роз'яснювальної (раціональної) психотерапії, а також групової гіпноугестії і аутогенного тренування.

Особливу увагу слід приділяти питанням психотерапії подружньої пари, яка передбачає пояснення шкідливого впливу перерваних і пролонгованих статевих актів на сексуальну функцію, як чоловіка, так і дружини.

При дисрегуляторній формі розладу потенції важливою складовою лікування є раціональне призначення медикаментозних засобів, які повинні сприяти нормалізації проведення нервових імпульсів і активізації функції корково-підкіркових і спінальних регулюючих систем. З цією метою можна рекомендувати призначення алое, прозерину, стрихніну, вітамінів групи В, мумійо.

Досить ефективним є поєднання медикаментозного лікування з фізіотерапевтичними процедурами. Хворим з дисрегуляторною формою первинного розладу потенції показано призначення кисневих, вуглекислих, радонових, мінеральних або хлоридно-натрієвих ванн, які доцільно чергувати з нисхідним, циркулярним, сегментарним (на поперекову ділянку) і контрастними душами.

Хороший лікувальний ефект відзначено при комплексному застосуванні гідротерапії з електропроцедурами, до числа яких належить гальванізація спінального стовбура, УВЧ на комірцеву зону, а також електрофорез новокаїну на поперекову ділянку. У багатьох хворих позитивні результати дає голкорексфлексотерапія і крапковий масаж з впливом на відповідні біоактивні точки.

У більшості хворих з дисрегуляторною формою розладу потенції спостерігаються явища хронічного простатиту, В зв'язку з цим вказане вище лікування рекомендується поєднувати з діатермією передміхурової залози, грязьовими тампонами, а також масажем простати.

Застосування додаткових засобів (еректорів) при дисрегуляторній формі розладу потенції недоцільно.

Лікування хворих, як правило, не вимагає яких-небудь режимних обмежень. Тільки в окремих випадках при гіпоерекційному синдромі, який супроводжується вираженими невротичними нашаруваннями, виправдана нетривала (1-2 тижні) статева стриманість.

З метою підвищення ефективності проведеного лікування його слід поводити в умовах психотерапевтичного потенціювання.

Хворим з абстинентною формою первинного розладу потенції перш за все показано проведення роз'яснювальної (раціональної) психотерапії. Її завдання полягає в поясненні фізіологічних механізмів ослаблення статевої потенції і його тимчасового характеру при тривалій статевій стриманості. У такі психотерапевтичні бесіди входять також рекомендації, спрямовані на оптимізацію попереднього періоду статевих зносин з розширенням діапазону наступності в інтимних відносинах подружньої пари. Раціональна психотерапія повинна проводитися у формі індивідуальних і рідше - групових (дві-три особи) лікувальних занять.

У комплексі з раціональною психотерапією рекомендовано призначення групової гіпноугестивної психотерапії, яка є ефективним методом корекції вторинних невротичних реакцій, і, зокрема, фіксації хворих на статевій слабкості, яка виникла у них, а також нівелювання загострених преморбідних характерологічних рис хворого.

Хворим з психастенічними рисами характеру показано проведення аутогенного тренування, яке є результативним методом поживлення і закріплення згаслих умовних статевих рефлексів. Застосування наркопсихотерапії виявляється в таких випадках малоефективним.

Позитивний результат спостерігається при проведенні інструктивної роботи з дружинами хворих і психотерапії подружніх пар, які повинні бути спрямовані на оптимізацію підготовчого періоду і техніку статевих зносин.

При лікуванні хворих з абстинентною формою первинного розладу потенції доцільно призначення загальнотонізуючих засобів, серед яких найбільш результативними є стрихнін і сексурітін, що активізують рефлекторну діяльність спинномозкових центрів і підвищують чутливість тактильних рецепторів (зокрема еrogenних зон). Позитивний ефект спостерігається при застосуванні вітаміну Е. У деяких випадках доцільно короточасне призначення малих доз гормональних препаратів, що стимулюють функцію сім'яників (хориогонін, гонадотропін хориогонічний, префізон). Слід також проводити адекватні лікувальні заходи в зв'язку з застійним простатитом, який часто зустрічається в даних випадках.

При лікуванні абстинентної форми первинного розладу потенції особливе місце повинно бути відведене методам психотерапії. З водних процедур можна рекомендувати застосування кисневих, вуглекислих, перлинних, контрастних і радонових ванн, які корисно чергувати з віяловим, циркулярним, сегментарним і ступінчастим душами. У комплексі з гідропроцедурами показано призначення фарадизації внутрішньої поверхні стегон або д'арсонвалізацію на ці ж ділянки і область промежини.

Позитивний лікувальний ефект спостерігається також при застосуванні голкорексфлексотерапії та крапкового масажу.

При хронічних простатитах показано призначення діатермії передміхурової залози, грязьових тампонів і масажу простати.

Хворим з абстинентною формою статевої слабкості з вираженими проявами сексуального детренування можна рекомендувати застосування еректора.

Режимні обмеження при абстинентній формі первинного розладу потенції протипоказані, тому що одним з патогенетичних чинників її розвитку є детренування статевої функції і згасання умовних статевих рефлексів. Таким хворим слід рекомендувати активізацію статевого життя.

Психотерапевтичні заходи при конституційно-генетичній формі первинного розладу потенції повинні бути спрямовані на активізацію статевого життя пацієнта шляхом потенціювання дії медикаментозних засобів і фізіотерапевтичних процедур, які застосовуються. Одним з аспектів психотерапії при даній формі статевої слабкості є корекція у деяких хворих можливих емоційних реакцій і невротичних фіксацій, які виникають через розлад потенції, що у них присутній. У таких випадках найбільш ефективними вважаються гіпнотерапія і аутогенне тренування, які краще проводити у формі індивідуальних лікувальних занять.

Командна робота з дружинами хворих і психотерапія подружньої пари повинна передбачати активізацію попереднього періоду статевих зносин і розширення діапазону придатності в інтимних відносинах партнерів.

Провідними методами лікування хворих з цією формою статевого розладу є застосування загальнозміцнюючих і стимулюючих засобів (гліцерофосфат кальцію, фітин, апілак, пантокрин, стрихнін, дуплекс, секуритин, настої женьшеню, лимонника, аралії, екстракту елеутерококу), вітамінів Е, РР і групи В, гормональних препаратів, що стимулюють функцію сім'яників (хориогонин, гонадотропін хоріогонічний, префізон), а також чоловічих гормонів (метилтестостерону, тестостерону-пропіонату, тестенату, Сустанону-250), які підвищують рефлекторну збудливість всіх рівнів нервової регуляції статевої функції.

З числа фізіотерапевтичних процедур доцільно призначення гідротерапії (кисневих, вуглекислих, перлинних, радонових, морських, контрастних ванн, ступеневого, циркулярного, сегментарного душів), які доцільно чергувати з електропроцедурами (д'арсонваля внутрішньої поверхні стегон і ділянки промежини, фарадизація внутрішньої поверхні стегон і гальванічні труси по Щербакі). Зазначені фізіотерапевтичні процедури можна поєднувати з голкорексфлексотерапією і крапковим масажем.

У зв'язку з тим, що у хворих з цією формою статевої слабкості нерідко спостерігається хронічний простатит, рекомендовано проведення відповідних лікувальних заходів.

Застосування еректора при конституційно-генетичній формі статевої слабкості малоефективно.

Режимні заходи проводяться у вигляді рекомендацій до активізації статевого життя.

Психотерапія вторинних розладів потенції повинна бути спрямована на пом'якшення і корекцію особистісних реакцій хворих на основне захворювання і статеву слабкість, що сприяє розриву "порочного кола", яке утворюється в таких випадках: симптоматичний розлад потенції - невротична реакція - зниження потенції. Як правило, зазначена психотерапія повинна проводитися на тлі курсового етіопатогенетичного лікування. Найбільш раціональною формою в таких випадках є гіпнотерапія і аутогенне тренування, проведення яких має здійснюватися з урахуванням типологічних особливостей хворих.

Медикаментозне лікування хворих з вторинними розладами потенції передбачає застосування тих же медикаментозних засобів, які застосовуються при лікуванні первинних розладів потенції зі схожими клінічними проявами. Однак необхідно мати на увазі, що медикаментозна терапія вторинних розладів потенції має виключно симптоматичний характер і повинна проводитися в комплексі з активним лікуванням основного захворювання, яке виступає причиною розладу потенції.

Фізіотерапевтичне лікування хворих з вторинним розладом потенції складається з призначення тих же методів гідро- і електротерапії, які застосовуються при лікуванні різних форм первинних розладів потенції з аналогічною клінічною картиною.

При так званій псевдоімпотенції лікувальні заходи зводяться до проведення раціональної колективно-групової психотерапії, основне призначення якої - мотивоване роз'яснення хворим фізіології статевої функції, її норм. А також закономірного впливу на неї різних факторів, що визначають можливість функціональних коливань, які не є патологічними станами.

Поряд з комплексом психотерапевтичних заходів, які проводяться безпосередньо з хворим, з метою найбільшої ефективності лікування і закріплення його результатів, а також профілактики рецидивів статевого розладу, необхідно проводити спеціальну психопрофілактичну роботу з дружинами хворих. Під час бесіди з дружинами їм необхідно пояснити функціонально оборотний характер розладу потенції їхніх чоловіків, підказати дружинам найбільш адекватну програму їхньої поведінки перед статевими зносинами і під час статевого акту, а також вказати на необхідність нормалізації особистих взаємин з чоловіком і здорового побуту в сім'ї.

При чоловічій гіперсексуальності лікувальні заходи, в першу чергу, передбачають вплив на причини розладу сексуальної функції, тобто повинні бути спрямовані на основне захворювання. Поряд з цим, хворим слід проводити симптоматичне лікування, спрямоване на корекцію статевого збудження. Позитивний ефект спостерігається при призначенні нейролептиків, транквілізаторів, бромідів (зокрема, монобромістої камфори). Зазначені медикаментозні засоби доцільно поєднувати з заспокійливими водними процедурами (хвойні, йодно-бромні, азотні, прісні, хлоридно-натрієві ванни), а також з електропроцедурами седативного впливу (гальванічний комір з кальцієм і бромом, труси-пояс з новокаїном і т.п.).

Узагальнюючи дані про лікування хворих з різними формами розладів потенції, необхідно ще раз підкреслити, що воно повинно у всіх випадках мати характер комплексних курсових диференційованих заходів. Останні базуються на системі психотерапевтичних впливів на хворого, спрямованих на ліквідацію невротичних фіксацій, нормалізацію нервової регуляції статевої функції, корекцію вторинних емоційних нашарувань, відновлення психологічної адаптації, а також на опосередкування і потенціювання медикаментозних, фізіотерапевтичних і режимних методів лікування.

Основним принципом лікування хворих є індивідуалізований підхід до вибору форм, видів і методів лікування з урахуванням як причин розвитку і клінічних проявів розладів потенції, так і особистісних особливостей хворих, а також характеру вторинних невротичних реакцій.

Профілактика розладів чоловічої потенції. Заходи попередження порушень потенції у чоловіків походять від розуміння їх етіології і патогенезу. Профілактика таких розладів передбачає організацію науково обґрунтованої пропаганди необхідних знань про гігієну і психогігієну статевого життя.

Відомо, що у практично здорових чоловіків спостерігаються фізіологічні коливання статевої функції, пов'язані з циклічністю ряду фізіологічних процесів, віковим фактором і загальним станом організму. Неправильна їх інтерпретація, неправильні оціночні реакції в умовах пред'явлення до себе надмірних вимог, наведення на себе уявних недоліків або ураженого чоловічого достоїнства поведінкою жінки можуть стати основою формування

так званої псевдоімпотенції, яка в майбутньому фіксується в свідомості і трансформується в паторефлекторну форму первинного розладу потенції.

Причиною псевдоімпотенції, а потім і порушення потенції може бути пряма або непряма ятрогенія, яка виходить, нерідко, від урологів, схильних до гіперболізації значення застійних і хронічних простатитів, які часто зустрічаються і недооцінки психогенних впливів на сексуальну функцію чоловіків.

Найбільш частою причиною, що стоїть в основі трансформації псевдоімпотенції в паторефлекторну форму первинного розладу потенції, є шкідлива інформація, яка надходить від мало інформованих лікарів, у формі їх медичних рекомендацій і офіційних направлень на консультацію до уролога з позначенням причини направлення або попереднього діагнозу. А також безпосередньо діагностичні помилки і пов'язані з ними призначення лікування, в якому немає необхідності. Часто розвиток паторефлекторної форми первинного розладу потенції знаходиться в зв'язку з установкою хворих на сексуальну неповноцінність внаслідок перебільшення патогенності мастурбації.

Ці фактори можуть виявитися особливо патогенними для осіб з рисами тривожно-недовірливого характеру, схильних до невротичних фіксацій, а також для молодих людей, які не мають життєвого досвіду і елементарних знань в сфері фізіології статевої функції.

Фізіологічні реакції у вигляді зниження лібідо, ерекції, передчасного сім'явиверження, які можуть в деяких випадках бути наслідком навіть поодиноких порушень фізіологічної програми статевого акту, статевих надмірностей або вимушеної статевої стриманості, також можуть у тривожно-недовірливих або малознаючих осіб закріпитися за механізмом невротичної фіксації і в подальшому трансформуватися у відповідну форму первинного розладу потенції.

Причиною дисрегуляторної форми первинного розладу потенції є систематичне переривання статевого акту з метою запобігання вагітності. З точки зору профілактики розладів потенції в таких випадках необхідне використання протизаплідних засобів.

Для профілактики абстинентної форми первинного розладу потенції необхідно, щоб чоловіки знали, що тривале утримання від сексу, особливо в літньому віці, може впливати на якість статевого акту, що це явище тимчасове і при сексуальному тренуванні потенція повністю відновлюється.

Профілактика конституційно-генетичної форми передбачає своєчасне лікування дитячих захворювань і їх ускладнень, повноцінне харчування, залучення дітей до занять фізкультурою, особливо в пубертатному періоді.

Профілактика вторинних розладів потенції включає в себе всі заходи попередження причинних захворювань, а також підвищення рівня загальної медичної культури і рівня знань в сфері психогігієни статевого життя.

Таким чином, повна необізнаність молодих людей щодо фізіологічних основ статевої функції і гігієни статевого життя, а також пряма або непряма ятрогенія можуть виступати однією з найбільш частих причин розвитку розладів потенції. Це диктує необхідність активізації санітарно-просвітницької роботи в плані статевого виховання молоді та підготовки її до сімейного життя. Перед вступом у шлюб майбутнє подружжя повинно отримати реальну інформацію про фізіологію статевої функції, основи гігієни статевого життя, способи нешкідливого попередження вагітності і про правильний режим праці та відпочинку. Необхідно, щоб подружжя пара мала уявлення про фізіологічні

коливання статевої функції, її залежність від різноманітних умов (соматичні хвороби, вплив медикаментів, психічне перенапруження, перевтома, вживання алкогольних напоїв і т.д.), а також про так звані норми статевого життя.

Психопрофілактичні заходи щодо боротьби з розладами чоловічої потенції повинні передбачати проведення систематичної масової санітарно-освітньої роботи з пропаганди основ здорового побуту із залученням до неї досвідчених лікарів і педагогів, а також створення спеціальних лікарських консультативних пунктів для молодих людей, які готуються вступити в шлюб.

Засоби для контролю:

Прогноз фертильності при паховому крипторхізмі:

- A. Від термінів перебування яєчка в паховому каналі
- B. Від термінів виконання операції
- C. Від ступеня морфологічних порушень строми яєчка
- D. Від тяжкості порушення кровопостачання яєчка
- E. Від генетики статі

Синорхїдїзм-це:

- A. Внутрішньочеревне зрощення яєчок
- B. Вроджена відсутність яєчок
- C. Перехресна дистопія яєчок
- D. Наявність одного яєчка
- E. Гіпотрофія яєчок

Анорхїзм-це

- A. Гонадна агенезія
- B. Гермафродитизм
- C. Двобічне неопущення яєчок
- D. Вроджена гіпоплазія яєчок
- E. Синдром фемінізуючих яєчок

Чоловік, 47 років. Скаржиться на ослаблення статевого потягу і зниження статевої активності. Статеві акти 1 раз на тиждень, не стільки за бажанням, скільки за «сімейним обов'язком». Ерекція зазвичай неповна. Тривалість статевого акту - до 5 хв.

Одружений 18 років, є діти - 17 і 13 років. Відносини з дружиною хороші. Вона задоволення отримує.

Зазначає зниження настрою, млявість, стомлюваність. В останні роки додав у вазі.

Соматичної патології не виявлено, медичних препаратів не отримує.

Кремастерні і кавернозні рефлексії в нормі. Передміхурова залоза і аналіз її секрету - без патології. Спермограма: астенозооспермія, рівень фруктози знижений, тест на кристалізацію слабо виражений.

При гормональному обстеженні виявлено зниження рівня гормонів щитоподібної залози (Т₃ і Т₄). Який діагноз? :

- A. Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при гіпотиреозі.
- B. Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром).
- C. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок невроту очікування невдачі
- D. Психогенна (істерична) геніталгія.
- E. Мазохізм.

Чоловік 26 років звернувся з приводу того, що не може задовольнити дружину в статевих відносинах, так як статевий акт здійснює до 5-6 хв, дружині ж потрібно хвилин 8-10 без зупинки. Проводить психоеротичну підготовку дружини до акту у вигляді ласк тіла і

області геніталій протягом 2-3 хв. Проводити більш довго не може, так як це його занадто збуджує.

Статевим життям живе 3-5 разів на тиждень. Максимальний статевої ексцес - 3 акти за ніч. Статеві органи нормально розвинені, урологічних і неврологічних змін немає.

Який діагноз? :

А. Чоловік і дружина в статевих відносинах здорові. Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при гіпотиреозі.

В. Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром).

С. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі

Д. Психогенна (істерична) геніталгія.

Е. Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при соматичних захворюваннях.

Чоловік, 42 років, скаржиться на неможливість статевого життя через вкрай слабку ерекцію. Статевий потяг збережено. Знижена чутливість статевого члена. Ерекція не підсилюється від ласк дружини. При спробах мастурбації, як і при спробах статевого акту, ерекція слабка: виникає неповна фаза набухання, фаза ригідності недосяжна. Спонтанні ерекції теж ослаблені. Домогтися оргазму не вдається ні при мастурбації, ні при ласках дружини.

Погіршення статевої функції виникло після травми спинного мозку (падіння з висоти) 5 років тому. До цього статева функція була нормальною.

За 5 років сталося часткове поліпшення функції нижніх кінцівок і тазових органів. Пацієнт пересувається з тростиною. Для дефекації і сечовипускання потрібні напруження і інші зусилля.

Який діагноз ?

А. Порушення статевої функції внаслідок стійких залишкових явищ травматичного ураження спинного мозку

В. Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром).

С. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі

Д. Чоловік здоровий

Е. Зниження статевого потягу (гіполібідемія) при соматичних захворюваннях.

Хворий, 26 років, звернувся зі скаргою на неможливість почати статеве життя через імпотенцію. Ріс, розвивався нормально. За характером тривожно-недовірливий, невпевнений у своїх силах, легко бентежиться. У 25 років намагався здійснити статевий акт з ініціативи дівчини, але зазнав невдачі через сексуальну недосвідченість і передчасне сім'явиверження. Було ще дві спроби, але на них ішов «як на іспит», боявся невдачі. Ерекція пропадала в вирішальний момент. Незважаючи на це одружився, так як лікар запевнив його, що це у нього «на нервовому ґрунті» і, якщо одружиться, то все пройде. Одружений вже 2 міс., але статеве життя почати не може, так як ерекції пропадають в останній момент. Коли акт здійснити не можна, то ерекція хороша. Який діагноз? :

А. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі у тривожно-недовірливої особистості

В. Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром).

С. Порушення функції спинного мозку (центрів)

Д. Чоловік здоровий

Е. Транзиторна форма гомосексуальності.

Мати чоловіка 36 років звернулася за порадою з приводу того, що її син не цікавиться жінками, неодружений і підтримує сексуальні відносини з чоловіком 42 років. До цього у нього був інший «товариш». Син працює перукарем. Носить зачіску «з кіскою».

Ріс, розвивався нормально, був тихою сором'язливою дитиною. Навчався задовільно,

уникав хлоп'ячих ігор, дружив з дівчатками як з товаришами. До жінок не залицявся, статевого потягу до них не виявляв. Статеві органи чоловічі, добре розвинені; голиться. Каже, що у нього просто більше спільного з чоловіками, ніж з жінками, і тому «друзі» у нього чоловіки. Від відвідувань лікаря відмовляється. Ваш можливий діагноз ?:

- A. Гомосексуалізм - статевий потяг до осіб однойменного статі зі статевими контактами між ними.
- B. Уявне порушення статевої функції зі зведенням на себе уявних вад (дисморфоманічний синдром).
- C. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі
- D. Психогенна (істерична) геніталгія.
- E. Чоловік здоровий

Хворий 29 років. Скарги на прискорене сім'явиверження. Статеве життя з 19 років. Одружений 2 роки. Статеві акти 4-5 разів на тиждень. Максимальний статевої ексцес - 4 акти за ніч. Ерекція виникає легко, еякуляція - після 5-6 фрикцій. При щоденному статевому житті або повторних актах - до 10-15 фрикцій. Дружині потрібна велика тривалість статевого акту. Алкоголь і заспокійливі ліки не давали ефекту

Хворий правильної статури. Статеві органи добре розвинені. При урологічному і неврологічному дослідженні патології не виявлено. За характером товариський, емоційні реакції жваві. Який діагноз ?:

- A. Первинна (вроджена) форма передчасної еякуляції.
- B. Чоловік здоровий
- C. Психогенна сексуальна дисфункція внаслідок неврозу очікування невдачі
- D. Неврастенія
- E. Хронічний простатит.

Чоловік 55 років, скаржиться на ослаблення і болючість ерекцій, викривлення члена, що ускладнює статевий акт. Статевий потяг не знижено, але через болі починає уникати статевих актів, живе статевим життям 1 раз на 7-10 днів.

Хворіє близько 1,5 років.

При пальпаторному обстеженні статевого члена в його дорсальній частині визначається ділянка ущільнення довжиною 1,5-3 см. Який діагноз ?

- A. Хвороба Пейроні
- B. Чоловік здоровий
- C. Пухлина статевого члена
- D. Неврастенія
- E. Хронічний простатит.

Література

Основна:

1. Кришталь В.В., Кришталь Є.В., Кришталь Т.В. Сексологія: Навчальний посібник. - Харків: Фоліо, 2008. - 482-550 с.
2. Діденко С.В. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків: Навчальний посібник. - К.: Арістей, 2003. - 229-280 с.
3. Акімова Л.Н. Психология сексуальности. - Одесса: СМІЛ, 2005. - 64-88 с.

Додаткова:

1. Навчально-методичний посібник з основ сексології та сексопатології для студентів медичних вищих навчальних закладів / Є.Г. Сонник, С.А. Сухомлин. - Полтава, 2010. - 164 с.

Інтернет ресурси:

21. Персональний сайт И.С.Кона <http://sexology.narod.ru/>.

22. Сайт “Сексология и сексуальное здоровье” <http://autoeros.stealth.ru/>
23. Адлер А. Любовные отношения и их нарушения // Очерки по индивидуальной психологии / http://psychol.ras.ru/ippp_pfr/j3p/20010410/20010410a/htm
24. Русский медицинский сервер <http://www.rusmedserv.com/psychsex/>
25. Психосексология: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко / <http://www.myword.ru>