**Тема 7**

**Сексуальна норма та сексуальні розлади**

**План**

1. Сексуальна норма
2. Сутність сексуальних розладів
3. Причини виникнення сексуальних розладів
4. основні види сексуальних розладів

# Література

1. Акимова Л. Н. Психология сексуальности / Л. Н. Акимова - Одесса: СМИЛ, 2005. - 198 с.
2. Аномальное сексуальное поведение / Под ред. А.А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. – СПб: Изд-во «Юридический центр Пресс», 2003. – 657 с.
3. Пиголкин Ю. И. Сексуальное насилие: теории, подходы и методы исследования / Ю.И. Пиголкин, О. А. Дмитриева, Г. Б. Дерягин. – М.: ООО

«Медицинское информационное агентство», 2008. – 456 с.

1. Психология сексуальных отклонений: Хрестоматия - / Сост. К. В. Сельченок. – Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2002. – 672с. – (Библиотека практической психологии).
2. Свядощ А. М. Женская сексопатология / А. М. Свядош. - СПб: Питер Паблишинг, 1998. – 288 с.
3. Сидоров П. И. Гомосексуализм / П. И. Сидоров, Г. Б. Дерягин. – Архангельск: Изд-во СГМУ, 2007. – 272 с.
4. Сидоров П. И. Половое поведение и насилие / П. И. Сидоров, Г. Б. Дерягин. – М.: МЕД-пресс, 2007. – 272 с.

# 1. Сексуальна норма

Цінність сучасного уявлення про сексуальне здоров'я полягає в формальному підході до його визначенню, який трактує здоров'я як відсутність будь-яких хворобливих змін і проявів ( «здоров'я - це відсутність хвороби»). Постійно зростаючий обсяг знань уможливлює стверджувати, що деякі проблеми в сфері сексу аж ніяк не говорять про хворобливі прояви і притаманні переважній кількості практично здорових людей. Тим часом, повноцінна реалізація своєї сексуальності в умовах різних культур виявилася важливішою для здоров'я індивідів, ніж це передбачалося раніше.

Універсально прийнятне визначення сексуального здоров'я, виявилося, виробити надзвичайно важко. В даний час найбільш адекватним є визначення, дане нарадою експертів ВООЗ (Всесвітня організація охорони здоров'я, Женева, 1977). Наведемо його повністю: «Сексуальне здоров'я є комплекс соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних аспектів сексуального існування людини, позитивно збагачують особистість, що підвищують комунікабельність

людини і його здатність до любові». Нарада експертів ВООЗ дійшла висновку, що поняття сексуального здоров'я включає в себе три основні елементи:

1. Здатність до насолоди і контролю сексуальної і дітородної поведінки відповідно до норм соціальної й особистої етики.
2. Свободу від страху, почуття сорому і провини, хибних перед ставлений і інших психологічних факторів, що пригнічують сексуальну реакцію і порушують сексуальні взаємини.
3. Відсутність органічних розладів, захворювань і недостатностей, що заважають здійсненню сексуальних і дітородних функцій.

У прийнятому ВООЗ розумінні сексуального здоров'я підкреслюється необхідність самоконтролю в сексуальній поведінці, а також такі характеристики здорової сексуальності як здатністю переживати задоволення, відсутністю страху, сорому і провини, примусу і руйнівності. Здорової сексуальності властива і певна частка романтичності, відкритості і щирості.

Ми наводимо цитату з декларації «Сексуальне здоров'я для Тисячоліття», прийняту 15 липня 2005 року учасниками 17-го Всесвітнього сексологічного конгресу в Монреалі.

«Підтримка сексуального здоров'я є центральною ланкою досягнення щастя і благополуччя, забезпечення стабільного розвитку і, більш конкретно, реалізації завдань розвитку в поточному тисячолітті. Благополучні індивіди і спільноти краще пристосовані до того, щоб сприяти викоріненню індивідуальної і суспільної бідності. Живлячи індивідуальну і соціальну відповідальність і рівне соціальне взаємодія, сексуальне здоров'я покращує якість життя і сприяє досягненню миру. Тому ми закликаємо всі уряди, міжнародні організації, приватний сектор, наукові установи і суспільство в цілому і особливо всіх членів організацій Всесвітньої асоціації сексуального здоров'я:

1. Визнавати, підтримувати, забезпечувати і охороняти сексуальні права для всіх. Сексуальні права - інтегральний компо нент фундаментальних прав

людини, тому вони є невідчужуваними та загальними. Сексуальне здоров'я не може бути досягнуто і забезпечено без сексуальних прав для всіх.

1. Розвивати гендерну рівність. Сексуальне здоров'я вимагає гендерної рівності та поваги. Пов'язані з гендером неравенст ва і дисбаланси влада перешкоджає конструктивним і гармонійним людських взаємодій і тим самим достиже ню сексуального здоров'я.
2. Усувати всі форми сексуального насильства і зловживання. Сексуальне здоров'я не може бути досягнуто, поки люди не вільні від стигми, дискримінації, сексуальних зловживань, примусу і насильства.
3. Забезпечувати загальний доступ до всеосяжної сексуальної інформації та освіти. Для досягнення сексуального здоров'я, все люди, включаючи молодих, повинні мати доступ до систематичного сексуальній освіті, інформації про сексуальне здоров'я і до відповідних служб протягом усього життєвого циклу.
4. Домагатися того, щоб програми репродуктивного здоров'я визнавали центральне місце сексуального здоров'я. Репродукція ¦ один з головних параметрів людської сексуальності, коли вона бажана і запланована, вона може способст вовать зміцненню взаємин і самореалізації особистості. Сексуальне здоров'я ¦ ширше поняття, ніж репродуктивне здоров'я. Діючі програми репродуктивного здоров'я ма ють бути розширені за рахунок системного включення різних аспектів сексуальності та сексуального здоров'я.
5. **Зупинити і повернути назад поширення ВІЛ / СНІДу та інших захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ).** Загальний доступ до запобігання, добровільного консультування та тестування, всеосяжна турбота і лікування ВІЛ / СНІДу та інших ЗПСШ однаково важливі для сексуального здоров'я. Програми, що забезпечують загальний доступ до них, повинні бути задіяні негайно.
6. **Ідентифікувати, визначати і лікувати сексуальні проблеми, дисфункції і захворювання.** Оскільки сексуальна самореалізація має здатність

покращувати якість життя, необхідно розпізнавати, запобігати **и**лікувати сексуальні турботи, дисфункції і порушення.

1. **Домагатися визнання сексуального задоволення як компонента благополуччя.** сексуальне здоров'я - більше, ніж відсутність хвороби. Сексуальне задоволення і радість є інтегральними компонентами благополуччя і вимагають загального визнання і поваги.

Істотно, щоб міжнародні, регіональні, національні та місцеві плани дій, спрямовані на забезпечення стабільного розвитку, розглядали проблеми сексуального здоров'я як пріоритетні, виділяли необхідні ресурси, визначали системні, структурні і громадські перешкоди і здійснювали моніторинг прогресу.

Основи сексуального здоров'я людини закладаються ще в ембріональний період розвитку, коли відбувається диференціація статі, але надалі воно залежить не стільки і не тільки від біологічних, скільки від психологічних і соціальних факторів, індивідуальної і загальної сексуальної культури, від мотивації сексуальної поведінки, від задоволення несвідомих імпульсів і ступеню адаптації партнерів на всіх рівнях взаємодії.

Прояв сексуальності має безліч сценаріїв сексуальної поведінки. Наприклад, в стародавній Греції любов до жінок асоціювалися насамперед з продовженням життя, а любов до хлопчиків - із задоволенням і духовною близькістю. Співвідношення різних мотивів пошуку інтимної близькості, його значень і смислів варіює в різних суспільствах і середовищах. Однак репродуктивним аспектів сексуальності завжди і всюди піддавалися найбільш ретельному і суворому соціальному контролю і регулювання, оскільки біологічно первинні і соціально важливі, так як від них залежить збереження і розвиток виду і популяції. Нерепродуктивними сексуальності культура приділяла значно менше уваги, а антисексуальні культури вважали її ненормальною і «протиприродною».

В кінці XX ст. мотиваційний розмежування сексуальності і репродукції отримало матеріальну основу в особі ефективної контрацепції, генної інженерії

та штучного запліднення. Досягнення науки дозволили людям займатися сексом, не побоюючись небажаного в даний момент зачаття і в той же час створюють всі умови до знеособлення сексу.

Сексуальність людини виконує три основні функції: прокреативного (репродуктивну), рекреативную (гедонічну) і релятивную (комунікативну). Сексуальність в сучасному світі зазнала суттєвих змін: за рахунок зростання ролі психологічних і соціокультурних факторів такий мотив сексуальної активності, як відтворення, відійшов на задній план, поступившись місцем потреби в сексуальному задоволенні, релаксації і спілкуванні. Сексуальні сценарії сучасних людей неоднакові, дослідники виділяють в них різні, часто несумісні один з одним, типи і кластери, спонукаючи говорити вже не про сексуальність, а про сексуальності та про різні сексуальні культури. Відповідно ускладнюються і збагачуються поняття сексуальна норма і сексуальне здоров'я.

На розуміння сексуальної норми вплив зробили три гетерогенні поняття її (Шнабль, 1974):

1. Норма як міра цінності, як етичне вимога, як моральний постулат; як норма ідеальна, т. е. встановлена ідеальним суспільством, зразкова максима поведінки, яка несе в собі оцінне значення. Такого роду норми залежать від комплексу історичних і культурних чинників.
2. Норма як середня величина, виведена з певної частоти прояву певних характеристик в статистичному розумінні. Це поняття норми не несе в собі оціночного значення, а межі норми можна нанести на криву Гауса. При цьому нормальним вважається все те, що розташовується ближче до середини і зустрічається найчастіше, а ненормальним - то, що зустрічається порівняно рідко, причому ступінь ненормальності буде відповідати ступеню рідкості того чи іншого явища, прагнень, установок або поведінки. Значний вплив такого розуміння норми на формування підходу до проблем сексуальності пов'язано зі зростанням впливу, який справили звіти, наведені Кинзи і співавт. (1948, 1953), оброблені у відповідності з усіма вимогами статистики. Подібний підхід і до сих пір в значній мірі формує громадську думку, що призводить до масової

негативну оцінку тих осіб, які відносяться до «сексуальної меншини», тобто задовольняють свої статеві потреби інакше, ніж більшість людей. Розуміння норми як нікого усередненого показника суперечить визнанню за людиною права на індиві двоїсте самовираження.

1. Норма в медико-психологічному аспекті не визначається ні критерієм цінності, ні ступенем частоти. Під поняттям «нормальне» розуміється здоровий стан, необхідне для гарного фізичного, а також психічного і соціального самопочуття, незалежно від того, зустрічається воно рідко або часто і в якій мірі наближається до ідеального. У той же час ненормальними є ті форми поведінки, установки і бажання, які несприятливо впливають на внутрішню гармонію і самопочуття людини або його партнера і викликають конфлікти або порушення здоров'я або функціонування в суспільстві.

Отже, **сексуальна норма** - Оптимум індивідуальних статевих проявів у життєдіяльності людини, що дозволяє йому відчувати сексуальну насолоду і забезпечувати гармонію інтимних відносин з партнером за рахунок уміння розуміти почуття і бажання сексуального партнера і адекватно виражати власні психосексуальні потреби в спілкуванні з ним.

Спотворені, неправильні уявлення про сексуальну нормі нерідко створюють у людей значні труднощі в особистому житті і можуть привести до формування у них уявних сексуальних розладів, дисгармоній сексуальних и неврозів сексуальних.

Одним з можливих підходів до вивчення цієї норми є нозоцентрічної (від патології до норми), відповідно до якого спочатку визначаються межі сексуальної патології, а всі статеві прояви, які не відносяться до неї, вважаються різними варіантами норми. За визначенням польського сексолога 3. Лев-Старовичі, до сексуальної патології відносяться такі сексуальні потреби і така сексуальна поведінка, які ускладнюють сексуальне партнерство (як вибір партнера, так і спільну з ним статеве життя) або пристосування сексуальних уподобань індивіда до морально-культурним нормам поведінки і до правової системи даного суспільства. Таким чином, сексуальні потреби і дії людини, які

не стають для нього джерелом зазначених труднощів і проблем в статевого життя, повинні вважатися нормальними.

Багато фахівців виділяють партнерську й індивідуальну сексуальну норму. К. Імелінскій призводить 6 критеріїв партнерської норми: 1) відмінність статі; 2) зрілість; 3) взаємна згода; 4) прагнення до досягнення обопільного задоволення; 5) від-

сутствие шкоди здоров'ю; 6) відсутність шкоди іншим людям, тобто суспільству. Відповідно до цих критеріїв до партнерської нормі можуть бути віднесені всі форми сексуальної активності, сексуального поводження і сексуальних дій, які мають місце між двома зрілими особами різної статі, приймаються ними обома і спрямовані на обопільну насолоду, що не шкодить їх здоров'ю і не порушує норм гуртожитку. Характер конкретних форм сексуальної поведінки і дій партнерів не має при цьому вирішального значення, оскільки за людиною визнається право пошуку власних, індивідуальних шляхів для досягнення статевого задоволення. Спроби обмежити людини у виборі сексуальних дій жорсткими рамками приписів і догм, ігноруючи його внутрішні потреби, нерідко призводять до невдач в інтимній близькості, конфліктів, провокують розвиток сексуальних неврозів.

Для індивідуальної норми, що включає основні критерії партнерської норми (3-6 - пункти) характерні наступні критерії: 1) відсутність ненавмисних причин виключають або обмежують проведення статевого акту (генітально- гениталь-ного зносини), який міг би привести до запліднення; 2) наявність стійкої тенденції до уникнення статевих зносин. Роботи російських сексологів дозволяють ввести ще 2 важливі критерії індивідуальної норми: вікової і конституційний, пов'язаних з проявом статевої потреби. Індивідуальна і партнерська норми тісно пов'язані між собою.

# Сутність сексуальних розладів

Особлива соціальна і психологічна значущість сексуальної функції обумовлює вразливість психіки до найменшого, навіть випадкового, прояву розладу. Пов'язані із сексуальними травмами афективні переживання є дуже гострими, надцінні уявлення про неминучість або непереборність сексуальних розладів формуються легко, тому будь-які порушення в сексуальній сфері відчутно позначаються на особистісних особливостях, поведінці людини.

Сексуальні розлади спостерігаються при різних психоневрологічних, соматичних захворюваннях і за їх відсутності. В одних людей вони проявляються як окремий симптом (захворювання), у інших — як сукупність патологічних ознак, що взаємодоповнюються, погіршуючи загальний стан хворого.

Сексуальні розлади виникають у 55% алкоголіків, 85% наркоманів, 30— 50% хворих з порушенням системи кровообігу, 70% хворих з неврологічною патологією, 90% хворих з патологією органів сечостатевої системи, 60% хворих на цукровий діабет, 80% хворих зірізними гормональними патологіями. Доповнивши ці показники випадками сексуальних розладів, які тимчасово виникають у процесі лікування різних захворювань як побічні дії ліків, а також унаслідок перевтоми і перенапругіи, можна зробити висновок, що більша частина населення має сексуальні проблеми.

Останнім часом дедалі більше пацієнтів із сексуальними розладами звертається за професійною допомогою до лікарів та психологів. Це пов'язано з тим, що сексуальність перестає бути закритою темою. Однак лібералізація статевої свідомості породжує і певні проблеми. Збільшення обсягу знань про сексуальність нерідко зумовлює формування хибних стереотипів, надмірних очікувань щодо себе і партнера. Наслідком цього є психологічний тиск очі- кування успіху, страх невідповідності, які спричинюють функціональні порушення у сексуальній сфері, а страх перед симптомом породжує симптом.

Доступна для всіх література, яка негативно описує фатальні наслідки сексуальних ексцесів, мастурбації тощо, провокує ятрогенію (захворювання, що

виникло внаслідок неправильного тлумачення слів лікаря, прочитаного тексту), доводить багатьох людей до сексуальної іпохондрії (пригнічений настрій, навіюваність, піддатливість нав'язливим ідеям). Усе це породжує тривогу, побоювання, стурбованість, невпевненість у своїх силах, очікування лиха, спрямовує мислення на хворобу, вселяє страх перед нею і смертю.

За даними Г. Васильченка, психічні чинники статевої дезадаптації встановлено у 46% хворих. Більшість із них особливо вразливі, схильні до сексуальних розладів молоді люди 21-30 років і чоловіки старше 50 років, які не бажають змиритися із зниженням статевих моживостей.

# Причини виникнення сексуальних розладів

Серед причин сексуальних розладів розрізняють: фактори, що впливають на фізіологічний стан організму, вікові фактори, психологічні, соціокультурні і психопатологічні.

На ***фізіологічний стан*** організму, який значною мірою залежить від генетичних факторів, способу життя, соціально-побутової культури особистості і багатьох зовнішніх чинників, впливають:

1. порушення екологічних умов проживання (шум, смог, забруднення середовища, шкідливе випромінювання тощо);
2. негативні фактори, які впливають на утробний розвиток плоду (куріння, вживання алкоголю, наркотиків, недостатнє та неповноцінне харчування при вагітності, все, що може викликати вроджену патологію);
3. неправильний спосіб життя (перевтома, перенапруга, стрес, нераціональне харчування, шкідливі звички);
4. перенесені захворювання, травми та хірургічні втручання;
5. нестабільність загального здоров'я (низький артеріальний тиск, порушення функції різних органів, нестійкість і розлади нервової системи, особливо вегетативної);
6. хромосомні та генетичні порушення.

Негативно впливають на фізіологічний стан організму і ***протизаплідні засоби***: презерватив знижує відчуття на головці статевого члена; внутріматкова спіраль може перешкоджати отриманню оргастичних відчуттів; гормональні таблетки в одних жінок зменшують, у інших — посилюють сексуальний потяг.

Причиною сексуальних розладів також є ***алкоголь***, під дією якого виникають зміни в статевих органах. Особливо негативно він впливає на здатність до запліднення і статеву активність.

Негативно впливає на статеву систему жінки і чоловіка ***нікотин.*** У чоловіків-курців знижується статева активність, показники сперматограми, а у жінок нікотин токсично діє на гіпоталамус, що призводить до порушення овуляційно-менструального циклу та інших біопатологіч-них процесів.

Під час вагітності нікотин легко проникає крізь плацентарний бар'єр в організм зародка, а виводиться з нього набагато повільніше, ніж з організму жінки, яка палить. При цьому збільшується частота викиднів, передчасних пологів, ускладнень при пологах. Показники смертності новонароджених у матерів, які палять, на 20—25% вищі, ніж у тих, що не палять. Кількість таких випадків прямо пропорційно залежить від інтенсивності куріння матері. Діти, які вижили, фізично і психічно менш повноцінні і до 6,5 років мають нижчі показники інтелекту.

Сексуальні розлади значною мірою залежать ***від віку людини***. Так, у 25- річних чоловіків переважають функціональні розлади еякуляції (передчасне або раннє сім'явиверження), у 25—35-річних — функціональні розлади ерекції, а після 35 років — порушення ерекції, частіше органічного характеру, і зниження лібідо.

У молодих жінок сексуальні розлади розвиваються переважно за типом функціональних і проявляються в порушенні комплексу сексуальної готовності (первинна аноргазмія і вагінізм). У 40-45-річних жінок переважає вторинна аноргазмія як наслідок сексуального незадоволення. Після 45 років сексуальні розлади пов'язані з фазою біологічного старіння і віковими психічними реакці- ями. Статева холодність спостерігається у жінок усіх вікових груп.

Чоловіки з віком стають у міжособистісних взаєминах емоційнішими, жінки — енергійнішими, агресивнішими, вимогливіше оцінюють партнерів.

У літніх людей статеві розлади часто пов'язані з проявами прихованої депресії. Загалом чим кращі умови життя, медичне обслуговування та багатша культура людей, тим вища їхня середня сексуальна активність, тим успішніше їхнє сексуальне життя.

Повноцінне життя індивіда можливе за взаємодоповнення, взаємозбагачення ***соціальних*** (забезпечення життя, відтворення фізичних сил) і ***культурних*** (засвоєння, продукування, передавання наступним поколінням культурних цінностей) його складових.

Сукупність соціокультурних факторів виникнення сексуальних розладів утворюють:

1. особливості розвитку і буття цивілізації (війни, соціально-політичні кризи, забезпеченість населення продуктами харчування, етнічна, расова, релігійна терпимість тощо);
2. особливості норм культури (система поглядів на роль і значення сексу в житті людини);
3. поширення контрацепції (запобігає вагітності, створює передумови для нормального сексуального життя, водночас може спричинити побічний вплив на сексуальне життя і взаємини партнерів — фобію, що партнерка або партнер може завдяки цьому зраджувати);
4. популяризація сексологічних знань (збільшення кількості інформації про сексуальне життя та його патологічні прояви може психічно травмувати особистість, завищувати її вимоги до партнера);
5. зіткнення суперечливих поглядів та моделей поведінки (змішані шлюби, належність партнерів до різних соціальних груп, різне віросповідання);
6. мода на нав'язливе намагання «дублювати» статеву поведінку персонажів кінофільмів тощо;
7. стереотипи поведінки і сексуальні міфи (помилкові погляди на нормальне сексуальне життя і нормальні сексуальні прояви);
8. виховання (проблеми із вибором статевої ролі).

Домінування в житті індивіда чужих соціокультурних концепцій, моделей, зразків руйнує його цілісність, позначається на емоційній сфері, нерідко вносить дисгармонію і в статеве життя.

У сексуальному житті людини ***психологічні фактори*** відіграють особливу роль. Різноманітні прояви почуттів (настрій, тривога, афекти, стреси), здатність до саморегуляції, вразливість щодо зовнішніх емоційних впливів — усе це позначається на статевій функції індивіда, часто спричинює сексуальні розлади. Найчастіше їх зумовлюють такі чинники:

1. сімейні (відсутність належного виховання або неправильне виховання в сім'ї; наслідки невдалого шлюбу батьків; втрата одного або обох батьків у віці до 6 років; домінування в сім'ї матері або авторитаризм і деспотизм батька; ранні дитячі конфлікти та фрустрації);
2. особистісні (низька самооцінка, сексуальні загаль-мованість і пригніченість; невротичний та психопатичний типи особистості; психічна закомплексованість; порушення сексуальної автоідентифікації; професійні фрустрації у чоловіків; психопатологія);
3. порушення психосексуального розвитку (репресивна сексуальна мораль у сім'ї; психосексуальна травма — інцест, зґвалтування; онаністичний комплекс; дуже рання або пізня сексуальна ініціація; гомосексуальна або девіантна ініціація, гомосексуальні або девіантні тенденції; невирішені комплекси Едіпа та Електри; пригнічення однолітками; примітивні та вульгаризовані сексуальні уявлення; патологічні сексуальні ініціації, особливо при груповому сексі);
4. фобічні (попереджувальна фобія сексуальної невдачі, що виникає в осіб, які не мають сексуальних проблем, однак постійно очікують їх, думаючи, що статеве щастя скоро припинеться; фобія сексуального успіху, характерна для осіб з вираженими песимістичними рисами характеру, яким бракує віри навіть у можливість досягнення сексуального успіху, а досягнення його породжує фобію, що це не матиме позитивного результату).

Сексуальні фобії можуть спричинити різні форми сексуальних розладів, призводити до нетипової сексуальної поведінки. Наприклад, невдачі у спілкуванні з представниками протилежної статі можуть спровокувати гомосек- суальну тенденцію, девіантну поведінку, навіть сексуальний злочин.

Функціональні статеві розлади зустрічаються в структурі невротичних станів набагато частіше, ніж прийнято вважати. В якості ведучих симптомів невротичного стану сексуальні порушення відмічаються у 12% випадків. За останній час з'явилося більше побажань пацієнтів здобути від практичних лі- карів і психологів допомогу при сексуальних розладах. Це пов'язано з тим, що сексуальність перестає бути закритою темою. Ліберальність у цій області має не тільки свої переваги, але й недоліки. Знання про сексуальність, які зроста- ють, збільшуючи можливості, дуже легко ведуть до того, що людина очікує визначеного рівня успіху і терпить невдачу якраз під тиском цього очікування. Тиск очікування успіху, з одного боку, і страх невідповідності, з іншого, є найбільш частими причинами функціональних порушень у сексуальній сфері, при цьому виникає фатальне хибне коло, коли страх перед симптомом веде до симптому.

Доступна для всіх повсякденна література, яка розписує у найпохмуріших фарбах фатальні наслідки сексуальних ексцесів, мастурбації та ін., провокує ятрогенію і доводить багато людей до сексуальної іпохондрії. Ця література породжує тривогу і побоювання, заклопотаність і невпевненість у своїх силах, томливе очікування лиха й інші симптоми ятрогенної реактивної депресії, направляє мислення на хворобу, уселяє страх перед нею і смертю. Проблема соціально-економічних наслідків масової ятрогенії хворих з функціональними сексуальними розладами має актуальність, тому що до 80% усіх невротичних станів з іпохондричною настановою приводять до соціальної інвалідизації.

# 4. Основні види сексуальних розладів

**Психосоматичні розлади статевого життя жінки**

Формування лібідо і характер статевої функції жінки залежить не стільки від інтерорецептивних специфічних впливів і рівня естрогенів крові, скільки від великої кількості екстрорецептивних і психологічних факторів. У зв'язку з цим виникає вирішальне значення міжособистісних емоційних стосунків, сус- пільних і культурних взаємовідносин. Незвична залежність сексуального задо- волення жінки від різних емоцій, які відволікають увагу і розхолоджують, приводить до статевої незадоволеності жінки. Саме відсутність автоматизова- ного оргазму при статевому акті обумовлює значну кількість (25-30%) жінок, у яких його не було і вони навіть не знають, що це таке.

***Фригідність.*** Відсутність статевого потягу і специфічного пристрасного відчуття найбільше за всього обумовлюється певним афективним станом жінки, домінуючим тоном настрою, що виключає необхідну для статевої близькості емоційну готовність до неї. Кохана і кохаюча жінка навіть при відсутності оргазму не вважає себе нещасливою. Нещасною роблять жінку частіше конф- ліктні ситуації, які виникають при відсутності прихильності та відповідальності партнера, несхожості потреб, бажань, культурного рівня і суспільних функцій партнерів. На основі всіх цих факторів формується не тільки "культура статевого союзу", але й певна емоційна тональність жінки.

Деякі лікарі вважають, що гостра і хронічна афективна напруга і депреси- вний стан, які супроводжують фригідність, є явище вторинне, як ускладнення сексуальної дисгармонії, а специфічна роль негативних емоцій у розвитку більшості "сімейних неврастеній" з абсолютною фригідністю дружини і психічною імпотенцією чоловіка не враховується. Найбільш частою причиною виникнення фригідності вважається "депресивний синдром домашньої господарки, яка веде нудне життя".

В основі статевої холодності стають спогади, до яких неможливо звикнути (втрата дитини, матері, чоловіка) або різні докори совісті з причини якогось свого вчинку в минулому і постійна емоціональна напруга при необхідності приховувати щось від чоловіка і т. ін. Байдуже або негативне ставлення до обов'язкового статевого акту виключає у результаті специфічний

емоційний стан готовності до нього і виникнення відчуття бажання в першій фазі сексуального потягу жінки - періоду попередніх пестощів, породжує іноді одне тільки роздратування. Зниження або повна втрата статевого потягу при певному прояві депресії може привести до відповідного послаблення або відсутності наступних фаз статевого акту. Повна дискредитація статевого кохання в очах жінки приводить не до зміни партнера, а до відмови від статевого життя.

Відсутність якого-небудь сексуального задоволення перетворює відповід- ні домагання чоловіка в обтяжливий, непосильний обов'язок, з яким не завжди можна змиритися. Збережена протягом тривалого часу статева домінанта трансформується при цьому в відчуття страждання, сімейного нещастя, саміт- ності й може привести до невротичного зриву. При психогенній фригідності в структурі субдепресивних станів і в емоційно нестабільних осіб можлива рап- това нормалізація лібідо. Це можна пояснити не тільки зміною сексуального партнера, а в більшості випадків зміною загальної афективної тональності жінки.

Симптоматична і психогенна фригідність формуються в структурі депре- сії, але чіткого розмежування між невротичною і псевдоневротичною (ендо- генною) депресією на ранніх стадіях розвитку хвороби немає.

***Вагінізм.*** Основним психологічним компонентом розладу є страх - страх чогось або всього, що пов'язано так чи інакше зі статевим життям (коїтусофобія). Він може розвиватися на фоні значних афективних порушень, які викликані конфліктами у сім'ї або неприємностями на роботі; гострим страхом вагітності або аборту; страхом смерті від пологів або при кардіофобії після перенесеної хвороби серця і т. ін.

Вагінізм необов'язково може бути пов'язаний з якимось сексуальним чинником. Стійка істерична контрактура (коли ноги хворої щільно стиснуті) формується у структурі афективного стану. Цей симптом, який виникає як наслідок емоційного стресу при екстримальній ситуації (спроба зґвалтування), в подальшому фіксується у хворих за типом умовного рефлексу (фобія можли-

вого повторення). Типовий істеричний симптом відображає крайній ступінь сексуального опору, це може бути усвідомлене або неусвідомлене прагнення хворої ухилитися від сексуального контакту.

Не останню роль може грати наростаюча антипатія до чоловіка, відраза до нього в результаті якихось неприйнятних для жінки фізичних або моральних його якостей. Страх болю як наслідок сексуальної невихованості і грубості чоловіка, який думає тільки про власні відчуття, приводить до постійної трав- матизації жінки, наростання асенізації і невротизації у неї в умовах важкого внутрішнього і сімейного конфліктів.

Недооцінка афективного розладу в патогенезі вагінізму приводить до неадекватної терапії цього стану і до закріплення патологічного рефлексу, який навіть при виході з депресії, може залишитися.

Фригідність і вагінізм знаходяться в основі так званого ***відносного психосоматичного безпліддя*** *-* стерильного шлюбу при повній відсутності яких-небудь патологічних змін, які перешкоджають зачаттю і нормальному виношуванню плода. Основними причинами цієї патології є розлади ерекції та еякуляції, обумовлені негативними емоціями чоловіка, при підтвердженні здатності його до запліднення в іншому місці і певними функціональними порушеннями в організмі жінки. До них можуть відноситися ***функціональні розлади овуляції****,* які виникають у результаті розладу регулюючого впливу гіпоталамічно-гіпофізарної системи, при відсутності органічного ураження або аномалій розвитку яєчників, гіпофізу, щитовидної залози й інших залоз внутрішньої секреції.

З афективними порушеннями пов'язані деякі форми ***вторинного безплід- дя*** *-* неможливість завагітніти після вагітності, що патологічне протікала або драматично закінчилася. Чим важчою була психічна травма, чим сильніший страх безпліддя, тим більша ймовірність і виразність відповідних розладів у подальшому.

Одним з поширених розладів менструального циклу є ***психогенна аменорея*** *-* припинення місячних протягом 6 місяців і більше при

функціональній гіпоталамічній недостатності. Розрізняють психогенну аменорею, яка виникає внаслідок гострих стресових ситуацій, і аменорею при нервовій анорексії, яка виникає після психічних травм. Безпосередньою причиною виникнення психогенної аменореї є важкі психічні травми і переляк, субдепресивні і депресивні стани, які є наслідком різкої зміни життєвого стереотипу й ідеї материнства, що прийняла патологічний характер у вигляді страху безпліддя або вагітності. Класичним прикладом психогенної аменореї є розлад менструального циклу у воєнний час, ув'язнених у концтаборах, у тюрмах і трудових таборах. Так, у найжахливішому концтаборі смерті Аушвіц (Освенцім) аменорея спостерігалася у 100% жінок.

Частіше за все лікарі займаються такими формами вторинної аменореї, які виникають як наслідок конфліктного розвитку особистості, особливо як наслі- док амбівалентності у ставленні до своєї жіночої ролі. Комплексне охоплення власною жіночістю може набувати у жінки різних перспектив і властивостей: усеосяжним є спростовування власної жіночості при нервовій анорексії. Іншою особистісною особливістю при цьому розладі є невизначеність схеми тіла з перекрученим сприйняттям своєї статевої сфери.

Функціональна психогенна аменорея, особливо у жінок після 30 років, може знаходитися в основі *синдрому мнимої (помилкової) вагітності.* Кла- сичним прикладом у цьому плані є англійська королева Марія Тодор, яка мала виражений депресивний стан після мнимих пологів через відсутність законного престолонаслідника. Більш за все цей синдром зустрічається у самотніх, овдовілих або жінок, що проживають ізольовано.

У випадках мнимої вагітності терапевтично неможливо знайти опору для вербальної психотерапії, тому що ці жінки непохитні і категорично підтриму- ють свої уявлення.

# Психосоматичні розлади статевого життя чоловіка

***Імпотенція.*** Функціональні статеві розлади зустрічаються доволі часто у структурі невротичних станів чоловіка. Виникнення зниження потенції розглядається як одна з важливіших ознак пригнічення духу і втрати життєвої

енергії. Саме "імпотенція" як діагноз при невротичних станах з наростаючою емоційною нестійкістю і афективними реакціями є одним із найбільш хибних.

Сексуальні проблеми хворого можуть бути дуже неприємною темою для лікарів, особливо жінок, які не проявляють інтересу до встановлення у хворого цього роду особливостей. На цьому фоні пацієнти, які вважають своєю істин- ною хворобою статеве безсилля, проходять неодноразові курси лікування у рі- зних соматичних відділеннях з приводу обтяжливих відчуттів у зоні тих чи інших органів і виникнення сильних алгій в різних частинах тіла, спричинених депресивними станами. Депресія посилюється ще більше після закінчення лікування, у зв'язку з відсутністю нормалізації статевих функцій.

Особливе соціальне та психологічне значення й актуальність статевої фу- нкції обумовлюється вразливістю психіки при найменшому прояві зниження потенції. Чим більше чоловік зводить прояви своєї мужності до ознаки статі, тим скоріше виникає у нього фобія імпотенції. При наявності визначеної гото- вності ЦНС, однієї тільки інформації про можливість зниження потенції до- статньо для появи страху імпотенції, і як наслідок цього - виникнення статевого безсилля. Прикладом цього може бути випадок, коли необачний вираз жінки, дружини або лікаря про можливість зниження потенції в разі якогось за- хворювання або прийняття ліків, може обумовити швидкий розвиток психічної імпотенції, з якої пацієнта буде неможливо вивести роками.

В основі стійкого іпохондричного самоспостереження знаходяться випад- кові порушення статевої функції, як наслідок гальмування психічних впливів (хвилювання, втомленість, алкогольні ексцеси та ін.). Іпохондричні страхи, які обумовлені тільки легкими фізіологічними розладами, можуть привести до органічних змін.

Можлива втрата мужності і здорової довіри до себе в осіб, які мали інформацію з науково-популярної літератури про шкідливість онанізму і венеричних захворювань. Внаслідок цього - тривога та страх, занепокоєність та невпевненість у своїх силах, чекання біди й інші важкі симптоми ятрогенної

реактивної депресії наштовхують мислення людини на сприйняття хвороби, навіюють страх перед смертю.

Розлади статевої функції виникають не тільки при органічних захворю- ваннях статевих органів ЦНС або важкої соматогенної астенії, але й при найрізноманітніших невротичних і псевдоневротичних станах. Психічна імпотенція як наслідок емоційного переживання зустрічається частіше, ніж реактивна іпохондрична депресія в результаті травми статевих органів або атрофії яєчок. Імпотенція органічного генезу займає приблизно 10%, а інші 90% мають розлади статевої функції, як наслідок фізичної або розумової втоми, фобії перед статевим актом, відрази до сексуального партнера і т. ін.

Основна маса хворих зі скаргами на імпотенцію стають "статевими страждальцями". Виникнення сексуальних порушень при невротичних станах пов'язано не стільки з якимись несподіваними і сильними афектами на фоні екстримальної ситуації, скільки з повсякденними емоційними перевантажен- нями. Вирішальними психогенними факторами психічної імпотенції стають постійні хвилювання, тривоги, життєві турботи, порушення режиму роботи і відпочинку, хронічні психотравмуючі ситуації на роботі і в сім'ї. Серед причин статевого безсилля є не тільки тривалі неблагополучні обставини для сек- суального контакту, але й дисгармонія емоційної напруги партнерів, неузго- дженість їх дій у питанні матеріального забезпечення сім'ї або вихованні дітей, непристойна або неадекватна поведінка одного з подружжя, конфліктні взаємини з родичами, які мешкають поряд, погані квартирні умови або матері- альні труднощі, нецікава та виснажлива праця. Велике значення набувають при цьому психотравмуючі обставини, пов'язані з почуттям занепаду, втратою близьких і рідних, очікуванням репресій та іншими факторами, які зачіпають важливі аспекти існування.

Основним фоном психічної імпотенції є тривога і різке зниження настрою. Описані переживання хворих - втрата віри у правдивість дружини, у її вірність; випадки розкаяння після випадкових статевих зв'язків та ін., приводять до виникнення депресивних реакцій. Такі ж наслідки мають неповага, грубість,

недовіра та переслідування дружини. В іншому випадку депресія може виникнути при нещасному коханні, при постійній статевій незадоволеності, як наслідок байдужості жінки або тривалого статевого стримування. Такі хворі страждають від усвідомлення свого безсилля, від необхідності приховувати ганьбу від оточення. Одна тільки думка про можливість своєї недієздатності викликає почуття сорому і роздуми про самогубство.

Важливою умовою нормалізації статевої функції є, в першу чергу, не встановлення типу вищої нервової діяльності й особистого характеру сексуальної поведінки, а показник наскільки, своєчасно була виявлена депресія і правильно проведена оцінка патогенетичної ролі афективного розладу в роз- витку сексуальних порушень.

***Зниження статевого потягу****.* Цей вид розладу може виникнути у зв'язку з транзисторною сублімацією (переключення сексуальної активності на під- вищену діяльність у іншому напрямку). Тимчасова цнотливість, коли людина охоплена своїми ділами, як правило, доволі легко переноситься навіть при тривалому стримуванні. Тимчасове статеве безсилля, як наслідок виконання певних професійних обов'язків, звичайно проходить само по собі, коли зникає вплив праці. Розумова діяльність, яка витісняє статевий потяг, свідчить про виникнення або наявність психічних порушень.

Втрата емоційно-чутливої основи сексуального сприйняття перешкоджає статевому акту або робить здійснення його за звичкою, за почуттям подруж- нього обов'язку чи іншими розумовими мотивами. Статевий потяг при субдепресивних і депресивних станах знижений або відсутній, статевий акт виконується рідко і з потугою, не приносить відповідного задоволення навіть, коли нормальні еякуляція й оргазм.

Чим вищі та яскравіші етичні й естетичні чинники у мотиваційних аспек- тах лібідо, тим більша залежність статевого життя від афективних проявів. Чим нижчий інтелектуальний рівень індивіда, чим ближчий він до генітального типу, тим вищий ступінь депресії для виникнення явного послаблення лібідо.

***Передчасна еякуляція****.* Серед половини хворих з функціональними стате- вими розладами зустрічається прискорене (після 10-15 фрікцій) і дуже швидке (після 2-7 фрікцій) сім'явиверження. Психічна імпотенція з підвищеною збуд- ливістю і передчасною еякуляцією найбільш характерна для атипових депре- сивних станів з перевагою страху і тривоги.

Наростаюча від невдачі до невдачі фіксація на прискорену еякуляцію (за типом неврозу очікування із збільшенням поганого настрою в очікуванні чергового провалу) доводить цих хворих до того, що іноді їм тільки варто подумати на початку статевого акту про можливість передчасної еякуляції, як вона зразу і настає.

***Психічний асперматизм.*** Це важкий розлад статевої функції у клініці депресивних станів, при якому відсутня еякуляція й оргазм, незалежно від тривалості фрікцій при повній збереженості лібідо і нормальній ерекції (у випадках, коли є інша жінка або коли дружина набридла). При цій патології статевий акт стає виснажливим для обох партнерів. Психогенна природа асперматизму відмічається при відносному, вибірковому його характері: він може проявлятися з жінкою, з якою достатньо складні і негативні взаємини, і бути відсутнім при стосунках з іншою. Ці випадки можуть бути відмічені в осіб, які повинні підтримувати обтяжливі подружні стосунки

***Розлади ерекції.*** Скарги на недостатню ерекцію зустрічаються у 30-45% випадків при психогенній імпотенції і найбільш характерні для невротичних станів з клінічною картиною гіпостенічної неврастенії. При збільшенні прояву депресії здатність до ерекції втрачається зовсім. Особливо потужним астенізуючим чинником при афективних порушеннях із сексуальними розладами стає переключення психічного індивіда на крайню тривогу з приводу зниження або втрати своєї "чоловічої основи". Все це може закінчитися заміною лібідо все більшим страхом.

Це може бути страх першої шлюбної ночі або першої статевої близькості; страх вагітності, шлюбу або наслідків його; страх леред венеричними хворо-

бами або бути захопленим зненацька. Всі ці форми коїтусофобії приводять до виникнення основних двох страхів - страху статевого безсилля і страху смерті.

Особливе значення для розвитку психічної імпотенції в клініці депресив- них станів є страх невдачі. Переконання у безпорадності викликає безпорад- ність, а страх статевого безсилля може бути таким великим, що ерекція ніколи вже не зможе відновитися, чим більше прагне така людина бути статево "си- льною", тим сильніше уявлення, що перешкоджають ерекції і стримують її. Патологічна або навіть проста фіксація уваги на діяльності тих або інших ор- ганів визначає втрату автоматизму, який забезпечує легкість виконання відпо- відних функцій. Вирішального значення набуває при цьому емоційне збу- дження при думці про те, удасться спарування чи ні, і надзвичайно сильне ба- жання викликати ерекцію в цей час. І чим більше чоловік готується до цієї від- повідальної для нього акції, тим менше у нього шансів на удачу. При крайніх ступенях цього великого бажання мати повноцінну ерекцію і наростання, у зв'язку з постійною афективною напругою, асенізація хворого не тільки адек- ватна, але й спонтанна ерекція не виникає вже ні за яких умов.

Не тільки явна статева холодність дружини або її відраза до статевої близькості, але навіть іронічна або недобра усмішка, що показалися, одне необережне слово і кожна незначна стороння думка здатні порушити цільність сексуального сприйняття і виступити у якості чинника, який затримує ерекцію. Статевий акт, який не приносить повного задоволення, не тільки не знімає емоційної напруги, ще й посилює почуття ніяковості або навіть ворожості до свідка. Тому виникає перекручення статевого почуття, коли навіть враження, що раніше супроводжувалися відчуттями радості, сприймаються тепер як болісно неприємні. Емоції статевого життя набувають все більш суперечливого характеру. Оптимістичні очікування і надії поступово витісняються тривогою, сумнівами і непевністю в собі, виникають почуття гіркоти і страху.

Наростаюче на фоні депресивного стану почуття страждання здатне стимулювати психічну затримку ерекції при ще збереженому по суті статевому потязі. Відчуття розбитості і спустошення, кардіалгії, головний біль, розумова

млявість та інші симптоми невротичного розладу виникають або посилюються після кожного статевого акту і зберігаються протягом декількох годин або навіть днів. Деякі з чоловіків настільки нажахані цими обтяжливими відчуттями, що місяцями уникають навіть коханої жінки і статевої близькості з нею.

При наростанні важкості депресії здатність до ерекції втрачається зовсім. Повне занурення у свої думки, нездатність до сприйняття сексуального об'єкта і відсутність статевого потягу обумовлюють розвиток стійкої психічної імпотенції. Різке послаблення всіх фаз статевого циклу з приєднанням до цього виражених гіпоталамічних розладів приводить до раннього або патологічного чоловічого клімаксу, навіть у 25-30 років. Чим яскравіше і повніше при цьому уявлення індивіда про згасання інкреторної діяльності статевих залоз під час "клімаксу", тим більш виражено протікає його страждання.