УДК 616.69+618.17+616.89-008.442.4]: 616.89-008.447

Кочарян Г. С.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ИЗМЕНЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

На основании специальных научных исследований и клинических наблюдений выделены и описаны следующие паттерны поведения у больных с сексуальными дисфункциями: 1) избегающе-уклоняющийся; 2) направленный на сохранение прежнего супружеского статуса (компенсаторный и манипулятивный варианты); 3) направленный на создание образа мужчины с высокой сексуальной потенцией; 4) сублимация и феноменологически близкие ей поведенческие изменения; 5) направленный на устранение полового расстройства; 6) астенический; 7) субдепрессивный-депрессивный; 8) распространение страха на ситуации, не связанные с интимной близостью; 9) утрата инициативы в установлении отношений с женщинами, специфические ограничения при выборе партнерши; 10) трансформации поведения, обусловленные динамическими характерологическими сдвигами; 11) гипосексуальный; 12) гиперсексуальный.

Ключевые слова: *сексуальные дисфункции, изменения поведения, паттерны.*

Исследуя пациентов с сексуальными дисфункциями, врач обычно сосредоточивает свое внимание на выявлении у них копулятивных нарушений, оставляя без достаточного внимания поведенческие изменения, которые развиваются у больных в связи с этими нарушениями вне интимной близости. Это в значительной степени контрастирует с фиксацией внимания на патологии поведения у лиц с нарушениями половой идентификации, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Отмеченное связано с тем, что поведенческие нарушения у названных категорий больных являются сущностными для них и, что вполне естественно, попадают в эпицентр исследовательского интереса [20, 21, 25, 26]. При этом речь идет о так называемом сексуальном поведении.

Вместе с тем следует отметить, что среди лиц мужского пола, обращающихся за сексологической помощью, значительно преобладают именно те, у которых имеют место какие-либо копулятивные дисфункции (гипоэрекция, преждевременное семяизвержение и т. п.). Тем не менее изменения поведения, связанные с указанными дисфункциями, не становились предметом самостоятельного изучения. В специальной литературе можно найти лишь отдельные замечания по этому вопросу, а также единичные публикации, которые касаются лишь какого-либо частного аспекта в изменениях поведения, связанного с сексуальными проблемами. Так, H. S. Kaplan [37] исследует вопрос сексуального уклонения как проявления интрапсихических барьеров по отношению к эмоциональной близости. Предполагается, что в одних случаях данное уклонение является отчетливо ясной функцией названных барьеров, а в других – результатом других детерминаций, таких как чрезмерные требования партнера к интимности и коммуникации или его/ее интолерантность даже к нормальной эмоциональной дистанции. C. Westphal [41] трактует уклоняющееся поведение как ответ на ожидаемую сексуально провоцирующую ситуацию. Это поведение характеризуется фобиями. Он упоминает о «прозрачности» неосознаваемой продолжающейся борьбы, которая делает женщину

непривлекательной. Тучность и уничтожающая женские формы худоба из-за анорексии являются неосознаваемыми попытками камуфлировать женские формы, чтобы избежать возбуждения мужского полового желания. Автор также отмечает, что вагинизм бессознательно направлен на создание препятствия для возникновения данного желания. Женское избегающее поведение обсуждается в этой статье в терминах опытов тела (“body experiences”), фантастических репрезентаций и диалектики полового влечения.

Ч. Цитренбаум и соавт. [33] сообщают о случае с одинокой женщиной 31 года, которая при росте 155 см весила 96 кг. У нее был нормальный вес в детстве и отрочестве, но с 16-ти лет она стала быстро полнеть и начала страдать ожирением. Выяснилось, что непосредственно перед тем, как пациентка стала набирать вес, ее изнасиловали. Это вызвало у нее гнев и испуг. Терапевт предположил важность скрытой выгоды тучности, которая состояла в том, что делала эту женщину непривлекательной, защищая ее таким образом от сексуальных посягательств и помогая ей чувствовать себя в большей безопасности.

Можно утверждать, что только выраженное повышение либидо или, наоборот, его значительное снижение, генерирующие легко прогнозируемые поведенческие изменения, достаточно представлены в специальной литературе. Однако любой врач, который работает на общем сексологическом приеме, может констатировать, что среди консультировавшихся у него пациентов на протяжении всей его лечебной практики (и даже многолетней) лица, страдающие гиперсексуальностью, обращаются настолько редко, что их даже можно пересчитать по пальцам. При этом речь идет преимущественно о женщинах.

Анализ полученных нами ранее при специальных клинико-психологических исследованиях данных по изучению поведения мужчин, у которых имели место те или иные копулятивные нарушения и диагностировались самые разнообразные формы половых расстройств [9–11, 13–15], а также клинические наблюдения (речь идет о представителях обоего пола) выявили у них различные паттерны поведения, связанные с данными расстройствами. У всех мужчин, прошедших специальное обследование, обязательным, а в большинстве случаев главным (иногда даже единственным) фактором в развитии сексуальных дисфункций, было(л) тревожное опасение/страх сексуальной неудачи. Выявленные трансформации поведения были различной сложности, осознавались больными полностью или частично или вообще не осознавались. Нами выделены следующие основные паттерны поведения:

1. Избегающе-уклоняющийся. Характеризуется тем, что пациенты избегают общения с женщинами на сексуальном (урежают половые акты или полностью исключают их), эротическом (исключают ласки и поцелуи) и даже платоническом уровне (не устанавливают сколько-нибудь устойчивых отношений с представителями женского пола). В ряде случаев общение доходит до грани сексуального взаимодействия, оно не продвигается дальше мнимых попыток.

Иногда больные с половыми расстройствами контактируют с такими представительницами женского пола, которые, в силу различных обстоятельств (например, очень молодого возраста), не предъявляют сексуальных требований. Поддерживать общение на эротическом и даже платоническом уровне пациентам помогает псевдообосновывание своего поведения.

Так, один наш больной целовал и обнимал свою невесту и даже регулярно спал с ней вместе в ночное время, но половых актов не совершал. На ее вопросы, почему он этого не делает, отвечал, что если это случится, то он ее бросит. Другой пациент долго встречался с женщиной, которая ему очень

нравилась, но, несмотря на длительный период их встреч, так ни разу ее не обнял и не поцеловал. Когда же она наконец спросила его, почему он так поступает, ответил, что если он это сделает, то она ему сразу может разонравиться. После такого объяснения женщина сразу же перестала с ним встречаться.

Нередко включается рационализация, и тогда больной обосновывает свою малую сексуальную активность или ее отсутствие, например, малой целесообразностью половой жизни, так как последняя якобы отвлекает от решения других, «более важных», задач («Не получилось, жалеть нечего, потому что это не стоит того»). Справедливости ради следует отметить, что пациенты сами до конца нередко не верят в выдвигаемую ими версию. Вместе с тем и в указанных случаях это все же помогает им, так как снижает эмоциональное напряжение. Приведем пример, где речь шла о псевдообосновании своего поведения и особой мотивации в подборе девушки, с которой встречался обследованный нами мужчина.

Больной В., 21 год, холост. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу; гипоэрекционный симптом. В настоящее время встречается с двумя девушками разного возраста. Одной из них 17 лет. Она из его деревни, но в настоящее время учится в городе и периодически приезжает домой. Отмечает, что с ней у него было до 10 мнимых попыток. Когда они обнимаются, то член лишь изредка полностью напряжен. Эта девушка сама пытается склонить его к сексуальным контактам. Говорит, что любит его. Он же позволяет себе все, кроме них, так как когда дело доходит до решительного момента, эрекция полностью исчезает. Свое поведение объясняет ей тем, что если «это» произойдет, то она в городе «разбалуется». Вместе с тем обещает ей, что когда она окончит техникум и вернется в деревню, то они начнут жить половой жизнью. Ее же это не устраивает, так как она хочет быть как все. Помимо этой девушки, встречается еще с другой, которой всего 15 лет. При объятиях и поцелуях с ней эрекция хорошая. Никаких попыток (даже мнимых) к сексуальной близости не предпринимает. Обе эти девушки нравятся почти в одинаковой степени, но последняя все-таки больше. Первая девушка знает о том, что он встречается не только с ней и требует прекратить эти встречи. Он обещает, что так и поступит, как только она закончит техникум. Удалось выяснить, что мотивация встреч со второй девушкой в значительной мере обусловлена тем, что в связи с ее возрастом можно не опасаться необходимости совершения полового акта. Общаясь с ней, чувствует себя более спокойно, что положительно отражается как на качестве эрекции, так и на общем состоянии.

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что больные сексологического профиля часто прибегают к различным уловкам, помогающим избегать угрожающих в смысле возможной половой близости ситуаций. Иногда пациенты даже сознательно провоцировали ссоры с женщинами, что подчас приводило к полному разрыву их отношений. Так, один из наших пациентов неоднократно пытался поссориться со своей невестой, чтобы сорвать предполагающуюся свадьбу. Приведем весьма показательный пример провоцирующего ссору поведения.

Больной М., 23 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). В процессе целенаправленного опроса удалось выявить, что всякий раз, когда его встречи с женщинами затягивались в том смысле, что далее уже предполагался закономерный переход от эротического уровня отношений (ласки, поцелуи) к сексуальному (половые акты), он просто не приходил на очередное

свидание. Во время встреч с женщинами, у которых он пользовался успехом в силу своих внешних данных, с целью обусловить разрыв отношений заводил малоприятные для них разговоры. Он говорил им примерно следующее: «Представь, тебе муж верит, а ты со мной ищешь место, где бы...» Такой реплики обычно бывало достаточно, чтобы женщина на него обиделась. Затем, как правило, следовало расторжение отношений. Однажды, чтобы оборвать встречи с одной женщиной, не пришел к ней на свидание. Спустя некоторое время случай свел его с ней. Они ехали в одном автобусе. Женщина не обращала на него внимания. После того как она вышла из автобуса, пациент догнал ее и они разговорились. Когда женщина простила ему обиду и напряженность прошла, он, вновь провоцируя ссору, заявил ей следующее: «Когда ты вышла из автобуса, то отвернулась от меня и даже не поздоровалась, а сейчас идешь и смеешься. А могла бы не смеяться, а идти себе дальше, как шла».

В ряде наблюдений у рассматриваемой категории больных отмечалось исчезновение симпатии к партнерше. Она переставала им нравиться, так как вдруг обнаруживалось различие в их взглядах на жизнь и т. п. (включение механизма психологической защиты). В этих наблюдениях снижение эмоционального напряжения достигалось за счет различных вариантов обесценивания женщины. Приведем пример весьма неординарного проявления такого обесценивания.

Больной В., 64 года, холост. Диагноз: смешанное расстройство личности (мозаичная психопатия) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне хронического простатита, гипоэрекционный симптом. Так как указанный синдром существует у пациента длительно, с течением времени у него возникло навязчивое представление, которое выражается в следующем. Когда он видит интересных женщин, то всякий раз представляет, как они пользуются туалетной бумагой после акта дефекации, что вызывает у него отвращение. Однако раньше этот мужчина неоднократно вступал с женщинами в ректально-генитальные контакты, которые вызывали у него сильное возбуждение и доставляли большое наслаждение.

Несомненно, что в данном случае навязчивость является результатом работы механизма психологической защиты, который препятствует росту эмоционального напряжения, блокируя возможность развития отношений с женщинами на самых ранних этапах.

Нередко больные с сексуальными дисфункциями избегают не только контакта с женщинами на различных уровнях взаимодействия (сексуальном, эротическом, платоническом), но и разговоров на сексуальные темы, так как упоминание о сильных мужчинах и о мужчинах со слабой потенцией оказывает на них психотравмирующее воздействие. Это иногда обусловливает избегание компаний, где могут возникнуть такие разговоры, и отказ от приглашения к себе гостей. В некоторых случаях в связи с указанным обстоятельством тема секса становится запретной в разговорах между супругами, а также сексуальными партнерами, официально не оформившими своих взаимоотношений.

Изредка механизм избегания психотравмирующего влияния ситуаций, связанных с переживаниями сексуальной недостаточности, проявлялся в наклонности к перемене места жительства с целью исключить встречи с женщинами, с которыми больные ранее находились в интимных отношениях.

Подчас тревожное опасение/страх сексуальной неудачи определяет значительное отдаление сроков вступления в брак. Иногда мужчины так и не решаются жениться. В ряде случаев могут наблюдаться даже курьезы, когда истинных оснований для названного опасения/страха нет, а его происхождение всецело определяется

неправильной информированностью пациентов.

К уклоняющемуся поведению также следует относить поведенческие проявления сексуальной аверсии, а кроме того, такие развивающиеся по механизму условной приятности/желательности феномены у женщин, как истерическую диспареунию (истерические гениталгии), рвоту и позывы на рвоту во время коитуса и непосредственно после него, цисталгию, возникающую после половых актов, частые длительные и болезненные менструации жены, когда супруг находится в семье, отхождение газов у мужа, когда он спит с женой в одной постели, что блокирует проведение полового акта, который из-за своего плохого качества, обусловленного быстро наступающим семяизвержением, всякий раз вызывает негативную реакцию со стороны жены. Следует отметить, что в основе всех перечисленных явлений лежит нежелание интимной близости с партнером (чаще с определенным).

В тех же случаях, когда речь идет о стойкой сексуальной дисгармонии при отсутствии копулятивных дисфукций у обоих партнеров, уклоняющийся тип поведения может отмечаться при плохих взаимоотношениях в супружеской/партнерской паре, неадекватной сексуальной технике, приводящей, в частности, к сексуальной фрустрации и аноргазмии, значительном несоответствии половых конституций партнеров или их биологических ритмов (например, он – «жаворонок», а она – «сова», или наоборот) и т. д.

2. Направленный на сохранение прежнего супружеского статуса:

А. Компенсаторный вариант поведения обусловлен желанием компенсировать свой сексуальный дефект, положительно проявляя себя в других сферах, и таким образом добиться одобрения со стороны жены или сексуальной партнерши. Нередко больные становятся более внимательными по отношению к супруге. Они стараются больше помогать ей в домашней работе, становятся более покладистыми. В некоторых случаях пациенты стремятся дополнительными заработками или усилившимся вниманием и заботой о детях или внуках угодить жене. Приведем пример сложных изменений поведения, обусловленных половым расстройством, когда, наряду с изменениями поведения в семейном кругу с целью его компенсации, у обследуемого также развились вторичные по отношению к данным компенсаторным изменениям нарушения.

Больной К., 37 лет, женат. Свои сексуальные изъяны пытается компенсировать: все покупает для дома, готовит пищу, убирает в квартире (раньше занимался этим, но в гораздо меньшей степени). Стараясь угодить жене, уделяет большое внимание ее внучке от первого брака, хотя совершенно «не терпит» детей. Также отмечает, что на него крайне отрицательно действует запах кала как внучки жены, так и других детей.

Таким образом, помимо компенсаторной активизации поведения, связанного с домашним хозяйством, мы констатируем вынужденное внимание пациента к внучке супруги, а также последствие усиления этого внимания, проявляющееся неприятными обонятельными феноменами. Кроме того, в приведенном клиническом наблюдении можно проследить проявление генерализации, выражающейся непереносимостью запаха детского кала вообще.

Б. Манипулятивный вариант. В некоторых случаях пациенты надеются улучшить отношение к себе жены меньшим пребыванием в кругу семьи, что, по их мнению, может заставить ее скучать по ним.

3. Направленный на создание образа мужчины с высокой сексуальной потенцией. Иногда эмоциональное напряжение, обусловленное существованием тревожного опасения сексуальной неудачи, снижается за счет чисто символического удовлетворения

сексуальных притязаний. Так, некоторые из пациентов в кругу друзей и знакомых создавали образ высокопотентного мужчины, пользующегося успехом у женщин, рассказывая о своих сексуальных победах и описывая свои мужские достоинства. Такой стиль поведения, по нашим наблюдениям, свойствен мужчинам с истероидными чертами характера.

Больной Я., 23 года, холост. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по истероидному типу на фоне хронического простатита; симптомы гипоэрекции и ускоренного семяизвержения (ЕАР). Пользуется уважением и завистью у своих товарищей, которые считают, что он встречался со многими женщинами. Его авторитет поддерживается большим количеством знакомств с представительницами противоположного пола, с которыми он на самом деле половых связей не имеет, о чем его товарищи не знают. Помимо этого, он так увлеченно рассказывает им о своих сексуальных возможностях и победах, что часто даже сам во время своего повествования начинает верить в описываемые им события. В действительности же находится в интимных отношениях лишь с одной женщиной (глубокий петтинг).

4. Сублимация и феноменологически близкие ей поведенческие изменения. Сублимация – зрелый механизм психологической защиты [27], посредством которого инстинктивные энергии разряжаются в неинстинктивные формы поведения [22]. Это процесс, которым З. Фрейд объясняет порожденные силой сексуального влечения формы человеческой деятельности, не имеющие прямой связи с сексуальностью [18]. Сублимация приводит к превращению энергии сексуальных влечений в энергию, используемую для достижения социально приемлемых несексуальных целей. В своей книге «Введение в психоанализ» З. Фрейд [29] отмечает, что сексуальные влечения участвуют в создании высших культурных, художественных и социальных ценностей человеческого духа и их вклад нельзя недооценивать. Он утверждает, что сублимация сексуальных инстинктов послужила главным толчком для великих достижений в западной науке и что она является особенно заметной чертой эволюции культуры. По его мнению, благодаря ей одной стал возможен необычный подъем в науке, искусстве и идеологии, которые играют очень важную роль в нашей цивилизованной жизни [32].

Интерес представляет мнение З. Фрейда [30], согласно которому в связи с возможностью сублимации может возникнуть соблазн достигать ее наиболее высоких степеней для получения максимального «культурного эффекта». По его мнению, такое стремление к полной сублимации недостижимо и может иметь печальные последствия. Для иллюстрации своих мыслей автор приводит забавный анекдот следующего содержания. У граждан городка Шильда была очень сильная лошадь, чем они чрезвычайно гордились. Однако их смущало одно обстоятельство. Эта лошадь поедала большое количество дорогого овса. Тогда они решили постепенно отучить ее от этого «безобразия» и не только заставить довольствоваться малым количеством пищи, но, в конце концов, приучить к полному воздержанию. Вначале все шло хорошо. Лошадь почти совсем была отучена от приема пищи. Утром того дня, когда она должна была работать уже без овса, жители городка нашли «коварную» лошадь мертвой, но никак не могли догадаться, от чего же она умерла.

В рассматриваемом контексте целесообразно привести высказывания З. Фрейда [30] об исходах психоаналитической работы. Приводя характеристику каждого из трех названных им исходов, он, в частности, отмечает, что второй из них обусловлен приобретенной в результате терапии

возможностью к сублимации, которая блокировалась рано возникшим вытеснением, а третий определяется признанием права известной части вытесненных эротических стремлений на прямое удовлетворение, так как полное игнорирование «животного» начала в человеке лишает его возможности счастливого существования и противоречит целям нашей культуры.

В этой связи интерес представляет публикация, посвященная обсуждению взаимосвязи между креативностью и психическим здоровьем [40], в которой отмечается, что З. Фрейд рассматривал, в частности, художественную продукцию как производную от сублимации, которую полностью счастливая личность не должна использовать. Тем не менее он полагал, что «художник допускает творческую продукцию, возникающую из подсознания», и не испытывает при этом «психологической боли». Как отмечается в данной статье, такое допущение управления «Я» является характерной особенностью не невротика, а хорошо адаптированной личности.

Посредством сублимации изменяется цель или/и объект побуждений, однако разрядка не блокируется, а происходит через искусственные пути. Изначальные побуждения исчезают в связи с тем, что их энергия отводится в катексис заместителя. Одновременно с торможением инстинктивной цели осуществляется процесс десексуализации [2].

Считается, что в процесс сублимации вовлекаются не только сексуальные, но и агрессивные импульсы, и поэтому помимо понятия «десексуализация» либидо также существует специальный термин «деагрессификация». Под ней понимают процесс, посредством которого инфантильная агрессивная энергия теряет свое примитивное агрессивное качество [18]. Дж. Фэйдимен, Р. Фрейгер [31] отразили это положение в приводимом ими определении, согласно которому сублимация – это процесс, посредством которого энергия, первоначально направленная на сексуальные или агрессивные цели, перенаправляется к другим целям, часто художественным, интеллектуальным или культурным.

Сублимация включает в себя: а) перемещение энергии с действий и объектов первичного (биологического) значения на действия и объекты меньшего инстинктивного значения; б) такое преобразование качества эмоции, сопровождающей деятельность, при которой она становится «десексуализированной» и «деагрессифицированной»; в) освобождение деятельности от диктата инстинктивного напряжения [22].

Следует отметить, что понятие «сублимация» нельзя считать полностью разработанным, а существующие ее простые описания достаточно развернутыми. В этой связи D. M. Kaplan [36] отмечает, что сублимация всегда была неуловимой (ускользающей) идеей психоаналитической мысли, а Ж. Лапланш, Ж.-Б. Понталис [18] указывают на отсутствие определенных установленных рамок сублимационной деятельности. Последние из указанных авторов пытаются уяснить, нужно ли включать в нее всю совокупность мыслительной работы или лишь некоторые формы интеллектуального творчества? Следует ли считать главной чертой сублимации высокую общественную оценку связанных с ней форм деятельности в данной культуре? Включаются ли в сублимацию формы «приспособительной» деятельности (труд, досуг и пр.)? Касаются ли изменения в динамике влечений лишь цели влечений (как долгое время считал Фрейд) или же одновременно и их объектов? В новых лекциях по введению в психоанализ (Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1932) З. Фрейд называет сублимацией такое изменение цели и объекта, при котором принимается во внимание социальная оценка [по 18].

Вопрос об отнесении различных поведенческих проявлений к сублимации

с учетом их социальной ценности звучит и в противопоставлении взглядов O. Fenichel (1945) и R. Sterba (1947) [по 2]. Так, первый из названных авторов уклоняется от признания такой точки зрения, согласно которой обусловленная сублимацией десексуализация неизбежно приводит к выбору высшего, социально приемлемого объекта, и предпочитает не затрагивать ценностный аспект определения. Вместе с тем R. Sterba, как и большинство авторов, обсуждают этот аспект.

Для объяснения происхождения сублимации, как и других механизмов психологической защиты, следует прибегнуть к использованию положений психоаналитической структурной модели человеческой психики [по 12]. Согласно представлениям классического психоанализа, человеческая психика состоит из трех взаимодействующих структур, оказывающих влияние на поведение человека: ид («Оно»), эго («Я») и суперэго («сверх-Я»). Деятельность «Оно» (энергетическая кладовая психики, совокупность инстинктов) осуществляется по «принципу удовольствия», которое возникает вследствие разрядки накапливающегося напряжения. Неограниченная реализация импульсов «Оно» нередко могла бы иметь отрицательные последствия как для данного индивида, так и для общества, так как его импульсы далеко не всегда согласуются с социальным контекстом. Для того чтобы контролировать эти импульсы, существует «Я» – структура психики, в основу которой положен принцип реальности. Она сообразует деятельность «Оно» с требованиями действительности. «Сверх-Я» состоит из «совести» и «идеального Я» и, являясь судьей и цензором его деятельности и мыслей, устанавливает границы подвижности «Я». «Сверх-Я» так же, как «Я», контролирует «Оно», но совершенно по-другому. Если «Я» позволяет «Оно» удовлетворять потребности, сообразуясь с действительным положением вещей, то «сверх-Я» пытается подчинить «Оно» моральным требованиям, идеалу. Происходящее в действительности и ее требования далеко не всегда удовлетворяют «сверх-Я». Поэтому его устремления, не сообразующиеся с принципом реальности, могут быть иррациональны. Значительная часть энергии «Я» направляется на противодействие иррациональным стремлениям «Оно» и чрезмерным требованиям «сверх-Я». Таким образом, «Я» выступает в качестве координатора потребностей «Оно», требований «сверх-Я» и давления окружающего мира. **Когда давление сил «Оно» и «сверх-Я» на «Я» оказывается угрожающе сильным (**A. Freud, 1936)**, включаются механизмы психологической защиты** [по 35]. **Это происходит тогда, когда отсутствует возможность удовлетворения инстинктов в соответствии с требованиями общества и «сверх-Я». Сублимация же, как известно, является одним из защитных механизмов.**

В качестве образцов поведения, которые являются следствием сублимации, называют следующие. Так, отмечается, что художник и керамист могут использовать сублимированное желание растирать экскременты, фотограф – вуайеризм, танцоры и актеры – эксгибиционизм, политическая активность – сублимированную агрессию, а здоровая дружба между взрослыми людьми частично поддерживаться сублимированными гомосексуальными и кровосмесительными импульсами [27]. Л. Хьел, Д. Зиглер [32] отмечают, что если со временем мастурбация вызывает у юноши все большую и большую тревогу, он может сублимировать свои импульсы в социально одобряемую деятельность – такую, как футбол, хоккей и другие виды спорта. Сходным образом женщина с сильными неосознаваемыми садистическими наклонностями может стать хирургом или первоклассной романисткой. В этих видах деятельности она может демонстрировать свое превосходство над другими, но таким

способом, который будет давать общественно полезный результат.

Наряду с представлениями сугубо психоаналитической ориентации, существуют другие взгляды относительно взаимосвязи реализации полового влечения и других форм активности, которые, напротив, свидетельствуют о положительной корреляции между ними. Так, П. Фосс [28] отмечает, что в большинстве проведенных до настоящего времени социологических исследований сексуального поведения отсутствуют высказывания о взаимозависимости сексуальной активности и активности в других сферах жизни. Он сообщает, что результаты проведенных им исследований показывают, что сексуальная активность и активность в учебе, работе, общественной деятельности, в области культуры, спорта и других занятиях в свободное время не исключают, а напротив, положительно влияют друг на друга. Высказываемое иногда мнение, согласно которому секс и любовь отвлекают молодежь от выполнения их непосредственных задач в школе и на работе, не имеет никаких оснований. В конечном счете, молодые люди, счастливые в любви и сексе, добиваются большего, чем несчастливые и разочарованные.

Цитируемый автор вполне определенно высказывает свое отрицательное отношение к психоаналитической гипотезе сублимации, в соответствии с которой следовало бы ожидать, что молодые люди с высокой активностью в учебе и работе должны проявлять сравнительно меньшую сексуальную активность, и наоборот. Однако этого не происходит. Далее автор сообщает, что результаты статистической обработки многочисленных тестов несомненно подтверждают общую взаимосвязь между сексуальной и общественной активностью. Теоретики сублимации утверждают, отмечает П. Фосс [28], что сексуальность враждебна культуре, а достижение успехов в культуре и искусстве только служит доказательством того, что человек смог обуздать свои низменные влечения. Однако его данные говорят о другом. Сексуально активные молодые люди и молодежь с прочными счастливыми партнерскими отношениями в среднем отнюдь не являются менее активными или менее творческими людьми на культурном поприще.

В противовес психоаналитической теории сублимации, продолжает автор, мы можем эмпирически доказать, что у молодых людей общая работоспособность в высокой степени коррелирует с развитыми сексуальными потребностями. Счастливая любовь и половая жизнь стимулируют активность в других сферах.

S. Schnabl [39] также отмечает связь между сексуальной и социальной активностью. Он сообщает, что работающие женщины, особенно занятые умственным трудом, отличаются более высокой сексуальной реактивностью, ведут более активную половую жизнь и получают большее удовлетворение от нее, чем домохозяйки [по 8].

Аналогично П. Фосс [28] высказывается К. Веллер [6], хотя в его взглядах и результатах исследований не просматривается столь выраженной антисублимативной направленности. Он отмечает, что чем выше оценивается личностью значение сексуальной жизни и собственная сексуальная активность, тем выше работоспособность и успеваемость в учебе. Сексуально удовлетворенные люди более работоспособны, чем неудовлетворенные. Однако автор указывает на одну существенную деталь. Оказывается, что не частота половых сношений и интимных встреч, а скорее степень психического удовлетворения ими оказывают положительное воздействие на успехи в работе. По данным К. Веллера, из числа полностью удовлетворенных половыми актами молодых людей 82% имеют высокую производительность труда, из удовлетворенных с оговорками – 76%, а из недостаточно удовлетворенных или

вообще неудовлетворенных – 71%. Это в равной степени относится к представителям обоего пола. Автором была также выявлена одна важная качественная особенность, которая не позволяет линейно трактовать связь между успешностью в учебе и сексуальной активностью. Так, сексуальная активность студентов, в отличие от таковой «учеников предприятий и молодых трудящихся», не имеет прямой взаимосвязи с их успехами в учебе. (Из текста трудно однозначно понять, о каком именно обучении идет речь, по-видимому, о производственном – *Примеч. Г.К.*) С другой стороны, сексуально активные в целом оценивают учебу выше и занимаются наукой сверх программы чаще, чем сексуально менее активные. Вместе с тем на основании собственных исследований автор констатирует, что хотя сексуально активные люди и занимаются своей учебой более заинтересованно, но в среднем не добиваются больших успехов, чем менее активные. Он также отмечает, что студенты-мужчины из средних по успеваемости групп чаще всего имеют половые сношения. За ними следуют самые сильные в учебе. Сексуальная активность лиц с наименьшей успеваемостью находится на последнем месте. И среди студенток самые сильные и самые слабые в учебе сдержаннее в сексе, в то время как студентки из средних по успеваемости групп чаще всего имеют половые сношения.

К лучшим студентам, рассуждает автор, как известно, предъявляются особенно высокие требования, и они, конечно, хотят показать наивысшие достижения. У них иногда обнаруживается снижение сексуальных желаний, особенно у тех, кто занимается преимущественно умственной деятельностью. Их ориентация на успех может привести к психическим нагрузкам, которые отрицательно отражаются на сексуальных потребностях и переживаниях. При другой же деятельности, даже при высокой ее интенсивности (а также при физическом утомлении, которое является результатом такой деятельности), это, по-видимому, бывает реже. Психические нагрузки, главным образом при умственной деятельности, могут отрицательно сказываться на сексуальных переживаниях.

Главным результатом проведенного исследования, отмечает автор, является то, что сексуально-эротические переживания и поведение, с одной стороны, и поведение, направленное на достижение успехов, – с другой, находятся в положительной взаимосвязи. Высокие достижения в учебе и на работе, общественная активность и вообще высокая работоспособность сопровождаются повышенной сексуальной активностью и способностью глубоко чувствовать.

Приведенная позиция представляется нам более взвешенной, чем позиция П. Фосса [28]. Сделанные последним категорические отрицательные высказывания в отношении психоаналитической гипотезы сублимации встречаются с диаметрально противоположными взглядами, излагаемыми Б. Бертрам [1]. Автор отмечает, что, как показывают ее исследования, партнерские и профессиональные отношения могут взаимно уравновешивать друг друга. Так, недостаточно счастливые отношения в супружестве компенсируются более сильной увлеченностью профессией, а очень интенсивное переключение на партнера и семью, наоборот, может быть результатом недостаточной реализации профессиональных целей. Односторонняя профессиональная ориентация, уход с головой в работу также не способствуют сексуальным контактам, а напротив, приводят к тому, что они могут зачахнуть.

Хотелось бы высказать свою точку зрения на проблему сублимации у здоровых лиц.

- Если исходить из того, что каждый человек обладает каким-то исходным уровнем энергии, то можно предположить, что если он расходует ее

на какую-то активность в большей степени, то на долю другой сферы деятельности ее остается меньше.

- Эта закономерность может статистически не прослеживаться при обследовании групп по той простой причине, что человек, обладающий большим энергетическим потенциалом, может быть и сексуально более активным, и более активным в труде, учебе и т. п.
- Сексуальная активность, приносящая глубокое эмоциональное удовлетворение интимностью контактов, может стимулировать активность в других сферах деятельности.
- Удовлетворение сексуальных потребностей, снятие выраженного сексуального напряжения делает возможным более эффективную реализацию в несексуальной сфере (так называемый гомеостабилизирующий тип сексуальной мотивации [4]).
- Выраженная фиксация интересов на сексе и высокая интенсивность половой жизни могут приводить к ослаблению реализации в других сферах.
- Способность к сублимации у различных людей отличается по своим возможностям. Имеются различия в ее уровнях, что зависит от развития личности, т.е. у одних людей сублимативные проявления могут быть по своему рангу выше, чем у других.
- Говорить о простых линейных корреляциях (положительных или отрицательных) между сексуальной активностью и активностью в других сферах не представляется возможным в связи с тем, что речь часто идет о разных, подчас сложных сочетаниях влияний различных факторов.
- Следует отказаться от изначальной идеологизации установок предпринимаемых исследований (приятие или, наоборот, неприятие гипотезы сублимации), так как это мешает объективно оценивать их результаты.

Известно неоднозначное отношение психоаналитиков к сублимации. Так, З. Фрейд (1953) относил ее к нормальным защитным механизмам, ведущим к формированию зрелой структуры психического аппарата, а А. Фрейд (1936) – к патологическим [по 35].

По мнению F. J. Bruno [34], у личности, которая не способна адекватно сублимировать импульсы, исходящие из «Оно», имеются проблемы с психическим здоровьем и конфронтация с родителями, сексуальными партнерами, друзьями и законом. Автор полагает, что одним из путей оценки расстройств личности (психопатий), особенно антисоциального типа, является оценка их как неудач сублимации.

R. Sterba (1947) считает, что прегенитальные тенденции детей и генитальные устремления у подростков и юношей сублимируются гораздо легче, чем генитальные тенденции у взрослых, которые становятся ригидными в отношении цели и могут сублимировать только в незначительной степени. O. Fenichel (1945), более того, даже полагает, что существование сублимации генитальной сексуальности у взрослых маловероятно, так как генитальность обеспечивает достижение полной разрядки в оргазме [по 2]. **В связи с последним указанием, однако, возникает вопрос о возможной судьбе энергий «генитальной сексуальности» в тех случаях, когда ее реализация будет заблокирована полностью или частично**.

В отношении лиц с сексуальными дисфункциями до недавнего времени (речь идет о результатах проведенных нами исследований) существовала четкая, совершенно однозначная позиция о влиянии данных дисфункций на другие сферы деятельности. Она, в частности, нашла свое отражение в книге «Психогигиена половой жизни» известного польского клинического сексолога К. Имелинского [7, с. 247]. Автор отмечает следующее:

«Взаимная зависимость половой жизни и выполняемой человеком работы не вызывает сомнений. Нормальная, приносящая удовлетворение половая

жизнь в браке способствует повышению общего уровня психического и физического здоровья, улучшает самочувствие и тем самым положительно сказывается на выполняемой работе. Неполадки в половой жизни оказывают отрицательное влияние и на качество работы, и на производительность труда. Непосредственное отрицательное влияние выражается в ухудшении самочувствия, угнетенности, апатии и утрате интереса к работе и жизни. Косвенное отрицательное влияние является следствием нарушения всего комплекса совместной жизни супругов из-за неналаженности их половой жизни. Механизм ухудшения качества работы здесь следующий: рано или поздно неполадки в половой жизни приводят к супружеским конфликтам, которые ухудшают отношения между мужем и женой. Напряженность в отношениях между супругами, многочисленные раздоры и скандалы, угроза распада брака и семьи вызывают реакцию в форме депрессии, характеризующейся устойчивым состоянием угнетенности, заторможенностью инициативы и апатией, утратой интереса к жизни и к работе, функциональными расстройствами памяти, невозможностью сосредоточить на чем-то свое внимание и т. д. Такое состояние резко ухудшает деловые возможности человека, а временами делает работу просто невозможной».

Наши специальные исследования, результаты которых впервые были опубликованы в материалах региональной [9] и республиканской [10] сексологических конференций и доложены на них (1990), показали, что при затруднениях сексуальной реализации, обусловленных сексуальными дисфункциями, у больных, наряду с другими изменениями поведения, могут развиваться и такие, которые обусловлены сублимацией. Достаточно полно данные результаты были представлены уже в 1991 г. в нашей статье, помещенной на страницах авторитетного психоневрологического журнала [11]. Они также были доложены нами в 1996 г. на Международном конгрессе по психологии, который проходил в Монреале (Канада), и опубликованы в его материалах [38]. Вопросы, заданные после прослушанного доклада, свидетельствовали о том, что полученные нами результаты являются абсолютно новыми и неожиданными, так как не согласуются с прочно устоявшимся представлением об исключительно негативном влиянии сексуальных дисфункций на различные сферы человеческой деятельности.

Перед представлением примеров, подтверждающих возможность сублимации у лиц с сексуальными дисфункциями, хотелось бы высказать свой взгляд на критерии причисления тех или иных трансформаций поведения при затруднениях сексуальной реализации к сублимационным. Следует отметить, что отвечать на возникающие в этом контексте вопросы нелегко. По нашему мнению, нельзя игнорировать оценку таких изменений с позиций их общественной значимости. При рассмотрении трансформаций поведения с этой точки зрения некоторые из них могут быть расценены просто как образцы перераспределения энергии, а другие – как собственно сублимация. Вместе с тем совершенно очевидно, что отнесение чего-либо к более высокому чем то, с чем сравнивают, следует рассматривать в историческом, культурологическом, мотивационном и ситуационном контекстах, а также с ориентацией на принадлежность индивида к той или иной социальной группе. Кроме того, необходимо знать, какая группа является для него референтной. Поэтому определение жестких рамок сублимации представляет собой непростую задачу.

Как отмечалось, наши исследования показали, что при затруднениях сексуальной реализации, обусловленных копулятивными дисфункциями, у больных, наряду с другими трансформациями поведения, развиваются и те, которые обусловлены

сублимацией. Помимо этого у них фиксируются феноменологически близкие ей образцы поведения, которые могут получить положительную социальную оценку.

Так, у больных с половыми расстройствами мы нередко выявляли гипертрофию прежних увлечений или возникновение новых. Например, один из пациентов, который вообще отказался от попыток сближения, хотя и продолжал встречаться со своей партнершей, стал уделять гораздо больше времени, чем раньше, рыбной ловле. Другой увлекся магнитофонными записями, купил аппаратуру и стал нужным человеком, к которому друзья и знакомые приходили послушать музыку или переписать интересующие их концерты.

Подчас у больных с сексуальными дисфункциями отмечалась интенсификация учебы и общественной деятельности, «уход» в работу. Один из наших пациентов, который и раньше считался неплохим работником (выше среднего), но особенно не выделялся, после развития у него вследствие неудавшейся попытки страха сексуальной неудачи настолько улучшил свои производственные показатели, что был награжден золотой медалью ВДНХ и орденом Трудовой Славы. Другой же стал лучше трудиться, а также контролировать работу членов своей бригады (является бригадиром), а кроме того, устроился по совместительству плотником, хотя материальное вознаграждение незначительно. Более того, он также взвалил на свои плечи ответственную общественную нагрузку: выполняет функции председателя товарищеского суда. Один наш больной, студент третьего курса института, после возникновения у него сексуальных проблем больше времени стал уделять учебе, что повысило его успеваемость.

Под нашим наблюдением также находился пациент, который после развития у него полового расстройства стал усиленно заниматься воспитанием детей (несмотря на то, что развелся с женой и ушел жить к родителям). Старался уделять им много времени: часто приходил за ними в школу, забирал на выходные дни к себе домой, водил на различные развлекательные мероприятия (в цирк, тир, на спортивные соревнования, на прогулки в лес). Кроме этого, после развития сексуальных нарушений стал браться за любую дополнительную (помимо основной) работу и до изнеможения трудился с утра до позднего вечера. Поэтому время оставалось только на ночной сон.

У ряда больных с сексуальными дисфункциями отмечалось усиление культурных и научных интересов. Так, у одного нашего пациента после возникновения полового расстройства актуализировались культурные интересы. Начал интересоваться историей и читать специализированную литературу: альманах «Прометей», монографии, посвященные жизни и деятельности Бориса Годунова, Ивана Грозного и других исторических личностей. Стал более углубленно интересоваться текущей политикой, регулярно читать журналы «Проблемы мира и социализма», «Америка», газету «За рубежом». Большое внимание стал уделять повышению профессиональной квалификации: регулярно читает американский журнал «В мире науки», выходящий на русском языке, в котором публикуются статьи по электронике (по специальности он – инженер-электронщик). Другой обследованный нами больной отметил, что после возникновения у него сексуального расстройства и связанных с ним затруднений в сексуальной реализации вплоть до полного отсутствия сексуальных контактов, он начал усиленно читать историческую литературу (о Сталине, Петре I, Робеспьере, Древнем Риме, Англии, Испании, Франции). Раньше тоже интересовался исторической литературой, но в гораздо меньшей степени.

Активизация поведения, которая могла бы получить положительную общественную оценку, в ряде случаев

обусловливалась желанием больных избавиться от мыслей о сексуальной несостоятельности, которые часто беспокоили их в течение всего дня. С этой целью они применяли различные способы отвлечения внимания. Так, один из наших пациентов старался занять себя каким-либо делом, чтобы ни минуты не было свободной. Он немедленно и очень охотно откликался на любую просьбу о помощи. Дома стремился побольше загрузить себя: чинил магнитофон, паял, рисовал, читал книги. Он также специально напрашивался в командировки, так как новая обстановка и новые люди отвлекали от тревожных мыслей. Другой больной, у которого было диагностировано ананкастное расстройство личности (психастения) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, на работе волей-неволей отвлекался от мыслей о половом расстройстве. В домашней же обстановке это само собой не получалось. Поэтому, чтобы отвлечься, пациент старался занять себя каким-нибудь делом (ремонтом по дому; помощью жене, работающей в школе учительницей, в подготовке стенгазеты).

Некоторые пациенты, чтобы отвлечься от указанных мыслей, начинают заниматься различными физическими упражнениями. Так, один из наших больных, находясь в домашней обстановке, отжимался от пола и выполнял другие упражнения, а также имитировал приемы каратэ, доводя себя до утомления. В таком состоянии, как утверждает пациент, мысли о сексуальной несостоятельности его меньше беспокоят.

Таким образом, проведенные нами исследования выявили, что у больных с сексуальными расстройствами могут развиваться изменения поведения, которые следует относить к сублимации и феноменологически близким к ней поведенческим трансформациям. Их результаты, в частности, свидетельствуют о неправомерности имеющего место традиционного одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к снижению работоспособности и угнетению самовыражения в любой сфере деятельности. Как было показано, нередко они приводят к диаметрально противоположным последствиям.

5. Направленный на устранение полового расстройства. Среди обследованных нами пациентов также отмечались изменения поведения, которые были обусловлены стремлением больных избавиться от сексуального расстройства. С этой целью они в ряде случаев по собственной инициативе прекращали употреблять алкогольные напитки, курить, начинали заниматься гантельной гимнастикой, бегом, ходить в бассейн, обливаться по утрам холодной водой, заниматься аутогенной тренировкой, йогой, восточными видами единоборств и т. п. Некоторые пациенты начинали изучать книги, посвященные самоусовершенствованию, фитотерапии, сексологии и т. п. Один из наших больных даже пытался освоить фундаментальное руководство для врачей по сексопатологии. Другой пациент, у которого был диагностирован невроз ожидания (неудачи), приобрел аппарат для электропунктуры и, изучив несколько биологически активных точек, стал, не имея специальной подготовки, сам себя лечить.

В одном нашем наблюдении мужчина, у которого в организации полового расстройства принимал участие и хронический простатит, считал, что в его случае длительные перерывы между половыми актами оказывают патогенное воздействие на сексуальную сферу. Поэтому с целью сексуальной активизации супруги он начал подчеркнуто следить за своей одеждой и часто уходить из дому, чтобы возбудить ее ревность. Этот пациент также «откровенно» поговорил с тещей, которой заявил, что если так будет продолжаться и дальше, то ему придется разойтись с ее дочерью. На самом же деле ни о каком разводе он и не помышлял. Предпринятые меры

действительно привели на некоторое время к учащению половых контактов.

Изредка с целью избавления от полового расстройства больные даже меняли место жительства, что обусловливалось поиском того населенного пункта, в котором можно получить квалифицированную сексологическую помощь.

6. Астенический. В ряде случаев в связи с сексуальным расстройством мужчины озлобляются, становятся гневливыми, подчас теряют контроль над собой, что проявляется по отношению к жене и другим людям. Иногда можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливости по отношению к супруге. Если в одних случаях больной раздражителен в основном в семье, то в других, напротив, на работе, так как старается щадить близких ему людей. Нередко пациенты специально стремятся избегать ситуаций, которые могут вызвать у них разрядку.

В ряде наблюдений отмечалось, что ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представителей женского пола и псевдообосновывается, так как пациенты не догадываются об его истинных истоках. Они начинают воспринимать женщин как вульгарных, грязных, ждущих от мужчин только удовлетворения своих сексуальных потребностей.

В одном наблюдении пациент после возникновения у него сексуального расстройства старался лучше относиться к своей жене. Тем не менее других женщин стал воспринимать негативно. Спустя некоторое время у него появилась выраженная брезгливость, проявляющаяся в том, что запахи, исходящие от женщин (кроме его супруги), сильно раздражают («... не могу, меня всего выворачивает...»). Это связывает с тем, что женщина унизила свое достоинство, огрубела («женщины курят, говорят в присутствии мужчин всякие пошлости и даже матерятся»).

7. Субдепрессивный-депрессивный. В ряде случаев пациенты становились пассивными, малоинициативными, безразличными, воспринимали все происходящее в тусклых, серых тонах, теряли интерес к противоположному полу, учебе и профессиональной деятельности. Прежние увлечения становились им безразличны, пропадал интерес к жизни. Вместе с тем в этих случаях (в отличие от других, которые тоже имели место) речь не шла о клинически выраженной депрессии. Так, например, у одного нашего пациента после появления сексуальных дисфункций пропал интерес к самому любимому для него занятию – охоте, а также к рыбалке. Если прежде относился к пчеловодству с любовью (и отец и дед этим увлекались), то теперь занимается им без всякого интереса. Раньше в выходные дни не мог и часа находиться дома, а сейчас никуда не тянет. Может полдня просидеть у телевизора («наступила полная апатия»).

Не так редко у пациентов появлялись нестойкие суицидальные мысли, что коррелировало с депрессивными проявлениями. Вместе с тем об их реализации мы узнавали исключительно редко. В силу нестойкости суицидальных тенденций и их небольшой выраженности больные не доводили их до логического завершения и быстро от них отказывались. Так, обследованному нами пациенту, у которого была диагностирована неврастения с астено-депрессивными проявлениями и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, одно время часто приходили в голову мысли покончить жизнь самоубийством, так как он считал себя сексуально немощным. Один раз он выехал на мотоцикле (хотел разбиться), выпив перед этим для храбрости 200 г самогона. Решил, что если будет ехать встречный транспорт, то врежется в него. Проехал 5 км от соседнего села к селу, где он жил, но никто навстречу так и не ехал. Больше таких попыток не предпринимал. Совершенно понятно, что если бы решение покончить с собой было у него устойчивым, то он предпринял бы не

одну суицидальную попытку. С другой стороны, желая осуществить свое решение, он мог бы поискать более оживленный участок дороги (например, в городе). Несомненно, что при настойчивом желании оборвать свою жизнь можно было бы найти большое число способов сделать это, не проводя столь специфического обусловливания.

В одном случае, когда речь шла о смешанном расстройстве личности (мозаичной психопатии), где был представлен истероидный радикал и наблюдался синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, пациент после неудавшейся попытки совершить половой акт с женщиной сделал надрезы на своих запястьях и написал кровью на дверях комнаты общежития другой женщины, что любит ее и постучал в ее дверь. Знал, что она дома и откроет ему (демонстративный суицид). С этой женщиной половых актов не совершал (платонический и эротический уровни взаимодействия) и она не могла объяснить его поступок.

Более завуалированные суицидальные тенденции могли проявляться в формировании специфических фатальных установок. Так, например, один из наших больных, когда ему было особенно тягостно, что обусловливалось переживанием по поводу его полового расстройства, принял решение пойти добровольцем в действующую армию в Афганистан («Если суждено, то убьют, а если нет – останусь жив»).

8. Распространение страха неудачи на ситуации, не связанные с интимной близостью. Иногда у обследованных больных отмечалось распространение тревоги, связанной с интимной близостью, на ситуации, которые не имеют к ней никакого отношения. Так, один из наших пациентов с диагнозом невроз ожидания неудачи отметил, что учащенное сердцебиение и потеря способности логически мыслить в последнее время возникают у него не только в интимной обстановке, но и при выступлении перед коллективом или перед предстоящим важным разговором. Другой пациент, у которого было диагностировано половое расстройство, обусловленное гиперстенической формой неврастении (в развитии которой существенную роль сыграло сексуальное расстройство) с синдромом тревожного ожидания неудачи и хроническим простатитом, предъявлял следующие жалобы. Всякий раз, когда он находится в спортивном зале на тренировке, у него при рукопожатии появляется страх: боится, что соперник сильнее его, хотя в подавляющем большинстве случаев это не так. Это его «парализует», и он проигрывает схватку в начальном ее периоде.

9. Утрата инициативы в установлении отношений с женщинами, специфические ограничения при выборе партнерши. Иногда у больных с тревожным опасением неудачи при интимных контактах, обусловленных половым расстройством, изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко женщины сами выбирали их. Подчас пациенты не отвергали инициативу даже тех женщин, которые им не особенно нравились или вообще были безразличны, и устанавливали с ними довольно устойчивые связи. Это вполне объяснимо, так как в данных случаях ответственность за качество интимной близости снижалась и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности, что улучшало ее качество или даже, более того, делало эту близость возможной. Пациенты в этих случаях не боялись расстаться с партнершей, если не устроят ее в сексуальном отношении, так как не дорожили такой связью. Подчас речь шла о контакте с женщинами, которые не только внешне не импонировали больным, но и значительно уступали им в умственном развитии. Боязнь опозориться при попытке вступить в интимную связь с другими, нравящимися больному женщинами, оказывала

стабилизирующее воздействие на существующие взаимоотношения, которые поддерживались в основном по инициативе партнерши.

Знакомясь с женщинами, пациенты боялись вступать в интимную связь с теми из них, которые, по их мнению, обладали большими сексуальными потребностями и, соответственно, могли предъявить высокие или даже обычные для здорового в половом отношении человека требования. Поэтому они очень внимательно относились к высказываниям предполагаемых партнерш, касающихся сексуального опыта последних, и к их поведению. Например, один обследованный нами больной в том случае, если какая-нибудь женщина рассказывала ему о «мужчине-импотенте», который с ней ничего не смог сделать, сразу прекращал с ней встречаться.

10. Трансформации поведения, обусловленные динамическими характерологическими сдвигами. У части наблюдавшихся нами больных также появлялись отсутствовавшие до развития сексуального расстройства повышенная мнительность и впечатлительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые нивелировались в случае ликвидации копулятивных нарушений. Эти динамические характерологические сдвиги модифицировали их поведение. Нами также было зафиксировано изменение отношения к другим людям в положительную сторону, которое возникло после развития сексуального расстройства. Если раньше один из наших пациентов делил людей только на хороших и плохих, то теперь в каждом плохом человеке находит что-то хорошее. К людям, страдающим от чего-либо, стал сердечнее и участливее.

Следует отметить, что очень часто описанные нами выше паттерны поведения существовали не изолированно, а в различных сочетаниях. Поэтому можно утверждать, что каждый из них может выполнять функцию радикала в сложной поведенческой констелляции. Например, депрессивный радикал очень часто наблюдался в сочетании с астеническим. Так, один из ранее упоминавшихся нами при описании субдепрессивного-депрессивного паттерна поведения больной со времени развития сексуального расстройства также стал раздражительным и вспыльчивым, что проявлялось как в домашней обстановке, так и на работе.

Нередко потеря интереса к жизни (субдепрессия), обусловленная сексуальным расстройством, может сочетаться с поведенческой активизацией. Так, один из обследованных нами пациентов стал больше времени проводить на работе, задерживаясь после окончания смены, что улучшило его производственные показатели. В результате этого повысился заработок, был отмечен поощрениями. Активнее занялся рыбалкой. Вместе с тем стал более пассивным и безразличным.

Нередко можно обнаружить неоднозначные изменения поведения, которые претерпевают значительную динамику в зависимости от ситуации и состояния больного.

Больной П., 25 лет, холост. Два года назад после одной из неудавшихся попыток обнаружил в двери квартиры, где жила его знакомая, записку, в которой сообщалось, что больше ему приходить сюда не следует, так как ей нужен настоящий мужчина. До сих пор на свои неудачи реагировал спокойно, но после этого его настроение резко снизилось и развился синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. С трудом заставлял себя ходить на работу, а после ее окончания сразу шел домой и ложился в постель. Все время думал о происшедшем. Хотел уволиться с работы и уехать к родителям в деревню, чтобы там, в глуши, никого не видеть, так как все равно никому не нужен. Прогнозируя свою жизнь в деревне, говорит, что «может быть, спился бы». Вместе с

тем на работе удавалось отвлекаться от мрачных мыслей. И хотя специальность водителя-испытателя ему очень нравилась, однако подал заявление об уходе. Но так как с кадрами на производстве была напряженная ситуация, его уговорили остаться. Рассказывая об этом, больной вспоминал, что после окончания смены с завистью и горечью наблюдал, как ребят встречают их девушки. В характеризуемый период стал усерднее работать, всецело отдаваясь своим производственным обязанностям. Старался под любым предлогом подольше задержаться на работе. По собственной инициативе часто оставался на ночные смены. Записался в библиотеку, стал читать запоем (раньше читал крайне редко). За месяц прочитал 6-8 книг. В течение 1-2 мес после прочтения упомянутой записки сторонился людей, старался с ними поменьше контактировать. Затем, наоборот, после рабочей смены начал пристраиваться к компаниям юношей, злоупотребляющих алкоголем. Если раньше употреблял алкогольные напитки только по воскресеньям и в праздничные дни в небольших дозах, то теперь почти ежедневно выпивал значительное количество алкоголя. Один раз, напившись, даже валялся на улице и попал в вытрезвитель.

Из приведенного фрагмента истории болезни видно, что в результате негативной оценки партнершей сексуальных качеств молодого человека у него на невротическом депрессивном фоне развились различные изменения поведения (уход в работу, алкоголизация, внезапное увлечение художественной литературой), которые следует трактовать как проявления функционирования механизма психологической защиты. Кроме этого, у пациента появилась патологическая мотивация к миграции.

Помимо десяти выделенных и представленных нами паттернов измененного поведения, обусловленного сексуальными дисфункциями, следует также выделять гипосексуальный и гиперсексуальный его паттерны.

11. Гипосексуальный паттерн поведения. Хотя снижение либидо, которое лежит в основе характеризуемого паттерна поведения, может наблюдаться при самых разнообразных формах сексуальных расстройств, наиболее рельефно данный паттерн представлен при гипогонадизме, депрессивном и апатоабулическом синдромах, поражении межуточного мозга («диэнцефальной импотенции»), а в общесексологической практике – у пациентов со слабой половой конституцией и при сексуальной инволюции. Остановимся на поведенческой характеристике двух последних форм.

На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной помощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. В тех случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а тогда, когда слабая половая конституция предрасполагает к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести следующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживают сперматозоидов. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой) и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно,

что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание. Диагноз «конституционального»/«конституционально-генетического» расстройства нашел отражение в сексологических классификациях А. М. Свядоща [23] и В. В. Кришталя [16, 17]. Он касается как мужчин, так и женщин.

Конституциональная форма полового расстройства может развиться в результате влияния генетических факторов, вредных воздействий в антенатальный, натальный и постнатальный период, во время дальнейшего роста и развития организма до или во время пубертатного периода (инфекции, интоксикации, травмы головного мозга, недоедание, длительные хронические заболевания и т. д.).

По нашему мнению, в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г. С. Васильченко (1977), оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть роль вызывающего (стержневого) в организации полового расстройства или выполнять вспомогательную функцию, то это должно найти соответствующее отражение в патогенетическом диагнозе.

Важно отметить, что на первое место среди причин, приводящих к задержке полового развития, ставят конституциональные особенности созревания репродуктивной системы. В семьях, где у родителей и старших родственников поздно появляются вторичные половые признаки, эякуляция и менархе, дети, как правило, задерживаются в половом развитии [24]. В этих случаях, по нашему мнению, можно говорить о частном, «конституционально-генетическом» варианте конституциональной формы сексуального расстройства. Факторы, которые обусловливают задержку/дисгармонию полового развития, являются изначальными причинами формирования слабой половой конституции.

К конституциональной форме сексуальных дисфункций не относятся случаи гипогонадизма. При указанной форме речь идет о полигландулярной (связанной с вовлечением ряда эндокринных желез) дефицитарности. Исключить гипогонадизм позволяет наличие беременностей в анамнезе у сексуальных партнерш обследуемого, нормальная или субкритическая величина яичек, фертильный эякулят. То есть в данном случае устанавливается сохранность прокреативных (связанных с продолжением рода) возможностей вне зависимости от степени нарушения рекреативных (сексуальные функции) проявлений [5]. Следовательно, при осмотре таких лиц эндокринологом он не выявляет у них профильной патологии, т.е. с его точки зрения, эти пациенты являются здоровыми людьми.

Обследуя мужчин со слабой половой конституцией, обусловленной задержкой пубертата, О. З. Лифшиц [19] придавал большое значение изучению «почвы», а именно, нейрогуморальной дефицитарности, которая играет существенную роль в недостаточности обеспечения сексуальных функций. Автор приводит следующую сексуально-поведенческую характеристику лиц, у которых имел место «замедленный тип» полового созревания. Первые сексуальные интересы появлялись у них со значительным запозданием по сравнению со сверстниками и носили в основном подражательный характер. Период юношеской гиперсексуальности со свойственными ему эротическими фантазиями, поллюциями и спонтанными

эрекциями у большинства больных вообще не выявлялся. Основными побудительными стимулами к началу половой жизни было желание иметь детей или потребность не отличаться от других. Только четверть женатых мужчин самостоятельно познакомились со своей будущей женой, с которой к тому же они вместе учились или работали. Остальные познакомились со своими супругами по инициативе родственников или друзей. За лечебной помощью в связи с сексуальными расстройствами больные в большинстве случаев обращались по инициативе жен или родственников. Эти расстройства были для них малоактуальны и не являлись сильным психотравмирующим фактором. В связи с этим высказывается предположение, что некоторые психические особенности больных и главным образом типы эмоциональных реакций на сексуальную патологию в известной степени зависят от той соматобиологической основы, на которой они формировались. Данное предположение основывается на сравнении реакций лиц, о которых идет речь, и мужчин, у которых выявлялись признаки ускоренного полового развития. Реакции последних на сексуальные дисфункции были достаточно выраженными.

Половое влечение у лиц с задежкой пубертата страдает изначально. Эта дисфункция не развивается с течением времени как при многих других формах сексуальных расстройств. Больные могут не считать либидо сниженным, так как его интенсивность им просто не с чем сравнивать. Поэтому понятно, что среди сексологических жалоб, как свидетельствуют данные, приводимые Г. С. Васильченко [5], расстройство либидо, которое является ключевым и участвует в организации остальных (производных) симптомов, занимает последнее место. В ряде случаев улучшение, которое проявляется в уменьшении продолжительности полового акта в результате регулярной половой активности (eaculatio tarda сменяет нормальная продолжительность полового акта), расценивается пациентом как расстройство, которое может послужить поводом для обращения за сексологической помощью [5]. Часто не осознавая конституциональную природу сексуальных дисфункций, характеризуемые пациенты объясняют их какими-либо внешними обстоятельствами. Характеризуя выраженность либидо и его проявления, следует отметить, что у этих лиц имеет место снижение половых потребностей и половой активности на всех возрастных этапах. Понятно, что это обусловлено слабым половым влечением.

Г. С. Васильченко [5] даже отмечает, что у 1/10 обследованных больных сексуальное либидо к моменту обращения за сексологической помощью так и не пробудилось, хотя сроки для этого давно прошли. У части этих пациентов половое влечение в своем развитии даже не достигало эротического уровня. В тех случаях, когда такой уровень все же достигнут, на первых этапах в браке данное обстоятельство может играть определенную положительную роль. Это обусловливается тем, что эротическое либидо проявляется в таких чертах, как нежность и ласковость, что ведет к акцентуации на ласках и поцелуях предварительного периода.

Названные особенности мужчин обеспечивают гармоничное формирование сексуальности у их жен вернее и раньше, чем в случаях, когда мужья обладают более сильной половой конституцией. Более длительные ласки, которые в основном адресованы экстрагенитальным зонам, отсутствие неукротимого сексуального напора, часто проявляющегося в недооценке важности прелюдии и стремлении без задержек перейти к основному периоду полового акта, воспринимаются женщинами положительно, так как больше соответствуют особенностям женской сексуальности. Затем, однако, большая чем у мужчин с более высокими конституциональными параметрами

способность пробуждать дремлющую сексуальность у большего процента женщин, в некоторых случаях, в конечном счете, оборачивается против них самих. Это обусловливается тем, что после пробуждения сексуальности у жены иногда формируется настолько высокая половая потребность, удовлетворить которую ее муж оказывается не в состоянии [5].

Гипосексуальность отмечается и при сексуальной инволюции. С возрастом у мужчин старшего возраста отмечается постепенное закономерное ослабление половых функций. Оно является следствием развивающегося снижения плюригландулярного обеспечения последних, а также влияния ряда других факторов, среди которых большую роль играет атеросклеротическое поражение сосудов, участвующих в обеспечении эрекции.

Для характеристики состояния организма у мужчин старшего возраста используется различная терминология. Так, говорят о климаксе, андропаузе и синдроме частичной андрогенной недостаточности.

Сексуальные расстройства, обусловленные старением (синдром сексуальной инволюции), клинически проявляются у мужчин в различном возрасте. По данным Всесоюзного (г. Москва) центра по вопросам сексопатологии возрастной диапазон обратившихся за сексологической помощью таких пациентов составил 36-72 года (в среднем 50,3±0,32 года). Возраст, в котором они отметили появление первых признаков сексуального расстройства, был 28-69 лет. Г.С. Васильченко [5] отмечает, что чаще всего синдром сексуальной инволюции манифестирует снижением либидо. Его следует считать ключевым симптомом. Также подчеркивается тот факт, что в начальных фазах снижение полового влечения значительно преобладает над нарушениями эрекций, которые по своей частоте оказываются на последнем месте. Акцент делается на том обстоятельстве, что у лиц с сексуальной инволюцией, попадающих в поле зрения сексопатолога, имела место ретардация пубертата.

На этом основании может сложиться ложное представление о том, что синдром сексуальной инволюции никогда не возникает у лиц без конституциональной дефицитарности, обусловленной задержкой или дисгармонией пубертата. Однако Г. С. Васильченко [5, с. 247] отмечает следующее: «При отсутствии какой бы то ни было сексуальной дефицитарности мужчины не приходят к сексопатологу потому, что ко времени инволюционного снижения половых потребностей ценностные ориентации у них смещаются в сторону других жизненных проявлений».

Несомненно, что явления сексуальной инволюции закономерно развиваются у пожилых мужчин даже без какого-либо конституционального (имеется в виду половая конституция) дефицита. Только это происходит в более пожилом возрасте. Адекватное восприятие закономерности происходящих изменений, базирующееся на понимании неотвратимости и естественности постепенного возрастного сексуального угасания, может лежать в основе того, что данные мужчины просто не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней намного реже.

Если речь идет о патологическом климаксе, который может развиваться у мужчин и в гораздо более молодом возрасте, то тогда они обращаются за сексологической помощью чрезвычайно редко. В этих случаях половые расстройства выявляются лишь при активном детальном опросе таких больных. В. А. Вартапетов, А. Н. Демченко [3] объясняют данный феномен преобладанием у них более тяжелых общих симптомов, отодвигающих на второй план жалобы сексологического характера. Указанный факт, как отмечают авторы, может быть полезен при дифференциальной диагностике. Если у пациентов основной, а иногда и

единственных жалобой является сексуальная недостаточность, то они, как правило, не относятся к категории лиц, страдающих патологическим климаксом.

Следует подчеркнуть, что к гипосексуальному паттерну поведения в чистом виде при сексуальной инволюции могут быть отнесены только такие случаи, когда она не сопровождается какими-либо выраженными негативными эмоциональными реакциями, включая те, которые достигают уровня невротических расстройств.

12. Гиперсексуальный паттерн поведения. Данный паттерн проявляется сексуальной активизацией, которая может наблюдаться как при мастурбации, так и при сексуальных интеракциях с другими людьми. Как известно, гиперсексуальность встречается при поражениях гипоталамуса и лимбической системы головного мозга (вследствие нейроинфекций, травм, сосудистых поражений, новообразований); гиперфункции коры надпочечников опухолевого генеза (андростерома), гормонально активных опухолях яичников, в климактерическом периоде; маниакальном и гипоманиакальном синдромах при расстройствах настроения (по МКБ-10) и циркулярной форме шизофрении; лечении большими дозами андрогенов; после сильных психотравм. Существуют и другие причины, лежащие в основе гиперсексуальности.

Поведенчески гиперсексуальность проявляется повышенным стремлением к сексуальной активности (мастурбаторной или с другими лицами), ее интенсификацией, утратой скромности, сексуальной сговорчивостью и уступчивостью, потребностью говорить на сексуальные темы, слушать и рассказывать пошлые анекдоты, легким завязыванием знакомств с потенциальными сексуальными объектами, потерей морального чувства, многочисленными неразборчивыми внебрачными связями, трудностями в достижении сексуальной удовлетворенности, открытой демонстрацией половой (мастурбаторной и в паре) активности, групповым сексом, невозможностью продуктивной деятельности в других сферах из-за сильного сексуального напряжения, приводящего к выраженной фиксации на сексуальной сфере. Гиперсексуальность ведет к конфликтам и ссорам в супружестве/партнерстве из-за того, что второй член диады в создавшейся ситуации не соответствует крайне завышенным сексуальным потребностям больного человека и не может их удовлетворить. Она является благодатной почвой для возникновения девиантной/парафильной половой активности.

В связи с обсуждением гипосексуального и гиперсексуального паттернов поведения интерес предствляют результаты изучения воздействия ионизирующей радиации. Имевшие место аварии на атомных электростанциях, в том числе и на Чернобыльской (1986), продемонстрировали опасность воздействия ионизирующей радиации на организм человека и его половую систему.

К. В. Прощаков (1997), обследовав более 700 мужчин-ликвидаторов, выявил различные копулятивные нарушения у 38% чел. (эрекционные, эякуляторные, угнетение либидо, стертость оргазма). При этом жалобы на снижение либидо предъявляли 40,6% обследованных мужчин, а на его полное отсутствие – 5,5%. При облучении высокими дозами радиации угнетение либидо было в 1,5-2 раза более выражено. Более выраженными были и другие названные сексуальные дисфункции. Автором также отмечена зависимость между вероятностью возникновения сексуальных нарушений и половой конституцией. Чем слабее была половая конституция, тем чаще возникали сексуальные расстройства, и наоборот [по 15].

Наши исследования данного контингента больных, осуществленные в 1986–1987 гг. на базе одного из санаториев под Харьковом в отделении,

специально выделенном для реабилитации больных-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, выявили, что у ряда пациентов ослаблению либидо предшествовал период его интенсификации. Приведем ряд примеров.

Больной М., 25 лет, женат, обследован 26.11.86. Предъявлял жалобы на преждевременное семяизвержение, гипоэрекцию, уменьшение сексуальных возможностей (если раньше совершал несколько половых актов в один день, то теперь может совершить только один). Указанные явления, наряду с астенической симптоматикой, возникли спустя неделю после возвращения пациента из Чернобыля, а в течение этой недели, напротив, отмечалось повышение половой активности, на что обратила внимание даже его жена.

Больной К., 46 лет, женат, обследован 13.12.86. Предъявлял жалобы на резкое снижение либидо и гипоэрекцию. Указанные явления имеют место с сентября 1986 г. Также жаловался на общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружение. В августе и в июле 1986 г. два раза по 2 недели участвовал в проведении работ на 1-м и 2-м блоках. После того как находился там первый раз, по возвращению домой отметил значительное повышение половой активности. Если раньше совершал не более 3 половых актов в неделю («бывало и гораздо реже»), то по возвращению из Чернобыля половая активность стала ежедневной. После второго срока пребывания в Чернобыле половая активность тоже была выше, чем раньше, но на этот раз активизация была гораздо меньше, чем в 1-й раз. Постепенно явления активизации сменились угнетением полового влечения и гипоэрекцией.

Больной Р., 41 г., женат, обследован в марте 1987 г. Предъявлял жалобы на гипоэрекцию и преждевременное семяизвержение, а также ослабление либидо. При активном расспросе также выявилось ослабление сладострастных ощущений при фрикциях, а также притупление оргазма. Указанные явления развились после аварии на ЧАЭС (26 и 27 апреля был на месте взрыва). Помимо сексологических жалоб, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, боли в области сердца, расстройства сна, общую слабость, повышенную утомляемость. Отмечает, что в первые 1-1,5 месяца после аварии отмечалась сексуальная активизация.

Больной Д., 34 г., женат, обследован 13.03.87. Предъявлял жалобы на ускоренное семяизвержение, ослабление напряжения полового члена в процессе фрикций. При активном расспросе также предъявляет жалобы на ослабление либидо. Помимо этого, у больного часто повышается АД. Отметил, что с июля по ноябрь 1986 г. у него имел место период сексуальной активизации. Усиление либидо сопровождалось учащением половых актов и большей интенсивностью оргастических ощущений.

К. В. Прощаков (1997) также отмечает, что у 28% мужчин–ликвидаторов аварии на ЧАЭС в первые дни и недели после аварии отмечалась интенсификация сексуальных проявлений в виде усиления либидо и спонтанных эрекций [по 15].

Среди обследованных нами пациентов выявлялись связанные с ионизирующим облучением астенический синдром и синдром вегетативной дистонии, которые участвовали в организации сексуальных расстройств. Названные синдромы были обусловлены вовлечением в патологический процесс головного мозга с нарушением функционирования его регуляторных систем. Часто речь шла о смешанных по генезу сексуальных расстройствах, когда в формировании сексуальных дисфункций могли принимать участие другие заболевания, а также сексуальная абстиненция. Подчас ионизирующее облучение не играло никакой роли в генезе выявленных

расстройств, и у больных мог диагностироваться, например, невроз ожидания (неудачи).

Одним из объяснительных механизмов ослабления либидо при воздействии ионизирующего излучения может быть угнетение (истощение) расположенных в гипоталамусе структурных элементов, отвественных за генерацию и выраженность полового влечения. Наблюдающееся же в ряде случаев на первом этапе лучевого воздействия усиление полового влечения, ведущее к сексуальной активизации, по нашему мнению, в значительной степени может быть обусловлено стимулирующим влиянием радиации на данные структурные элементы (фаза ирритации).

Однако изменение выраженности либидо может объясняться и с учетом вовлечения в патологический процесс гипофиза, что приводит к нарушению его функций, регулирующих деятельность периферических эндокринных желез. Данное вовлечение, в частности, обусловлено тесной связью гипофиза с гипоталамусом, о заинтересованности которого при рассматриваемой патологии мы уже говорили.

К. В. Прощаков (1997) также считает, что нарушение функций гипофиза у характеризуемого контингента больных имеет гипоталамическое происхождение. Автор сообщает, что у них могут иметь место снижение секреции гонадотропных гормонов, угнетение тестостеронопродуцирующей функции семенников, высокий уровень базального пролактина, ослабление функций щитовидной железы и надпочечников. Указанные гормональные сдвиги могут, в свою очередь, отрицательно сказываться на сексуальных функциях, в том числе и на выраженности полового влечения [по 15].

Как следует из приведенных характеристик гипосексуального и гиперсексуального бихевиоральных паттернов, свойственные им особенности центрируются главным образом в сексуальной сфере.

Характеризуя трансформации поведения, обусловленные сексуальными дисфункциями, хотелось бы поделиться следующим. В случаях аноргазмии у женщин мы в ряде наблюдений констатировали активизацию их сексуальной предприимчивости, в основе которой было не усиление полового влечения, а желание найти такого мужчину, который бы смог их сексуально удовлетворить. Кроме того, появление каждого нового претендента, желающего стать их сексуальным партнером, повышало самооценку таких женщин, так как свидетельствовало о том, что они являются источником неослабевающего сексуального интереса. Таким образом женщины компенсировали чувство собственной ущербности, обусловленной наличием у них сексуальной проблематики. Данное обстоятельство являлось дополнительным стимулом к установлению ими все новых и новых связей.

На основании результатов проведенных нами исследований был сделан вывод о том, что зона нарушений у больных с сексуальными дисфункциями может далеко выходить за рамки копулятивных «сбоев» и изменений поведения, сопряженных с интимной близостью [14], и иметь не только личные, но и выраженные социальные последствия.

Возможность возникновения изменений поведения (обусловленных сексуальными дисфункциями) вне интимной близости необходимо учитывать при составлении программы адекватной психотерапевтической коррекции больных сексологического профиля.

УДК 616.69+618.17+616.89-008.442.4]: 616.89-008.447

Кочарян Г. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ, ЩО ЗУМОВЛЕНІ СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

На підставі спеціальних наукових досліджень та клінічних спостережень виділені й описані наступні патерни поведінки у хворих з сексуальними дисфункціями: 1) уникаючий; 2) спрямований на збереження колишнього подружнього статусу (компенсаторний і маніпулятивний варіанти); 3) спрямований на створення образу чоловіка з високою сексуальною потенцією; 4) сублімація та феноменологічно близькі до неї поведінкові зміни; 5) спрямований на усунення статевого розладу; 6) астенічний; 7) субдепресивно-депресивний; 8) розповсюдження страху на ситуації, що не пов'язані з інтимною близькістю; 9) втрата ініціативи у встановленні відносин з жінками, специфічні обмеження при виборі партнерки; 10) трансформації поведінки, які зумовлено динамічними характерологічними зрушеннями; 11) гіпосексуальний; 12) гіперсексуальний.

Ключові слова: *сексуальні дисфункції, зміни поведінки, патерни.*

UDC 616.69+618.17+616.89-008.442.4]: 616.89-008.447

Kocharyan G. S.
Kharkiv medical academy of postgraduate education

BEHAVIOR CHANGES CAUSED BY SEXUAL DYSFUNCTIONS

On the basis of special scientific researches and clinical observations the following patterns of behavior in patients with sexual dysfunctions were distinguished and described: 1) avoiding; 2) directed on preservation of the former matrimonial status (the compensatory variant, the manipulative variant); 3) directed on creation of the image of a man with a strong sexual potency; 4) sublimation and behavior changes, resembling it in their appearances; 5) directed on elimination of the sexual disturbance; 6) asthenical; 7) subdepressed-depressed; 8) spreading of fear into situations, not connected with intercourses; 9) loss of initiative in establishing of attitudes to women, specific restrictions at a choice of a sexual female partner; 10) behavioral transformations caused by dynamic shifts of character's traits; 11) hyposexual;12) hypersexual.

Key words: *sexual dysfunction, behavior changes, patterns.*

Литература:

1. Бертрам Б. Поведение в любви и сексе и профессия // Штарке К. Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 295–298.
2. Блюм Г. Психоаналитические теории личности / Пер. с англ. – М.: КСП, 1996. – 249 с.
3. Вартапетов В. А., Демченко А. Н. Климакс у мужчин. – К.: Здоров'я, 1965. – 244 с.
4. Васильченко Г. С. Мотивационные аспекты либидо // Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 144–148.
5. Васильченко Г. С. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под. ред. Г. С. Васильченко. – Т. I. – М.: Медицина, 1983. – С. 215–263.
6. Веллер К. Поведение в любви и сексе и успехи в работе // Штарке К. Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 299–308.
7. Имелинский К. Психогигиена половой жизни / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1972. – 256 с.
8. Кон И. С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
9. Кочарян Г. С. Об изменениях поведения у больных с синдромом ожидания неудачи // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с

сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 124–126.
10. Кочарян Г. С. Синдром ожидания неудачи и нарушения поведения // Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тез. Респ. науч. конф. – К., 1990. – С. 89–91.
11. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.
12. Кочарян Г. С. Психоанализ и сексуальные расстройства: Учеб.-метод. пособие. – Харьков: ХГУ, 1994. – 41 с.
13. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
14. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
15. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400с.
16. Кришталь В. В. Условия развития, клиника и течение первично проявляющихся расстройств мужской потенции и общие принципы их психотерапии: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Харьков, 1975. –14 с.
17. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
18. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу / Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
19. Лившиц О. З. Особенности клиники и патогенеза импотенции у лиц молодого возраста (клинико-эндокринологическое исследование): Автореф. дис. … канд. мед. наук. – М., 1971. – 38 с.
20. Маслов В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под. ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 27–109.
21. Пфэффлин Ф. Транссексуальность. Психопатология, психодинамика, лечение. – М.: Мисс Икс. – 194 с.
22. Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа / Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – 288 с.
23. Свядощ А. М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
24. Скородок Л. М., Савченко О. Н. Нарушения полового развития у мальчиков. – М.: Медицина, 1984. – 240 с.
25. Старович З. Судебная сексология / Пер. с польск. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
26. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения – парафилии. – М.: Триада-Х, 1999. – 461 с.
27. Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство / Пер. с англ. – М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. – 160 с.
28. Фосс П. Сексуальное поведение и жизненная активность // Штарке К., Фридрих В. Любовь и сексуальность до 30 лет / Пер. с нем. – М.: Высш. шк., 1991. – С. 289–294.
29. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989. – 456 с.
30. Фрейд З. О психоанализе. – М.: Наука, 1911. – 67 с.
31. Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста. – М., 1996. – 431 с.
32. Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999 – 608 с.
33. Цитренбаум Ч., Кинг М., Коэн У. Гипнотерапия вредных привычек / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 192 с.
34. Bruno F. J. The Family Mental Health Encyclopedia. – New York, Chicher,

Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS, 1989. – 422 p.
35. Jakubik A. Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia. – Warszawa: PZWL, 1979. – 374 s.
36. Kaplan D. M. What is sublimated in sublimation? // Journal of the American Psychoanalytic Assotiation, 1993. – Vol. 41 (2). – P. 549 – 570.
37. Kaplan H. S. Intimacy disorders and sexual panic states // Journal of Sex & Marital Therapy. – 1988. – Vol. 14 (1). – P. 3–12.
38. Kocharyan G. S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology / Abstracts of the XXVII International Congress of Psychology / Montreal, Canada, 16-24 August 1996. – 1996. – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P. 116.
39. Schnabl S. Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit. – Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1976. – 476 s.
40. Schulbert D. S., Biondi A. M. Creativity and mental health: I. The image of the creative person as mentally ill // Journal of Creative Behavior. – 1975. – 9 (4) – P. 223–227.
41. Westphal C. Quelques conduites d’evitement dans la feminite // Psychiatrie Francaise. – 1987. – 18 (5). – P. 687–691.