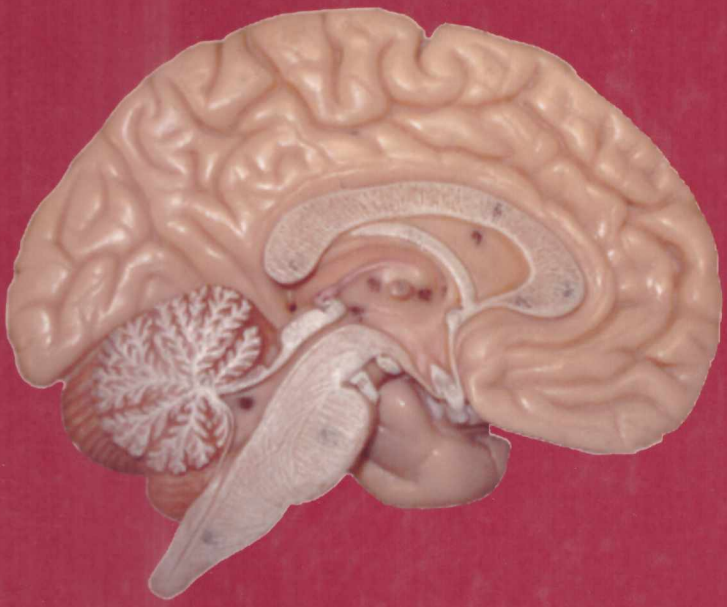
С.З. ЕШИМБЕТОВА

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРГОГАМИИ



Ташкент -2012

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

ЕШИМБЕТОВА САИДА ЗАКИРОВНА

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРГОГАМИИ

МЕББМ Қазақстан-Ресей Медициналық университеті. Кітапхана
№ 37364
НУО Казахстанско-Российский Медицинский университет. Библиотека
№

ТАШКЕНТ - 2012

616.89-008.442

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
Ташкентский институт усовершенствования врачей

«СОГЛАСОВАНО»
Начальник Отдела по координации
научно-исследовательской деятельности
_____ Хабилов Н. Л.
«20» марта 2012г.

«УТВЕРЖДАЮ»
Начальник Главного управления
науки и учебных заведений МЗРУз
_____ Атаханов Ш.Э.
«23» марта 2012г.

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВИРГОГАМИИ

(монография)

25 03 12
8 мр 77

Ташкент – 2012

Основное учреждение разработчик:

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Автор: С.З.Ешимбетова

Рецензенты: Зав.кафедрой психиатрии и наркологии ТМА, докт.мед.наук, профессор Н.И.Ходжаева

Зав.кафедрой наркологии и десткой психопатологии

ТашИУВ, докт.мед.наук, профессор Л.А.Турсунходжаева

Монография обсуждена и утверждена на заседании проблемной комиссии терапевтического факультета ТашИУВ за протоколом №43 от 21 декабря 2011 г. и Учёным Советом Таш ИУВ МЗ РУз от 28 декабря 2011 г.

Протокол № 191 2011г.

В монографии представлены данные исследования патогенетических механизмов виргогамии, основные ее клинические проявления и вопросы психотерапевтического подхода. Данные полученные в ходе исследования раскрывают сущность данной малоизученной проблемы психиатрии и позволят осуществить эффективную профилактику и лечение.

Монография предназначена для психиатров, психотерапевтов, сексопатологов.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

«Ж» - «Женщина должна быть…»

«Ж-сч.» - «Женщины считают, что я…»

«И-п» - «Идеальный сексуальный партнер…»

«М»-«Мужчина должен быть…»

«МиФ» - маскулинность и фемининность

«М-сч.» - «Мужчины считают, что я…»

«Р –п» - «Реальный сексуальный партнер…»

«Я-и» - «Хотелось бы, чтобы я был…»

«Я-р» - «На самом деле я…»

АКТГ – адренокортикотропный гормон

ЗНПВ – затяжные неврозы, предшествующие виргогамии

НРОВ - невротические реакции, обусловленные виргогамией

ВНС – вегетативная нервная система

ЛГ – лютеинизирующий гормон

Пл – пролактин

СВД – синдром вегетативной дистонии

ТИ – трохантерный индекс

Тс – тестостерон

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

Э2 – эстрадиол

ЛОД – локально отрицательное давление

НЛП – нейро-лингвистическое программирование

УФР – условно-физиологический ритм

СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ _____ 7-8

ГЛАВА 1 СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О СУПРУЖЕСКОЙ ДИСГАРМОНИИ И ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ _____ 9-45

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ _____ 46-66

ГЛАВА 3 КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ВИРГОГАМИИ _____ 67-84

ГЛАВА 4 КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИРГОГАМИЕЙ _____ 85-98

ГЛАВА 5 ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ВИРГОГАМИЕЙ _____ 99-159

ГЛАВА 6 ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИРГОГАМИИ _____ 160-179

ЗАКЛЮЧЕНИЕ _____ 180-203

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ _____ 204-234

Посвящается светлой памяти моего отца Ешимбетова Закира Ешимбетовича

ВВЕДЕНИЕ

Купирование невротического состояния, включающего в патологический процесс всю систему семейных взаимоотношений, является актуальной и чрезвычайно сложной проблемой [1,207].

Нарушение сексуального здоровья при неврозах отмечают многие авторы [41,42,124,125,126,177,178,205,223], однако до настоящего времени нет единого мнения об их причинно-следственных взаимоотношениях. О важности данной проблемы могут свидетельствовать результаты изучения невротических расстройств при виргогамии.

Виргогамия, или «девственный брак», - это своеобразный семейный статус, где семейно-брачные отношения находят реализацию на психологическом и социальном уровнях при отсутствии биологического компонента супружеской жизни. Возможно, недостаточная изученность настоящей проблемы обусловлена тенденцией данной категории больных скрывать отсутствие нормальной половой жизни с одной стороны, низкими показателями обращаемости к специалистам-психотерапевтам, с другой. В большинстве случаев проблема девственного брака находится в центре внимания специалистов смежных областей (гинекологов, урологов, невропатологов и т.д .). Это обусловлено как сложностью медицинского аспекта проблемы, так и рядом социальных факторов.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (1994) невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства объединены в одну группу и отмечены под рубрикой – F-4 [168]. Из рубрик МКБ-10 к виргогамии имеют отношения следующие: F-40 - тревожно-фобические расстройства, F-40.2 - специфические (изолированные) фобии, F-52.2 - недостаточность гени-

тальной реакции, F-52.5 - вагинизм неорганического происхождения, диспареуния неорганического происхождения, F-52.8 - другая сексуальная дисфункция не обусловленная органическим нарушением или болезнью.

При анализе специальной литературы, посвященной различным аспектам сексуальных расстройств и дисгармоний, установлено, что до настоящего времени фактически не проводилось углубленное всестороннее изучение проблемы виргогамии. Она никогда не являлась предметом самостоятельного исследования с точки зрения клинико-психопатологических, личностных, вегетологических, гормональных и социокультуральных особенностей.

Согласно обзору результатов научных исследований в области супружеской терапии за последние десять лет, некоторые работы, посвященны изучению особенностей сексуальных расстройств у женщин и мужчин в отдельности [7, 8, 29, 57, 69, 128, 138, 140, 213, 215]. Существуют единичные работы, в которых предприняты попытки изучения сексологических причин возникновения отдельно взятых форм сексуальных дисгармоний и их психотерапевтической коррекции [90]. Между тем результаты подобных исследований не дают полную картину относительно причин, условий развития, клинико-динамических аспектов невротических расстройств при виргогамии и методов их коррекции. Нет четкости в определении причинно-следственных взаимоотношений невротических расстройств и сексуальной дисгармонии, не изучены психологические механизмы патогенеза виргогамии, изменения поведения, соматосексуальные, вегетологические, гормональные показатели у лиц, состоящих в девственном браке и отсутствуют рекомендации по дифференцированной психотерапевтической коррекции. Все изложенное определяет важность изучения особенностей невротических расстройств при виргогамии как в теоретическом, так и в прикладном аспекте, что, в конечном счете, позволит обеспечить эффективность их лечения.

ГЛАВА 1
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О СУПРУЖЕСКОЙ ДИСГАРМОНИИ И ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ

Социальная политика, направленная на укрепление семьи, формирование нового человека, решение социальных вопросов труда, быта, культуры – все это является мощным средством ускорения развития страны, подъема трудовой и общественно-политической активности людей [17].

Семья является основной ячейкой общества и имеет право на защиту общества и государства [135].

Семья – это та микросоциальная среда, где наследуется и формируется здоровье и образ жизни новых поколений, поэтому она должна быть объектом глубокого и постоянного медицинского наблюдения [14]. Необходимым условием стабильности семьи является гармония межличностных отношений в супружестве [5].

В современной моногамной семье мужчину и женщину привлекают не только сексуальные отношения, но, прежде всего, личностные качества супруга. Современная женщина вовлечена во внутрисемейную деятельность как производственного, так и общественного характера. Следовательно, в связи с этим сформировался новый характер супружеских отношений, повысился уровень духовных и этических запросов жизни, возросла роль психологических и социально-психологических факторов во взаимной адаптации супругов, предопределяющей гармонию в браке [41, 109, 133, 136, 156, 157, 158, 159, 278, 287].

На неустойчивости брака сказываются как внутренние (личная привязанность членов семьи, чувство любви, ответственности, долга), так и внешние факторы (экономическая зависимость, различные юриди-

ческие ограничения, национальные традиции, общественное мнение), причем последние теряют свое определяющее значение в процессе демократизации социальной жизни [131, 230].

В связи с перестройкой семейно-брачных отношений на современном этапе (рост количества разводов, уменьшение рождаемости, увеличение числа проблемных и кризисных семей) проблема брака и семьи не только не потеряла своей активности, обусловленной значимостью для общества специфических функций семьи, но, напротив, вызывает все больший интерес исследователей – социологов, психологов, юристов, медиков. Все большее внимание привлекает, в частности, проблема сексуальной гармонии супружеской пары [51].

В соответствии с современными воззрениями, понятие сексуальная гармония включает взаимную адаптацию супругов на всех уровнях взаимодействия: социальном, психологическом, социально-психологическом, сексуально-поведенческом, психофизиологическом и физиологическом [28, 131, 142, 306]. В это понятие входят взаимная «созвучность», положительный характер эмоциональных установок, взаимовнушаемость, общность интересов, целей, потребностей, сходство динамической направленности психофизиологических реакций и отсутствие выраженных эгоцентрических устремлений [182,183]. Поэтому исследование причин нарушений сексуальной гармонии супружеской пары предполагает не только изучение изучения всех аспектов сексуальных функций, имеющей многомерное обеспечение, личностных и характерологических черт супругов, но, главным образом, определение степени совместимости их на различных уровнях взаимодействия. Поскольку половая функция человека – это 1 парная функция, в реализации ее существенная роль принадлежит взаимной психологической и психофизиологической адаптации супругов [40, 74, 130, 144, 303].

На половые отношения супругов существенное влияние оказывает не только духовные, а также и социальные факторы, такие как мировоззрение, традиции, морально-этические и эстетические установки [91,121,192,208,218,322,323]. При этом в понятие « половая пара» входит все то, что обуславливает духовное и физическое сближение любящих людей и определяет чувственную ценность половой близости [115].

Все сказанное подтверждает справедливость важнейшего положения современной сексологии о том, что необходимо изучать не только степень сохранности сексуальной функции каждого из супругов, но и ее соответствие у них, ее совместимость [142, 145, 300].

Понятие совместимость подразумевает гармонию, т.е., как уже упоминалось, взаимную адаптацию супругов на всех уровнях взаимодействия [182, 183].

По определению В.В. Кришталя, сексуальная гармония супружеской пары – это социально-психологическая, психологическая, сексуально-поведенческая, психофизиологическая взаимная адаптация, характеризующаяся уровнем полового влечения и половой активности, соответствующим половой конституции и темпераменту обоих супругов, что приводит к оптимальной суммации их эротических ощущений и полному психо-сексуальному удовлетворению [146].

Нарушения в любом звене сексуальной гармонии способно привести к развитию супружеской дисгармонии, отрицательно сказывающейся на внутрисемейных отношениях, приводящей к угасанию любви нередко – к разрушению семьи [3, 65, 67, 81, 145, 226, 323].

Не являясь витальной, сексуальная функция, тем не менее, имеет большое психологическое и социальное значение. В.А.Гиляровский отмечал, что оптимальные отношения – это такие, когда все ее стороны развиты более или менее гармонично и все естественные влечения, из

которых половые отношения являются одним из самых сильных, находят соответствующее удовлетворение [60].

Поскольку, как уже говорилось, сексуальная функция является парной, нарушение ее у одного из супругов всегда в той или иной степени касается другого.

Ряд авторов считают одной из важнейших причин сексуальной дисгармонии отсутствие чувства любви при вступлении в брак. По данным Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, только 28% наблюдающихся женщин с сексуальной патологией – вступили в брак по любви, остальные – из меркантильных соображений, по настоянию родителей, по социальным причинам из боязни одиночества, чувства уважения к мужу и др.[117, 118]. Авторы полагают, что брак, заключенный без взаимной любви, как правило, обрекает супругов на сексуальную дисгармонию и является причиной тех или иных сексуальных нарушений у каждого из супругов.

Для сексуальной дисгармонии представляется существенными не только врожденные и приобретенные особенности сомато-психического склада, но и сексуальный дебют [210].

По мнению отечественных исследователей, при оценке нарушений половой функции следует учитывать ослабление, изменение или невозможность сексуальной деятельности в отдельные моменты индивидуальной жизни: 1) до начала половой жизни; 2) с начала половой жизни; 3) после первого фиаско в результате формирования патологического рефлекса и на его основе невротическое развитие личности; 4) развитие сексуальных нарушений после полноценной половой жизни, острое или постепенное [39, 42, 117, 205].

Необходимо рассматривать разные стороны супружеской совместимости как сложного, многокомпонентного феномена. Один из важнейших его аспектов – совместимость супругов, как семейных партне-

ров. В современной семье стабильность брака зависит не только от личностных особенностей мужа и жены, нравственной стороны их взаимоотношений, наличия эмоционального контакта, способности к эмпатии, альтруизму, но и степени выполнения семейных функций, таких как рождение и социализация детей, ведение домашнего хозяйства, духовное и сексуальное общение, организация досуга, взаимная поддержка. Супружеская совместимость может рассматриваться и как совместимость супругов в качестве сексуальных партнеров. Основная функция брака - обеспечение интимно-сексуального, а также личного неформального общения, удовлетворение заложенной в человеке потребности в эмоциональной привязанности и любви. У человека социально-психологический компонент любви имеет огромное значение. Формирование целостного любовного чувства во многом определяется такими факторами, как мировоззрение, убеждения, характер, традиции, морально-этические и эстетические установки [132, 141].

Гармоничность личностных отношений и правильное поведение в браке способствуют развитию и становлению стереотипа гармоничных отношений [28,30, 118, 130, 133, 155, 276, 279, 280, 292, 293, 301, 308]. Половой акт предполагает взаимное удовольствие обоих партнеров, причем физическая близость сама по себе не дает полной сексуальной разрядки, которая возможна лишь при наличии глубокой психологической связи с любимым человеком, стремлении к удовлетворению не только сексуальных, но и духовных потребностей друг друга. Это основа гармонии в половой жизни [26, 57, 80, 143, 141, 300]. По мнению С.С.Либиха: " Половая жизнь - один из наиболее сложных социально-психологических и личностных феноменов. В ней проявляются все стороны поведения, отношений, ценностей, установок личности" [157].

А.М. Свядощ считает, что сексуальная дисгармония, вызывающая половую неудовлетворенность и приводящая к семейному разладу, может служить причиной развития невроза, как у жены, так и у мужа [204, 205].

Ф.Ф.Эскузян [234] приводит статистические данные, согласно которым супружеские дисгармонии в 69, 1% случаев являются причиной возникновения неврозов, невротических и реактивных состояний, суицидальных попыток. Признавая негативное влияние конфликтов на психологическое состояние человека, мы не рассматриваем супружеские конфликты как причину невроза. Возможно, причиной невроза служит возможное сочетание и взаимная трансформация сексуальных и социально-психологических дисгармоний супругов.

Причины возникновения сексуальной дисгармонии издавна привлекали и продолжают привлекать внимание исследователей [9, 66, 117, 189, 235, 255, 261, 275, 276, 303].

W.Masters, V.Johnson (1976) в своем фундаментальном исследовании, посвященном физиологии половых реакций человека, установили отсутствие идентичности между некоторыми мужскими и женскими реакциями, которые необходимо учитывать для достижения сексуальной гармонии [300].

Установлено, что часто причиной дисгармонии является неодинаковая степень возбуждения женщин и мужчин к началу половой близости, страх перед половой близостью, слабая эрекция и ускоренная эякуляция у мужчин, неправильное поведение супругов в период подготовки к половому акту и в процессе собственно полового акта вследствие недостаточной осведомленности в вопросах физиологии половой жизни или повышенной стыдливости [204, 283, 284, 285].

Расстройства сексуальной функции у мужчин и женщин по разному влияют на создание семьи и стабильность супружеских отноше-

ний, но сексуальная дисфункция мужчин, как правило, становится причиной сексуальной патологии у женщин [4, 143, 144, 145, 224].

Мужчина при нарушении потенции обычно не стремится создать семью. Он считает свое заболевание унизительным, тщательно скрывает причины отказа от вступления в брак, а иногда прибегает к мерам социально-психологической защиты (скитания, алкоголизация и др.), маскирующим его половую несостоятельность. Как истинное, так и мнимое расстройство потенции тяжело переживается и часто приводит к возникновению неврозов, реактивных состояний, а иногда к суицидальным попыткам [2, 43, 180, 209].

Половые нарушения у женщин, в большинстве случаев не становятся препятствием к браку. Однако при наличии вагинизма, коитофобии и гениталгии они могут привести к виргогамии « девственному браку» при котором супруги не способны начать полноценную половую жизнь в течение длительного времени (иногда более 10 лет) из-за страха перед болью, реальной или предполагаемой, из-за нарушения потенции мужа [2, 25, 137, 196, 197, 203, 230].

Указанные расстройства у женщин встречаются довольно часто. Причиной их может быть половая холодность женщин, неспособность к переживанию оргазма, в ряде случаев – ранняя, допубертатная мастурбация, приведшая к патологически закрепившемуся условному рефлексу, сексуальная дисгармония, вызванная психологическими факторами или неправильной информацией о норме и физиологических колебаниях половой функции [198, 199, 200, 203].

Виргогамия обычно тяжело переживается супругами, вызывает у них чувство неудовлетворенности, собственной сексуальной неполноценности. Однако, по мнению некоторых авторов «девственный брак» отличается устойчивостью из-за повышенного чувства вины перед супругом, боязни потерять его и страха перед одиночеством, так как ответ-

ственность за сложившуюся ситуацию каждый из супругов возлагает на себя [26, 27, 53, 198].

Многие авторы указывают, что сексуальная дисгармония вызывает состояние фрустрации у женщины и может стать причиной развития невроза и соматических расстройств, а также причиной утраты чувства любви к мужу, к семейным конфликтам и нередко – к распаду семьи [22, 24, 36, 55, 204, 221].

Некоторые авторы, развитие невроза связывают с нарушением функционирования психологических механизмов [129, 176, 177, 221], при этом отмечают преобладание женщин среди лиц, страдающих неврозом [128, 129, 203], что имеет прямое отношение к проблеме сексуальности человека. Объяснения этому находятся разные. В частности, Б.Д.Мягер связывает это с повышенной эмоциональностью женщин, Б.Д.Карвасарский с подверженностью женского организма эндокринным влияниям, А.М.Свядощ – с большей значимостью для женщин семейных и бытовых проблем [124, 176, 204]. Более частое распространение невротических расстройств у женщин позволяет предполагать, что данный факт связан с сексуальностью человека, что требует более глубоких исследований половых различий. По данным отечественных и зарубежных авторов, половая неудовлетворенность супругов служит причиной многих разводов [113, 157, 160, 165, 219, 230, 232, 245, 262, 269, 315].

Очень часто причиной сексуальной дисгармонии является широко распространенное неправильное представление о половых отношениях, недооценка их и вытекающая отсюда неподготовленность женщины к интимной стороне супружеской жизни [53, 107, 157], с одной стороны, и, с другой низкая эмоциональная и сексуальная культура мужчины, неспособность установить духовную связь с супругой, невнимательное отношение к ее чувствам, переживаниям. Преобладающее большинство мужчин склонно переоценивать степень своей осведомленности в вопросах

психофизиологии сексуальности женщин, что не всегда соответствует действительности, и поэтому они обычно не считают необходимым ознакомиться даже с научно-популярной литературой по вопросам половой жизни [53].

Однако нельзя забывать, что помимо абстрактных сексологических знаний необходимо знание конкретного партнера, понимание его индивидуальных особенностей. По мнению И.М. Аптера (1987), В.В.Кришталя (1990), никакая техника не может заменить бережного отношения к женщине, заботливости, преданности, чуткого отношения к ней [12, 147].

Сексуальная дисгармония супружеской пары может быть обусловлена также ошибочной негативной оценкой физиологической полноценности, собственного и своего полового партнера. Ошибочные представления в таких случаях связаны с отсутствием знаний или неправильным представлением одного или обоих супругов о физиологическом диапазоне параметров сексуальной функции. Возникшая при этом неудовлетворенность способствует созданию устойчивой негативной эмоциональной ситуации, обуславливающей развитие сексуальной дисгармонии.

В.Н.Мясищев (1960), В.К.Мягер, Т.М. Мишина (1976) указывают, что негативные эмоции женщин при половой дисгармонии варьируют от полной индифферентности, абсолютного равнодушия до презрения, отвращения, с перерастанием в ненависть к мужу [176, 178]. Все эти оттенки эмоций могут возникать во взаимоотношениях с супругом у одной и той же женщины в разные периоды совместной жизни.

Взаимная сексуальная адаптация в супружеской паре являет собой непрерывный динамический процесс становления взаимоприемлемого стереотипа половых отношений супругов [2, 3].

По мнению В.В Кришталя (1986), гармония сексуальных отношений супругов в большей степени зависит от характера межличностных

Медицинская академия
№
№ 37369

отношений, обусловленного уровнем социальной, психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптацией супругов, а также от психологических характеристик личности, доминирующей мотивации, ценностных ориентаций [144].

Одной из наиболее частых причин нарушений сексуально-эротической составляющей сексуальной гармонии является несоответствие сексуальной мотивации [31].

В.В. Кришталем (1986, 1990) разработан системно-структурный анализ сексуальной гармонии с выделением компонентов: социального, психологического, социально-психологического, и медико-биологического, включающих ряд составляющих (информационно-оценочную, сексуально-поведенческую и др.) [144, 146, 147]. Поскольку констатация поражения одного из этих компонентов и составляющих еще не говорят о наличии сексуальной дисгармонии, автор выделил 3 степени их поражения:

1 – степень предполагает ослабление компонента, не являющейся непосредственной причиной сексуальной дисгармонии, а служащее лишь патопластическим фактором ее развития вследствие других причин.

II – степень поражения усугубляет имеющуюся сексуальную дисгармонию;

III – степень поражения компонента становится непосредственной причиной возникновения сексуальной дисгармонии супружеской пары.

Все сказанное убеждает в том, что изучение сексуальной функции человека и ее нарушение выходит за рамки только медико-биологических представлений и предполагает разработку социальных, психологических, социально-психологических, сексуально-поведенческих аспектов данной проблемы.

Сексуальная дисгармония как следствие сексуально-поведенческой дезадаптации супругов обычно возникает с первых интимных контактов

[6, 70, 97]. У женщин при этом вначале, как правило, отмечается аноргазмия и сексуальная гипестезия. Нередко имеющиеся нарушения усугубляются страхом перед ожидаемой болью, иногда сопровождающимся судорожным спазмом мышц влагалища, промежности, спонтанным сведением бедер, затем происходит снижение полового влечения вплоть до полной алибидемии. У мужчин при данном варианте сексуальной дисгармонии вначале наблюдается снижение эрекции и ускорение эякуляции, которые могут быть изолированными или сочетаться. Первая неудача может фиксироваться в сознании, приводя к развитию тревожного «ожидания неудачи», снижению половой активности, возникновению гипо или алибидемии и притуплению оргастических ощущений [23, 297].

Психологическое обследование супружеских пар с сексуально-эротической дезадаптацией позволило выявить наличие у одного или обоих супругов черты эгоизма, эгоцентризма, деспотичности, самовлюбленности, завышенную самооценку, либо, напротив, пассивную подчиняемость, инфантильность [5, 52, 148].

Факторами, способствующими развитию сексуально-поведенческой дезадаптации супругов, могут быть личностные особенности, затрудняющие коммуникацию, патологическую замкнутость, тревожно-мнительность, излишнюю деликатность и высоконормативность супруга, сенситивность, повышенную ранимость, истероидность супруги [75, 204, 296].

М.И.Вольперт, С.С.Либих (1972) проводили социальные исследования семейно-брачных отношений лиц с сексуальными нарушениями, показавшие большое влияние социально-психологических факторов на сексуальную сферу, что необходимо учитывать при психотерапевтической работе с супружескими парами, и обратное – влияние сексуальных нарушений на ряд социальных параметров, в частности, на прочность брака [53].

По мнению ряда авторов [143, 156], стабильность брака во многом зависит от выбора супруга, где большое значение имеет сходная духовная направленность – общие интересы, взаимная привязанность и любовь. В выборе супруга выступают в органическом единстве как сознательные (осознанные личностные ценности, сформировавшиеся отношения, идеи, взгляды и т.д.), так и бессознательные факторы (наличие установок и ее компонентов – бессознательных ожиданий, система эталонов будущего мужа и жены). В супружеских взаимоотношениях в разной степени реализуется и не реализуется потребность человека в самоутверждении. При этом заострение определенных личностных черт, попытки установления механически «равенства», как правило, усиливает тенденции к несовместимости супругов. Нередко, однако, недостаточная совместимость на первом году жизни нивелируется через 2-3 года, благодаря приобретению опыта общения, улучшения жизненных условий и т.п.

А.Н.Волкова (1979) отмечает определенные тенденции в динамике психологической близости супругов [52]. По ее данным, в стабильных с самого начала браках первые 5 лет общения отличаются тенденцией к сближению, 6-7е годы появляются негативные тенденции в отношении мужа к жене, затем наблюдается восстановление прежнего уровня. Отношения жены к мужу продолжает изменяться в сторону увеличения психологической близости и лишь на 10-11 годах в нем появляется разъединяющие тенденции, обуславливающие отдаление супругов. В последние годы совместной жизни отмечаются периоды как нарастания субъективной близости, как ее ослабление.

Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии может возникать при неправильном представлении одного или обоих супругов о норме и физиологических колебаниях половой функции. Развитие данного варианта сексуальной дисгармонии чаще всего происхо-

дит постепенно. При этом истинных расстройств сексуальной функций обычно не наблюдается, однако происходит ослабление, а иногда даже утрата психосексуальной удовлетворенности, причем возникающее явление сексуальной дисгармонии может быть результатом мнимых сексуальных нарушений и у мужчин, и у женщин [13, 52, 180].

Психологическое обследование супругов с дезинформационно-оценочным вариантом сексуальной дисгармонии выявило наличие у них повышенной внушаемости и зависимости [144].

Социологический анализ, проведенный многими исследователями, свидетельствует о прямо пропорциональной зависимости частоты дезинформационно-оценочного варианта сексуальной дисгармонии от уровня общей культуры супругов и обратно пропорциональной от их возрастного и жизненного опыта [33, 182, 183, 190, 224].

В целом анализ литературы свидетельствует о том, что нарушения сексуальной дисгармонии супругов может быть результатом не только тех или иных сексуальных расстройств у мужа или жены, но и, в неменьшей степени, их социальной, психологической или сексуально-поведенческой дезадаптации. При этом изучению сексуальных нарушений у женщин посвящено сравнительно небольшое число работ, но в то же время женская сексопатология, а именно вагинизм, рассматривается как единственная причина виргогамии (за исключением в работе А.М. Свядоща, выделяющего импотентную форму виргогамии).

Таким образом, в исследованиях последних лет господствует односторонний подход к изучению этой своеобразной функции сексуальной дисгармонии, без учета парного характера половой функции и многообразия факторов, обуславливающих и способствующих развитию виргогамии. По существу, изучение виргогамии отождествляется с изучением вагинизма, почти не предпринимаются попытки изучения лежащих в ее основе патогенетических механизмов.

Механизмы развития и клинические проявления виргогамии

Современная сексология, признает тот факт, что нарушение потенции мужчины неизбежно влечет за собой сексуальное расстройство у женщины. Нарушение сексуальной функции женщин чаще всего становится причиной виргогамии, тем не менее, вопросам женской сексопатологии посвящены всего лишь две монографии [118, 204]. Кроме того, имеются ряд сообщений, касающихся вопросов гениталгий, вагинизма и виргогамии [8, 25, 33, 56, 90, 117, 197, 198, 199, 200, 208, 233, 292].

Большинство исследователей указывают на значение психогенных факторов в развитии сексуальных расстройств у женщин [119, 120, 166, 167, 195, 196, 204, 218, 291, 305, 318]. Эти факторы аналогичны вызывающим расстройства мужской потенции, однако у женщин, отличающихся повышенной ранимостью и сенситивностью, они приобретают большую патогенную значимость [114, 115]. Ряд авторов считают, что к развитию сексуальной дисфункции у женщин предрасполагают пограничные состояния психики [57, 122, 123, 192, 205, 233].

По мнению ряда авторов [197, 195, 196, 215, 228, 294, 321], имеется тесная связь между качеством половой жизни, сексуальным удовлетворением и гинекологической патологией. Так, З.В.Рожановская (1987) указывает, что среди женщин, никогда не испытывавших оргазма, гинекологически здоровы лищь 30, 5% [199]. A.C.Kinsey et al., (1953) высказывали предположение, что с точки зрения эволюционной теории развития способность женщины испытывать оргазм является побочным эффектом, поэтому не все женщины обладают этой способностью [285]. Исходя из этого, авторы считают, что отсутствие у женщины оргазма при всех обстоятельствах может привести как к возникновению гинекологических заболеваний, так и к появлению эмоциональных нарушений [243, 254, 300].

По данным S.Dawkins, R.Taylor (1961) часто снижает сексуаль-

ность женщины психологический запрет, в основе которого лежит страх, враждебность, чувство противоречия и обиды [248]. Авторы полагают, что страх является основной причиной, препятствующей свободному вступлению женщины в сексуальные отношения. Исследователи предлагают следующую классификацию таких эмоциональных барьеров: 1) сильный страх, чувство виновности, боязнь попасть в зависимое положение от мужчины; 2) чувство враждебности, ненависти, отвращения, агрессии, обиды; 3) сильное чувство любви к другому мужчине, либо к женщине, либо к себе самой.

Многие исследователи считают страх главной причиной вагинизма и гениталгий, приводящий к виргогамии. A.Kinsey et al., (1953) при обследовании в данном аспекте 1000 замужних женщин обнаружили у 219 из них проявления страха, в основе которого лежали сексуальное отвращение либо коитофобия – у 146; боязнь беременности – у 63; боязнь венерических заболеваний – у 10 [285]. Причиной вагинизма, коитофобии и гениталгий может стать также страх «потерять себя», «утратить индивидуальность» в сексуальных отношениях [288]. Страх может быть следствием половой холодности женщин. По данным В.И.Здравомыслова с соавт. (1972, 1985), А.М.Свядоща (1988), фригидность часто сочетается с другими формами сексуальной дисфункции – гениталгиями, болезненными спазмами мышц влагалища и тазового дна, судорожным сведением бедер, вызванными коитофобией [117, 118, 204].

Причиной фригидности иногда является предубеждение против сексуальности, связанное с неправильным половым воспитанием и отсутствием сексуального просвещения. Половую холодность способны вызвать временные психологические состояния и предубеждения, связанные с неблагоприятной обстановкой, усталостью или занятостью, ее возникновению способствует сложная природа сексуального возбуждения и оргазма у женщин [249, 285, 289, 310].

S.Dawkins (1961) считает одной из причин половой холодности женщин, приводящей к виргогамии, неадекватное поведение мужа, не обеспечивающее необходимое для сексуального удовлетворения половое возбуждение женщины [248].

В работах последних лет отмечается зависимость сексуальной активности и половых расстройств от половой конституции, которая в большей мере определяет устойчивость или чувствительность организма к воздействию патогенных факторов [41].

Первые попытки классификации половых расстройств у женщин были предприняты в 20е годы нашего столетия М.С.Маргулисом [167]. Он различал восемь их форм, среди которых дал описание вагинизма, определяя его как повышенную болевую чувствительность наружных половых органов, сопровождающуюся тоническим спазмом сфинктера влагалища и мускулатуры тазового дна.

Н.В.Иванов (1966) различал три основных формы половых расстройств у женщин [120]. Так, первая из них – фригидность, половая холодность, возникающая на фоне пониженного сексуального влечения как следствие задержки формирования его чувственного компонента психогенной или соматогенной природы; вторая – вагинизм, возникающий либо вследствие гинекологических заболеваний, либо в результате психогений (он может быть также следствием половой холодности женщины); к третьей форме автор относит гениталгии. Описывая клиническую картину перечисленных расстройств, Н.В.Иванов описывает последовательные этапы сексуального влечения у женщины, а именно: фоновое чувство любви; период предварительных ласк (форшпиль); специфическое эмоциональное состояние готовности; фрикционная фаза, фаза оргазма, период «сатисфакции».

В классификации А.А.Габелова (1972) и П.И.Загородного (1975) не отражены все формы половых расстройств у женщин, в частности, в них

не представлен вагинизм как нозологическая форма [56, 115]. Классификация женских половых расстройств, которая охватывала бы все нозологические формы и основывалась на их этиологии и патогенезе, пока не существует.

Клиническая практика свидетельствует о том, что любая сексуальная патология и некоторые гинекологические заболевания могут стать причиной виргогамии.

А.М.Свядощ (1988) называет «девственным браком» или виргогамией аномалию брачных отношений, при которой супруги не способны начать половую жизнь в течении длительного времени, нередко годами, и отмечает, что медицинские и психологические аспекты такого брака изучены недостаточно, поскольку супруги обычно скрывают характер своих отношений даже от самых близких людей [204].

Автор выделяет три формы виргогамии: фобическую, игнорантную, и импотентную, отмечает возможность сочетания этих форм. Так, для фобической формы характерно наличие навязчивого страха дефлорации или самого коитуса. Как правило, страх сопровождается непроизвольным судорожным сокращением мышц входа во влагалище и тазового дна (вагинизмом), возникающим при попытке проведения полового акта. Причины страха различны. Иногда он возникает у робких девушек после рассказов «опытных» подруг об «ужасах» первой брачной ночи, в некоторых случаях – после болезненной дефлорации вследствие несоблюдения элементарной техники коитуса либо грубости мужа, иногда – после попытки изнасилования; крайне редко причиной страха является негативное отношение к мужу. Причиной игнорантной формы виргогамии является отсутствие сексуального опыта у супругов, а также дефицитарность их полового воспитания и просвещения, незнание анатомии половых органов женщины, физиологических особенностей женского организма. Эту форму виргогамии А.М.Свядощ часто наблюдал при

строгом воспитании, подавляющем сексуальность, у девушек, а у юношей – отсутствии сексуальных игр со сверстниками в детском возрасте [204, 205].

Причиной импотентной формы виргогамии, по мнению автора, служит сексуальная дисфункция у мужа, обычно впервые обнаруживающаяся только при попытки первого коитуса с женой. Она является следствием либо невроза ожидания неудачи, либо частых фрустраций (полового возбуждения без эякуляции) во время жениховства, либо вызвана необходимостью внезапно отсрочить сближение, например, вследствие непредвиденного начала менструации у жены. Преждевременное семяизвержение, фимоз, коитофобия у мужчин также могут быть причиной импотентной формы виргогамии [73, 88, 152, 170, 184, 233, 238, 306].

По данным А.М. Свядоща, фобическая форма составляет две трети всех виргогамий, игнорантная – 17, 5%, импотентная –21, 2% [204].

Поразительная стабильность «девственного брака», по мнению А.М.Свядоща, обусловливается особым характером межличностных отношений, складывающихся между супругами. Скрепляет брак в таких случаях чувство вины перед партнером, жалость к нему, ощущение своей ущербности; у мужчин – также страх оказаться несостоятельным при попытке половой связи с другой партнершей, у женщин – боязнь быть «уличенной» в девственности, что согласуется с точки зрения ряда отечественных и зарубежных авторов [26, 187, 198, 252, 255, 265, 295].

Причиной фобической формы виргогамии может быть как истинный вагинизм, психогенно обусловленный, так и псевдовагинизм, а также психогенные и соматогенные гениталгии. А.М.Свядощ различает фобическую (в рамках навязчивых состояний) и истерическую форму вагинизма [204]. Для первой характерна коитофобия, выступающая на первый план. Больные понимают необоснованность своего страха, но не мо-

гут его преодолеть, несмотря на собственное желание и мужа; угрозы при этом лишь усугубляют положение, усиливают страх и чувство безысходности, приводя к вагинизму Ш степени. При менее выраженной симптоматике (вагинизме П степени) женщины позволяют мужу стимулировать клитор рукой или половым членом, допускают осуществление фрикций между бедрами или малыми половыми губами, но препятствуют имиссии во влагалище. При этом иногда происходит "непорочное зачатие" – наступление беременности без повреждения целостности девственной плевы, причем после родов явления вагинизма обычно исчезают, однако не всегда.

По мнению ряда авторов [25, 199, 232], к развитию фобической формы вагинизма предрасполагают такие преморбидные особенности личности, как тревожная мнительность, сенситивность, легкая возбудимость, робость, а также вегетативная лабильность и низкий порог болевой чувствительности. Нередко в анамнезе женщин, страдающих вагинизмом, отмечается наличие различных фобий, например, страха темноты. Есть женщины, не испытывающие страха перед инъекциями, оперативным вмешательством и другими серьезными манипуляциями, но панически боящиеся дефлорации. Имеет значение и характерологические черты супруга: робость, нерешительность, которые способствуют возникновению вагинизма в такой же степени, как и чрезмерная грубость, торопливость, нетерпеливость.

По мнению А.М.Свядоща, основой фобической формы вагинизма является образование патологической условнорефлекторной связи между половым актом и чувством страха [204]. Известны случаи, когда страх перед дефлорацией превалировал над страхом смерти, и больные, осознавая безысходность ситуации, совершали суицидальные попытки.

Причиной истерического вагинизма, в отличие от фобического, является, как считает автор, осознаваемое либо неосознаваемое нежелание

жить половой жизнью с данным лицом. При этом вагинизм развивается по тем же механизмам, что и истерические неврозы вообще: по механизму «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома».При этом симптомы вагинизма представляются в утрированной форме, носят черты гротеска: пациентки драматически изображают отвращение и боязнь половой близости, жалуются на «жгучий» характер боли при прикосновении к их половым органам. В этих случаях чаще наблюдается вагинизм II степени, который, как правило, носит избирательный характер, проявляясь только по отношению к определенному лицу [27, 54, 67]. Больные пытаются избегать половых контактов, порой проявляя удивительную изобретательность в достижении этой цели. Боль при истерических гениталгиях вызвана аутосуггестивным влиянием и имеет целью избавление пациентки от половой жизни, либо из-за отсутствия сексуального удовлетворения, либо вследствие нежелания испытывать половые ощущения от человека неприятного и вызывающего отвращение. Это особенно часто наблюдается в семьях, где мужья злоупотребляют алкоголем или грубы по отношению к женам. При этом налицо две противоположные тенденции: с одной стороны, желание избавиться от половой близости, с другой – желание сохранить семью ради поддержания социального статуса, в интересах детей или из материальных соображений. Больные признают, что боль позволяет им избежать половой близости, не осознавая существования и обратной связи – того, что в действительности нежелание жить половой жизнью является причиной боли. При разрешении психотравмирующей ситуации, как правило, исчезает и болезненный симптом, в данном случае – гениталгия [8, 61].

Многие авторы наблюдали у своих больных симптомы вагинизма в течение целого ряда лет [25, 118, 137, 197, 204, 232, 246, 256, 263, 264]. Наличие длительного вагинизма у жены чаще всего вызывает ослабление

потенции у мужа по причине развития у него невроза ожидания неудачи, а также урологической патологии в результате застойных явлений в предстательной железе [27].

Следует отметить, что судорожное сокращение мышц, препятствующее доступу во влагалище, бывает не только при вагинизме. Оно может наблюдаться при травматическом повреждении наружных половых органов, наличии трещин в области ануса, при вульвовагините; в этих случаях оно носит характер защитной реакции и названо А.М. Свядощем псевдовагинизмом. Псевдовагинизм также может служить причиной виргогамии.

Т.Е.Агаркова (1986) все виды гениталгий подразделяет на группы в зависимости от их связи с половым актом: «гениталгия ожидания»; гениталгия фрикционного периода; фрустрационная гениталгия; внекоитальная гениталгия (вне связи с копулятивным циклом) [3]. Она отмечает, что болезненные ощущения, как правило, возникают после половой близости, не завершившейся оргазмом, реже в момент имиссии или во фрикционной стадии. По опыту автора, иногда путем внезапного прикосновения к половым органам пациентки ее удается убедить в том, что симптомы вагинизма вызваны не реальными болезненными ощущениями, а чувством страха перед ожидаемой болью. Больная признает, что не испытала боли, и в подобных случаях удается погасить ее страх.

Психогенные гениталгии необходимо дифференцировать с сенестопипохондрическим синдромом неврозоподобной формы шизофрении, которая также может стать причиной отсрочки дебюта половой жизни или «девственного брака» [213]. Данный вид патологии характеризуется, кроме алгических проявлений, необычными ощущениями в области половых органов, например, чувством «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища» и другими дисморфофобиями, когда больные жалуются на появление особого запаха, не замечаемого окружаю-

щими («сексуальный запах»), или они отмечают, что «клитор увеличился в размерах, от него исходят токи» и т.п.

При гениталгиях необходимо тщательное обследование пациентки для исключения соматической патологии [215, 217].

По мнению некоторых авторов [167, 168, 222], часто причиной болезненных ощущений при дебюте половой жизни являются неполная дефлорация, сопровождающаяся небольшим кровотечением и легкой болезненностью, а также случаи, когда половой акт осуществился без разрыва девственной плевы благодаря ее растяжимости. В этих случаях показана медицинская дефлорация с полным разрушением гимена, что, по данным авторов, дает хороший терапевтический эффект. Однако такой подход вряд ли решает проблему в целом, поскольку, несмотря на проведенное хирургическое мероприятие, фобический радикал невротического нарушения психики сохраняется.

По мнению других авторов [3, 197, 204], болезненность в начале полового акта нередко вызвана недостаточной психо-эротической подготовленностью женщины к коитусу, что тоже может стать причиной отсрочки начала половой жизни.

По данным отделения сексопатологии Московского института психиатрии, вагинизм чаще возникает при чрезмерно мягком, щадящем поведении мужа в сочетании с истероидными чертами характера жены. Нередко заключению брака предшествует продолжительная дружба, красивое ухаживание, «рыцарское поклонение» и т.п. Жены характеризуют своих мужей как ласковых, внимательных, деликатных, заботливых, спокойных, уступчивых, с большим чувством такта, мягких, нежных, подчиняемых, в некоторых случаях отмечают повышенную тревожность, пугливость [25].

Следует согласиться с мнением авторов [2, 3, 299, 204], которые считают, что длительное отсутствие дефлорации в браке не ухудшает межличностных отношений, а сексуальная адаптация пары происходит на уровне петтинга

или вестибулярного и интрафеморального коитуса, причем женщины обычно способны испытать полноценный оргазм за счет дополнительной мануальной стимуляции клитора, и обратиться к врачу их вынуждает лишь чувство неполноценности, а также желание иметь ребенка.

Корецкий В.М. (1982) под виргогамией подразумевает девственный брак, возникший в результате боязни дефлорации [127]. По причине глубокой интимности переживаний женщин и их повышенной стыдливости супруги длительное время не обращаются за сексологической помощью, а врачи не всегда компетентны в ее оказании. Автор указывает на наличие элементов инфантильности (поверхностности суждений, умозаключений, черт детскости) в психике таких больных, несмотря на достаточно высокий социальный и интеллектуальный статус. По наблюдениям В.М.Корецкого, довольно часто причиной возникновения дефлорациофобии является получение устрашающей информации от лиц, не имеющих собственного опыта интимных отношений.

По данным сексологического кабинета при Институте акушерства и гинекологии АМН СССР за 1976-1985 гг., в структуре женских сексуальных расстройств виргогамия и вагинизм составляют 11, 7%, половые неврозы – 8, 2%. При этом терапевтический эффект в первой группе гораздо выше – 92%, чем при половых неврозах – 35% [199].

«Девственный брак» является не только медицинской, но и социальной проблемой. Сексуальная и генеративная функция женщин при фригидности, аноргазмии, сексуальной дисгармонии не имеет прямой корреляции с этими нарушениями, которые, таким образом, не влияют непосредственно на рождаемость, чего нельзя сказать о виргогамии. Отсутствие нормальной половой жизни и, следовательно, невозможность наступления беременности играет негативную роль не только в жизни самих супругов, но и в отношении демографических показателей, что еще более увеличивает актуальность разработки эффективных методов коррекции виргогамии.

Таким образом, анализ литературы, посвященной клиническим исследованиям невротических расстройств при виргогамии, показал, что вплоть до настоящего времени нет четкого клинического определения виргогамии. Не изучены клинико-динамические особенности и синдромальная структура невротических нарушений при виргогамии, не изучены патогенетические механизмы их возникновения.

Психотерапия при виргогамии

На сегодняшний день психотерапия насчитывает несколько сот методов [258, 266, 273], постоянно пополняется новыми методиками [274], и ее огромный лечебный эффект является неоспоримым. Чтобы лечение было эффективным, врач любой специальности должен владеть азами психотерапии [240]. Это утверждение с поправкой на необходимость гораздо более глубокой квалификации в этой области является непреложным для психиатров [268, 298].
В лечении психогенных сексуальных расстройств, как отмечалось нами ранее, ведущее место занимает психотерапия. С этой целью используются различные ее методы. Психотерапевтический процесс начинается уже при обследовании больного, поэтому трудно провести грань между обследованием больного и психотерапевтическим воздействием [153], так как стиль поведения врача на этапе диагностики может оказать на пациента существенное влияние.

После проведения обследования, как правило, осуществляется разъяснительная или рациональная психотерапия [46, 183, 240], которая имеет широкое применение в сексологической практике в связи с низким уровнем сексологических знаний и сексуальной культуры и предполагает, помимо всего прочего, советы врача по ознакомлению больного с популярной сексологической литературой [274, 275]. На необходимость применения психотерапии этого вида при психогенных сексуальных расстройствах указывают многие авторы [47, 173, 174]. По мнению ряда авторов [11, 12, 34, 55, 62, 140, 141, 151, 197, 257, 286, 287, 304, 316], при лечении вагинизма и вирго-

гамии, предпочтение следует отдавать рациональной психотерапии – половому просвещению, коррекции неправильных представлений о сексуальных реакциях мужчины и женщины, расширению диапазона приемлемости, формированию установки на активное поведение женщины при половом сближении, тогда как другие [28, 196, 250, 45], предлагают в процессе психотерапии знакомить пациентов со специальной литературой по вопросам пола, т.е. использовать библиотерапию.

Анализ доступной нам литературы свидетельствует о том, что имеется мало специальных приемов, относимых к рассматриваемому психотерапевтическому методу, которые могут быть использованы для лечения супружеских дисгармоний и других сексуальных расстройств психогенного генеза. При лечении больных с психогенными сексуальными расстройствами широко используется и косвенная терапия в варианте опосредования (плацебо-эффект) или потенцирования каких-либо обладающих действительным влиянием средств. Плацебо – эффект, рассматриваемый с различных теоретических позиций несомненен [125, 258, 290], что подтверждается и сексологической практикой. Данный метод психотерапии чаще находил применение при тех или иных сексуальных расстройствах у мужчин, однако, относительно применительно к сексуальным расстройствам у женщин в литературе имеются единичные указания [200].

Во всех случаях половых нарушений у женщин, в том числе при виргогамии и вагинизме, автор предлагает психотерапевтическое опосредование гинекологическим осмотром, с последующим обсуждением с пациенткой его результатов, потенцируя плацеботерапией в виде микроклизм с новокаином, анестезиновой мази и других обезболивающих средств. По ее мнению, проведение рациональной психотерапии будет достаточно эффективной, если подкреплять беседу соответствующими схемами и рисунками. При более длительном течении виргогамии (более полугода) косвенное пси-

хотерапевтическое воздействие включает в себя бимануальное исследование и введение во влагалище зеркал Куско возрастающего диаметра.

Гипносуггестивная терапия широко используется в терапии психогенных сексуальных расстройств у мужчин [38, 193, 234, 247, 287], тогда как в терапии женских сексуальных расстройств и связанных с ними коррекций невротических нарушений имеются весьма скудные данные [137, 138, 198]. Неизмеримо чаще в гипнотическом состоянии проводятся внушения, направленные на формирование программы нормального полового акта [16, 37, 84, 124, 130, 151, 169, 247, 311]. Гораздо реже с лечебной целью в гипнотическом состоянии моделируется ситуация интимного сближения [139, 287]. Исключительно редко применяется гипнокатарсис [15, 259, 260].

Определенное место среди психотерапевтических методов лечения психогенных сексуальных расстройств занимает аутогенная тренировка (АТ), улучшающая сексуальные функции посредством психической саморегуляции. Первые попытки использования АТ для лечения сексуальных расстройств предпринимались еще в 30-х годах [187]. АТ при лечении половых расстройств, как правило, является лишь одним из структурных компонентов комплекса терапевтических мероприятий [10]. Врач обычно проводит занятия АТ с группой пациентов [39]. Иногда это осуществляется и индивидуально. Следует отметить, что создание специализированных групп из больных сексологического профиля нецелесообразно [18, 137], так как, по мнению авторов, это приводит к возникновению у пациентов своеобразного негативизма, эгротогений и уклонение от лечения. Следствием этого является высокий отсев в группах, где каждый знает о заболевании другого. Поэтому автор рекомендует включать больных сексологического профиля в общие группы. Для коррекции сексуальных нарушений используют возможности низшей и высшей ступени АТ, а также программирование и моделирование [10, 63]. С целью ускорения освоения АТ применяется гипносуггестия [63], а для более быстрого достижения конечного результата из

программы обучения иногда исключаются некоторые упражнения АТ. С.С.Либих (1967) указывает на существование трех основных направлений применения АТ для лечения сексуальных расстройств [155]. Первое из них (специальная АТ) предусматривает коррекцию конкретных сексологических симптомов, второе (общая АТ) – воздействие на сопутствующие сексуальному расстройству явления или вызывающие его причины (тревогу, страх, ожидании неудачи, нарушения сна, ипохондрические фиксации, боли и т. д.) с целью их смягчения и ликвидации, третье – использование АТ в качестве основы для других видов психотерапии (гипноза, систематического лечебного внушения). В отечественной литературе представлен позитивный опыт применения различных вариантов АТ для лечения психогенных сексуальных расстройств у мужчин [10, 18, 114, 147, 154, 172, 205].

И.А. Копылова (1969) и З.В.Рожановская предлагают применять аутогенную тренировку пациенткам состоящим в «девственном браке», причем, первую ее ступень – для тренировки ощущений, вторую – эмоций и представлений [136, 199]. Авторы рекомендуют проводить аутотренинг в небольших смешанных группах, не фиксируя внимание на сексуальную направленность упражнений. При наличии хорошей внушаемости или установки пациентки на гипнотерапию целесообразно использование гипносуггестии [137], направленной на снятие фобии дефлорации, при котором отмечен 100% эффект.

С целью лечения вагинизма, многие зарубежные авторы [246, 263, 264], используют метод систематической десенситизации под гипнозом. Десенситизацию проводят двумя способами. Метод «ин витро» заключается в том, что пациентке в состоянии гипнотического сна предлагают представить ряд эротических или сексуально-интимных ситуаций в порядке нарастания их напряженности, которые впоследствии она может произвести с супругом до достижения желаемого эффекта (проведения полового акта). Метод «ин вивo» состоит в том, что пациентку сначала обучают аутогипнозу, а затем, под контролем врача, вводят во влагалище вначале палец, а в последующем –

расширители Гегара постепенно возрастающих диаметров (супруг принимает активное участие в лечении в качестве ко-терапевта). Тренинговые занятия продолжаются до тех пор, пока верхняя позиция женщины, практикуемая пациенткой вначале с самым большим расширителем, не будет воспроизведена с партнером.

Исходя из теории психоанализа и рассматривая вагинизм как симптом нарушения психосексуального развития, K.Fuchs et al. (1973) считают, что лечение должно быть направлено на вскрытие обусловленных его внутренних конфликтов и динамических процессов [263]. Они предлагают, таким образом, для лечения фобической формы виргогамии психоанализ и аналитическую ориентированную психотерапию. Однако, считая, что аналитическое лечение вагинизма, без сомнения, может быть успешным, авторы признают и существенный недостаток метода – большую затрату времени как пациентки, так и врача.

А.М.Свядощ (1988) предлагает применять при фобической форме вагинизма внушение наяву или в гипнотическом сне и считает наиболее эффективным лечение по методу угашения условной связи [204]. Автор считает допустимой хирургическую дефлорацию при условии согласия пациентки и ее мужа. Она осуществляется путем введения влагалищного зеркала или полужесткого расширителя диаметром 14 см., возможно, с применением наркоза. В последнем случае больная после пробуждения сама должна извлечь инструмент из влагалища, чтобы вследствие амнезии страх не сохранился. Хирургическая дефлорация показана и при импотентной форме виргогамии, а также при неврозе ожидания у мужа, вызванном боязнью не суметь осуществить дефлорацию.

В прошлом хирургическая дефлорация была наиболее часто встречающимся способом лечения вагинизма, основанном на предположении, что болезнь вызвана страхом перед дефлорацией. Однако этот способ в большинстве случаев не оправдал себя, так как может усугубить симптоматику

из-за наличия психотравмирующей ситуации и разочарования при отсутствии результатов [67, 263, 295], хотя по мнению K.Fuchs (1980), он может быть иногда эффективным у женщин, для которых другие виды лечения оказались безуспешными [264].

В лечении сексуальных расстройств нашла применение и поведенческая (бихевиоральная) терапия [302], опирающаяся на психологическую теорию Б.Ф.Скиннера [294]. I.Marks (1987) подчеркивает, что особенно успешной бихевиоральная терапия может быть при фобиях и сексуальных расстройствах, и что ее отдельные приемы достаточно просты и не требуют больших затрат времени врача [299]. Для лечения различных перверзий, в том числе и имеющих условно-рефлекторное происхождение, широко применяется аверсионная терапия, опирающаяся на использовании рвотных средств и электрических зарядов [245, 278, 279, 281, 309]. С целью терапии психогенных расстройств потенции, в частности, расстройств эрекции используется метод реципрокного торможения (методика систематической десенсибилизации J.Wolpe, 1985 [321]). R.Auerbuch и P.Kilmann (1977), сообщают об успешном применении этой методики для лечения сексуальных расстройств.

Для лечения психогенных сексуальных расстройств зарубежом все шире используется секс-терапия, разработанная W.H.Masters и V.E.Johnson (1970), которая при ее сравнении с различными методами психотерапии обнаруживает близость с поведенческой терапией [300]. Секс-терапия предполагает лечение половых расстройств с помощью тренинга сексуальных реакций. Принципы, которые были положены в основу этого метода, следующие: отказ от лечения пациентов одиночек и прием на лечение только супружеских пар; необходимость работы с этими парами 2 терапевтов (мужчины и женщины), чтобы исключить возможность недопонимания психофизиологических сексуальных проявлений одного из партнеров врачом противоположного пола; безмедикаментозное лечение (фармакологические средства назначаются исключительно редко при наличии прямых соматических

показаний) [38]. S. Kratochvil (1985) отмечает, что секс-терапия позволяет осуществить коммуникационный и функциональный тренинг, а также ликвидировать страх (десенсибилизация in vivo) [287].

В терапии психогенных сексуальных расстройств используется относительно новый метод психотерапевтических воздействий – нейролингвистическое программирование (НЛП), возникший в 70-х годах. Он получил свое развитие благодаря работам Ричарда Бэндлера, Джона Гриндера, Лесли Кэмерон Бэндлер, Джузит Делозье и др. [238, 239, 271, 272]. У истоков возникновения НЛП находится опыт изучения работы Милтона Эриксона, Вирджинии Сатир, Фрица Перлса и других корифеев психотерапии. Использование НЛП в сексопатологии в России было впервые описано Г.С.Кочаряном (1987), в сексологии Е.Г.Введенским (2000) [45, 139].

Для лечения психогенных расстройств потенции и перверзий применяется психоаналитическая техника [260, 270, 307, 312].

Музыкотерапия дает позитивные результаты в деле коррекции сексуальной дисгармонии супружеских пар [76, 77, 78, 133, 198, 267]. Музыка успокаивает и отвлекает от болезненных переживаний, воздействуя опосредованно через общее эмоциональное состояние, может уменьшать астенические проявления, раздражительность, тревожность, внутреннее напряжение, служит средством эстетического воздействия и тренировки всех сторон психики, которые необходимы для лучшего понимания сексуального партнера.

Групповая психотерапия используется при психогенных половых расстройствах и дисгармониях как с целью коррекции межличностных отношений, являющихся причиной или следствием этих расстройств, так и при сексуальных расстройствах без нарушения упомянутых отношений [64, 80, 152, 152, 278].

В лечении психогенных сексуальных расстройств и связанных с ними дисгармоний применяется семейная терапия. В сексологической практике большую роль приобретает такой частный вид семейной терапии как суп-

ружеская, которая представляет собой особую форму психотерапии, ориентированную на супружескую пару и ее проблемы [287]. Различия в смысловых оттенках понятий семейная и супружеская терапия нашли отражение в специальной литературе [286]. Если в одних случаях для коррекции сексуальных дисфункций, обусловленных нарушениями межличностных отношений мужа и жены, достаточно ограничиться работой с парой (супружеская терапия), то в других, вследствие того, что ухудшение отношений супругов может быть связано с выраженным неблагоприятным влиянием со стороны их родственников; возникает необходимость в расширении терапевтического диапазона (семейная терапия). В публикации Б.М.Ворника и Е.В.Легкоступа (1990) подчеркивается, что полноценность сексуальных функций обуславливается не только состоянием здоровья каждого из сексуальных партнеров, но и всей совокупностью их межличностных отношений. Совершенно справедливо авторы отмечают, что в связи с усложнившейся дифференциацией внутреннего мира личности произошло усложнение сексуально-эротической коммуникации, детерминированной этим внутренним миром, что привело к увеличению числа факторов психологического характера, которые могут блокировать эротическую и сексуальную реализацию [54]. В специальной литературе нашли свое отражение возможности использования семейной и супружеской терапии в сексологической практике [29, 30, 31, 41, 141, 161]. Эмоционально-стрессовая психотерапия нашла применение в лечении сексуальных расстройств при неврозах [185, 191]. Изучению возможностей этой терапии в лечении психогенных сексуальных расстройств у мужчин посвящены исследования А.В.Гришина (1987, 1988) [71, 72]. Автором предложено несколько эмоционально-стрессовых психотерапевтических приемов. Один из них состоит в прямом и косвенном внушении появления во время бессонной ночи (специально назначалась депривация сна на 36 часов), ближе к утру, сильных и продолжительных эрекций. Другой прием, который был предложен А.В.Гришиным, был назван им «осуж-

дение угасшей симптоматики». Автор отмечает, что ипохондрическая симптоматика создает у больных нацеленность на применение сильнодействующего лекарства, каковым «может быть» плацебо. Со временем устанавливается четкая зависимость между качеством полового акта (в частности, выраженные эрекции) и приемом плацебо. В этом случае на первом этапе рекомендуется проводить разъяснительную работу, направленную на объяснение психогенного механизма сексуального расстройства, которое ранее было у больного. Убедившись в принятии позиции врача, пациенту можно раскрыть тайну, связанную с применяемым им «лекарственным средством», и преподнести это как еще одно неоспоримое доказательство психогенного генеза его заболевания.

Основываясь на концепции Р.А.Лурия (1944) о формировании «внутренней картины болезни» [142], М.П.Шкундин (1986) использует принципы эмоционально-стрессовой терапии пациенткам, состоящим в девственном браке [210]. Методика М.П.Шкундина заключается в проведении сеансов рациональной психотерапии, причем обязательным является проведение беседы не только с больной, но и с мужем, а также совместное собеседование с обоими супругами. Пациентке объясняют основы физиологии половой жизни, знакомят с анатомией гениталий, указывают на вредность для супругов неправильных сексуальных отношений. Мужу разъясняют сущность заболевания жены, возникшего рефлекторно, помимо ее воли. Супругов убеждают, что заболевание носит временный характер и излечивается практически во всех случаях. Обсуждаются конкретные пути преодоления вагинизма. Мужа обучают умению вызывать у жены возбуждение и доминанту «приятно» для блокировки доминанты «страх» путем воздействия на эрогенные зоны и функционального тренинга типа вестибулярного коитуса на фоне мнимого запрета введения полового члена во влагалище. Это способствует психоэмоциональной и физиологической подготовки женщины, снятию у

дение угасшей симптоматики». Автор отмечает, что ипохондрическая симптоматика создает у больных нацеленность на применение сильнодействующего лекарства, каковым «может быть» плацебо. Со временем устанавливается четкая зависимость между качеством полового акта (в частности, выраженные эрекции) и приемом плацебо. В этом случае на первом этапе рекомендуется проводить разъяснительную работу, направленную на объяснение психогенного механизма сексуального расстройства, которое ранее было у больного. Убедившись в принятии позиции врача, пациенту можно раскрыть тайну, связанную с применяемым им «лекарственным средством», и преподнести это как еще одно неоспоримое доказательство психогенного генеза его заболевания.

Основываясь на концепции Р.А.Лурия (1944) о формировании «внутренней картины болезни» [142], М.П.Шкундин (1986) использует принципы эмоционально-стрессовой терапии пациенткам, состоящим в девственном браке [210]. Методика М.П.Шкундина заключается в проведении сеансов рациональной психотерапии, причем обязательным является проведение беседы не только с больной, но и с мужем, а также совместное собеседование с обоими супругами. Пациентке объясняют основы физиологии половой жизни, знакомят с анатомией гениталий, указывают на вредность для супругов неправильных сексуальных отношений. Мужу разъясняют сущность заболевания жены, возникшего рефлекторно, помимо ее воли. Супругов убеждают, что заболевание носит временный характер и излечивается практически во всех случаях. Обсуждаются конкретные пути преодоления вагинизма. Мужа обучают умению вызывать у жены возбуждение и доминанту «приятно» для блокировки доминанты «страх» путем воздействия на эрогенные зоны и функционального тренинга типа вестибулярного коитуса на фоне мнимого запрета введения полового члена во влагалище. Это способствует психоэмоциональной и физиологической подготовки женщины, снятию у

нее напряжения, создает генерализованную доминанту «приятно» и в конечном счете позволяет произвести дефлорацию.

После каждого собеседования врач подчеркивает необходимость обязательного выполнения всех рекомендаций, а во время каждого последующего визита выслушивает отчет обоих партнеров и регламентирует дальнейшие действия супругов. Иногда для достижения эффекта бывает достаточно трех четырех таких бесед. В редких случаях неудачи, обычно при длительном течении виргогамии (порядка несколько лет) или при истерическом механизме развития заболевания, приходится применять гипнотерапию для снятия страха и повышения либидо, причем обычно также достаточно несколько сеансов.

Внушение автор проводит по разработанной им методике сочетанного (группового и индивидуального) гипноза. На первом этапе в смешанной (по полу и нозологии) группе больных проводятся общие седативные внушения, затем все больные, кроме одной, выводятся из гипноза и покидают кабинет. Оставшейся пациентке делают индивидуальное внушение. Таким образом автору удается эффективно сочетать преимущества группового (взаимоиндукция, экономия времени) и индивидуального гипноза (применение специальных формул, сохранение врачебной тайны). Существует ряд специальных приемов и методик, которые целенаправленно используются для ликвидации тревожного состояния в обстановке интимной близости. Так, например, широко известен, а, поэтому, не нуждается в описании «метод мнимого запрета», который также называется «методом запретного плода» [204, 277, 287]. Уменьшающим страх действием обладает и чистосердечное признание в своих сексуальных затруднениях благожелательной партнерше [287], что, вследствие уменьшения ответственности за возможную неудачу, приводит к снижению гиперконтроля над ситуацией и эмоционального напряжения, а, следовательно, способствует выздоровлению. Сходным влиянием обладает «охранная грамота», которую А.М.Свядощ (1982) рекомендует выдавать больным, страдающим неврозом

ожидания неудачи [204]. Указанная грамота представляет собой написанное на бланке медицинское заключение, где указывается, что у данного человека отсутствуют признаки заболевания половой сферы, но имеются явления невроза ожидания, которые иногда могут тормозить половую функцию. Сообщается, что пациенту рекомендуется психотерапия (самовнушение и др.), а также постепенное взаимное привыкание с женщиной. Мужчине дается рекомендация знакомить свою партнершу с охранной грамотой либо заранее, либо после сексуальной неудачи. По наблюдениям А.М.Свядоща, вручение указанной грамоты делало больных более уверенными и облегчало их вступление в интимный контакт. Ослабляющим тревожное ожидание действием обладает и метод контрастного самовнушения по М.Л.Танцюре (1956) [214]. Его использование применительно к синдрому тревожного ожидания неудачи, проявляющегося, например, эрекционными нарушениями, заключается во внушении себе больным в обстановке интимной близости, что напряжение члена у него не возникнет как бы он к этому не стремился. Об успешном применении контрастного самовнушения при психогенных сексуальных расстройствах у мужчин сообщают И.М.Виш, В.Я.Романюк, В.Н.Селезнев (1982), которые, использовав его у 38 больных, в 32 наблюдениях отметили полное выздоровление, а в 6 – улучшение [48] . Ослабляющим тревожное ожидание неудачи действием обладают также методы «гинекологическое положение» и «медовый месяц» [277, 278, 279]. Первый из названных методов использовался в тех случаях, когда другие психотерапевтические воздействия не давали эффекта. Метод «медовый месяц» представляет собой разновидность метода «мнимый запрет», однако в отличие от последнего, где половые акты запрещается проводить, как правило, в течении недели, врач не разрешает попытки к их проведению в течение месяца. Затем больному обещают назначить лечение.В течение же этого месяца пациент почти сразу после прихода домой должен ложиться со своей партнершей в постель и находиться там с ней до утра. Это время значительно превышает то, которое занимает ночной сон. В вечернее время больному рекомендуют, лежа в кровати с

женщиной, смотреть телевизор, читать и т.п. Это делается с той целью, чтобы он укладывался в постель не с намерением совершить половое сношение, а в целях взаимно приятного времяпрепровождения. В этих условиях пациент, освобожденный от ответственности, связанной с необходимостью осуществления сношения, привыкший к постоянному телесному контакту с партнершей и с надеждой ожидающий начала лечения, постепенно ощущал снижение тревоги, что часто приводило к нарушению запрета и совершению полового акта при хорошей эрекции. Это вселяло веру в свои силы и ликвидировало лежащий в основе расстройства страх. Этот метод, как и предыдущий, был назван К.Имелинским ассоциированным, так как он применяется в сочетании с разъяснительной психотерапией и скрытой суггестией. С.И.Грошев (1967) предложил метод для ликвидации ускоренного семяизвержения, обусловленного синдромом тревожного ожидания неудачи [73]. Механизм его терапевтического влияния состоит в отвлечении мужчины от тревожных мыслей о возможной сексуальной неудаче, достигаемом с помощью вербального раскрепощения, заключающегося в свободном высказывании слов восхищения партнершей. С.В.Владимиров-Клячко (1972) поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний петтинга, который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает ответственность за качество полового акта, а, следовательно, нейтрализует фактор тревожного ожидания неудачи [50]. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения ею мужа при его затруднениях.

По мнению Т.А.Невзоровой (1971), З.В.Рожановской (1987), поскольку любое половое нарушение сопровождается невротической реакцией, рекомендуется применять медикаментозные средства, нормализирующие равновесие возбудительно-тормозных процессов [179,197,198,200]. Однако назначение сугубо седативных препаратов (элениума, седуксена) они считают

нежелательным, учитывая их депотенциирующее действие, и отдают предпочтение бромидам и кофеину в различных вариантах прописи.

В комплексной терапии половых нарушений у женщин, как считает автор, следует уделять внимание состоянию сексуальных рецепторов. Если чувствительность периферических рецепторов эрогенных зон – определяется, в основном, психологической установкой пациентки на партнера и половое сближение, то способность к переживанию оргазма в значительной степени зависит от анатомического и функционального состояния половых органов женщин. При многих видах сексуальных расстройств у женщин показана гимнастика для укрепления мышц тазового дна, а также физиотерапевтические методы повышения чувствительности сексуальных рецепторов. Хорошо зарекомендовало себя применение электровибратора, с помощью которого удается повысить чувствительность не только избирательных сексуальных рецепторов в области женских гениталий, но и чувствительность периферических эрогенных зон. Автор предлагает также аутомассаж клитора с использованием тестостероновой мази с целью повышения его чувствительности до появления сексуальных ощущений, относя его к физиотерапевтическим методикам. Использование всех этих средств, повышающих чувствительность сексуальных рецепторов, показано при вагинизме, имеющем истерический механизм развития и сочетающемся с алибидемией и аноргазмией.

Большое значение для формирования сексуальных ощущений, по мнению З.В.Рожановской, имеет общий тонус организма, поэтому в комплекс лечебных мероприятий должна быть включена общеукрепляющая и стимулирующая терапия , как медикаментозная (фитин, фосфрен, лецитин, витамины, адаптогены), так и рациональный режим питания, труда и отдыха, лечебная физкультура, массаж, гидропроцедуры, локальная декомпрессия [19, 87, 89, 118, 127, 202].

Основным принципом терапии сексуальных расстройств у женщин, по мнению многих авторов [25, 79, 118, 137, 197] является комплексное воз-

действие на все звенья патологического процесса: на психику, эндокринную систему (при ее дефицитарности) и уро-генитальный аппарат. При этом психотерапия остается основным методом коррекции любых половых расстройств и в первую очередь –вагинизма и виргогамии. Однако до настоящего времени не разработаны дифференцированные психотерапевтические методы лечения невротических расстройств при виргогамии с учетом личностных, психологических и социо-культуральных особенностей.

Таким образом, обзор литературы показал, что многие аспекты проблемы виргогамии остаются недостаточно изученными. Это касается разработки как теоретических основ учения супружеских дисгармоний, в частности, виргогамий, по поводу которых существуют немногочисленные, односторонние научные взгляды исследователей, так и вопросов лечения виргогамии и связанных с ней невротических расстройств. Несмотря на то, что данное состояние бесспорно обусловлено невротическими нарушениями, не изучена синдромальная структура, синдромообразование. Недостаточно освещены вопросы психологических особенностей лиц, состоящих в девственном браке и особенности вегетативного обеспечения организма. Практически не изучено влияние социо-культуральных факторов на формирование виргогамии в условиях Узбекистана. Это и послужило основанием для выбора цели настоящего исследования.

ГЛАВА 2
МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика обследованных больных

Для решения поставленных задач нами за период 1998 по 2003 год были обследованы 206 лиц [99 (48,1%) мужчин и 107 (51,9%) женщин], состоящих в девственном браке (основная группа) и обратившихся за амбулаторной психотерапевтической помощью с жалобами невротического характера на кафедру психиатрии и психотерапии ТашИУВ (база – клиническая психиатрическая больница городского управления здравоохранения), в консультативную поликлинику "Nikoh va oila" г.Ташкента (договор о научном сотрудничестве на 1999-2002 г.г., протокол №5 от 12.10.1999), в частное научно-производственное предприятие «Инфарммадад», в клинику «Доктор Д» со статусом ООО (договор о научном сотрудничестве на 1998-2003 г., протокол №5 от 14.10 1998, пр.№2 от 10.05.2001г., протокол № 9 от 5.09.2002). Супружеских пар было 83 [166 (80, 6%) больных]. Возраст больных колебался в пределах от 16 до 47 лет (средний возраст обследованных больных составил 23,4±0,3 года: мужчин - 25,1±0,4 года; женщин - 21,8±0,4 года). Стаж супружеской жизни составлял от 1 месяца до 17 лет (средняя продолжительность виргогамии составила 1,77±0,18 года).

Критериями отбора служили:

1) наличие у супругов «девственного брака», причем статус виргогамии установлен гинекологом, урологом в результате их осмотра, подразумевающий отсутствие органической патологии со стороны уро-генитального аппарата;

2) наличие у супругов невротических расстройств в ответ на реальную психотравмирующую ситуацию сексуального характера до или после брака;

3) отсутствие каких-либо психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий, психопатий до возникновения невротических расстройств.

Основным в этом состоянии, как это следует из его названия, является нарушение способности супругов начать половую жизнь в течение длительного времени. Идеаторное ядро этого ожидания определяет соответствующее психо-эмоциональное состояние. Указанное состояние у супругов максимально выражено в обстановке первой интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

Помимо больных основной группы, для сравнительной оценки психологических, вегетологических и гормональных показателей обследованы 30 практически здоровых лиц в возрасте 21 - 40 лет без каких-либо копулятивных нарушений в дебюте половой жизни (контрольная группа). К обследованию и лечению супружеская пара привлекалась одновременно.

Распределение основного контингента больных в зависимости от возраста к моменту обследования представлено в таблице 2.1.

Данные таблицы свидетельствуют, что преобладающее большинство больных к моменту обследования находились в молодом возрасте, являющемся наиболее активным и перспективным периодом социальной жизни человека.

Распределение основного контингента больных в зависимости от уровня образования представлено в таблице 2.2.

Таблица 2.1. Распределение больных в зависимости от возраста к моменту обследования

Возраст больных, лет	Количество больных	
	Абс.	%
До 20	50	24,3
21-25	105	50,9
26-30	44	21,4
31-35	4	1,95
36-40	1	0,5
41-46	2	1,0
ВСЕГО	206	100,0

Таблица 2.2. Распределение больных в зависимости от уровня образования

Образование	Количество больных	
	Абс.	%
Неполное среднее	26	12,6
Среднее	63	30,6
Средне-специальное	55	26,7
Незаконченное высшее	27	13,2
Высшее	35	16,9
ВСЕГО	206	100,0

Как видно из таблицы 2.2, уровень образования супругов был достаточно высоким. Так, 63 (30,6%) больных имели среднее образование, 55 (26,7%) - среднеспециальное, 62 (30,1%) – незаконченное высшее и высшее.

Таблица 2.3. Распределение больных в зависимости от социального-статуса

Социальный статус	Количество больных	
	Абс.	%
Студенты	35	17
Рабочие	55	26,7
Колхозники	18	8,7
Служащие	42	20,4
Нигде не работающие	56	27,2
ВСЕГО	206	100,0

Как видно из таблицы 2.3, большинство больных к моменту обследования нигде не работали. Большую часть больных занятых общественно полезным трудом составляли рабочие и служащие, работающие по специальности, что наглядно видно из представленной выше таблицы.

2.2. *Методы исследования*

Обследование супружеских пар мы осуществляли с позиции системного подхода, принимая во внимание многомерность обеспечения сексуальной функции и ее парный характер.

У всех супругов было проведено всестороннее комплексное обследование, включавшее изучение психического статуса супругов, а также специальное сексологическое, психологическое, вегетологическое, гормональное и социологическое исследование. С этой целью разработана амбулаторная карта обследования супругов, состоящих в девственном браке, который приводится ниже.

Амбулаторная карта обследования больного виргогамией.

Больной

Дата рождения

Адрес, телефон

Место работы, должность

Образование

Дата вступления в брак

Дата обращения

Диагноз

Жалобы

Наследственность

Беременность и роды у матери

Родительская семья

Раннее развитие и болезни этого периода

Ролевые игры

Успеваемость

Характер в детстве

Характер в настоящем

Развитие либидо

Платонического

Эротического

Сексуальный компонент либидо

Эротические сны и фантазии

Оргазм (понятие, испытала или нет)

Мастурбация (понятие, факт мастурбации, чем закончилось)

Поллюции

Спонтанные эрекции

Петтинги

Представления о сексуальной норме черпала из книг, из литературы, из разговоров)

Экзогенные вредности

Сексуальная активность

Взаимоотношения в семье

Особенности сексуального поведения при первом пол акте:

Психический статус.

Невербальное поведение

Отношение к беседе на сексуальную тему, степень открытости:

Голос, речь, мышление, внимание:

Настроение, аффективные реакции

Интеллект

Продуктивная психопатологическая симптоматика

Неврологический статус

Черепно-мозговые нервы:

Рефлексы

Патологические феномены

Дермографизм

Исследование вегетативн.н.с.

Менструации, отношение к первой менструации, к первой эякуляции

Заключение гинеколога (уролога)

Антропометрические данные:

Морфограмма

Вторичные половые признаки

Молочные железы

Оволосение:

Аксиллярной области, на лобке

Трохантерный индекс

Проба на супинацию по Жерико

Соматический статус

Психический статус

Растройства психики

Данные психологического обследования:

МиФ:

Тест «Руки»:

Кодирование:

Тест Шихана

Шкала ценностных ориентаций:

быт

культурные интересы

профессиональные интересы

сексуальная сфера

Объем оказанной психотер. помощи

Диагноз:

2.3. Особенности клинического обследования лиц с виргогамией

Всем супругам было проведено клиническое обследование, включавшее изучение психического статуса супругов. Непосредственное клиническое обследование больных сочеталось со сбором объективных сведений, амбулаторных карт. Специальное клиническое исследование было направлено на изучение формирования виргогамии и клинико-динамических аспектов невротических расстройств, связанных с началом половой жизни или с сексуальным дебютом.

Изучение психического статуса супругов, состоящих в девствен-

ном браке, показало, что во всех случаях наблюдались отчетливые патологические сдвиги в психическом состоянии, не достигающие психотического уровня, но обладающие всеми признаками неврозов и укладывающиеся в рамки характерных для них психопатологических синдромов. Однако в одних случаях первые признаки невротических нарушений отмечались еще задолго до сексуального дебюта и факт вступления в брак выступал как один из очередных психотравмирующих факторов. В этих случаях невроз имел тенденцию к затяжному течению [155,183], с характерной стабильностью клинической картины неврозов. В других случаях невротические расстройства возникали остро под воздействием значимой, «тяжелой» на тот момент психотравмирующей ситуации, в дебюте половой жизни, непосредственно были связаны с первым неудачным половым контактом, то есть сексуальным «провалом» при вступлении в брак.

Это дало основание для разделения обследуемых больных с учетом патогенетических механизмов развития неврозов на две группы: 1-ю составили 50 (24,3%) больных, с затяжными невротическими состояниями, предшествовавшими виргогамии (средняя давность составила 4,62±0,56 лет); 2-ю – 156 больных (75,7%) больных с невротическими реакциями обусловленными виргогамией (средняя давность составила 0,87±0,07 лет).

Такое разделение на группы давало возможность провести сравнительное изучение условий возникновения виргогамии и связанных с ней невротических расстройств, что могло бы иметь важное значение для психиатрической практики при разработке мер профилактики неврозов, а также проследить особенности формирования и динамики невротических расстройств при этих качественно различных состояниях для дифференциации психотерапевтической помощи супружеским парам.

2.4. Особенности сексологического обследования лиц с виргогамией

Сексологический метод исследования заключался в оценке комплекса признаков, характеризующих сексуальное развитие в допубертатном, пубертатном, постпубертатном и половозрелом возрасте. Клинико-сексологический и антропометрический методы позволяют обнаруживать и определять характер и оценивать своевременность и адекватность проявлений сексуальности как в соматической, так и психической сферах. В качестве эталонных рассматривали сроки созревания, укладывающиеся в пределы, соответствующие векторной шкале половой конституции.

С целью изучения сексуальной гармонии супружеских пар нами применялся системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары [147], который принципиально соответствует структурному анализу сексуальных расстройств, разработанному Г.С.Васильченко (1977) [78].

С учетом многомерности обеспечения сексуальной гармонии выделяется четыре ее компонента: социальный, психологический, социально-психологический и биологический [145]. Социальный компонент определяется уровнем общей и сексуальной культуры, социализацией сексуальности, сложившейся дифференциацией мужских и женских ролей, стереотипов мужественности и женственности и оценивается в зависимости от состояния социо-культуральной, информационно-оценочной и сексуально-поведенческой составляющих. Состояние психологического компонента оценивается ролью психологических факторов (осознаваемых и неосознаваемых), особенностей личности в развитии и проявлении сексуальности каждого из супругов и степенью их соответствия. Состояние социально-психологического компонента обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием малой группы, т.е. семьи, уровнем межличностных отношений супругов и его влиянием на их сексуальное поведение. Биологический компонент определя-

ется состоянием анатомо-физиологической регуляции сексуальных функций. Смысл системно-структурного анализа сексуальной гармонии состоит в определении сохранности каждого из ее компонентов, вычленении (по отдельным составляющим каждого из названных компонентов) факторов, участвующих в организации сексуальной дисгармонии, с учетом формируемой этими факторами структуры патогенного влияния, обуславливающего сексуальную дисгармонию. Все это дает возможность осуществлять ее многомерную и дифференцированную коррекцию.

2.5. *Психологические методы исследования*

Экспериментально-психологическое обследование было проведено 54 больным [24 (48,0%) больным 1-й группы и 30 (19,2%) больным 2-й группы] с невротическими расстройтвами, состоящим в девственном браке. При проведении психологических исследований мы сделали ударение на изучение половой идентичности и ее базовых образований у супругов, состоящих в девственном браке, так как нарушение последней является важнейшим фактором в возникновении состояний психологической дезадаптации и отражается на дисгармонии в различных сферах – межличностных отношениях, психическом и личностном здоровье человека [44,45].

Применялись следующие психологические методики.

1) «МиФ» (маскулинность/фемининность);

2) Методика "Кодирование";

3) Тест «руки» (модификация);

4) Изучение ценностных ориентаций супругов.

Модификация методики «МиФ» базируется на перечне маскулинных и фемининных качеств предложенных Т.Л.Бессоновой (1994), которая основывалась в своем исследовании на модели полоролевой андрогинной личности S. Bem (1975) [20,241]. В 1974 году S.Bem ввела понятие андрогинии для обозначения сочетания высоких показателей маскулинности и фемининности.

Предложенный ею тест фиксировал маскулинность и фемининность как независимые, ортогональные измерения личности. В последовавшей затем серии исследований было показано, что при оптимальной выраженности андрогиния обеспечивает в современных культурах большую социальную гибкость и адаптивность, а высокая фемининность у женщин и высокая маскулинность у мужчин часто связаны с нарушениями социальной и психологической адаптации. Высокомаскулинные мужчины обнаруживают высокую тревожность в зрелом возрасте и менее способны к лидерству. Высокие показатели по шкале своего пола обычно связаны с меньшей успешностью в приписываемой другому полу деятельности. Однако и при андрогинии есть свои проблемы. Выраженно андрогинные женщины больше ориентированы на успех и более доминантны, но у них ниже уровень личностной защиты. У выраженно андрогинных мужчин, напротив, уровень личностной защиты выше. В целом же андрогиния влияет на поведение мужчин и женщин неодинаково [273]. В то же время, C.Edwins et al. (1980) считают, что наличие маскулинных атрибутов более существенно для социальной адаптации по сравнению с балансом маскулинности и фемининности [241]. В литературе неоднократно отмечалось, что тест BSRI (Bem SexRole Inventory) относится к наиболее эффективным методам исследования половой идентичности и предсказывает такие аспекты маскулинности/ фемининности, как инструментальность и экспрессивность, особенности самоотношения и самоуважения [54,88,132,273].

Тест основан на классической структуре «Я-концепции»:

«Я- реальное» – наиболее глубокая поло-ролевая эго-идентичность, базовая половая идентичность, отражающая то, что означает личность человека, как представителя определенного пола для самого себя.

«Я- идеальное» – набор индивидуальных установок индивида на то, каким он хотел бы быть.

«Я- рефлексивное» - совокупность субъективных представлений индивида о том, каким его видят другие.

В качестве стимула выступает недостаточно структурированный вербальный материал из 21 прилагательного (7 из них отражают маскулинные качества, 7 – фемининные, 7 – нейтральные), каждому из обследуемых предлагается закончить предложение («На самом деле Я...», «Хотелось бы чтобы я был...», «Мужчина должен быть...», «Женщина должна быть...», «Мужчины считают что Я...», «Женщины считают что я...», «Мой реальный сексуальный партнер...», «Хотелось бы чтобы мой сексуальный партнер был...») и оценить получившееся высказывание по степени выраженности, что в дальнейшем шкалируется по баллам и позволяет представить расположение выделенных образов в двумерном семантическом пространстве маскулинности-фемининности.

В ходе исследования были предложены дополнительные шкалы, позволяющие развести рефлексивное на две составляющие: «Мужчины считают, что я...» и «Женщины считают, что я...», что может отражать особенности отношения индивидуума с различными референтными группами. Также предложено рассмотрение в рамках системы поло-ролевой идентичности характеристик «реального» и «идеального» объектов сексуального влечения, которые можно было бы рассматривать в системе координат маскулинности/фемининности и их отношения к базовым конструктам поло-ролевой идентичности.

Кроме того, введены дополнительные шкалы, позволяющие исследовать индивидуальные представления о поло-ролевых нормах субъектов и анализировать специфику влияния этих норм на поло-ролевое поведение и на реальную оценку своих поло-ролевых качеств (а именно, соотнесение этих ролевых норм с «Я- идеальным» и с «Я- реальным» обследуемого).

При обработке результатов производится подсчет профиля маскулинности/фемининности по каждой из категорий, особое внимание при этом уделяется анализу семантической близости между различными образами «Я» и составляющими поло-ролевой идентичности в рамках психологиче-

ского пространства маскулинности/феминности.

Структурный анализ поло-ролевой идентичности в этой методике производится путем расчета семантической близости (в тестовых единицах пространства маскулинности/феминности) между образующими полового самосознания. Так, например, близость образов «Я- идеальное» и «Мужчина должен быть» может свидетельствовать о значимости для испытуемого образа мужчины, о включенности мужского поло-ролевого стереотипа в ценностную систему индивида.

Содержательный анализ позволяет определить пропорцию М/Ф в каждом из образов (Я-реальное, Я-идеальное), определить дифференцированность поло-ролевых составляющих (м/ф) в различных структурах полового самосознания.

Подсчет по категориям производится в «сырых» баллах, расстояния подсчитываются в тестовых единицах, путем расчета расстояния между точками в пространстве маскулинности/феминности. Минимальное значение – 7 баллов, максимальное –28 баллов, показатель выраженности м/ф – 17 баллов [20].

Методика позволяет рассматривать целостную систему полового самосознания:

1. Полоролевая идентичность – соотношение уровня маскулинности/феминности «Я- реального» в методике МИФ.

2. Полоролевые стереотипы – соотношение маскулинности/феминности образа «Мужчина должен быть», «Женщина должна быть» соответствие этого образа культуральным поло-ролевым стереотипам.

3. Полоролевое поведение – паттерны поведения индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин и женщин, или корреляты этих стереотипов «Мужчины считают что я...», «Женщины считают что я...».

4. Полоролевые предпочтения – соответствие ценностных структур нормативным (структура «Я- идеального», семантическая близость конструк-

тов «Я- идеальное» и «Мужчина должен быть», «Женщина должна быть»).

5. Сексуальные предпочтения – дифференцированность образов «реального» и «идеального» сексуального партнеров, соответствие их полоролевым стереотипам.

В качестве основы модифицированной методики "Кодирование" была взята техника "проективный перечень" З.Старовича (1991), предлагающего в качестве "нетрадиционного" и "не рутинного" дополнения к процессу судебно-сексологического обследования использовать ее для психологического исследования личности [210]. Данная техника применялась для изучения самооценки обследуемого, выяснения его позиции по отношению к собственному и противоположному полу, сексуальным партнерам.

Методика "Кодирование" может использоваться для изучения особенностей межличностного восприятия, самовосприятия, а также служить инструментом исследования представлений об образах потенциальных и реальных объектов сексуального влечения. Кроме того, методика позволяет выявить степень интериоризованности полоролевых нормативов, их дифференцированность, эмоциональное к ним отношение.

Обследуемому предлагается подобрать ассоциацию к каждому из стимулов, таким образом, как бы "закодировать" стимульный объект в рамках предлагаемых классов понятий. В качестве основных стимулов выступают следующие объекты: "Я", "Мужчина", "Женщина", "Ребенок" (перечень объектов для "закодирования" может меняться в зависимости от конкретной задачи).

Ассоциативный поток определяется рамками следующих классов-понятий: «Неодушевленный предмет», «Травянистое растение», «Дерево», «Животное», «Музыкальный инструмент», «Геометрическая фигура», «Сказочный персонаж», «Амплуа артиста цирка». В рамках каждой категории необходимо предложить такой ассоциативный образ, который по каким-либо имеющимся свойствам или признакам с точки зрения обследуемого наиболее полно отражает и характеризует тот или иной «кодируемый» объект.

Структурный анализ результатов теста направлен на исследование четкости к дифференцированности представлений об образах «Мужчины», «Женщины», «Ребенка». При обработке результатов теста в качестве параметров структурного анализа выделяется наличие ассоциативно-семантической близости стимулов (ассоциативное пересечение понятий), определяемых через степень совпадения ответов, где степень подобия объектов анализа устанавливается через сходство данных на них ассоциаций [189]. Рассматриваются особенности идентификации с образами «Мужчины», «Женщины» и «Ребенка». Так, например, пересечение образов «Я» и «Женщина» у обследуемого мужчины может свидетельствовать об идентификации с женскими стереотипами, в то время как пересечение образов «Я» и «Мужчина» – об идентификации с мужскими полоролевыми стереотипами. Пересечение образов «Я»«Ребенок» говорит о незрелости личности обследуемого, его инфантильности. Немаловажным показателем недостаточной когнитивной дифференцированности половой роли является ассоциативно-семантическая близость образов «Мужчина» и «Женщина».

Содержательный анализ предполагает выделение и анализ таких индивидуальных особенностей переживания образа «Я», как «Доминирование», «Зависимость», «Сопротивление», «Трансформированность».

Для выявления и анализа эмоционального отношения к образам «Мужчины», «Женщины» и «Ребенка», фиксируются следующие аспекты:

Нейтральное восприятие – качество данных ассоциаций отличается формальностью, где нет акцентирования какой-либо аффективной окраски, а также отсутствием каких-либо эмоциональных суждений и оценок по отношению к «кодируемому» объекту;

Положительное восприятие – подчеркивание субъективно позитивных и приятных качеств этого объекта (например «Ребенок» – «Котенок», так как мягкий, пушистый, игривый и ласковый»).

Отрицательное восприятие – подчеркивание негативных аспектов объекта, наличие субъективных суждений и оценок отрицательного характера («Мужчина» – «Дуб, так как тупые как дерево, глупые»).

Амбивалентное восприятие – акцентирование одновременно как приятных и положительных, так и отрицательных качеств объекта («Женщина» – «Печка, так как – теплая, может согреть, но может и обжечь», «Осока –красивая, стройная, но можно порезаться», «Крапива – лечит и калечит», «Роза – красивый цветок, но есть шипы, о которые можно пораниться»).

Деперсонифицированное восприятие – включает в себя акцентирование косвенных, атрибутивных, неодушевленных или формальных признаков («Женщина» – «Деревянная кукла, как хочешь, так ей и играешь», «Норка, т.к. носит шубу такую», «Ребенок» – «Марионетка на ниточках»).

Рассматриваются обобщенные образы «мужчины», «женщины» и «ребенка» поскольку установка на обобщенного другого представляет собой тот паттерн реагирования в человеческом взаимодействии, который реализуется в общении с конкретным человеком [61]. Кроме того, параметры, позволяют оценить четкость половозрастного восприятия объекта сексуального предпочтения.

Шкалирование результатов применения методики осуществляется в бинарной шкале, где наличие признака кодируется как «1», а отсутствие его – «0». Что в дальнейшем позволяет использовать непараметрические методы статистического анализа.

Тест «руки» известная проективная методика исследования личности, предназначенная для диагностики агрессивности, прогноза агрессивного поведения.

Идея создания теста принадлежит E. Wagner (1971), система подсчета очков и коэффициенты разработаны З.Пиотровским и

Б.Бриклиным. На данный момент существует определенное количество работ по изучению валидности и надежности теста руки. Среди наиболее известных отечественных работ, посвященных изучению диагностического потенциала и адаптации теста руки, следует назвать работу Н.А.Ратиновой (1989) [195].

Основу модификации теста руки составляет разработанная оригинальная система категориального описания имеющейся вербальной продукции на предъявляемые стимулы, где особое внимание отводится разграничению и фиксации специфических различий в ответах испытуемого [58,87,88]. Для каждой из 11ти классических шкал теста (AGR,DIR и др.) были выделены пять основных уровней (подкатегорий), фиксирующих особенности ассоциативных образов и переживаний различающихся по способу, форме и направленности приписываемых руке действий: 1) взаимодействие субъект-субъект; 2) взаимодействие субъект-объект;

3) действие, направленное на себя; 4) взаимодействие или действие незавершенное, конфликтное, символическое; 5) отсутствие действия, описательная характеристика.

Обследуемому предлагается сказать: «Что, по Вашему мнению, эта рука делает?», «Что может означать этот жест?». Если обследуемый затрудняется с ответом, ему предлагают следующий вопрос: «Как Вы думаете что делает человек, которому принадлежит эта рука? Назовите все варианты, которые Вы можете представить». С целью достижения действительного понимания обследуемым поставленной перед ним задачи, инструкции в той или иной степени могут варьироваться. После того, как обследуемым воспроизводится тот или иной ответ, для получения более полной и глубокой информации, а также для избежания какой-либо двусмысленности, неясности, ему предлагается представить и описать ситуацию, в которой происходит то или

иное действие руки, то есть некоторое «раскрытие» образа, данного обследуемым для выяснения и уточнения, указанных выше задач.

Подсчитывается общее количество ответов, данных обследуемым.

Далее осуществляется формализация каждого ответа к тому или иному категориальному уровню (подкатегории). Вычисляется общее количество ответов по агрессивности как по имеющимся уровням (например: agr1+agr1), а затем общее количество ответов всей категории в целом (например: agr1+agr2+agr3+agr4+agr5).

Методика позволяет выявить степень выраженности различных форм личностной агрессивности – инструментальный и экспрессивный тип, предметно-направленный, аутоагрессия, асоциальные тенденции. Кроме того методика позволяет изучить различные эмоциональные проявления личности.

Ценностные ориентации супругов изучались с помощью шкалы ценностных ориентаций, входящей в карту сексологического обследования мужчины и женщины, разработанный Всесоюзным научно-методическим центром по вопросам сексопатологии (Г.С.Васильченко, 1978) [39].

2.6. Исследование состояния вегетативной нервной системы

Клиническое обследование супружеских пар, направленное на выявление признаков вегетативных нарушений, заключается во внешнем осмотре, при котором обращают внимание на состояние кожных покровов (цвет, оволосение, влажность, сальность, исследование местного дермографизма). При расспросе следует обращать внимание на жалобы в виде чувства онемения в конечностях, приступы сердцебиения, головных болей, ощущения нехватки воздуха, обморочные состояния, повышенную потливость и нарушение сна. Исходя из этого состояние вегетативного тонуса изучали по традиционной таблице А.М.Вейна

(1991). В последующем, вычислялась сумма симпатических и парасимпатических расстройств математическим методом согласно формуле:

$$Pc = \frac{0.5 - \frac{Nn}{233}}{1 - \frac{Nn + Nc}{233}} \bullet 100\ \%; \qquad Pn = 100\ \% - Pc$$

где Nn - число баллов, свидетельствующих о наличии парасимпатических симптомов; Nc - число баллов, свидетельствующих о наличии симпатических симптомов; 233 - сумма баллов симптомов; Pc – вероятность преобладания симпатических проявлений; Pn – вероятность преобладания парасимпатических проявлений.

При обследованиях супругов на предмет выявления наличия и количественной выраженности СВД, наиболее удобными являются стандартизированные вопросники, рекомендуемые для эпидемиологических обследований Всероссийским центром вегетативной патологии [45], заполняемые самими пациентами и схемы, по которым проводится врачебное обследование.

Приведенные напротив каждого вопроса или пункта результаты клинического исследования по схеме, в случае положительного ответа на поставленный вопрос или наличия данного симптома при обследовании, после заполнения вопросника и схемы суммируются и выводится суммарная бальная величина имеющихся проявлений СВД. При сумме баллов по вопроснику выше 15, а по схеме выше 25, результат расценивается как положительный, т.е. у обследуемого имеется СВД. Чем выше балльная величина результатов этих исследований, тем более выражен СВД. Как видно из вопросов и характера клинических симптомов, выявляемых по схеме, они касаются изучения различных систем организма и отражают наиболее яркие признаки вегетативной дисфункции в данной проблеме.

Это вполне адекватный метод для выявления СВД, позволяющий получить комплексную количественную информацию о вегетативной дис-

функции в организме на межсистемном уровне.

2.7. Оценка состояния психоэмоциональной сферы

Известно, что функциональное состояние ВНС находится в тесной корреляции с психо-эмоциональным состоянием, а именно состоянием тревожности в психо-эмоциональной сфере. В частности, более высокому уровню тревоги соответствует более выраженная вегетативная активация в организме и наоборот. Кроме клинической оценки состояния психо-эмоциональной сферы супругов, для комплексной оценки психо-вегетативных взаимоотношений использована шкала самооценки тревоги Шихана [311]. Тест включает 35 стандартных вопросов и 4 варианта ответа: отсутствие того или иного симптома, его периодическое появление, его частая встречаемость и практически постоянное беспокойство по этому поводу. В дальнейшем происходит суммация всех баллов по специальному ключу и определяется в баллах выраженность личностной тревожности, при этом нормативом является предел 30 баллов. Уровень тревоги выше 30 баллов обычно считают аномальным, а выше 80 – высоким.

2.8. Исследование нейрогуморальной регуляции. Методика гормональных исследований

С помощью радиоиммунного метода в сыворотке крови определялось содержание половых гормонов эстрадиола, прогестерона и тестостерона, а также гонадотропных гормонов гипофиза – фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) и лютеинизирующего гормона (ЛГ). Концентрация исследованных гормонов выражалась в единицах 2-го международного стандарта человеческого менопаузального гонадотропина на 1 л сыворотки – МЕ/л. Эти исследования проводились в радиоиммунных лабораториях института Эндокринологии АН РУз, II-ТашГосМИ и ООО «Доктор Д».

2.9. Исследование социальной сферы супругов

Социологические исследования преследовали цель определить стаж супружества, изучить прочность семейных отношений, семейную среду, уровень образования супругов, их трудовую деятельность, социальные связи, взаимоотношения с коллективом и влияние виргогамии на эти характеристики.

2.10. Математические методы анализа

Для оценки достоверности результатов исследования использовались методы вариационной статистики с применением таблицы Стьюдента, коэффициент сопряженности Пирсона (С) для определения связи между количественными и качественными показателями. Все расчёты выполнены на персональном компьютере с применением программы EXCEL.

ГЛАВА 3
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАТЯЖНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ПРЕДШЕСТВУЮЩИХ ВИРГОГАМИИ

Данная клиническая группа [50 (24,3%) больных: 27мужчин и 23 женщин], состояла из супругов, состоящих в девственном браке, у которых те или иные проявления невроза имели место еще до вступления в брак. Как правило, длительность невроза составляла свыше 3-х лет (средняя давность виргогамии 4,62±0,56 лет). Общий средний возраст больных 1-й группы составил 26,2±0,6 лет (средний возраст мужчин 27,7±1,0; средний возраст женщин 24,5±0,9). Прежде, чем приступить к рассмотрению клинических особенностей заболевания у лиц виргогамией 1-й группы, считаем целесообразным провести статистический анализ предшествующих данному состоянию биологических факторов, способных оказать влияние на его клинику и динамику. В число предшествующих факторов были включены наследственная отягощенность психическими заболеваниями, перенесенные соматические заболевания, а также преморбидный тип личности, рассматриваемый в настоящее время в качестве одного из основных факторов патогенеза неврозов [220].

У 8 (16%) больных выявлена наследственная отягащенность психической патологией (алкоголизм, невроз, психопатия, эпилепсия). У остальных 42 (84%) больных наличие наследственной отягощенности не обнаружено. Причем, у 4 (8%) больных выявлялась наследственная отягащенность алкоголизмом, у 2 (4%) больных – неврозом, у 1 (2%) психопатией и у 1 (2%) эпилепсией.

Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм и предшествующих неврозу хронических соматических заболеваний выявилось у 16 (32%) больных

1-й группы. До формирования невротических расстройств черепно-мозговые травмы имели место у 3 (6%) больных, носили характер сотрясения головного мозга с кратковременной потерей сознания в остром периоде и не сопровождались какими-либо психопатологическими изменениями в отдаленном периоде. При изучении соматического статуса у 6 (12%) больных 1-й группы был выявлен хронический тонзиллит и ревматизм, соответственно у 4 (8%) – хронический гепатит, у 3 (7,7%) хронический холецистит. Степень выраженности указанных заболеваний была незначительной.

Непосредственное клиническое изучение и анализ преморбидных особенностей личности показал наличие у большинства больных 1-й группы тех или иных патохарактерологических черт, не достигавших по своей выраженности степени психопатии, позволивших отнести таких пациентов к «акцентуированным личностям» [163, 164, 294].

Таблица 3.1. Распределение больных 1-й группы в зависимости от преморбидного типа личности

Преморбидный тип личности	Муж.	Жен.
Синтонный	9	7
Психастенический	8	8
Астенический	5	2
Шизоидный	3	1
Аффективный	2	3
Истерический	-	2
Всего	27	23

Данные таблицы 3.1 и рисунка 3.1 свидетельствуют, что наибольший удельный вес среди больных 1-й группы независимо от пола, составили лица с синтонными, психастеническими, астеническими (у мужчин) и аффективными (у женщин) чертами характера в преморбиде.

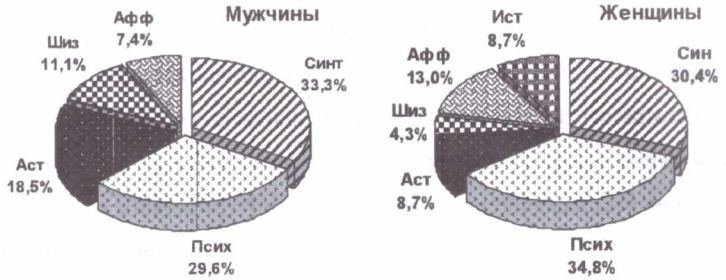


Рис. 3.1. Соотношение больных 1-й группы в зависимости от преморбидного типа личности.

Синтонные личности (9-33,3% мужчин; 7-30,4% женщин) отличались жизнерадостностью, уравновешенностью, общительностью, приветливостью и оптимизмом. Они свободно проявляли свои эмоции, легко и удобно чувствовали себя в любом обществе. Ценили житейские удовольствия и развлечения, принимали жизнь такой, как она есть. В общении с близкими отличались бесхитростностью, мягкосердечием и покладистостью.

Психастеническим личностям [8 (29,6%) мужчин и 8 (34,8%) женщин] были свойственны тревожная мнительность, боязливость, робость и застенчивость, впечатлительность и ранимость, неуверенность в себе и нерешительность, склонность к самоанализу, сомнениям и опасениям. Они проявляли излишнюю способность к сопереживанию, состраданию, беспокоились за будущее.

Больные с астеническим преморбидным типом личности [5 (18,5%) мужчин и 2 (8,7%) женщин], обнаружили близкие по структуре к психастеническому черты характера, отличались большей раздражительностью, возбудимостью наряду с утомляемостью, истощаемостью и отвлекаемостью внимания.

Значительно меньший удельный вес среди больных 1-й группы составляли личности с акцентуацией характера по шизоидному, аффективному и истерическому типам.

Лица с шизоидной акцентуацией характера [3 (11,1%) мужчин напротив 1 (4,3%) женщин], имевшие сходство с психастеническими и астеническими личностями, отличались своей замкнутостью, малословностью, застенчивостью, узкой и односторонней направленностью интересов и внимания.

Больным с аффективным складом характера [2 (7,4%) мужчин, 3 (13,0%) женщин], были свойственны изменчивость настроения по незначительным поводам, яркость эмоциональных проявлений.

Больные с истерическим преморбидным типом личности [2 (8,7%) женщин] отличались эгоцентричностью, излишним вниманием к себе, эмоциональной неустойчивостью. Отношения супругов часто бывали капризными, неспособными на глубокую привязанность и непостоянными в проявлении чувств.

Корреляция между преморбидным характерологическим типом личности и клиническим вариантом затяжных неврозов была сильной (C=0,73; P<0,001).

Кроме того, выявлена корреляция между длительностью виргогамии у больных данной группы и преморбидным типом личности, соответствующая средней по силе связи (C = 0,55; P < 0,001). Так, личности с синтонным типом преморбида в силу своих характерологических особенностей раньше других обращались за психотерапевтической помощью (в сроки до 1 года), тогда как личности шизоидного типа – позже всех остальных (давность заболевания - свыше 10 лет).

Согласно данным исследования, у больных 1-й группы еще задолго до манифестации клинических признаков невроза в условиях трудноразрешимой, психотравмирующей ситуации отмечается формирование длительного психического напряжения. При этом в роли психотравмирующих факторов у мужчин выступают факты частой мастурбации половых органов и связанный с ним онанофобический комплекс, активизация воспоминаний имевшихся ранее сексуальных неудач, эпизоды болевых ощущений и «кажущихся» патологических изменений в половых органах, факты лечения у уролога по поводу про-

статита в прошлом, ятрогении, нарушение адекватных сексуальных проявлений при эротических контактах, гомосексуальный эпизод в анамнезе.

У 16 (59,2%) больных мужчин 1-й группы, задолго до появления синдрома ожидания сексуальной неудачи отмечались отдельные сверхценные идеи: они считали себя недостаточно крепкими физически, были убеждены в собственной непривлекательности, были уверены в «малых» размерах полового члена (синдром "small penis"). Пессимизм, субдепрессивный фон настроения, тревога и страх появлялись при одной только мысли о женитьбе, предстоящем браке еще задолго до первого сексуального контакта или до вступления в брак. Данная категория больных как можно на долгий срок откладывали решение личной проблемы - вступление в брак, поэтому для них характерны «поздние» браки (средний возраст вступления в брак - 25±1,2 года).

В анамнезе у преобладающего большинства женщин данной группы выявлен факт ранней и частой мастурбации половых органов, рождения «в пятницу без девственной плевы» и как результат необоснованный страх отсутствия девственной плевы. Также в анамнезе имелись неудавшиеся попытки в изнасиловании, факты сильного испуга при виде эрегированного члена эксгибициониста, наличие устрашающей и неправильной информации о первом половом акте от окружающих лиц и т.д.

Таким образом, под воздействием «хронической» психотравмирующей ситуации и длительным психическим (аффективным) напряжением начинает неадекватно меняться система отношений личности, особенно отношение к переживаниям сексуального содержания и связанные с ними ситуациями, которые воспринимаются гипертрофированно и становятся наиболее значимыми для больного, принимая патогенное значение. В этот период происходит психическая дезадаптация личности, что дает основание говорить о наличии начального этапа заболевания, представленного необоснованными навязчивыми страхами сексуальной фиксации разной интенсивно-

сти. На данном этапе заболевания у больных сохраняется критическое отношение к навязчивым страхам вне фобической ситуации. В дальнейшем происходит усложнение навязчивых страхов в сверхценные страхи с отсутствием критического отношения больных к фобическим переживаниям и характерным избегающим поведением «фобических ситуаций», вплоть до полного отказа от общения с противоположным полом, разговоров о женитьбе и своих сексуальных «успехах», посещения вечеринок и «шумных» компаний, где, возможно, придется «утвердиться в мужской роли». В дальнейшем фобические явления затушевывались появлением аффективных расстройств в виде депресий. Любая малейшая психотравмирующая ситуация с сексуальным «уклоном» приводила к рецидиву невротических расстройств в виде психогенных депрессий.

При изучении психического статуса больных 1-й группы установлено, что стержневым расстройством являлась невротическая симптоматика, представленная психогенными депрессиями невротического уровня. У всех больных депрессивные состояния развились в условиях длительной, так называемой «хронической», как правило, неразрешимой психотравмирующей ситуации (отсутствие половой жизни) и отмечалась склонность к затяжному их течению. Для этих состояний был характерным неглубокий депрессивный аффект с отсутствием чувства витальной тоски и выраженной идеомоторной заторможенности. В картине депрессии преобладали слезливость, снижение активности и интересов, повышенная утомляемость, соматические недомогания. Причем больные сохраняли критическое отношение к болезни, к сложившейся ситуации, проявляли адекватные реакции оживления под влиянием приятных сообщений.

В клинической картине невротических депрессий собственно депрессивный аффект сочетался с рядом дополнительных психопатологических компонентов, выраженность которых придавала определенное разнообразие депрессивным синдромам и позволила выделить четыре клинических вари-

анта невротических депрессий (Табл.3.2, Рис.3.2):

1) депрессивно-фобический синдром [у 22 (44%) больного];
2) депрессивно-ипохондрический синдром [у 17 (34%)];
3) астено-депрессивный синдром [у 8 (16%)];
4) истеро-депрессивный синдром [3 (6%)].

Как следует из представленных в таблице 3.2 данных, чаще всего у супругов отмечался депрессивно-фобический синдром, затем депрессивно-ипохондрический, астено-депрессивный (у лиц мужского пола) и истеро-депрессивный синдром (у лиц женского пола).

Таблица 3.2. Распределение больных в зависимости от синдромальной характеристики невротических расстройств

СИНДРОМ	Мужчин	Женщин
Депрессивно-фобический	11	11
Депрессивно-ипохондрический	12	5
Астено-депрессивный	5	3
Истеродепрессивный	-	3
ВСЕГО	27	23

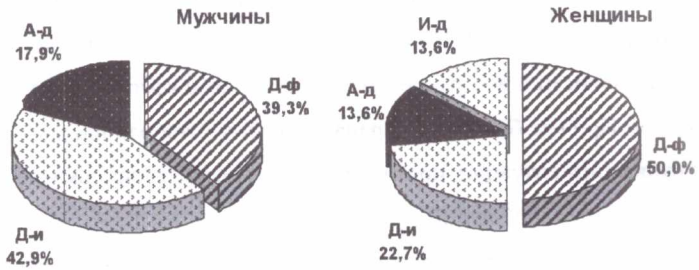


Рис.3.2. Соотношение больных 1 группы в зависимости от синдромальной характеристики невротических расстройств

У 22 больных (средний возраст - 25,2±0,7 года) данной группы отмечался депрессивно-фобический синдром, который развивался относительно остро непосредственно вслед за психогенным воздействием и характеризовался появлением чувства тревоги, страха с последующим нарастанием депрессивного аффекта. Средняя продолжительность данного невротического состояния - 4,0±0,7 года. Интенсивность депрессивного аффекта была подвержена значительным индивидуальным колебаниям. В случае наименее глубокого депрессивного аффекта, выражавшегося главным образом в чувстве удрученности, подавленности, в структуре синдрома преобладали тревожные компоненты, иногда сопровождавшиеся двигательным беспокойством. Такие больные не могли подолгу лежать или сидеть на одном месте, стремились к постоянно двигаться. Чувство страха нередко сочеталось с тревожными опасениями сексуальной неудачи.

Больные отмечали «наплыв» мрачных мыслей, полностью фиксированных на психотравмирующей ситуации, опасались новых несчастий или еще более неблагоприятного развития событий. Постоянными чувствами были беспомощность, неуверенность в себе, неполноценность в собственной личности. Все эти расстройства в обязательном порядке сопровождались нарушениями сна с крайне затрудненным засыпанием, частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями, а также разнообразными вегетативными нарушениями (потливость, тахикардия, нарушение аппетита, колебания артериального давления). Как правило, они могли продолжать трудовую деятельность, но становились нетерпеливыми, суетливыми, легко утомлялись, проявляли неспособность к длительной концентрации внимания на работе, часто отвлекались на тревожившие их мысли.

Депрессивно-ипохондрический синдром (17 больных; средний возраст - 27,4±0,9 года), характеризовался сочетанием неглубокого депрессивного аффекта с реактивно возникшими тревожными опасениями по поводу своего здоровья. Средняя продолжительность данного синдрома: 4,79±0,9 года.

В этих случаях на фоне депрессии, вызванной воздействием хронической психотравмирующей ситуации («провал"), появлялась ипохондрическая фиксация на своем здоровье, которой способствовали сопровождающие депрессию вегетативные нарушения (чувство слабости, тахикардия, потливость, дисфункция органов пищеварения).

Для данного клинического варианта невротической депрессии были характерны психогенно обусловленные болевые ощущения, возникающие под влиянием представлений. Такие больные испытывали боли или неприятные ощущения (покалывание, жжение, ползание «мурашек») в различных частях тела, в частности в половых органах. Как правило, больные стремились к многочисленным обследованиям у урологов, хотя и благоприятный результат обследований их не успокаивал, посещали врачей разных специальностей, с недоумением воспринимая утверждения об их физическом здоровье. У некоторых больных создавалось представление о нераспознаваемости и, следовательно, неизлечимости их заболевания, сопровождающееся суицидальными мыслями.

У всех больных динамика психопатологического состояния имела тесную связь с ситуационными факторами. Рассказы окружающих о чьей либо «половой несостоятельности» или бездетности, неосторожные замечания родственников, врачей или медперсонала способствовали усилению депрессивно-ипохондрической симптоматики.

У женщин депрессивный фон настроения сопровождался субъективными высказываниями о собственной неполноценности, ненужности, озабоченностью и неуверенностью в будущем своего брака, при этом высшую ступень иерархии мотивов занимало отсутствие детей. Если на ранних периодах совместной жизни превалировали тревожные расстройства, выражающиеся в возникновении эпизодов ожидания распада брака после «провала» первой брачной ночи, который являлся психотравмирующим моментом, то в дальнейшем по проишествии 2-3 лет, иногда более, невротические

реакции пациентов на половую несостоятельность, свою или супруга, становились менее выраженными.

Астенодепрессивный синдром (8 больных; средний возраст - 27,4±3,1 года) развивался постепенно в условиях неразрешимой для данной личности хронической психотравмирующей ситуации. Средняя продолжительность невротического состояния данного типа - 5,2±1,9 года. Как правило, его начальным проявлением была раздражительная слабость с чрезмерной возбудимостью по самому незначительному поводу, с легкой истощаемостью эмоциональных реакций. Больные предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, парестезии, тягостные ощущения в области поясницы, половых органов и т.д. Чрезмерная возбудимость сочеталась с повышенной утомляемостью, общей физической слабостью, невыносливостью к привычным нагрузкам, снижением работоспособности. Наблюдалась истощаемость внимания с жалобами на «забывчивость», «плохую память» Постоянными симптомами этого состояния были нарушение сна с уменьшением его глубины, затруднением засыпания, частыми пробуждениями, ощущением разбитости, сонливость по утрам. Легко возникали вегетативные реакции (сердцебиение, покраснение или побледнение лица, повышенное потоотделение, тремор век или вытянутых пальцев рук). В последующем у таких больных усиливалась слезливость, более заметно снижалось настроение. Больные выглядели подавленными, грустными, жаловались на судьбу.

Тем не менее, наличие астенических жалоб не мешало больным выполнять достаточно большой объем домашней работы или обязанностей, связанных с профессиональной деятельностью. У части больных наблюдалось характерное для невротической депрессии «бегство в работу», чтобы отвлечься от психотравмирующих переживаний.

В некоторых случаях угнетенное настроение сочеталось с более выраженной вялостью, безразличием и покорностью своей судьбе, более заметной психомоторной заторможенностью. Такие больные выглядели уг-

рюмыми, замкнутыми, неохотно, односложно отвечали на вопросы. Наблюдались более значительная фиксация мыслей на психотравмирующей ситуации и снижение побуждений к деятельности.

У 3 больных (средний возраст - 24,7±3,1 года), с преобладанием в клинической картине истерической симптоматики демонстративность поведения сопровождалось выразительной мимикой больных, ускоренной экспрессивной речью с патетическими интонациями, выразительными вздохами и наигранностью переживаний сексуального содержания на фоне сниженного настроения, при отсутствии глубокой тоски, идей самоуничижения, психомоторной заторможенности. В одних случаях поведение больных приобретало пуэрильный оттенок, в других легко возникали реакции протеста с раздражительностью, злобным аффектом. Жалобы больных на свое соматическое и психическое состояние носили гиперболизированный характер, им была присуща склонность к обвинению окружающих (родственников, друзей) в сложившейся ситуации.

Корреляция синдрома затяжного невроза с возрастом его развития позволила судить о достаточно большом влиянии этого признака на синдромальную структуру невротических расстройств и соответствовала средней по силе связи ($C = 0,58; P < 0,001$).

Для иллюстрации клинических особенностей невроза сформированного еще задолго до вступления в брак приводим наблюдение 1.

Больной З., 25 лет, состоит в девственном браке в течении 2х лет. Работает мастером по ремонту квартир по окончании строительного техникума. Жалобы на нарушение эрекции и обусловленное половым расстройством отсутствие половой жизни при сохранном либидо. Также больного беспокоят раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля над собой). Вспышки быстро сменяются общей слабостью, вя-

лостью, разбитостью, сниженным настроением. Отмечает и расстройства сна: трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями. После ночного сна тоже чувствует вялость и разбитость. Когда понервничает, нередко возникают головные боли. Отмечает некоторое снижение памяти. Считает себя больным (в общем плане) в течении 9,5 лет, когда впервые в 14 летнем возрасте стесняясь «утреннего эрегированного члена» насильно «погасил эрекцию силой, ударив руками» и тут же почувствовал хруст, «будто бы в половом члене что-то сломалось». С тех пор появилось опасение, что «член сломан и впредь он не будет работать». О переживаниях никому не рассказывал, так как очень был стеснительным и «некому было рассказать, так как жил с мамой и бабушкой. Якобы с этого момента не было «пустого» дня, чтобы он не думал о случившимся и не переживал». Считал себя «слабым», был не уверен в себе, стал более замкнутым со сверстниками, ограничился в контактах с противоположным полом, снизился интерес к девочкам. До 19 лет имели место эротические сны и фантазии, однако эротических контактов (ласки, поцелуи) и полового акта не было. В 19 лет впервые пошел на сторону с целью испытать себя и «знал заранее, что ничего не получится». Как и ожидал первый половой контакт «потерпел неудачу»: испытывал сильную тревогу, заметил, что контролирует степень эрекции, «все внимание было устремлено на состояние полового члена, партнершу даже не замечал». После случившегося несколько дней не спал, «был сам не свой», не мог

остановить мысли о собственной несостоятельности, называл себя «слабаком», хотя та женщина, с которой потерпел сексуальную неудачу, ни в чем его не упрекнула. С этого момента стали реже отмечаться случаи утренней эрекции и сны с эротическим содержанием, сексуальные фантазии стали прерываться на этапе прелюдия. Заметил, что почти всегда мысли занимали размеры и форма полового члена, которые по этим показателям не удовлетворяли его, член казался «кривым и меньше чем раньше размером». Изменился по характеру стал менее общительным, раздражительным, вспыльчивым, отмечалось часто сниженное настроение при одной только мысли о предстоящей женитьбе. Избегал посещение бассейнов, общественных бань и места, где нужно быть обнаженным, так как очень стеснялся «своих мужских достоинств», казалось, что все вокруг обращают внимание на его член, смеются над ним. На предложение матери жениться всегда отвечал отказом, придумывая разные причины. Дважды «чуть не женили», без его согласия «по сватовству на родственнице», но договор старших был расторгнут благодаря активному его сопротивлению «лезли мысли о предстоящем позоре перед всеми родственниками и невесткой». К специалистам не обращался, не решился поделиться своим горем ни с кем из близких и друзей. Находил утешение в работе, где имел успех и должный авторитет среди коллектива. В 25 лет женился по настоянию бабушки и матери по сватовству, дважды с ней встречался «бегло». Она ему понравилась и одновременно испытывал чувство жалости к

ней. Со дня назначения даты свадьбы обследуемый вновь потерял покой, нарушился сон и впервые обратился к урологу, который якобы формально отнесся к его переживаниям, заявив, что патологии нет и ничего страшного. С ужасом ожидал день свадьбы. В первую брачную ночь настроение было подавленным, испытывал напряжение и страх, был уверен, что «из этого ничего не получится», тряслись руки, особое напряжение отмечал в мышцах плеч и ног, отмечал болезненно учащенное сердцебиение. Внимание было зафиксировано на напряжении члена, на его размерах, который казался ему как обычно кривым и не той величины. Чрезмерная стеснительность и нерешительность невестки пришлись ко времени, в связи с чем отложил половой акт, аргументируя усталостью своей и невестки после свадьбы. Первая брачная ночь закончилась прелюдием и излитием спермы (coitus interfemoralis). С тех пор всякий раз, когда пытается совершить половой акт, фиксирует свое внимание на напряжении члена, «по ощущению» он всегда бывает недостаточным. Считает «неудачу и отсутствие нормального полового акта вполне естественной реакцией на имеющийся у него недуг. Даже не приходила мысль о том, что это опасение неправильное или необоснованное и может отрицательно влиять на сексуальные функции. Половые контакты носят суррогатный характер по типу coitus interfemoralis. Жилищно-бытовые условия супругов удовлетворительные, живут вместе с родитеями мужа в своем доме, занимают отдельные 2 комнаты площадью 28,3 кв.м.

Наследственность пациента психическими заболеваниями не отягощена. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. В школе учился хорошо. Окончил среднюю школу. Воспитывался без отца. Жил с мамой и бабушкой. В детстве перенес детские инфекции, в 13 лет вирусный гепатит. Платоническое либидо пробудилось 7-8 лет, эротическое в 11-12 лет, сексуальное либидо в 15-16 лет. Первая эякуляция в 14 лет при ночной поллюции. Мастурбация с 13 лет с эротическими фантазиями с последующей эякуляцией. Частота онанистических актов 1 раз в 7-10 дней. Первый половой акт в 19 лет «с целью проверить себя» потерпел «фиаско». Попытки к коитусу с женой в первые несколько месяцев после брака 3-4 раза в неделю. В вопросах секса в определенной мере осведомлен. Об эрогенных зонах жены не знает. Продолжительность прелюдия 5-10 минут. Подготовительный период, по его мнению, супругу полностью устраивает. Хочет иметь нормальную половую жизнь, ребенка, но «не получается». По характеру супруга ему подходит, ценит ее терпение, спокойствие, нравится как хозяйка. Больной не курит. Алкоголь употребляет в виде водки (100,0-150,0 грамм по праздникам). Рост 184 см., окружность грудной клетки 95 см., ширина плеч (междельтовидная дистанция) 48 см., ширина таза (межвертельная дистанция) 34 см., высота ноги 94,5 см. Трохантерный индекс 1,94. Со стороны внутренних органов без патологии. АД= 120/80 мм.рт.ст. Пульс лежа 76 ударов в 1 минуту, стоя 85.

Нервная система: черепно-мозговые нервы без па-

тологии. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. В вегетативном статусе наблюдались локальный гипергидроз, лабильность АД и пульса, красный стойкий дермографизм. В вегетативном статусе преобладала парасимпатикотония - 63,2%. Осмотр уролога: Длина неэрегированного полового члена 9 см., окружность 10,5 см., головка открыта. Оволосение лобка по мужскому типу. Мошонка достаточной складчатости и пигментации. Предстательная железа средних размеров, безболезненная, мягкоэластичной консистенции, бороздка несколько сглажена, доли одинаковой величины, уплотнений нет. ЛОД -тест: При отрицательном давлении 30 мм.рт.ст. через 2 минуты возникает удовлетворительная эрекция.

Заключение: Органической патологии урогенитального аппарата не выявлено.

Психика: продуктивному контакту доступен. Правильно ориентирован в месте, во времени и собственной личности. Жалобы выше перечислены. Настроение несколько снижено, выражение лица печальное, тембр голоса низкий. Несколько замкнут, немногословен и напряжен. Обеспокоен «своим» сексуальным расстройством и отсутствием нормальной половой жизни, которое для него личностно значимо. Очень чутко реагирует на обследование и связанные с ним комментарии по поводу состояния своего здоровья. Просит помощи. Данные психологических исследований: Реальное «Я» относится к «андрогинному типу с преобладанием психологических феминнных черт над маскулинными (ме-

тодика МиФ), тогда как образ «эталонного мужчины» характеризуется преобладанием маскулинных черт над фемининными. Образ женщины у обследуемого характеризуется излишней идеализацией «нежная», «робкая», «красивая и стройная» (методика «Кодирование»). Идеальное «Я» обследуемого характеризуется более маскулинной направленностью - андрогинный тип (методика МиФ). Отмечается выраженность образов - переживаний демонстративного характера (склонность к жестам, позам), наличие образов, где объектом внимания является собственное тело («Тест Руки»), сильная зависимость обследуемых от окружающих, уступчивость, нерешительность, замкнутость. Преобладают скрытые асоциальные тенденции, выраженные в директивных установках, отмечается фиксация на аффективно-подавленных переживаниях («Тест Руки»). Представление о том, какими полоролевыми качествами должен обладать мужчина, соотносится с тем, какими качествами хотел бы обладать сам обследуемый. Образы наделены более выраженными чертами маскулинности, нежели образ «Я - реальное» (андрогинный тип по методике МиФ), что свидетельствует об интериоризованности представлений о стереотипах полоролевого поведения. Образы реального и идеального сексуального партнера совпадают.

Соответственно шкале ценностных ориентаций на первый план ставит профессиональные интересы, затем сексуальную сферу, быт и культурные интересы занимают в его жизни третье и четвертое место. Уровень тревоги соответствует 52 баллам (Тест Шихана).

Радиоиммунологические исследования: Тестостерон 12,5 нмоль/л (в норме 12,138,4); Эстрадиол – 2,12 НМ/мл (в норме 0,060,35); ЛГ – 4,06 мМЕ/мл; ФСГ – 11,43 мМЕ/мл (в норме 1,011,8); Пролактин – 78,87 мМЕ/мл (в норме 105525);

АНАЛИЗ: Психические нарушения возникли у больного в непосредственной связи с психотравмирующей ситуацией и первоначально оформились в виде невростенического синдрома (раздражительность, нарушение сна, вегетативные расстройства). На этом фоне после дополнительного психогенного воздействия (фиаско первого полового контакта) наблюдалось развитие более выраженной депрессивной симптоматики с резким снижением и фиксацией мыслей на психотравмирующей ситуации. Наряду с этим отмечалось и нарастание тяжести как астенических расстройств, так и явлений обсессий с включением их в структуру более сложного астено-депрессивного синдрома.

Таким образом, особенностями затяжных невротических состояний, предшествующих виргогамии, были довольно раннее начало заболевания (чаще с пубертатного возраста), невротических расстройств в виде явлений навязчивых страхов и опасений, отдельных сверхценных идей сексуальной фиксации. Заболеванию характерно сравнительно медленная постепенная динамика под воздействием хронического психотравмирующего фактора сексуального содержания, существование монотонной невротической симптоматике на протяжении ряда лет и их рецидив на малейшую «значимую» для их личности психотравмирующую ситуацию в виде невротических депрессий без тенденции к прогрессированию.

ГЛАВА 4
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ВИРГОГАМИЕЙ

Вторая клиническая группа [156 (75,7%) больных; 72 мужчины и 84 женщины] состояла из лиц виргогамией, у которых проявления невротических нарушений отмечались сразу после первой брачной ночи. Давность виргогамии - 0,85±0,07 года. Общий средний возраст больных 2-й группы составил 22,4±0,3 года (мужчин 24,1±0,3; женщин 21,0±0,4). В данном случае половой контакт выступает в роли мощного стрессового фактора. Этому способствовали, прежде всего неопытность супружеских пар, их неподготовленность как в моральном, так и в физическом плане к друг другу, элементы неприязни или неприятии партнеров, их сексуальная неграмотность, отсутствие какой-либо правдивой и объективной информации о половом акте полученных из специальных литературных источников и т.д.

В формировании невротических нарушений установлено участие так называемых «ситуационных» факторов, в частности неправильные слова и замечания окружающих, устрашающие рассказы близких, нелепые «дружеские» предупреждения окружающих, и, как уже отмечено, самым значительным психотравмирующим моментом являлся сам факт «провала» первой брачной ночи.

Анализу клинических особенностей невротических расстройств в данной клинической группе предшествовало сравнительное изучение тех же биологических факторов, что и в случае с доманифестным формированием невротической симптоматики.

Изучение частоты случаев наследственной отягощенности психическими заболеваниями у больных 2-й группы дало несколько другие результаты.

Психопатологически отягощенная наследственность выявлялась у 4 (2,6%) больных, следовательно, оказалась более низкой, чем у больных 1-й группы (8 больных; 16%), причем различия были статистически достоверными (P<0,001).

Полученные данные, свидетельствовали об отсутствии существенного влияния наследственной отягощенности алкоголизмом и психическими заболеваниями на возникновение невротических расстройств с одной стороны, но с другой – давали возможность предположить участие наследственного фактора в развитии неврозов в целом.

Наличие в анамнезе черепно-мозговых травм и предшествующих неврозу хронических соматических заболеваний обнаруживалось у 29 (18,5%) больных 2-й группы. До формирования невротических расстройств черепно-мозговые травмы имели место у 5 (3,2%) больных, носили характер сотрясения головного мозга с кратковременной потерей сознания в остром периоде и не сопровождались какими-либо психопатологическими изменениями в отдаленном периоде. При изучении соматического статуса у 17 (10,9%) больных 2-й группы был выявлен хронический тонзиллит, соответственно у 7 (4,5%) хронический гепатит. В целом частота случаев предшествующих черепно-мозговых травм и соматической патологии у больных 2-й группы оказались ниже, чем у больных 1-й группы (16 - 32%), причем различия были статистически достоверными (P<0,001).

Изучение преморбидных особенностей личности у больных 2-й группы, результаты которого представлены в таблице 4.1. и рисунке 4.1., показало наличие как сходств, так и различия по этому фактору с больными 1-й группы.

Как и в 1-й группе, наибольший удельный вес составили лица с синтонными [25 (34,7%) мужчин и 26 (31,0 %) женщин] и психастеническими [21 (29,2%) мужчин и 23 (27,4%) женщин] чертами характера, не достигавшими степени психопатических (P>0,05).

Таблица 4.1. Распределение больных 2-й группы в зависимости от преморбидного типа личности

Преморбидный тип личности	Муж.	Жен.
Синтонный	25	26
Психастенический	21	23
Истерический	2	13
Аффективный	6	13
Астенический	14	8
Шизоидный	4	1
Всего	72	84

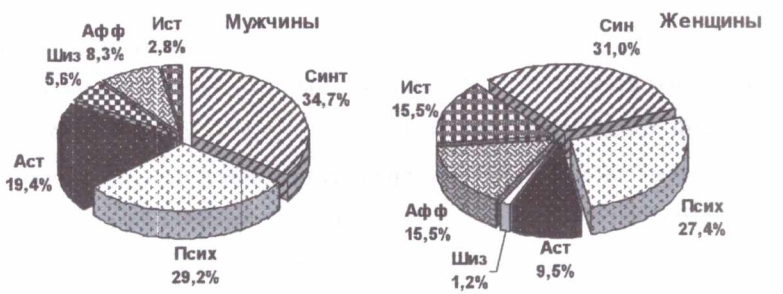


Рис. 4.1. Соотношение больных 2-й группы в зависимости от преморбидного типа личности

Вместе с тем во 2-й группе возрастал удельный вес женщин с истерическими [13 (15,5%)] и аффективными [13 (15,5 %)] типами преморбида, а также мужчин с астеническим типом преморбида [14 (19,4%)]. Кроме того, относительно реже встречались личности шизоидного типа [4 (5,6%) мужчины и 1 (1,2%) женщина] ($P>0,05$).

Сравнительный анализ преморбидных особенностей личности у больных 1-й и 2-й групп представлены на рисунке 4.2.

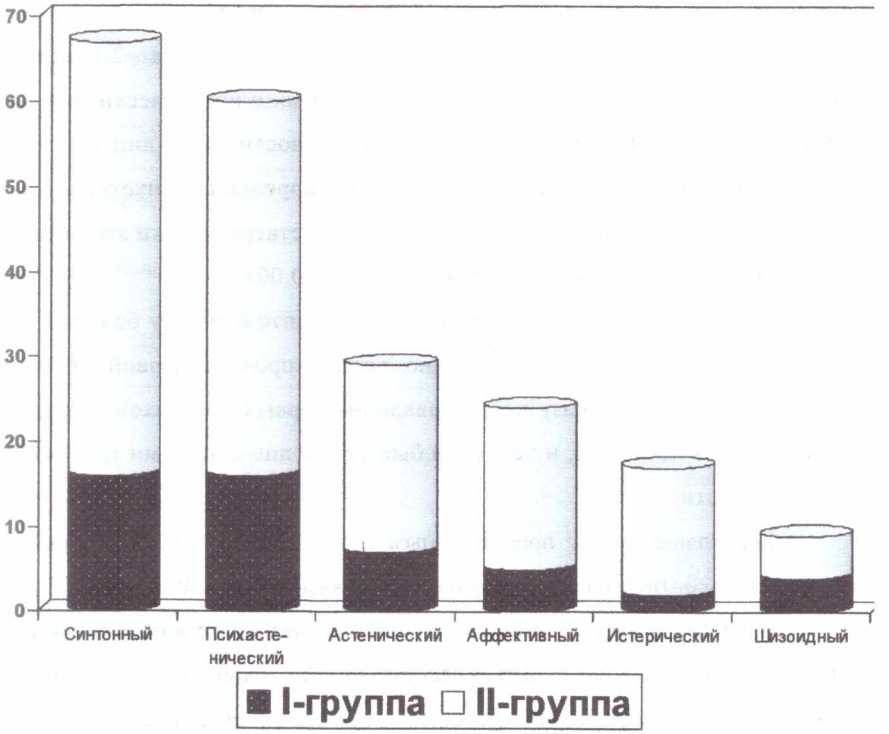


Рис. 4.2. Соотношение преморбидных особенностей личности у больных 1 и 2 групп

Признавая роль преморбидного типа личности в патогенезе неврозов, следует подчеркнуть, что возрастание во 2-й группе больных удельного веса истерических и аффективных личностей, носит, по видимому, не случайный характер и играет определенную роль в возникновении виргогамии.

Таким образом, изучение преморбидных особенностей личности позволило судить о достаточно сильном влиянии этого признака на формирование того или иного типа психогенной реакции. Если для больных 1-й группы наиболее характерными являлись синтонные и психастенические преморбидные свойства личности, то во 2-й группе наблюдалось уже заметное накопление больных с истерическими и аффективными преморбидными свойствами личности среди лиц женского пола, астеническими среди лиц мужского. Корреляция психогенной реакции с преморбидным типом личности была статистически значимой и соответствовала сильной по связи (C=0,76; P<0,001).

Психопатологическая невротическая симптоматика, у больных 2-й группы, возникала непосредственно после «провала первой брачной ночи», как правило, сразу после появления первых признаков сексуальной несостоятельности, и особенно быстро – у лиц с чертами тревожной мнительности.

Корреляция между преморбидным типом личности и длительностью виргогамии соответствовала слабой по силе связи (C=0,14; P<0,001).

Корреляция между типом невротической реакции с возрастом развития синдрома позволила судить о недостаточном влиянии этого признака на тип невротической реакции и соответствовала слабой по силе связи (C=0,24; P<0,001).

При обследовании установлено, что у 78 больных [44 (61,1%) мужчины и 34 (40,5%) женщины; средний возраст - 22,6±0,4 года], отмечалась патологическая фиксация на первой неудачной попытке половой близости, которая обусловила неуверенность в своих возможностях, сомнение в своей сексуальной полноценности, «невроз ожидания неудачи» [180], что находило свое выражение в тревожно-фобическом синдроме со средней продолжительностью 0,84±0,09 года (табл. 4.2, рис 5).

Таблица 4.2. Распределение больных 2-й группы в зависимости от ведущего синдрома

Синдром	Мужчин	Женщин
Тревожно-фобический	44	34
Неврастенический	20	17
Астено-депрессивный	8	9
Истеро-фобический	-	24
ВСЕГО	72	84

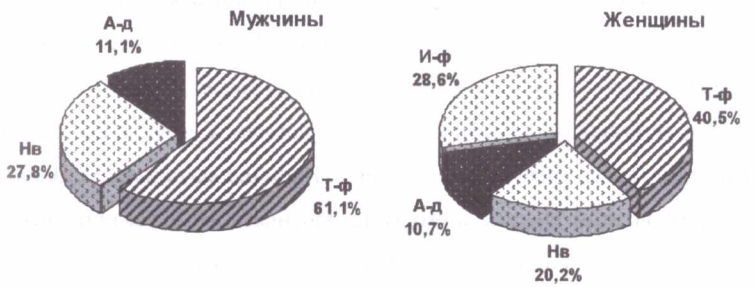


Рис. 4.3. Соотношение больных 2 группы в зависимости от синдромальной характеристики невротических расстройств

При этом у мужчин переживания имели фиксацию на половой сфере, и сопровождались выраженной тревогой, ожиданием непременной неудачи, страхом оказаться «несостоятельным», что и вело в последующем к копулятивному «сбою». «Обязательность» дефлорации в первую брачную ночь, контроль над исполнением полового акта со стороны родственников жениха и невесты, ограничение времени реализации полового акта служили мощ-

ными факторами, обеспечивающими высокий уровень тревоги, беспокойства и страха. В потенцировании невротических расстройств у пациентов немаловажное значение имели и их неопытность, и неосведомленность, и низкий уровень сексуального образования. Единственным и доступным источником сексуальной информации для обследованных больных до свадьбы являлись родственники и друзья, которые зачастую не владели достаточными знаниями и давали неправильные советы и установки. В некоторых случаях, в качестве психотравмирующей ситуации выступали агрессивное или неправильное поведение супруга в первую брачную ночь, физическая неприязнь и неприятие супруга.

Клиническая картина невротических нарушений у женщин также характеризовалась наличием истерофобического синдрома [у 24 (28,6%), средний возраст - 21,5±1 года], при котором чаще отмечалось явление вагинизма (спазм мышц влагалища и промежности при попытке введения полового члена). При петтинге и других суррогатных формах сексуальных контактов около половины женщин 2-й группы испытывали оргазм, у других наблюдалась гипо или аноргазмия, снижение либидо. Сексуальные ощущения в большинстве случаев были сохранены. Наличие вагинизма устанавливалось по результатам специального гинекологического и ректального осмотра. У 13 (54,2%) женщин констатирована 2-я степень вагинизма [181], когда спазм m. Constrictor cunni, мышц промежности тазового дна, бедер, брюшной стенки, сопровождаемый страхом резкой болезненности возникал при прикосновении или приближении к половым органам. У 7 (29,1%) обследованных женщин констатирована 1я степень вагинизма, когда спазм перечисленных групп мышц появлялся при введении пальца врача или инструмента. У 4 (16,7%) женщин спазм соответствующих групп мышц возникал при попытке к совершению полового акта, а нередко даже при одной только мысли о половой близости (3-я степень), причем страх достигал степени ужаса, несмотря на то, что женщины понимали беспочвенность этого

страха. Для данной группы женщин были характерны аноргазмия и отсутствие либидо. Лишь у одной больной наблюдались эротические сновидения, сопровождающиеся оргазмом.

При изучении динамики психопатологических особенностей неврастенического синдрома [34 больных: 17 (23,6%) мужчин и 17 (20,2%) женщин; средний возраст - 22,8±0,4 года] установлено, что стержневым расстройством начальной стадии являлась астеническая симптоматика со свойственной ей физической и психической астенизацией, эмоциональной лабильностью, нарушением сна, склонностью к реакциям аффекта даже в ответ на слабые раздражители, подверженность к различным вирусным инфекциям. Необходимо отметить, что эмоциональные проявления сопровождались выраженными вегетативнососудистыми реакциями и двигательной расторможенностью. В части случаев, астеническая симптоматика, обусловленная длительным воздействием психотравмирующей ситуации («неразрешенность» 1-го полового контакта с супругой, неопределенность ситуации, неудовлетворенность собой, своим выбором, иногда своими «мужскими показателями», неприязнь к избраннице или избраннику, отсутствие необходимого эмоционального контакта с близкими родственниками), была этапом в развитии неврастении. В других случаях выраженные астенические расстройства обусловливали последующее появление депрессивной симптоматики и оформлялись в виде астенодепрессивного синдрома [20 больных; 11 (15,3%) мужчин и 9 (10,7%) женщин; средний возраст - 22,1±0,7 года].

В качестве иллюстрации приводим наблюдение 2.

Больной С., 25 лет. Обратился с жалобами на отсутствие половой жизни в течении 2 месяцев, сниженную эрекцию, раздражительность, тревогу и страх за будущее семьи, ожидание непременной неудачи в сексуальной жизни.

Наследственность психопатологически не отягоще-

на. Отец -спокойный, добрый «мягкий». Мать -«с характером», капризная, раздражительная, якобы стала такой после операции «кесарево сечения». С детства ничем особо не болел. Рос и развивался соответственно возрасту. Якобы с детства характеризуется как «тяжелый» по характеру, раздражительный, но быстро отходчивый. В детско-подростковом возрасте предпочитал общение с мальчиками, любил играть в подвижные игры. Впервые влюбился в 5 классе, когда ему исполнилось 11 лет в одноклассницу. С 12-13 лет отмечал ночные поллюции и эякуляцию. Явление мастурбации отрицает. По окончании 10 классов работал на разных работах: водителем служебной машины, рабочим на обувной фабрике. В настоящее время работает в структуре МВД. Работа ему нравится, осуществляет патрульную службу. В рядах армии не служил «из-за плоскостопия». Сексуальное либидо в 18 лет, первый половой акт в этом же возрасте «на стороне» со знакомой женщиной с успехом. С тех пор эпизодически 1 раз в 2-3 месяца бывал в половом контакте и якобы никогда «не сомневался в своих мужских способностях». За 3 недели до свадьбы на фоне переохлаждения отмечалось явление уретрита, который быстро излечился на фоне адекватной терапии у уролога. С будущей супругой познакомился по сватовству. Она ему сразу понравилась. До свадьбы неоднократно встречались, петтинги до свадьбы отрицает. Был уверен в себе, мысли о сексуальной неудачи отрицает. Сексуальный «сбой» отмечался в первую брачную ночь, когда якобы в условиях «спешки» не смог осуществить

половой акт. Со слов больного в этот день был довольно уставшим, сильно нервничал по пустякам, так как сам занимался организацией свадьбы. Не отрицает, что в день свадьбы промелькнула мысль о том, что «может и не получится», так как переболел уретритом. Во время интимных контактов с супругой сильно волновался, «ощущал биение своего сердца», испытывал тревогу и страх за результат. Мысленно контролировал степень эрекции полового члена, по его мнению, не было достаточной эрекции. На этапе прелюдия отмечал семяизвержение. Повторные неоднократные попытки также обвенчались неудачей. Супруга половым контактам не сопротивлялась, но и активную помощь не оказала. Сильно была взволнована результатом, непрерывно повторяла «что теперь будет, что скажем родственникам, которые ждут за дверью». Со дня свадьбы через день или через каждые 2 дня делает попытки к половому акту. При этом отмечает сильное волнение, тревогу, контролирует степень эрекции и мысленно, и визуально, и тактильно (ощупыванием). Во время петтингов испытывает преждевременное семяизвержение, что еще больше усиливает страх и тревогу, снижается настроение.

Жилищно-бытовые условия: живут вместе с родителями в 4х комнатной квартире 5 человек. Молодожены занимают 1 комнату.

Взаимоотношения с супругой удовлетворительные. По характеру супруга ему подходит, характеризует ее как спокойную, добрую, нравится она ему и внешне. Родственники «в курсе» событий и ежедневно интере-

суются результатом, торопят, расспрашивая о проблеме.

Со дня свадьбы изменился по характеру, считает себя «слабым», слабовольным, раздражительным и обидчивым. Не отрицает, что не перестает думать об одном и том же, «о провале», нарушился сон, не может заснуть, нет настроения и желания чего-либо делать. Были даже мысли о никчемности такого существования. По совету с супругой обратился к урологу. К нам направлен урологом на дальнейшее обследование и лечение.

Больной не курит. Алкоголь употребляет в меру «по праздникам» в виде водки (50-100 грамм). Рост 186 см., окружность грудной клетки 97 см., ширина плеч (междельтовидная дистанция) 52 см., ширина таза (межвертельная дистанция) 36 см., высота ноги 87,0 см. Трохантерный индекс 2,13. Со стороны внутренних органов без патологии. АД= 110/80 мм.рт.ст. Пульс лежа 75 ударов в 1 минуту, стоя 82.

Нервная система: черепно-мозговые нервы без патологии. Сухожильные рефлексы живые, равномерные. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга устойчив. В вегетативном статусе наблюдались локальный гипергидроз, лабильность АД и пульса, красный стойкий дермографизм. В вегетативном статусе преобладала симпатикотония - 56,2%. Осмотр уролога: ЛОД -тест: При отрицательном давлении 30 мм.рт.ст. через 1 минуту возникает удовлетворительная эрекция. Исследование ТРУЗИ: Контуры простаты ровные, четкие, капсула прослеживается на всем протяжении,

масса простаты в пределах возрастной нормы. Зона склероза не обнаружена. Длина неэрегированного полового члена 10см., окружность 10,8 см., головка открыта. Оволосение лобка по мужскому типу. Мошонка достаточной складчатости и пигментации. Предстательная железа средних размеров, безболезненная, мягкоэластичной консистенции, бороздка несколько сглажена, доли одинаковой величины, уплотнений нет. Заключение: Органической патологии урогенитального аппарата не выявлено.

Психика: продуктивному контакту доступен. Правильно ориентирован в месте, во времени и собственной личности. Настроение несколько снижено, немногословен, напряжен. Внимательно слушает врача, интересуется своим диагнозом и результатом обследования. Обеспокоен своим «сексуальным положением» просит объяснить супруге, что это излечимо. Внушаем, обращаем. Просит помощи. Данные психологических исследований: Реальное «Я» характеризуется почти равными показателями маскулинных и феминнинных черт (методика МиФ), тогда как образ «эталонного мужчины» характеризуется преобладанием маскулинных черт над феминнинными. Об образе женщины представления правильные. Идеальное «Я» обследуемого характеризуется явным тяготением к приобретению мужских качеств – андрогинный тип (методика МиФ). Образ идеального сексуального партнера соответствует образу женщины. Реальный сексуальный партнер обладает меньшими феминнинными качествами, чем идеальный партнер, т.е. совпадает не полностью.

Соответсвенно шкале ценностных ориентаций на первый план ставит сексуальную сферу, затем профессиональные интересы, быт и культурные интересы занимают в его жизни третье и четвертое место. Уровень тревоги соответствует 52 баллам (Тест Шихана).

Радио-иммунологические исследования: Тестостерон 27,5 нмоль/л (в норме 12,138,4) ; Эстрадиол - 0,12 НМ/мл (в норме 0,060,35); ЛГ - 5,03 мМЕ/мл; ФСГ - 9,44 мМЕ/мл (в норме 1,011,8); пролактин - 166 мМЕ/мл (в норме 105-525) ;

АНАЛИЗ: Психические нарушения возникли у больного остро в непосредственной связи с сильной психотравмирующей ситуацией и первоначально оформились в виде обсессивного синдрома (навязчивые мысли о сексуальной несостоятельности даже вне фобической ситуации). Последние значительно потенцировались астеническим радикалом в виде общей слабости, раздражительности, нарушением сна, и вегетативными расстройствами). На этом фоне после дополнительного психогенного воздействия (повторные провалы полового контакта) наблюдалось развитие более выраженной депрессивной симптоматики с резким снижением и еще большей фиксацией мыслей на психотравмирующей ситуации

Характерными особенностями невротических нарушений у обследуемых 2-й группы являлись сравнительно быстрое их формирование и высокая интенсивность, как правило, у лиц с преморбидными личностными особенностями по психастеническому, истерическому и аффективному типу у женщин и астеническому у мужчин под воздействием психотравмирующей

ситуации сексуального содержания и представленными психогенными реакциями с превалированием в клинической картине заболевания тревоги, страха, фобических явлений с истерическим радикалом.

Таким образом, своеобразие клинико-динамических особенностей невротических расстройств сексуального содержания (особый характер психотравмирующих факторов имеющих сексуальное содержание, прямая зависимость невротической симптоматики от сексуального благополучия супругов, высокая психотерапевтическая курабельность невротических нарушений), лежащих в основе возникновения виргогамии, позволяет рассматривать их в качестве одной из разновидностей системных неврозов.

ГЛАВА 5
ПАРАКЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ С ВИРГОГАМИЕЙ

5.1. Психологические методы исследования

В период с 1998 по 2003 год проведено экспериментально-психологическое обследование 54 больным, состоящих в девственном браке. Были выделены следующие группы обследуемых: 1) 1-я группа, куда вошли 24 больных с затяжными невротическими состояниями предшествующими виргогамии; 2) 2-я группа, куда вошли 30 больных с невротическими реакциями, обусловленными виргогамией; 3) контрольная группа, состоящая из 30 здоровых лиц, не обнаруживших расстройств супружеской дисгармонии.

5.1.1. Предмет исследования

Поскольку структура психологического пола личности включает в себя не только профиль маскулинности/феминности, а представляет собой комплекс различных факторов, в настоящем исследовании, согласно поставленным задачам, был выделен ряд параметров, отражающих разнообразные структурные и содержательные составляющие полового самосознания.

1.Половая идентичность – представления о типичности для пола своего поведения или функций, выражающиеся как обобщенные суждения о мужественности или женственности и отношение к ним.

2.Поло-ролевые стереотипы – представления о стереотипах поведения и функциях характеризующих мужчин или женщин в данном обществе.

3.Поло-ролевой поведение – отражает паттерны поведения индивида в соответствии с социальными стереотипами мужчин и женщин, или коррелята этих стереотипов.

4.Поло-ролевые предпочтения – ценности индивида в отношении стереотипного или коррелирующего с ним поведения того или иного пола.

5.Сексуальные предпочтения – особенности выбора объекта сексуального влечения.

5.1.2.Структура психологического пола лиц, состоящих в девственном браке

Нами проведено обследование контрольной группы (15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 17 до 30 лет) с помощью теста «МиФ» (табл. 5.1.). Полученные средние значения показателей оказались почти сходными с данными полученными другими авторами [215].

Таблица 5.1. Показатели теста «МиФ» в контрольной группе

		Мужчины	Женщины
		n=15	n=15
Возраст		24,9±1,4	20,9±1,0
«На самом деле я…»	М	17,5±0,7	16,1±0,9
	Ф	16,8±1,1	18,3±1,1
«Хотелось бы, чтобы я был…»	М	22,3±0,6	18,9±0,7
	Ф	18,1±0,9	19,5±1
«Мужчина должен быть…»	М	21,4±0,7	21,5±0,8
	Ф	17,9±1	18,1±0,8
«Женщина должна быть…»	М	16,9±0,9	17,2±1
	Ф	20,8±1	21,8±1,2
«Женщины считают, что я…»	М	19,5±1,2	16,8±0,8
	Ф	18,1±0,9	18,9±1,1
«Мужчины считают, что я…»	М	18,9±1,1	16,1±0,6
	Ф	16,8±1	21,2±1,3
«Реальный сексуальный партнёр…»	М	16,5±0,8	18,9±1
	Ф	19,3±0,9	17,5±0,8
«Идеальный сексуальный партнёр…»	М	18,5±1,2	22,5±1,4
	Ф	20,9±0,8	18,1±0,8

Примечание: М –маскулинность; Ф –фемининность.

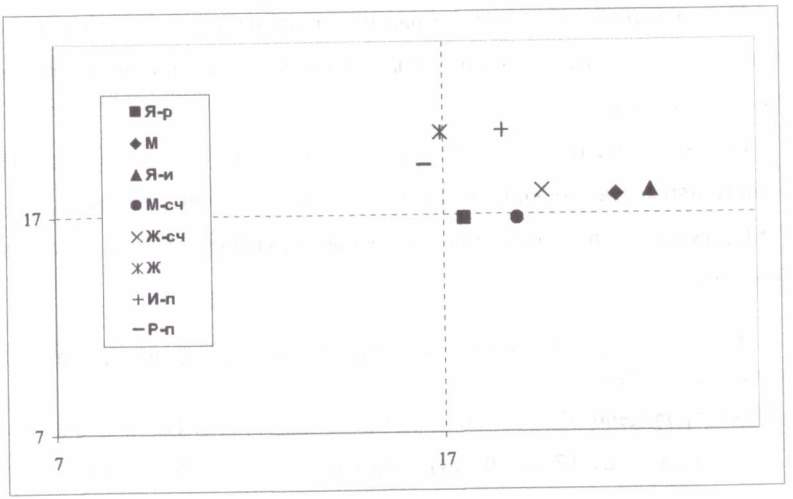


Рис. 5.1. Средние значения контрольной выборки (мужчины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат – выраженность фемининных качеств.

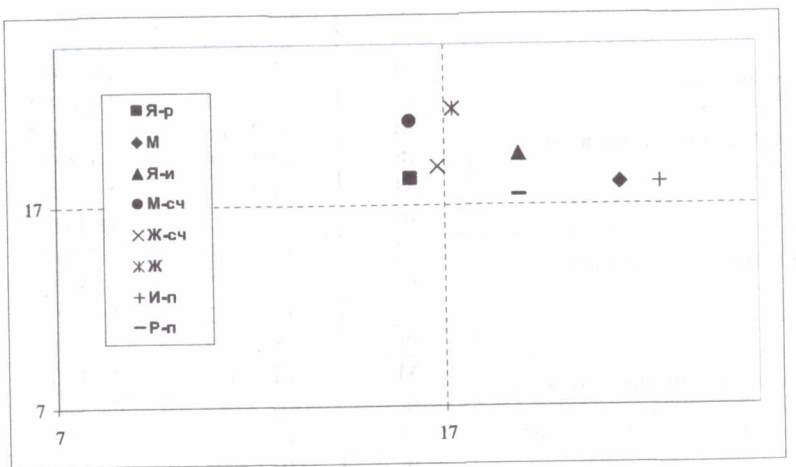


Рис. 5.2. Средние значения контрольной выборки (женщины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат – выраженность фемининных качеств.

Таблица 5.2. Показатели теста «МиФ» в 1 и 2 группах

		1 группа		2 группа	
		Мужчины n=12	Женщины n=12	Мужчины n=14	Женщины n=16
Возраст		29,3±2,6*	24,8±2	24±0,6	21,3±0,6
«На самом деле я…»	М	15,5±0,4*	18,5±0,5*	15,9±0,3*	20,5±1**
	Ф	23,2±0,8***	21,2±0,6*	22,4±0,6***	20,9±0,6*
«Хотелось бы, чтобы я был…»	М	22,3±0,3	21,5±0,4*	22,1±0,8	21,7±0,6*
	Ф	18±0,5	19,5±0,6	17,4±0,9	18,9±0,9
«Мужчина должен быть…»	М	19,8±0,7	14,7±1,2***	18,7±1**	17,1±1,5***
	Ф	17,5±0,6	13,3±1,1*	19±1,1	18,3±1
«Женщина должна быть…»	М	19±0,3*	19±0,7*	17±1,2	19,1±1*
	Ф	19,2±0,9*	20,7±0,6	18,6±1**	21,3±0,8
«Женщины считают, что я…»	М	19,2±0,3*	15,5±0,3*	19,4±0,7	15,6±0,7
	Ф	14,3±0,7***	22±0,8*	16±0,4*	19,5±0,9
«Мужчины считают, что я…»	М	14,5±1***	19,5±0,8**	16,1±0,6**	18,1±1*
	Ф	20,3±0,6*	20,3±0,3*	20,8±0,9	20,6±0,9
«Реальный сексуальный партнёр…»	М	14,5±0,8**	21±1,2	17,9±1	19,8±1,1
	Ф	14,2±1,3***	19,5±1,8*	16,7±1,3**	19,9±0,9*
«Идеальный сексуальный партнёр…»	М	17±1,1	16,5±0,8***	19,5±0,8	18,4±1,2*
	Ф	20,3±0,4	19,3±0,3	20,1±0,8	18,9±1

Примечание: М –маскулинность; Ф –фемининность; *-P<0.05, **-P<0.01, *** - P<0.001 – достоверность различий по отношению к контрольным данным (см.табл. 5.1.).

Полоролевая идентичность.

На первом этапе был проведен анализ распределения типов *полоролевой идентичности* (недифференцированный, маскулинный, фемининный, андрогинный) в 1-й, во 2-й и контрольной группах.

Данные Рис.5.3; Рис 5.4; Рис.5.5; Рис.5.6 свидетельствуют в пользу предположения о том, что расстройства половой идентичности являются характерными при виргогамии.

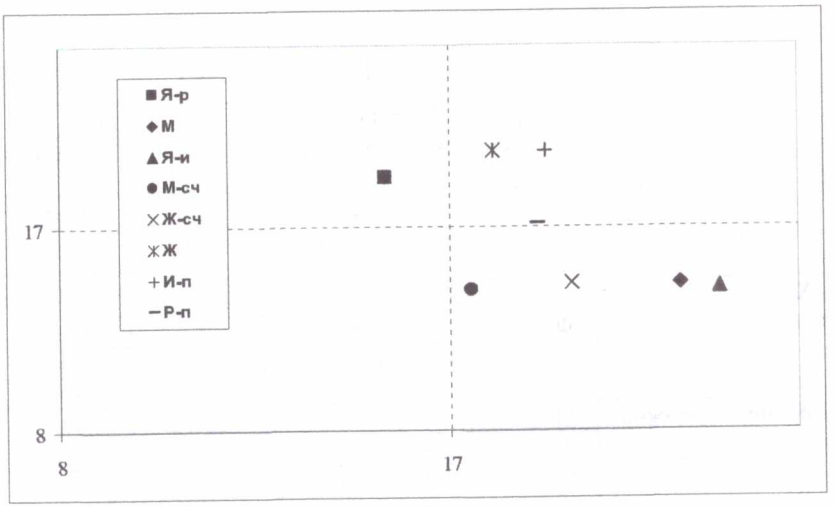


Рис. 5.3. Средние значения 1 группы (мужчины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат –выраженность феминнных качеств

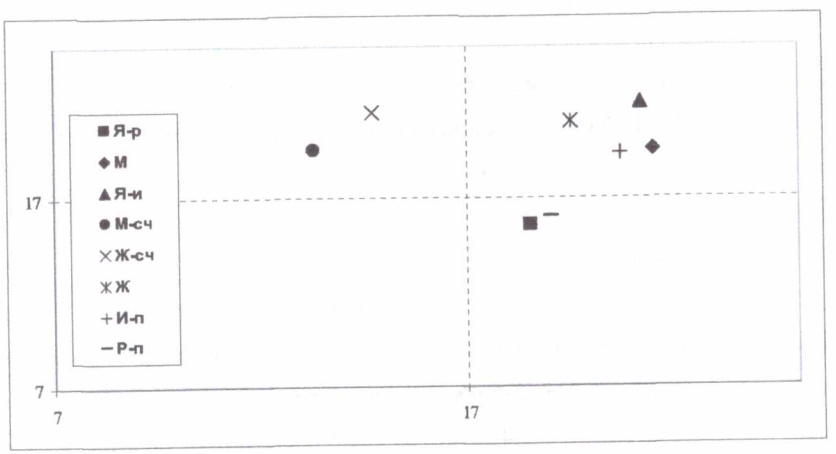


Рис. 5.4. Средние значения 1 группы (женщины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат – выраженность феминнных качеств

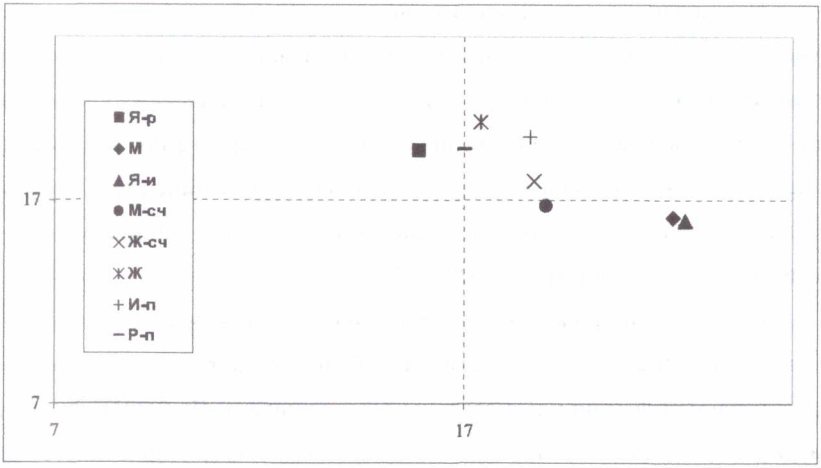


Рис. 5.5. Средние значения 2 группы (мужчины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат –выраженность феминнных качеств

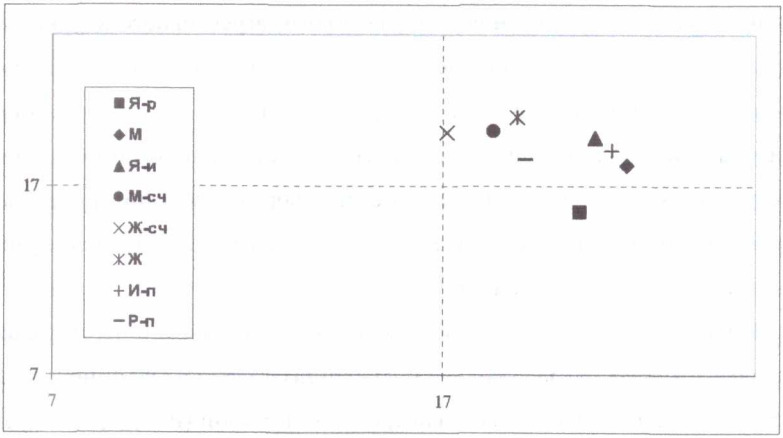


Рис. 5.6. Средние значения 2 группы (женщины). По оси абсцисс – выраженность маскулинных качеств; по оси ординат –выраженность феминнных качеств

При анализе распределения типов полоролевой идентичности не установлено достоверных различий в преобладании определенного типа идентичности в группе больных с затяжными невротическими состояниями, предшествующими виргогамии (1-я группа) по сравнению с больными с невротическими реакциями, обусловленными виргогамией (2-я группа). Различия были обнаружены при сопоставлении данных 1-й и 2-й групп с таковыми контрольной группы ($P<0,05$).

В частности, полоролевая идентичность «Я - реальное» мужчин обеих групп, состоящих в девственном браке, характеризовалась явным преобладанием феминнных черт над маскулинными ($P<0,001$), что подтверждалось такими свойствами «Я», как «мягкость», «сердечность» по методике «Кодирование». У большинства мужчин, состоящих в девственном браке, чаще отмечались просоциальные тенденции, с преобладанием коммуникативных. В то же время наблюдалась аффективная фиксированность на образах - переживаниях напряженного, агрессивного характера, что свидетельствовало о склонности к накоплению негативных эмоциональных состояний, повышенной раздражительности. Отмечалась эмоциональная фиксация на образе женщины (по тесту «Руки»). В большинстве случаев их «Я», обнаруживая близость к образу «Мужчины», характеризовался атрибутивными качествами: нерешительность, неуверенность, пониженность самооценки.

Половая идентичность женской половины супружеской пары характеризовалась явным преобладанием маскулинных черт над феминнными (Рис.5.4; Рис.5.6.) по сравнению с контрольной группой ($P<0,05$). Следует отметить, что «Я» женщин, состоящих в девственном браке, пересекалось с образами «Я» и «Ребенок», «Я» и «Женщина». Им были свойственны формальность при описании образов «Мужчины» и «Женщины» (отличие по форме), «Я» и «Женщина», элементы агрессивности («Я – гвоздь, могу уколоть больно»), эгоцентризм, повышенная самооценка, инфантильность

и незрелость суждений. У женщин выявлено преобладание асоциальных тенденций (агрессивные, директивные) в ответах по сравнению с контрольной группой, отмечалась аффективная фиксированность на образах-переживаниях напряженного, агрессивного характера, что свидетельствовало о склонности женщин, состоящих в девственном браке, к накоплению негативных эмоциональных тенденций. Выявлены выраженная аффективная фиксированность на образах-переживаниях, связанных с ущербностью (дефектностью) человеческого тела, агрессивные тенденции (по тесту «Руки»).

При сравнении представлений о *полоролевых стереотипах* (пропорция маскулинности/феминности в образе «Мужчина должен быть…», «Женщина должна быть…») выявлены следующие отличия между супружескими парами, состоящими в девственном браке, и контрольной (по методике МиФ).

У мужчин, состоящих в девственном браке, отмечаетсятенденция в потребности к обладанию более выраженными маскулинными качествами (образ «Идеального –Я») по сравнению с мужчинами из контрольной группы, у которых показатели по этому параметру значительно ниже. У мужчин, состоящих в девственном браке, выявлены значительное сближение между ценностными и нормативными составляющими полоролевой идентичности (между «Я идеальным» и «Мужчина должен быть») и четкая дифференциация представлений о полоролевых стереотипах «Мужчины» и «Женщины». При описании образа «Женщины» у мужчин с виргогамией отмечаются эмоциональная амбивалентность («Женщина – как роза красива, однако имеет шипы»), затруднение понимания внутреннего мира женщин («Женщина – звездочка, многосторонняя – ее трудно понять», «Женщина – пианино – на нем надо играть осторожно и умело, но играть трудно») по категориям «Травянистое растение» и «Музыкальный инструмент» методики «Кодирование».

У женщин, состоящих в девственном браке, прослеживалась тенденция в потребности к обладанию еще более выраженными маскулинными качествами («Хотелось бы, чтобы я была...», «Я - идеальное»), чем у женщин контрольной группы ($P<0,01$).

У женщин, состоящих в девственном браке, по сравнению с пациентками контрольной группы, выявлено значительное расхождение между ценностными и нормативными составляющими полоролевой идентичности, причем при правильном представлении «женских нормативов». При описании образа мужчины у женщин также наблюдались элементы эмоциональной амбивалентности («Мужчина – чеснок, полезный, но горький») по категории «Травянистое растение» по методике «Кодирование».

Психосексуальные ориентации. Отмечен заметный разрыв между образами представлениями о «реальном» и «идеальном» сексуальном партнере у мужчин 1-й группы по сравнению с контрольной группой, в которой образы представления совпадали. Следует отметить, что у мужчин обеих групп образы представления о «идеальном» сексуальном партнере соответствовали образу женщины с выраженными феминнными качествами ($P<0,001$).

У женщин 1-группы образ «идеального» партнера соответствовал феминнному образу, тогда как во 2-й группе женщин образ «идеального» партнера соответствовал маскулинному.

Таким образом, половое самосознание и его базальные образования у лиц, состоящих в девственном браке, обладают определенной спецификой: феминнной половой идентификацией у мужчин, маскулинной половой идентификацией у женщин, четкостью представлений о полоролевых стереотипах у обоих, повышенным чувством собственной неполноценности со склонностью к самоутверждению в мужской сексуальной роли у мужчин, повышенной самооценкой с элементами эгоцентризма со склонностью к самоутверждению в мужской сексуальной роли у жен-

щин, которые могут существенно влиять на формирование виргогамии.

Примечательны данные, полученные при определении ценностных ориентаций супругов: у большинства женщин [15 (65,2%)] и мужчин [17 (62,9%)] 1-й группы они были направлены на быт, производственные интересы. По-видимому, это своеобразное компенсаторное явление в ответ на сексуальную нереализованность этих лиц. Во 2-й же группе у 79 (94%) женщин и 64 (88,9%) мужчин на первый план выступали сексуальные потребности.

5.2. Результаты исследования функционального состояния вегетативной нервной системы лиц с виргогамией

17 больным 1-й группы и 39 больным 2-й группы проведен анализ функционального состояния вегетативной нервной системы, который включал анализ наличия и выраженности СВД по данным вопросника, схемы и исследования вегетативного тонуса.

5.2.1. Анализ данных вопросника и схемы на предмет наличия и выраженности СВД

Результат анализа наличия и выраженности СВД, по данным вопросника и схемы показал, различие параметров у пациентов двух клинических групп и в контрольной группе.

Результаты анкетирования лиц контрольной группы (15 мужчин и 15 женщин) показали, что в целом в контрольной группе СВД отсутствует и бальная выраженность вегетативных признаков находится в пределах нормативных значений.

Выборочно у 56 больных [17 (30,4%) 1-й и 39 (69,6%) 2-й группы] с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке, проанализированы показатели наличия и выраженности СВД по данным вопросника и схемы. Результаты исследования позволили выявить наличие вегетативно-сосудистой дистонии у всех обследованных больных, что позволило провести сравнительный анализ с контрольной группой (табл. 5.3., рис. 5.7.).

Таблица 5.3. Наличие и выраженность СВД по данным вопросника и схемы у больных двух клинических групп и в контрольной группе.

	ЗНСПВ (n=17)	НРОВ (n=39)	контрольная группа
Вопросник	32.9±2.2	45.9±1.8*	28.7±0.7
Схема	33.2±1.1*	46.7±1.9*	14.1±0.6

Примечание: * - P<0,001 – достоверность различий по отношению к контрольной группе

Рис.5.7. Наличие и выраженность СВД по данным вопросника и схемы у больных с затяжными неврозами, предшествующей виргогамии, в группе больных с невротическими реакциями и в контрольной группе.

При количественном анализе наличия и выраженности СВД установлено, что у всех больных с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке, имеется более выраженный СВД, чем у лиц контрольной группы. Так, у больных с невротическими реакциями, обусловленными виргогамией, выраженность СВД составила 46,7±1,9 балла по схеме и 45,9±1,8 по вопроснику, что достоверно выше показателей в контрольной группе: 14,1±0,6 ($P<0,001$).

Результаты качественного анализа семиологической структуры СВД свидетельствуют, что у всех больных наиболее выраженными признаками лабильности со стороны сердечно-сосудистой системы были пароксизмальные вегетативные нарушения по типу кризов, признаки кожных вазомоторных расстройств. Эти явления сочетались с выраженной тревогой, сниженным настроением, страхом за свое будущее.

Полученные данные свидетельствуют, что СВД – наиболее характерное клиническое проявление дисфункции ВНС при девственном браке.

Результаты исследования вегетативного тонуса показали, что у больных двух клинических групп по сравнению с контрольной имеется достоверно выраженная недостаточность тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и достоверное превалирование вегетативной симпатикотонии.

При сравнительном анализе данных вегетативного тонуса больных 1-й и контрольной групп установлено, что у большинства больных 1-й группы [11 (64,7%)] отмечалось преобладание парасимпатических проявлений, тогда как симпатические - у 6 (35,3%) (рис. 5.8.).

Показатели исходного вегетативного тонуса у лиц контрольной и больных 2-й группы [24 (61,5%)], свидетельствовали о преобладании симпатической направленности вегетативного тонуса. Парасимпатические симптомы обнаружены у 15 (38,5%) больных 2-й группы (рис. 5.9., рис. 5.10.).

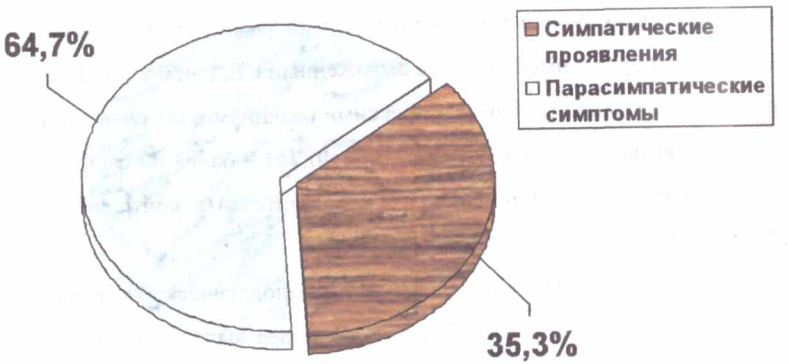


Рис.5.8. Выраженность вегетативного тонуса у больных 1 клинической группы.

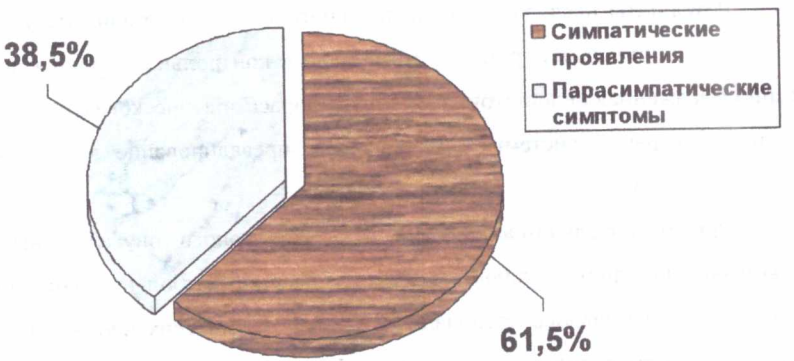


Рис.5.9. Выраженность вегетативного тонуса у больных 2 клинической группы.

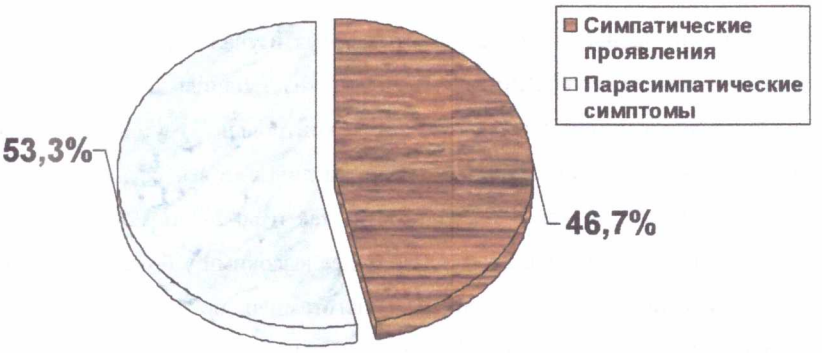


Рис.5.10. Выраженность вегетативного тонуса у лиц контрольной группы.

У обследуемых больных нарушения вегетативной нервной системы отмечались, как правило, в обстановке интимной близости и носили характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Субпароксизмальные состояния проявлялись учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. В единичных условиях отмечались неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. При смешанных вегетативных проявлениях наблюдались повышенное потоотделение, затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха.

Таким образом, виргогамия может приводить к возникновению несексологической симптоматики, каким являются вегетативные пароксизмы и субпароксизмальные состояния симпатико-адреналового или смешанного характера, отмечающиеся непосредственно во время интимной близости. Можно предположить, что вегетативные вазомоторные реакции усугубляют течение невроза при девственном браке.

5.3. Состояние психоэмоциональной сферы лиц с виргогамией

Уровень тревоги у обследуемых больных изучали на основании шкалы самооценки тревоги Шихана. Как видно из таблицы 5.4., для лиц состоящих в девственном браке, в отличие от контрольной группы характерен высокий уровень тревоги с достоверными различиями выраженности в баллах этих показателей как в 1-й (47,3±4,1), так и во 2-й (69,2±2,7) группе. Причем эти значения были достоверно более высокими у больных с психогенными реакциями, обусловленными виргогамией, по сравнению с таковыми в контрольной группе (18,7±0,9) ($P<0,001$).

По степени выраженности клинических проявлений тревога, как и страх, возникала временами, чаще в конкретных субъективно значимых ситуациях, были связаны с интимной обстановкой, особенно выражены перед половым контактом. У больных на высоте тревоги и страха сохранялось критическое отношение к тревоге, страху, которое оценивалось как волнение, неуверенность в себе, напряжение и сопровождалось учащением пульса, локальным гипергидрозом, чувством стеснения в груди.

Таблица 5.4. Показатели уровня тревоги у здоровых и больных двух клинических групп по данным шкалы самооценки тревоги Шихана (в баллах).

Группы обследуемых	Показатель тревоги
Контрольная группа	18,7±0,9
ЗНПВ (n = 13)	47,3±4,1*
НРОВ (n = 38)	69,2±2,7*

Примечание: * - $P<0.05$ – достоверность различий по отношению к контролю

Таким образом, повышенная тревожность в психоэмоциональной сфере у лиц с виргогамией физиологически коррелирует с высоким уровнем неспецифической мозговой активации и относится к числу специфических феноменов психопатологических проявлений невротического регистра. Феномен тревоги осложняет течение невроза и способствует закреплению сексуальной дезадаптации.

5.4. Состояние нейрогуморальной регуляции по данным исследования гормонов крови

Результаты исследования содержания гормонов крови у 24 больных с невротическими расстройствами [13 (13,1%)мужчин и 11 (10,3%) женщин], представленные в таблице 5.5. и рисунках 5.11. и 5.12, свидетельствуют, что имеются достаточно четкие различия в содержании гормонов у лиц с виргогамией и здоровых лиц.

Таблица 5.5. Содержание в сыворотке крови гонадотропинов и половых гормонов у здоровых и больных 1-й и 2-й групп.

	контроль		1 группа		2 группа	
	м	ж	м	ж	м	ж
n	6	9	5	5	8	6
ПЛ	4,9±0,7	10,6±0,7	6,4±0,7*	11,1±1,4	9,6±0,3*	13,1±0,9*
Тс	8,05±0,87	0,48±0,03	6,52±0,54	0,57±0,06*	6,15±0,78*	0,49±0,03
ЛГ	7,8±0,7	4,2±0,2	10,7±0,7*	4,8±0,3	5,7±0,9*	3,1±0,7*
ФСГ	3,5±0,9	2,5±0,4	3,7±0,4	3,9±0,8*	4,2±0,5*	3,5±0,4*
ЭС	42,5±3,7	50±2,8	44±3,3	47±3,8	56,3±7,3*	53,3±3,1

Примечание: *- $P<0,05$ – достоверность различий по отношению к контрольным показателям

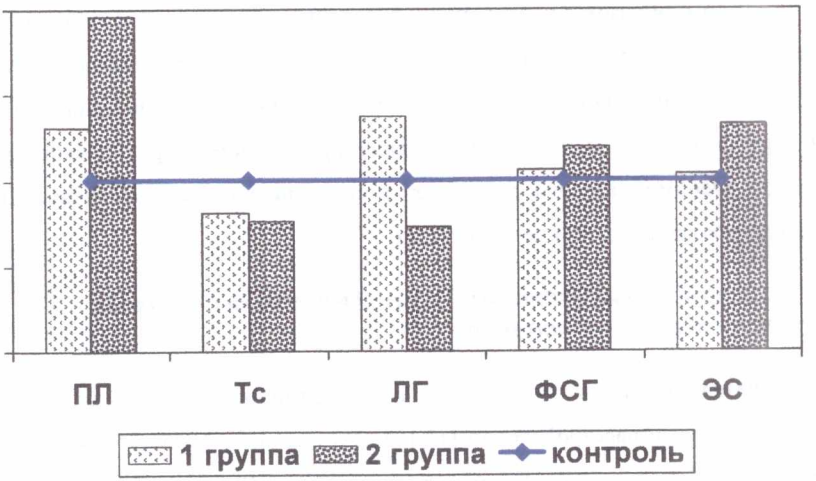


Рис.5.11. Относительные показатели гормонального статуса у здоровых и лиц виргогамией в мужской популяции.

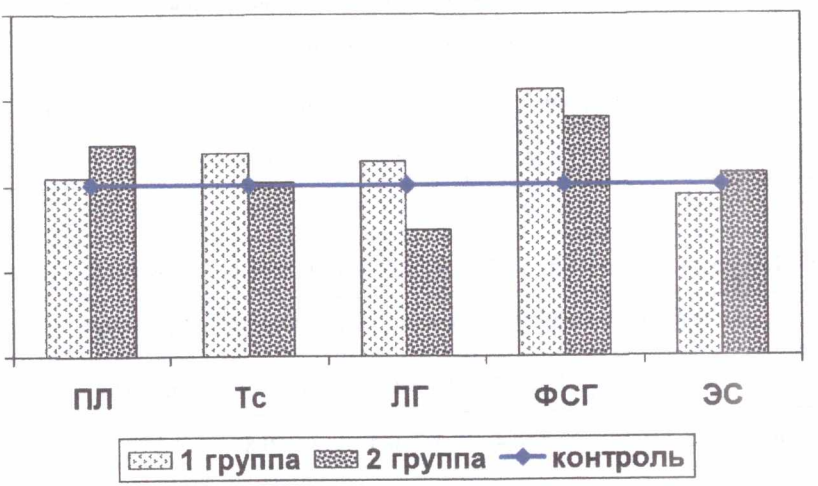


Рис.5.12. Относительные показатели гормонального статуса у здоровых и лиц виргогамией в женской популяции.

Прежде всего, отмечаются снижение содержания тестостерона в пределах нижних границ нормы и достоверно более высокие показатели содержания ЛГ (лютеинизирующего гормона) у мужчин с затяжными неврозами по сравнению с таковыми в контрольной группе [10,7±0,7МЕ/л; (P<0,05)]. Вместе с тем при сопоставлении содержания в плазме крови ФСГ (фолликулостимулирующего гормона), Эс (эстрадиола) и ПЛ (пролактина) у женщин с затяжными неврозами с данными контрольной группы значимых различий не выявлено. У больных же с невротическими реакциями обнаружена достоверная тенденция к повышению содержания пролактина в крови как у женщин (13,1±0,9 МЕ/л), так и у мужчин [9,6±0,3МЕ/л; (P<0,05)] .

Возможно, воздействие эмоционального стресса, невротических расстройств, имеющихся при виргогамии, ведет к активации адренокортикальной эндокринной сети, что проявляется повышением содержания в крови адренокортикотропного гормона (АКТГ) и кортизола [313]. Увеличение секреции кортизола ведет к уменьшению уровня тестостерона (Тс), так как при усиленной продукции кортизола истощается резерв для образования тестостерона.

Существуют данные, согласно которым при введении экзогенного кортизола и увеличении его концентрации в периферической крови у мужчин наблюдается снижение уровня Тс [140]. Повышение секреции ЛГ было объяснено нами как компенсаторное, обусловленное снижением выработки Тс. Увеличение содержания пролактина в крови у больных, состоящих в девственном браке, видимо, имеет стрессогенное происхождение, если учитывать тот факт, что его секреция в значительной степени зависит от внешних воздействий: эмоциональные и физические стрессы, с одной стороны [199], и стимулирующее действие серотонина, с другой [124].

На основании результатов исследования, а также данных литературы сделали вывод, что выявленные у лиц виргогамией, эндокринные сдвиги носят вторичный характер, обусловлены стрессом, могут принимать участие в формировании у них сексуальных дисфункций.

5.5. Темпы полового созревания супругов, состоящих в девственном браке

При изучении темпов полового созревания у больных обеих групп ус тановлено, что своевременное и гармоничное развитие было у 55 (51,4%) женщин и 53 (53,5%) мужчин из обследованных супружеских пар, замедленное – соответственно у 35 (32,7%) и 32 (32,3%), на 2-3 года ускоренное - у 7 (6,5%) и 8 (8,1%), дисгармоничное – у 10 (9,4%) и 6 (6,1%) (табл.5.6. и рис. 5.13.). Причем, замедленный темп полового созревания значительно чаще наблюдался у больных 1-й группы [29 (58%); 15 (55,6%) мужчин и 14 (60,9%) женщин].

Таблица 5.6. Темпы полового созревания обследованных больных

Темпы	мужчины		женщины		Трохантерный индекс
	абс	%	абс	%	
Гармоничный	53	53,5	55	51,4	1,975±0,005
Ускоренный	8	8,1	7	6,5	1,973±0,005
Замедленный	32	32,3	35	32,7	1,876±0,004* ^^
Дисгармоничный	6	6,1	10	9,4	1,920±0,015#

Примечание: * - P<0.001 достоверность различий по отношению к гармоничному темпу; ^ - P<0.01, ^^ - P<0.001 достоверность различий по отношению к ускоренному темпу; # - P<0.01 достоверность различий по отношению к замедленному темпу

Рис. 5.13. Темпы полового созревания обследованных больных

У женщин с ускоренным темпом пубертата отмечалось раннее пробуждение полового влечения, раннее проявление соматических признаков полового созревания, раннее физическое и интеллектуальное развитие. Пробуждение либидо отмечалось у них в 8-9 лет, округление ягодиц в 8-9 лет, начало увеличения молочных желез и появление роста волос на лобке в 9-10 лет, появление волос в аксиллярных областях в 10-12 лет, начало менструаций с 11-12 лет, причем менструальный цикл установился сразу и менструации с самого начала носили регулярный характер. Остановка роста представительниц этой группы происходила в 14-15. Трохантерный индекс равнялся 1,973±0,005 (1,95-2,0), причем достоверных различий с гармоничным темпом развития 1,975±0,005 (1,95-2,0). не обнаружено (P>0,05).

На основе изучения половой конституции супругов, состоящих в девственном браке, у 35 (32,7%) женщин установлен замедленный темп полового созревания. Для женщин с замедленным темпом полового созревания было характерно позднее пробуждение платонического либидо - в возрасте 14-17 лет (16 (45,7%)), запаздывание эротического либидо - в 16-19 лет (12 (34,2%)), позднее появление менструаций – в 15-17 лет, поздний рост волос на лобке – в 12-13 лет и подмышечных впадинах - в 14-16 лет. Ни у одной женщины данной группы не пробудилось сексуальное либидо, а эротическое отсутствовало у 4 (11,4%).

У мужчин с ускоренным темпом полового созревания либидо возникало в возрасте 9-10 лет, первая эякуляция произошла в 10-11 лет, причем у 86,2% из них при мастурбации. У всех мужчин наблюдалось оволосение лобка по мужскому типу.

Для мужчин [32 (32,3%)] с замедленным темпом пубертата было характерно позднее пробуждение сексуального влечения, первая эякуляция - в 17-18 лет (в преобладающем большинстве случаев – при первом половом акте или ночной поллюции). О замедленном темпе пубертата у мужчин также свидетельствовали поздние сроки пробуждения либидо и появления поллю-

ций, отсутствие мастурбации, слабая выраженность вторичных половых признаков. Оволосение лобка имело тенденцию к горизонтали, причем у 2 пациентов при этом наблюдался гипертрихоз, а у 7 (18,9%) волосяной покров на теле был слабо выражен. Нередко у этих лиц наблюдались инфантильные пропорции тела. Пациентов с замедленным пубертатом было больше в клинической группе мужчин, у которых отмечались нарушения эректильной функции копулятивного цикла. Трохантерный индекс равнялся 1,876±0,004 (1,85-1,90), что достоверно ниже, чем у лиц с гармоничным и ускоренным темпом полового развития ($P<0,001$), а также достоверно ниже, чем у лиц с дисгармоничным темпом полового созревания ($P<0,01$).

У женщин и мужчин с дисгармоничным темпом пубертата наблюдалась диссоциация сроков возникновения пубертатных проявлений. Вторичные половые признаки сформировались к 13-15 годам, а возникновение сексуальной заинтересованности, появление первых менструаций (поллюций у юношей) задерживалось на 2-3 года. У 3 мужчин с дисгармоничным темпом пубертата отмечалось явление гипертрихоза. Трохантерный индекс у этой группы обследованных равнялся 1,920±0,0015 (1,86 - 2,00), что было достоверно ниже, чем у лиц с гармоничным темпом полового развития ($P<0,001$), а также достоверно ниже, чем у лиц с ускоренным темпом полового созревания ($P<0,01$).

Клиническое обследование находящихся под нашим наблюдением супругов с невротическими расстройствами показало, что наряду с нормальным (гармоничным) соматосексуальным и психосексуальным развитием встречались и случаи замедленного, реже дисгармоничного развития, что, несомненно, предрасполагало к возникновению невротических нарушений.

Таким образом, для больных с невротическими расстройствами при виргогамии, наряду с гармоничным темпом полового развития наиболее характерен замедленный темп полового созревания, что имеет, несомненно, важное патогенетическое значение.

5.6.Социологическое исследование и системно-структурный анализ сексуальной гармонии у обследованных больных

Как известно, на гармоничность семейных отношений и на стабильность брака значительное влияние оказывает микросоциальная среда, т.е. ближайшее окружение семьи. Нередкой причиной разводов, даже при длительных сроках супружества, является совместное проживание с родителями, хотя и супруги, живущие отдельно от родителей и имеющие небольшой стаж супружества довольно часто не выдерживают «испытания браком». Нами сделана попытка установления взаимного влияния этих социологических характеристик при виргогамии.

Согласно данным исследования, почти все супружеские пары являлись представителями коренной (узбекской) национальности [200 (97%)] и мусульманского вероисповедания [206 (100%) больных]. Преобладающее большинство супругов состояли в родственном браке [166 (80,5%)] . Как выяснилось, во всех семьях существовал «культ девственности, невинности» и в соответствии с этим родители строго соблюдали национальные традиции и обычаи и требовали безоговорочного выполнения всех обрядов и традиций от своих детей. Преобладающее большинство больных проживали совместно с родителями [175 (85,0%) больных]. Ритуальный «контроль над первой брачной ночью», с одной стороны, выступал как мощный психотравмирующих фактор в жизни молодоженов и способствовал становлению невротических расстройств и виргогамии, и с другой - обеспечивал высокую обращаемость супругов к специалистам в интервале от 1 месяца до 1 года [112 (54,4%) больных], от 1 до 3 лет [63 (30,6%) больных]. Супруги же, раздельно живущие от родителей, позже (давность виргогамии от 3 до 17 лет) обращались к специалистам [31 (15,0%) больной]. Исходя из этого, следует предположить, что социокультуральные особенности семей, их приверженность к национальным традициям не могли служить достаточным основанием для оценки данного фактора в качестве способствующего возникновению

как невротических расстройств, так и виргогамии. Можно предположить, что влияние социокультуральных особенностей семей опосредовано другими (социальными, психологическими и социально-психологическими) факторами.

Как показал результат системно-структурного анализа сексуальной гармонии супружеских пар, почти у всех был поражен социальный компонент сексуальной гармонии за счет информационно-оценочной составляющей, заключающейся в неправильной осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни.

Социокультурная осведомленность была ослаблена у части супругов из-за несоответствия у них культурного уровня и желаний в материально-бытовом обеспечении семьи. Нарушение составляющей психо-сексуального развития было связано с имевшейся у значительной части обследованных трансформацией полоролевого поведения либо, реже, с гиперролевым поведением. У всех супругов психосексуальная ориентация была правильной. Социально-эротическая составляющая данного компонента была поражена у всех обследованных вследствие невозможности проведения нормального полового акта.

Наблюдавшееся почти у половины супругов поражение психологического компонента явилось следствием наличия у одного из них черт характера, вызывающих неприятие у другого, а также несоответствия интеллектуального уровня мужа и жены. Преобладающее большинство больных [188 (91,3%)] жаловались на наличие черт характера, затрудняющих половые контакты (взрывчатость, нетерпеливость, стыдливость, робость, застенчивость, черты тревожной мнительности).

Социально-психологический компонент сексуальной гармонии был нарушен из-за отсутствия у супругов уважения друг к другу и взаимной любви, различия мировоззрения и отношения к сексуальной жизни, наличия у одного из них характерологических особенностей, вызывающих у другого

отрицательное отношение (чаще всего нерешительность, робость у мужа, истероидность у жены). При этом у 81 (39,3%) больного было индифферентное отношение друг к другу, у 45 (21,8%) брак заключен по взаимной любви, у 42 (20,4%) отношения были дружескими, без сексуально-эротической окраски, 32 (15,6%) испытывали неприязнь друг другу, а 4 женщины и 2 мужчины (2,9%) - отвращение и ненависть к партнеру. Во всех случаях брак поддерживался в силу социально-психологических причин: осознания собственной сексуальной неполноценности, боязни осуждения и позора со стороны близких родственников и знакомых, боязни не найти спутника жизни после расторжении данного брака, страха перед одиночеством, наличия определенного уровня взаимной адаптации и общности сексуальных переживаний.

В некоторых случаях брак поддерживался в силу высокой социально-психологической адаптации одного из сторон, когда один из супругов вел адекватную, полноценную половую жизнь «на стороне», имея даже детей вне брака. Как правило, это были мужчины, чьи супруги страдали вагинизмом или коитофобией. Они отличались уверенностью в себе, в своем здоровье, жили «своей» жизнью, не хотели разрушать сложившиеся дружеские взаимоотношения с супругой, тогда как в женской половине отмечалась полная «изоляция» женщины в собственных переживаниях. Все это находило отражение на длительности виргогамии, создавались благоприятные условия, обеспечивающие сохранение таких браков. В одном случае длительность девственного брака составляла 17 лет.

При анализе состояния медико-биологического компонента сексуальной гармонии выявлено его нарушение у значительной части женщин и мужчин за счет нейрогуморальной и у всех супругов – за счет психической составляющей.

Нарушение нейрогуморальной составляющей медико-биологического компонента и у мужчин, и у женщин было результатом ретардации пубертата.

У 32 (29,9%) женщин было отмечено нарушение менструальной функции, чаще по типу гипоменореи [у 19 (59,4%)] или болезненных менструаций [у 13 (40,6%)].

Состояние наружных гениталий и выраженность вторичных половых признаков соответствовали норме у большинства пациенток. Профиль морфограмм у большинства 68 (58,6%) женщин был инфантильным, у 21 (18,1%) - маскулинным и у 27 (23,3%) - нормальным. Трохантерный индекс равнялся 1,87-1,98.

Все пациентки выразили свое негативное отношение к мастурбации, однако 48 (41,4%) имели опыт мастурбации, причем 21 (18,1%) мастурбировали эпизодически, 27 (23,3%) хотя бы раз прибегали к мастурбации. Мастурбаторный акт завершался оргазмом всегда у 36 (31%) женщин, часто – у 9 (7,75%), иногда или редко – у 3 (2,5%).

Поражение психической составляющей медико-биологического компонента было результатом невротических расстройств, развившихся у всех супругов как реакция на отсутствие и невозможность нормальной половой жизни.

Ни у одной женщины не было косметических дефектов, препятствующих реализации полового акта. Мужчины также не обнаруживали каких-либо отклонений в отношении анатомического строения половых органов.

При изучении генитосегментарной составляющей установлено, что ни у одной пациентки затруднение имиссии не было вызвано анатомическими дефектами, травмой гениталий в анамнезе. Возможно, у 14 (30,5%) женщин явления гениталгии или вагинизма, возникавшие как при гинекологическом обследовании, так и при коитусе, были следствием неправильного, грубого отношения супруга в силу неопытности, неподготовленности и болезненных менструаций. У 102 (95,3%) женщин была сохранена генитосегментарная составляющая.

Нарушение эрекционной и эякуляторной составляющей, выявленное у 27 (23,2%) мужчин было следствием хронического или застойного простатита, подтвержденного лабораторными исследованиями, как следствие нарушения УФР половой жизни, и как косвенное доказательство того, что для данной категории больных не характерна реализация сексуальных потребностей «на стороне».

Из соматических заболеваний этому могли способствовать имевшиеся у части женщин гипо- и альгоменорея, у мужчин – хронический и застойный простатит.

Значимым дисгармонирующим фактором служила также сексуально-эротическая дезадаптация, наблюдающаяся у всех обследованных и обусловленная несоответствием диапазона приемлемости и желательности супружеских ласк, неадекватным их проведением, а также неправильной интерпретацией супругами своих сексуальных проявлений из-за низкого уровня осведомленности в области психогигиены половой жизни.

Таким образом, девственный брак являлся результатом сложного взаимодействия ряда социальных, психологических, социально-психологических, биологических факторов, обеспечивающих его формирование.

Анализ причин и условий возникновения сексуальных расстройств у мужчин и женщин и обусловленной ими сексуальной дисгармонии позволил выделить условно две клинические формы виргогамии: сексуальную дисфункцию у жен [вагинизм, коитофобия, гениталгия - у 46 (39,6%)] и психогенное нарушение потенции у мужей [гипоэрекция и эякуляция до введения – у 27 (23,2%)]. Причем при остром развитии виргогамии наряду с вагинизмом важное значение приобретали гениталгии, тогда как при подостром развитии виргогамии на первый план выступали эрекционные нарушения у мужчин и явление вагинизма. Перечисленные клинические проявления сексуальных расстройств определяли невозможность проведения полового акта, вместе с этим обеспечивали гипо- и аноргазмию у супружеских пар и у

мужчин - гипоэрекцию и эякуляцию ante portas. Кроме того, у всех супругов была психосексуальная неудовлетворенность.

Типичным примером описанной формы виргогамии может служить следующее наблюдение.

Наблюдение № 3. Супруги И. состоят в браке 4 года, брак по любви. Жене 26 лет, бухгалтер, мужу 29 работает «свободным предпринимателем» и заочно заканчивает финансовый институт. Обратились к психотерапевту с жалобой на невозможность полноценной половой жизни.

Жена перед каждой близостью испытывает непреодолимый страх. переходящий в ужас при малейшем проявлении настойчивости со стороны мужа. Других жалоб не предъявляет. Отношения с мужем вне сексуальной сферы хорошие, стабильные. Супруги любят друг друга, сочувствуют друг другу. Жена считает себя «виновницей» страданий мужа. Высоко ценит мужа как человека, его душевные качества, рассудительность, целеустремленность, порядочность, терпеливость, внимательность и заботу. В то же время некоторые черты его характера, такие как чрезмерная педантичность, аккуратность, ворчливость, вызывают у нее безотчетное раздражение. Он относился к ней, как к серьезно больной с самого начала их супружеской жизни. Она также расценивает свое состояние как патологию. Инициатива обращения к врачу психотерапевту обоюдная, а также по совету гинеколога.

Еще до замужества пациентка боялась дефлорации, так как читала в популярной литературе, что она со-

провождается болью и кровотечением, иногда значительным. К тому же от двух близких подруг с супружеским стажем 3 и 5 лет слышала рассказы о половой жизни, как о тяжелой повинности, которую необходимо нести ради мужа, с целью сохранения семьи.

Муж считает жену серьезно больной, нуждающейся в лечении у специалиста. Сексуальные контакты с женой на уровне глубокого петтинга (взаимная мастурбация, интрафеморальный коитус), в результате которых происходит семяизвержение с ярким оргазмом. Своей интимной жизнью с супругой был удовлетворен в течении первого года. Однако с этого же периода совместной жизни у него возникали мысли о собственной сексуальной неполноценности.

В последнее время стал замечать, что жена старается избегать контактов, иногда в категорической форме отказывает мужу в близости, во время которой уже не испытывает прежнего сексуального удовлетворения. Половое влечение у жены повышается во время менструаций, и она поощряет его ласки в этот период, но он избегает их, так как, считает это неэстетичным и даже испытывает чувство брезгливости. Вне брачные связи отрицает, так как считает их абсолютно недопустимыми по отношению к жене, которая ему верит. Жену любит, заботлив и внимателен к ней.

Познакомился с женой за 2 года до свадьбы, был очарован ее красотой. Ухаживал за ней в течении 2 лет, испытывал сильное половое влечение, боготворил ее, и никогда не допускал мысли о возможности интимных отношений до брака. С нетерпением и волнени-

ем ждал свадьбы и первой брачной ночи. Сексуального опыта у него не было, зато был опыт мастурбации и развившийся, в связи с этим, онанофобический комплекс. В первую брачную ночь эрекция была достаточной. Жена не проявляла никакого стремления к сближению и при попытке имиссии судорожно сжимала бедра и плакала. Он пытался ее успокоить и обещал не трогать до тех пор пока сама не захочет. Взяв с мужа обещание не настаивать на имиссии, она разрешила поверхностный контакт полового члена с ее гениталиями, причем постоянно сжимала бедра.

Данные обследования супруги. Родилась в интеллигентной семье, единственным ребенком. Родители развелись, когда ей исполнилось 2 года

Воспитывалась матерью в условиях вседозволенности, шаловливой, всегда была окружена заботой и вниманием матери. И. развивалась нормально, хорошо училась, находилась в центре внимания одноклассников и одноклассниц, посещала разные кружки, занималась музыкой. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ангины, ОРЗ. Травмы, хирургические вмешательства, энурез отрицает.

Любимое занятие самообразование и самосовершенствование (закончила курсы компьютерной грамоты, собирается учить английский язык). Сексуальные игры в детстве отрицает. Однако отмечает, что всегда ладила с одноклассниками, принимала их ухаживания, «видела в них не достающего ей брата», хотя всегда понимала их истинные намерения. Факт мастурбации до свадьбы отрицает. Однако в последние 2-3 года 1 раз

в 10 дней начала практиковать мастурбацию для снятия напряжения, хотя оргазм при этом был не столь ярким.

Менструации с 13 лет, по 3-4 дня, через каждые 29 дней, безболезненные, умеренные. Платоническое либидо с 11 лет, когда стала обращать внимание на мальчиков, на их внешность. Эротическое с 13 лет. В этом возрасте часто предавалась фантазиям, воображала себя участницей любовных сцен. Сексуальное либидо с 20 лет.

После замужества регулярно в течении 4 лет практиковала с мужем глубокий петтинг или взаимную мастурбацию с обоюдным оргазмом, но постепенно такая жизнь перестала удовлетворять ее, оргазм наступает все реже и реже, ослабело половое влечение. «Больше всего на свете захотела иметь ребенка». Стала обидчивой и плаксивой. За последние 4-5 месяцев лишь один раз испытала оргазм при петтинге. Эпизодически видит сексуально-эротические сны, во время которых испытывает яркий оргазм. Примечательно, что никогда в эротических снах и фантазиях не видела в образе полового партнера собственного мужа, всегда это был абстрактный или собирательный образ.

Через два года замужества пациентка обратилась к гинекологу с жалобой на невозможность начать половую жизнь из-за спазма мышц преддверия влагалища, промежности, бедер, препятствующего введению полового члена. Однако врач неадекватно оценил ситуацию, проявив грубость и насилие при гинекологиче-

ском обследовании, предложила гименэктомию, на отказ пациентки обозвала ее «ненормальной». Столь явная ятрогения привела к тому, что И. стала избегать всех врачей и лишь по настоянию мужа пришла на прием к психотерапевту.

Жилищно-бытовые условия супругов удовлетворительные: проживают в родительском доме, где занимают 2 комнаты. Спят в общей постели, хотя И. в последнее время стала тяготиться этим. Диапазон приемлемости супружеских ласк широкий и соответствует у обоих партнеров. Предпочтение отдается петтингу, мануальной стимуляции, иногда практикуется интрафеморальный коитус. Супружеская пара отличается устоявшимися ролевыми позициями.

Антропометрические данные. Телосложение по женскому типу с некоторыми признаками инфантилизма. Вторичные половые признаки развиты слабо. Молочные железы Ма2, диаметр ареол: правый -2,5, левой -3 см. Оволосение лобка умеренное, по женскому типу, волосы тонкие, прямые. Оволосение подмышечных впадин - скудное. Трохантерный индекс 1,83.

Соматический статус. Внутренние органы - без патологии. АД 110/70 мм.рт.ст.

Неврологическое обследование. Знаки органического поражения ЦНС отсутствуют. Отмечается вегетативная лабильность, при ортостатической пробе склонность к тахикардии. Дермографизм стойкий, разлитой, яркокрасный, появляется через 2 мин., держится 10 минут.СВД: по схеме 32,7 балла, по вопроснику -39,4 балла. В вегетативном тонусе преобладала

парасимпатикотония.

Данные гинекологического обследования. Наружные половые органы сформированы правильно. Промежность высокая. Клитор обычных размеров, чувствительность его достаточная. Вход во влагалище прикрыт девственной плевой кольцевидной формы, с тонкими растяжимыми краями, отверстие которой свободно пропускает один поперечный палец. Однако при попытке бимануального исследования пальцы ощущают сопротивление, вызванное резким спазмом мышц влагалища и промежности.

Психический статус. В речевой контакт вступает легко. Активна, общительна, изобретательна, артистична. Мышление и память не нарушены. При изложении сексуальных проблем не испытывает затруднений вербализации. Эмоционально лабильна, ранима, сенситивна, самовнушаема, эгоистична. Выражено чувство вины по отношению к мужу, считает себя виновницей его страданий. К мужу испытывает амбивалентные чувства: с одной стороны говорит, что любит, боится его потерять, с другой - ласки мужа вызывают негативные эмоции.

Шкала ценностных ориентаций: 1 - быт; 2 профессиональные интересы; 3 сексуальная сфера; 4 культурные интересы. В проведении досуга предпочитает развитие, самосовершенствование.

Результаты тестирования по «МиФ»: Таким образом, половое самосознание и его базальные образования у испытуемой И. обнаруживало маскулинную половую идентификацию, при правильном представлении о

полоролевых стереотипах со склонностью к самоутверждению в мужской сексуальной роли, причем реальный сексуальный партнер не соответствует образу идеального сексуального партнера.

Результаты теста "Кодирование" обнаружило "близость" образа "Я" к образу "Ребенка", при описании образа мужчины выявлены элементы эмоциональной амбивалентности. При заполнении графы "Музыкальный инструмент" образ "Женщины" отождествляет с барабаном. На вопрос:"Почему по Вашему мнению женщина похожа на барабан? Пациентка со слезами на глазах вспоминает безобразные сцены, которые она наблюдала с 6-7 летнего возраста, когда сосед приходил домой пьяным и, не считаясь присутствием детей своих и соседских прилюдно "хватал жену и избивал". Эти сцены повторялись часто и вселяли в девочку ужас и часто снятся ей в кошмарных снах даже сейчас.

"Тест руки" выявляет преобладание просоциальных тенденций над асоциальными.

Уровень тревоги по Шихану:53 балла;

Данные обследования супруга. Родился в многодетной рабочей семье. Отмечает у отца наличие таких черт характера, как повышенная нормативность, педантичность, чрезмерная аккуратность, эмоциональная холодность, иногда жестокость.

В детстве рос и развивался нормально соответственно своему возрасту. Учился легко, без напряжения. До шестого класса был отличником, отдавал предпочтение точным дисциплинам. Успешно закончил школу. Поступил в педагогический институт, отслужил

в рядах армии. Работает в школе, подрабатывает репетиторством.

Из перенесенных в детстве заболеваний отмечает ветряную оспу, корь. В рядах армии получил черепно-мозговую травму ("разборка с дедами"). Диагноз не знает, но 2 недели лечился в лазарете.

Психосексуальное развитие протекало с некоторой задержкой. Платоническое либидо с 14 лет, когда стал обращать внимание на представительниц другого пола. Впервые влюбился в 15 лет в девочку из параллельного класса. Тайно любил ее, часто в фантазиях воображал себя спасателем своей "дамы сердца". Эротический компонент либидо сформировался в возрасте 17 лет в виде фантазий с фабулой объятий, ласки и поцелуев, направленных на ту же избранницу.

Сексуальное либидо - с 18 лет, когда появилась выраженная потребность в сексуальной близости. В этом возрасте пробовал мастурбировать, представив себя участником полового акта. При этом объект был недифференцирован, чаще это была незнакомая женщина. Мастурбаторный акт был приятен, но не всегда завершался семяизвержением и сила оргазма была невелика. Вскоре прочел в популярной литературе о вреде онанизма и его отрицательном влиянии на половую функцию. Появилась мысль о собственной сексуальной неполноценности. Твердо решил больше никогда не прибегать к этому способу сексуальной разрядки.

Наличие поллюций отрицает. Половую жизнь в анамнезе отрицает. Первая эякуляция в 18 лет при мастурбации, оргазм тусклый. Первый яркий оргазм -

при петтинге со своей супругой. Фрустрации переносит относительно спокойно.

Факторы, формирующие представление о сексуальной норме - разговоры с друзьями, сексфильмы.

Мастурбаторные эксцессы после женитьбы отрицает. Периоды тотальной абстиненции до 23 недель переносит без тягостных ощущений.

Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Считает, что спиртное усиливает половое влечение, улучшает эрекцию, но знает также о его вредных отдаленных последствиях из литературы, поэтому никогда не прибегает к помощи алкоголя для стимуляции половой функции.

В последнее время отмечает сниженный фон настроения в связи с ухудшением сексуальных отношений с женой. Отмечает снижение либидо, особенно в последние полгода. Спонтанные эрекции удовлетворительные, через день. Адекватные эрекции практически отсутствуют. Перед каждой попыткой сексуального контакта испытывает тревогу, с одной стороны, боясь отказа жены, а с другой - желая его, так как опасается, что не возникнет эрекция. Периодически (до 3-4 раз в месяц, что в настоящее время соответствует потребности) практикует глубокий петтинг с женой - интрафеморальный коитус. Продолжительность фрикций до 10 минут.

Отмечает, что оргазм в последнее время притуплен. Так как жена в процессе ласк теперь редко испытывает половое удовлетворение, настроение после близости подавленное, доминирует чувство вины перед

ней и осознание собственной несостоятельности. Последний акт близости был 10 дней тому назад по его инициативе. Жена не проявляла активности и осталась холодна, несмотря на ласки мужа. Семяизвержение наступило после 7-8 минут фрикций между бедер жены, оргазм тусклый. После контакта испытывал ощущение сильной усталости, разбитости, подавленности.

Антропометрические данные. Морфограмма по мужскому типу. Вторичные половые признаки развиты умеренно. Оволосение лобка по мужскому типу. Оволосение аксиллярных областей слабо выражено. Гипертрихоз отсутствует. Проба на супинацию по Жерико отрицательная. Трохантерный индекс 1,90.

Соматический статус. Внутренние органы - без патологии. АД 120/80 мм.рт.ст. Урологическая патология отсутствует.

Неврологическое обследование. Расстройств чувствительности и двигательных нарушений нет. Координация и статика не нарушены.

Психический статус. Уравновешен, спокоен, внешне аккуратен. Формальных расстройств психики нет.

Данные психологического обследования. Шкала ценностных ориентаций: 1 профессиональные интересы; 2 - сексуальная сфера;

3 быт; 4 хобби ; 5 культурные интересы.

Уровень тревоги по тесту "Шихана":44 балла;

Системно-структурный анализ позволил установить, что причиной сексуальной дисгармонии данной супружеской пары (виргогамии) является стержневое поражение психической составляющей медико-биологического

компонента сексуальной гармонии, обусловленное невротическим нарушением и наличием вагинизма у жены и неврозом ожидания неудачи у мужа. Нарушение нейрогуморальной составляющей этого компонента у супруга связанное с ретардацией психосексуального развития, а также ослабление информационно-оценочной и сексуально-эротической составляющих социального компонента служит патопластическим фактором для развития виргогамии.

Диагностическое заключение: сексуальная дисгармония супружеской пары – виргогамия, истеро-фобический синдром, вагинизм у жены и невроз ожидания неудачи у мужа, усугубленная дезинформацией и сексуально-эротической дезадаптацией супругов.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии позволил установить, что во всех случаях, причиной возникновения виргогамии служило стержневое поражение психической составляющей медико-биологического компонента. Нарушение остальных компонентов и составляющих сексуальной гармонии, прежде всего информационно-оценочной и сексуально-эротической, нейрогуморальной и эякуляторной составляющих у мужчин, усугубляло супружескую дисгармонию либо способствовало ее развитию.

Результаты проведенных нами исследований, изложенные в предыдущих главах, убеждают в том, что развитие виргогамии всегда связано с психогенными факторами. Как показал системно-структурный анализ, причиной ее является стержневое поражение психической составляющей медико-биологического компонента сексуальной гармонии супружеской пары.

При виргогамии, обусловленной вагинизмом [10 (21,7%) женщин], невротические расстройства развились в результате патологической фиксации первой неудачной попытки полового акта, а ткже из-за несоответствия суммации раздражений, возникших при первой попытке коитуса, сладострастным ощущением при мастурбации.

При коитофобической форме виргогамии для 22 (47,8%) женщин , как

уже отмечалось, невротические расстройства характеризовались непреодолимым навязчивым страхом перед половым сношением. Причем пациентки сохраняли критику к своему состоянию, но не могли преодолеть его.

Для всех пар данной группы была характерна сексуально-эротическая дезадаптация из-за несоответствия диапазона приемлемости супружеских ласк и неадекватной стимуляции значимых эрогенных зон супруги.

Подробное обследование женщин показало, что коитофобия возникла у них при полном соматическом благополучии и не была связана с каким бы то ни было заболеванием. У всех женщин с этой формой виргогамии, она развивалась как следствие патологической фиксации первой неудавшейся попытки полового акта или неправильного воспитания с выработкой негативной установки на половую жизнь.

Психологическая дезадаптация в данной группе встречалась реже, чем в предыдущей, но более чем у половины супругов отмечалась социально-психологическая дезадаптация, чаще всего связанная с отсутствием взаимной любви. Ни одна из супружеских пар второй группы не вступила в брак по любви, а подавляющее большинство женщин и мужчин руководствовались такими мотивами, как «рассчет родителей в выборе мужа или жены», боязнь одиночества и материальные соображения, что, естественно, не способствовало супружеской гармонии.

Рассмотрим в качестве примера следующее наблюдение.

Наблюдение №4. Супруги П. женаты в течении 12 лет. Жене 28 лет, бухгалтер частного кафе; мужу 32 года, директор данного частного кафе. Обратилась к психотерапевту жена с жалобой на невозможность половой жизни из-за непреодолимого страха перед половым актом. Понимает необоснованность этого страха, но чем больше усилий делает над собой, тем выраженнее боязнь коитуса,

которая приобрела черты неодолимой навязчивости. Предъявляет также жалобы на раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, которые появились в течении последних 2-3 года. Во время первой брачной ночи у пациентки возник непреодолимый страх при виде эрегированного полового члена мужа. Никогда не думала, что размеры его столь велики, не представляла, как он может проникнуть через маленькое отверстие в девственной плеве и уместиться во влагалище. Испытывая настоящий ужас, почувствовала судорожное сведение бедер, оттолкнула мужа, однако он стал проявлять настойчивость, пытаясь вначале ласками, уговорами, а затем силой овладеть ею. Стала кричать, плакать, оказывала физическое сопротивление. Умоляла мужа не трогать ее в ближайшие дни, дать возможность адаптироваться, привыкнуть к новой роли. Муж дал ей срок одну неделю. Со страхом ждала его окончания, думала как бы оттянуть время. Пропал аппетит, появилась бессоница. В последний день указанного срока заявила мужу о начале менструации, хотя сама ожидала ее дня через три-четыре. Муж отнесся с недоверием к этому известию, но продолжал терпеливо ждать. Через три дня у П. действительно началась менструация и продолжалась четыре дня. В день окончания вечером всячески старалась оттянуть время контакта с мужем, он терпеливо ждал, ничем не выдавая свое

сильное возбуждение. При попытке мужа к «сближению» пациентка ощутила «каменную твердость» эрегированного полового члена, вновь ощутила сильный страх, почувствовала непроизвольное сжатие бедер и оттолкнула мужа. Между супругами возник конфликт, муж ушел, хлопнув дверью. Вернулся утром. Постепенно отношения между супругами наладились. Муж больше не предпринимал попыток к половой близости, хотя супруги спали в одной постели. Иногда между ними были взаимные ласки, но без внутреннего побуждения со стороны жены,а в угоду мужу. В течение последнего года страх уменьшился, но П. стала замечать, что муж реже бывает дома, охладел к ней, больше не ласкает ее или ласки носят формальный характер, иногда не ночует дома. Именно в этот период в ней пробудилось половое влечение к мужу, появились идеи ревности. Страх потерять мужа, который в последнее время приобрел характер навязчивой идеи, стал мотивом обращения к психотерапевту. Муж отнесся к этой идеи равнодушно, снисходительно согласившись сходить на беседу к врачу, но категорически отказавшись от обследования.

Данные обследования супруги. Родилась и воспитывалась в семье служащих, без отца. Из многодетной семьи, третий по счету ребенок. Наследственность психопатологически не отягощена. В детстве росла и развивалась нормально. Школу закон-

чила успешно, затем техникум (факультет бух.учет).

Перенесенные заболевания: частые ОРЗ, хронический тонзиллит, вирусный гепатит, аппендэктомия в 13 лет.

С детства была боязливой, сенситивной, склонной к навязчивым страхам: боялась темноты, боялась оставаться одна. Однажды в девятилетнем возрасте, возвращаясь из школы, была напугана в своем подъезде неизвестным мужчиной эксгибиционистом, совершавшим онанистический акт. Была сильно напугана увиденным, однако родителям ничего не рассказала из-за чувства стыдливости, но с тех пор стала бояться ходить одна, особенно вечером. С мужем познакомилась будучи студенткой 1го курса техникума, испытывала к нему чувства влюбленности. Мужу в то время было 20 лет. Он работал ювелиром по окончанию техникума. Ей льстило, что столь интересный молодой человек, отдал ей предпочтение. Он встречал ее после занятий, дарил цветы, катал на машине. Встречались достаточно долгое время, после сватовства поженились.

Жилищно-бытовые условия супругов удовлетворительные, живут вместе с родителями мужа в своем доме, занимают отдельные 2 комнаты площадью 28,3 кв.м.

Половое самосознание и психосексуальная ори-

ентация у пациентки правильное, полоролевое поведение -феминнинное. Возраст пробуждения платонического либидо в 12-13 лет проявлялось влюбленностью в популярных киноактеров (сверстники не привлекали); эротическое либидо - в 18 лет после знакомства с будущем мужем, к которому испытывала чувство влюбленности; сексуальный компонент либидо появился лишь через год после замужества. Менструации с 15 лет, по 3 дня, через 30 дней, умеренные, временами болезненные.

Мастурбацию отрицает, относится негативно. Петтинг до брака практиковала. Фрустраций не испытывает. Наличие эротических сновидений отрицает. Оргазма якобы никогда не испытывала, хотя очень много слышала от подруг, читала в популярной литературе.

До замужества не имела четкого представления о половой жизни и совершенно ничего не знала о технике полового контакта.

В настоящее время страх перед половым актом ослабел, но муж не предпринимает никаких попыток к половой близости, стал холоден. Супруги спят в разных постелях. Муж часто не ночует дома. Последние несколько недель П. отмечает у себя все нарастающее сильное половое влечение к мужу, но не решается сказать ему об этом, так как опасается, что вновь может появиться страх со всеми вытекающими последствиями, что окончательно от-

толкнет от нее мужа.

Диапазон приемлемости ласк узкий, не соответствующий таковому у мужа, имеющего широкий диапазон приемлемости.

Антропометрические данные. Тип морфограммы - инфантильный. Вторичные половые признаки развиты слабо. Молочные железы Ма2, диаметр ареол: правой -2,5; левой -2 см. Оволосение лобка скудное, по женскому типу, волосы тонкие, прямые. Оволосение подмышечных впадин скудное, АоР1. Трохантерный индекс 1,80.

Соматический статус. Внутренние органы без патологии.

Неврологическое обследование. Отмечается вегетативнососудистая лабильность, склонность к тахикардии.

Данные гинекологического обследования. Наружные половые органы сформированы правильно. Клитор чувствителен к стимуляции. Девственная плева полулунной формы, края тонкие, податливые. Отверстие пропускает кончик пальца. Во время наружного осмотра отмечается спонтанный спазм мышц входа во влагалище и тазового дна, вызванный страхом перед предполагаемым исследованием. При ректальном исследовании патология внутренних гениталий не выявлена.

Психический статус. Формальных расстройств психики нет В контакт вступает легко, адекватна.

Мышление и память не нарушены. Интеллект соответствует полученному образованию. Эмоционально неустойчива, фиксирована на половом расстройстве. Озабочена возникшей ситуацией. В последние месяцы отмечает у себя сужение круга интересов в связи с появившимся чувством ревности к мужу и страхом потерять его.

Сама считает себя мнительной, чувствительной, склонной к навязчивостям, с неустойчивым настроением. Относит себя к художественному типу.

Данные психологического обследования. Шкала ценностных ориентаций: 1-быт и культурные интересы; 2 - хобби (шитье); 3-профессиональные интересы; 4 -сексуальная сфера.

Уровень тревоги по тесту Шихана:55 балла.

Супруг пришел на беседу по настойчивой просьбе жены. Никаких жалоб не предъявляет. Ведет себя вызывающе. Установка на разрыв с женой, так как считает ситуацию бесперспективной, хотя ей о своем намерении еще не сообщал. Женился, будучи влюблен, но в связи с тем, что семейная жизнь не налаживалась, реже стал бывать дома. Свободное время стал проводить в компаниях, с друзьями, куда приглашались и женщины. Имел частые беспорядочные половые связи, причем сексуальные контакты протекали с неизменным успехом. Длительность полового акта от 3 до 10 минут. От-

мечает, что способен затягивать коитус до сексуального удовлетворения партнерши.Два года как увлекся разведенной женщиной, регулярно 2-3 раза в неделю встречается с ней, имеет даже одного ребенка с ней. По отношению к ней нет каких-либо серьезных намерений, однако жену свою считает безнадежно больной. Не отрицает не угасшее чувство привязанности к своей жене. От обследования категорически отказался, так как считает себя абсолютно здоровым.

Системно-структурный анализ позволил установить, что в основе виргогамии у данной супружеской пары лежит стержневое поражение психической составляющей медико-биологического компонента сексуальной гармонии, обусловленное коитофобией у супруги. Ослабление нейрогуморальной составляющей этого компонента у жены, связанное ретардацией полового созревания, соответствует 1-ой степени, способствуя развитию дисгармонии. У супруга медико-биологический компонент, по-видимому, не нарушен, о чем можно судить по наличию внебрачных связей, протекающих с неизменным успехом.

Нарушение социально-психологического компонента, обусловленное утратой чувства любви мужа к жене, соответствует 2-й степени и усугубляет дисгармонию супругов, так же как и сексуально-эротическая дезадаптация, объясняющаяся несовпа-

дением диапазона приемлемости и желательности супружеских ласк, а также неадекватным поведением супруги.

Гениталгии, обусловившие сексуальную дисгармонию у супружеских пар, у 14□5% женщин были следствием гинекологической патологии (вульвовагинит, кольпит, острый и хронический аднексит, эрозия шейки матки). У остальных, т.е. у большинства пациенток, гениталгии были обусловлены психогенными факторами. Однако соматогенные гениталгии не исчезали после ликвидации воспалительного процесса в гениталиях, а переходили в психогенные, развиваясь по невротическим механизмам.

Виргогамия у супружеских пар данной группы, как и двух предыдущих, была обусловлена стержневым поражением психической составляющей медико-биологического компонента сексуальной гармонии, однако у большинства женщин этой группы имелось нарушение 2-й степени генитосегментарной составляющей этого компонента, усугублявшее супружескую дисгармонию; столь же дисгармонизирующую роль играла и сексуально-эротическая дезадаптация супругов, обусловленная их неправильным сексуальным поведением. Что касается психологической и социально-психологической дезадаптации, то они тоже не были достаточно благополучными.

Проявления и течение данной формы виргогамии может иллюстрировать следующее наблюдение.

Наблюдение № 5. Супруги М., состоят в браке 16 лет, брак по согласованию родителей, не по любви. Однако, по словам жены, якобы любовь и привязанность в последующем появились. Жене в настоящем 36 лет, учительница начальных классов, мужу 46 лет, провизор в частной аптеке. Супруги обратились с жа-

лобами на невозможность половой жизни из-за болезненных ощущений в области гениталий у жены.

Жена, помимо сексуальных жалоб, жалуется на неустойчивость настроения, плаксивость, раздражительность, вспыльчивость в последние полгода, на тянущие боли в низу живота и пояснице, ощущение тяжести, особенно усиливающиеся после ласк мужа, попыток половой близости, а также после осмотра эротических фильмов и журналов. Еще до замужества отмечала явления гениталгии, которые значительно усилились после замужества. Была на приеме у гинеколога, но патологии выявлено не было.

М. считает себя неполноценной, «безнадежно больной» каким-то гинекологическим заболеванием, хотя в настоящем не желает обращаться к гинекологам, так как испытывает страх перед обследованием.

После свадьбы, когда супруги остались одни, муж, робкий по натуре, проявил нерешительность. Ласки были поверхностные, не настойчивые, стереотипные, продолжались около часа, и возникшее у жены сексуальное возбуждение постепенно исчезло. Когда же, наконец, супруг приступил непосредственно к половому акту, введение осуществить не удалось из-за сухости половых органов жены, болезненных ощущений в момент введения и судорожного сведения бедер. У мужа произошло семяизвержение до введения. У пациентки была выраженная фрустрация, проявившаяся сильными болями и ощущением тяжести внизу живота, супруг испытывал чувство вины и неловкости. В течении недели не проявлял сексуальной активности, а

через неделю ситуация повторилась. В дальнейшем при каждой попытке полового акта у М., возникало судорожное сведение бедер, препятствующее введению полового члена, и попытка заканчивалась семяизвержением у мужа или ослаблением эрекции еще до введения полового члена во влагалище.

Данные обследования супруги. М. росла и развивалась без особенностей. Родители характеризовались строгими нравами, требовали безоговорочного послушания во всем. Успешно закончила среднюю школу, педагогический институт. Преподает в младших классах школы, работой довольна. Замуж вышла в 20 лет по договоренности родителей, однако будущий муж ей сразу понравился. Он обладал мягким, добрым характером, был заботлив с первых дней совместной жизни. До знакомства с будущим мужем сторонилась мужчин.

Жилищные условия удовлетворительные, супруги живут в трехкомнатной квартире, отдельно от родителей.

Темп полового созревания нормальный. Менструации с 14 лет, по 3 дня, через 27-28 дней, болезненные, обильные, с выраженным предменструальным синдромом в виде слезливости, повышенной обидчивости, раздражительности и головных болей.

Возраст появления платонического либидо - 15 лет, когда влюбилась в одноклассника. В 16 лет проявилось эротическое либидо к нему, в мечтах предавалась фантазиям эротического содержания, где главными действующими лицами были он и она. Во время фантазирования испытывала сильнейшее половое возбу-

ждение, которое долго не исчезало, вызывая тягостную фрустрацию с сильными болями, чувством тяжести в низу живота и пояснице. Появилась плаксивость, раздражительность. Во время одной из таких ситуаций непроизвольно сжала бедра и ощутила яркий оргазм, чувство, которого никогда раньше не испытывала и которое одновременно и ошеломило, и испугало ее. В дальнейшем боялась повторения подобной ситуации, старалась всячески отвлечься.

Повторений оргазма не было до замужества. К мастурбации относится негативно и категорически ее отрицает. Эротические сновидения, сопровождающиеся оргазмом, бывают эпизодически в течение последнего года.

Петтинг в браке с мужем с частотой 2 раза в неделю. Ласки приятны, но оставляют ее в состоянии сильной фрустрации, поэтому в последнее время старается избегать близости под тем или иным предлогом, вызывая тревогу у мужа. Диапазон приемлемости ласк узкий.

Факторы, формирующие представление о сексуальной норме, разговоры с подругами, чтение популярной литературы.

Антропометрические данные. Морфограмма феминного типа. Вторичные половые признаки развиты достаточно. Диаметр ареол соска: правая 4, левая 3,5 см. Оволосение на лобке по женскому типу. Трохантерный индекс 1,91.

Соматический статус. Внутренние органы без патологии. АД 120/70 мм.рт.ст.

Неврологическое обследование. Симптомов очагового поражения нервной системы и расстройств чувствительности нет. Мышечный тонус не изменен. Дермографизм красный, разлитой, стойкий, появляется сразу. Брюшные рефлексы Д=S, живые. Вегетативнососудистая лабильность.

Данные гинекологического обследования. Наружные половые органы сформированы правильно. Девственная плева цела, кольцевидной формы, края мягкие, растяжимые. Отверстие свободно пропускает палец.

Психический статус. Формальных расстройств психики нет. Эмоционально неустойчива, раздражительна, жалуется на снижение работоспособности, ухудшение сна. Рассказывая о своих интимных переживаниях плачет. Считает себя «ненормальной».

Психологическое обследование. Шкала ценностных ориентаций:

1быт; 2сексуальная сфера; 3профессиональные интересы; 4 культурные интересы;

Уровень тревоги по тесту Шихана:71 балла.

Диагноз жены: Гениталгия, неврастенический синдром.

Супруг в последние полгода отмечает снижение настроения, снижение аппетита, ухудшение сна, повышенную тревожность, ощущение сердцебиения.

Мысль о наличии сексуального расстройства появилась сразу после свадьбы, когда первая попытка половой близости с женой закончилась неудачей (в момент имиссии полового члена во влагалище жена сжала бедра и произошло семяизвержение). Испытывал

глубокое чувство вины, считал себя не полноценным мужчиной. Представлял, как «все родственники обсуждают его позор», снизилось настроение, не спал ночами. Были моменты, когда появлялось сожаление о том, что не был в половых отношениях с женщиной до свадьбы. В течении недели не решался на близость с женой, хотя и испытывал сильное желание. И когда, спустя неделю, решился - ситуация повторилась. В течении всех истекших лет супружества предпринимает нерегулярные попытки к половому акту, каждый раз завершающиеся семяизвержением при попытки имиссии. Жена при этом испытывает сильную фрустрацию, выражающуюся в сильных болях и тяжести внизу живота, в области наружных половых органов и пояснице. Отмечает, что если раньше у нее было выраженное половое влечение, то в течение последних лет оно заметно снизилось. Замечает, как жена под разными предлогами старается избежать половой близости. К тому же супруга изменилась по характеру стала нервной, раздражительной, вспыльчивой, стала плаксивой по пустякам. Инициатива обращения к психотерапевту обоюдная.

Данные обследования супруга. Родился и вырос в семье педагогов, третьим по счету ребенком. Имеет старших брата и сестру. Наследственность психопатологически не отягощена. Рос и развивался нормально. В детстве перенес инфекционный паротит - без осложнений, болел простудными заболеваниями. Окончил среднюю школу и строительный техникум. По характеру всегда был робким, застенчивым, мнительным, отзыв-

чивым, добрым и честным.

Любит свою работу, очень любит свою жену, жалеет ее, серьезно озабочен возникшей ситуацией, к тому же очень хочет иметь детей.

Опыт половой жизни до брака не имел, так как считал это тяжелым грехом. Когда родители познакомили его с будущей женой, она ему сразу понравилась. Испытывал к ней сильное половое влечение, даже думать не мог о добрачной половой связи, так как сильно боготворил ее.

Антропометрические данные. Нормальная мужская морфограмма. Оволосение лобка по мужскому типу. Вторичные половые признаки развиты хорошо. Трохантерный индекс 1,93.

Соматический статус. Внутренние органы без патологии; АД 120/75 мм.рт.ст. При неврологическом и урологическом обследовании патология не обнаружена.

Психический статус. Формальных расстройств психики нет. Эмоционально неустойчив, фиксирован на расстройстве половой функции, склонен к преувеличению возникшей ситуации.

Данные психологического обследования.

В шкале ценностных ориентаций доминируют профессиональные интересы и сексуальная сфера.

Уровень тревоги по Шихану:64 балла.

При системно-структурном анализе установлено, что виргогамия у данной супружеской пары развилась в результате стержневого поражения психической составляющей медико-биологического компонента сексуальной гармонии, обусловленного имеющимися у них

невротическими нарушениями - у жены депрессивно-ипохондрическим синдромом, у мужа неврозом ожидания неудачи и акцентуацией характера по психастеническому типу.

Усугубляющим дисгармонию фактором послужило нарушение сексуально-эротической составляющей социального компонента вследствие неадекватной сексуальной стимуляции эрогенных зон супруги в процессе предварительных ласк из-за узкого диапазона приемлемости и мужа и жены.

Вместе с тем у супругов отмечается высокий уровень психологической адаптации благодаря наличию чувства взаимной любви, привязанности, склонности к самопожертвованию, что подтверждается данными психологических исследований.

Сексуальное расстройство у мужчин, обусловившее виргогамию у супружеских пар, во всех случаях носило паторефлекторный характер. Причинами неудачного сексуального дебюта, зафиксированного по механизму патологического условного рефлекса, были действия внешнего раздражителя значительной силы (стук, окрик, шум и др.), страх оказаться несостоятельным, опасение быть обнаруженным, боязнь заражения венерической болезнью, онанофобия и вызванная ею убежденность в своей сексуальной неполноценности и т.п.

Эти факторы обусловили стержневое поражение психической составляющей медико-биологического компонента сексуальной гармонии, ставшее причиной развития виргогамии у супружеских пар данной группы. Способствовали сексуальной дисгармонии супругов и усугубляли ее нарушение 2-й степени нейрогуморальной составляющей этого компонента, отмечавшееся более чем у половины мужчин этой группы вслед-

ствие ретардации пубертата, а также ослабление эякуляторной составляющей в результате застойного простатита. Как правило, нарушение сексуально-эротической составляющей было связано с неправильным сексуальным поведением супругов.

Рассмотрим в качестве примера следующее наблюдение.

Наблюдение № 6. Супруги Л., состоят в браке восемь месяцев. Жене 18 лет, учится в медицинском колледже. Мужу 23 года, предприниматель, обратился с жалобой на невозможность начать половую жизнь после бракосочетания из-за отсутствия полноценной эрекции или ускоренного семяизвержения в процессе предварительных ласк.

Супруга до свадьбы не имела четкого представления о половой жизни. Во время брачной ночи сексуального возбуждения не испытывала. Пассивно наблюдала за действиями мужа, который был чрезмерно возбужден, суетлив, тороплив, очень нервничал, пытаясь вызвать эрекцию мануальным способом. Супруга была безучастной, ничем не старалась ему помочь. Наконец, эрекция полового члена возникла, но при попытке введения произошло семяизвержение, что вызвало у жены, не имеющей опыта сексуального общения брезгливое чувство. Супруг испытывал чувство вины, стыда, неловкости. Попытки повторного сближения были неудачными из-за отсутствия эрекции.

Аналогичная ситуация повторялась каждый раз, когда супруг предпринимал попытки к половой близости, поэтому он практиковал их все реже и реже. Иногда возникала эрекция, достаточная для введения,

но при попытке введения либо спонтанно исчезала, либо происходило семяизвержение.

Кроме того, супруг жалуется на резкое снижение в последнее время полового влечения, яркости оргастических ощущений при мастурбации и поллюциях.

Отмечает у себя сниженный фон настроения, высказывает идеи самоуничтожения, осознает собственную сексуальную неполноценность, а также нарушение сна, отсутствие аппетита, похудание, сужение круга интересов с фиксацией на сексуальной сфере.

Мысль о наличии полового расстройства появилась еще в ранней юности, когда в популярной литературе прочел о вреде онанизма, в связи с тем, что регулярно мастурбировал в течении 3 - 3,5 лет. Пытался бросить это занятие, но безрезультатно. Испытывал тягостные ощущения в области половых органов, промежности, в связи с чем возникало навязчивое желание повторить онанистический акт. Поэтому периодически прибегал к мастурбации, но старался делать это как можно реже (2-3 раза в месяц). После каждого мастурбаторного акта, завершающегося оргазмом, испытывал приятное чувство расслабления, снятие сексуального напряжения, но одновременно появлялась психологическая фрустрация, чувство вины, вызванное мыслью о собственной сексуальной неполноценности, индуцированное информацией, полученной из популярных литературных источников. Уже в то время появился страх оказаться несостоятельным при половом контакте с женщиной, поэтому долго, до самого брака, не начинал половую жизнь, хотя испытывал в ней

сильную потребность.

Познакомился со своей женой за 2 месяца до свадьбы. Хотя знакомство было организовано родителями, будущая супруга сразу ему понравилась. Петтинги до свадьбы отрицает, хотя при встречах испытывал сильную фрустрацию с тягостными ощущениями в области половых органов. При мысли о ней возникала выраженная эрекция. После свадьбы на первый в своей жизни коитус шел «как на экзамен». С ужасом констатировал отсутствие эрекции, несмотря на сильное возбуждение. Пытался мануально вызвать эрекцию, но это удалось лишь частично. Эрекция была вялая, и при попытке введения произошло спонтанное семяизвержение. Увидел отвращение в глазах жены и молчаливый упрек, что якобы усугубило чувство вины и окончательно убедило его в собственной неполноценности. Позже в аналогичных ситуациях ему казалось, что жена с укором смотрит на него, хотя и недовольна, но молчит. Постепенно половое влечение стало снижаться. Притупилась яркость оргастических ощущений при мастурбации, что способствовало уменьшению половой активности. В настоящее время половая предприимчивость не чаще 2-3 раз в месяц. К врачу обратился, так как считает себя больным, нуждающимся в серьезном лечении.

Данные обследования супруги. Родилась в рабочей семье вторым по счету ребенком из четырех. Братья и сестра здоровые. Мать страдает гипертонической болезнью. Отец здоров. Считает, что по характеру больше похожа на отца: общительная, веселая,

вспыльчивая. Мать спокойная, уравновешенная, замкнутая. В детстве росла и развивалась нормально. В школе училась средне, имела много подруг. В настоящем студентка 1 го курса медицинского колледжа. С мальчиками не дружила, не испытывала в этом потребности, но с братьями всегда легко находила общий язык. С мужем познакомилась не за долго до свадьбы. Любви к мужу не испытывает, но чувствует, что он любит ее и готов ради нее на все. Замуж вышла из материальных соображений. Добрачные половые связи, петтинги отрицает. Жилищные условия нормальные, работой довольна.

Соматосексуальное развитие своевременное, менструации с 13 лет, по 4 дня через 31 день, умеренные, временами болезненные. Психосексуальное развитие несколько запоздалое. Возраст пробуждения платонического компонента либидо - 16 лет, когда влюбилась в киноартиста, эротическое либидо - в 18 лет, когда представляла себе ласки абстрактного мужчины (поцелуи, объятия). Сексуальный компонент либидо отсутствует. Оргазм никогда не испытывала, мастурбацию отрицает, относится к ней индифферентно. Петтинг с будущим мужем совершался эпизодически, без выраженного сексуального возбуждения, по инициативе мужа. Фрустрации отрицает.

Фактор, формирующий представления о сексуальной норме, разговоры с подругами.

В настоящее время не испытывает желания жить половой жизнью и при проявлении мужем сексуальной активности старается избежать близости под любым

предлогом, даже ласки его стали неприятны. Диапазон приемлемости супружеских ласк узкий и не соответствует таковому у супруга, имеющего средний диапазон приемлемости.

Антропометрические данные. Морфограмма инфантильного типа. Вторичные половые признаки развиты слабо. Молочные железы недоразвиты, диаметр ареол сосков: правого 1,5, левого 2 см. Оволосение в аксиллярных областях и на лобке - скудное, волосы тонкие, прямые. Трохантерный индекс 1,81.

Соматический статус. Внутренние органы - без патологии; АД 120/75 мм.рт.ст. При неврологическом и гинекологическом осмотре патология не выявлена.

Психический статус. Формальных расстройств психики не обнаружено. Озабочена возникшей ситуацией, так как имеет установку на сохранение брака.

Данные психологического обследования. Шкала ценностных ориентаций: 1 быт, хобби (кулинария); 2 сексуальная сфера; 3 профессиональные интересы; 4 культурные интересы.

Данные обследования супруга. В детстве рос и развивался нормально. Родился третьим ребенком в семье, имеет двух сестер. Наследственность не отягощена. В детстве перенес корь, вирусный гепатит без осложнений. В последующем частые простудные заболевания. Окончил среднюю школу, поступил и успешно закончил Ташкентский политехнический институт. В настоящем занимается предпринимательской деятельностью. Работой доволен, хотя и физически и умственно сильно устает. По характеру добрый, доверчивый,

мнительный, замкнутый, иногда нерешительный, стеснительный. Внебрачные связи отрицает.

Данные специальных исследований свидетельствуют о своевременном половом созревании. Возраст пробуждения либидо: платонического -12, эротического -13, сексуального -14 лет. Возраст первой эякуляции -13 лет при ночной поллюции с эротическим сновидением и ярким оргазмом. Первую эякуляцию воспринял спокойно.

Мастурбации с 13 лет, в течении 2 лет носили условно-эксцессивный характер. В 15 лет развился онанофобический комплекс. Петтинг, половой контакт до женитьбы отрицает.

Представления о сексуальной норме получил из популярной литературы, с друзьями на сексуальные темы беседовать стеснялся. Эротические сновидения отмечаются почти каждую ночь, часто сопровождаются поллюциями. Мастурбации, сопровождающиеся эротическими фантазиями - эпизодически (по-прежнему убежден в их вредном влиянии на половую функцию), сексуальным объектом при этом является жена. Считает, что алкоголь усиливает половую функцию: улучшает эрекцию, задерживает наступление семяизвержения. Не курит. Работа связана с большим умственным и физическим напряжением, что отрицательно сказывается на половой активности.

Общий фон настроения подавленный. Настроение перед близостью тревожное. Либидо в последнее время (месяцы) понижено. Утренние спонтанные эрекции - через день, в последний месяц - не чаще 2 раз в не-

делю. Эрекции достаточного количества возникают лишь в ситуациях, не обязывающих к половой близости. Эякуляция до имиссии, оргазм стертый. Самочувствие и настроение после неудавшегося полового акта подавленное.

Последняя попытка была 2 недели назад, ласки продолжались 15 минут, эрекция была вялой, периодически исчезала, эякуляция произошла при попытке введения полового члена. Диапазон приемлемости ласк - средний. Позиция вентровентральная, верхняя.

Антропометрические данные. Морфограмма нормальная по мужскому типу. Вторичные половые признаки развиты хорошо. Оволосение лобка по мужскому типу. Проба на супинацию по Жерико отрицательная. Трохантерный индекс 1,92.

Соматический статус. Внутренние органы - без патологии. АД 115/75 мм.рт.ст. Урологическая патология не выявлена.

Данные неврологического обследования. Двигательных нарушений и расстройств чувствительности нет. Дермографизм красный, разлитой, устойчивый.

Психический статус. Эмоционально неустойчив, настроение сниженное, фиксирован на половом расстройстве, гипертрофирует возникшую ситуацию.

Данные психологического обследования.

В шкале ценностных ориентаций на первом месте - сексуальная сфера и профессиональная деятельность, менее значимы быт и культурные интересы.

Диагноз мужа: невроз ожидания неудачи, сексуальная дисфункция (гипоэрекция, преждевременное се-

мяизвержение).

Результаты проведенного системно-структурного анализа показали, что причиной виргогамии у данной супружеской пары является стержневое поражение психической составляющей медикобиологического компонента сексуальной гармонии в результате невроза ожидания неудачи у мужа. Дисгармония усугубляется нарушением 2-й степени социальнопсихологического компонента из-за отсутствия у жены чувства любви к мужу, и сексуально эротической составляющей социального компонента из-за несовпадения у супругов диапазона ласк и отсутствия нормальных сексуальных контактов. Способствовало возникновению виргогамии нарушение информационнооценочной составляющей этого компонента, вследствие низкого уровня знаний супругов в области психогигиены половой жизни.

Выявленные причины, патогенетические механизмы, течение и проявления описанных клинических форм виргогамии позволили нам разработать дифференцитрованную систему коррекции этого вида сексуальной дисгармонии супружеской пары.

ГЛАВА 6
ТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ВИРГОГАМИИ

Виргогамия или девственный брак является достаточно серьезной медицинской и социальной проблемой, так как отсутствие нормальной половой жизни и, следовательно, невозможность наступления беременности играет негативную роль не только в жизни самих супругов, но и в отношении демографических показателей, что еще более увеличивает актуальность разработки эффективных методов коррекции виргогамии.

Комплексное лечение было проведено 206 больным с невротическими нарушениями, состоящим в девственном браке.

Критериями эффективности проведенного лечения служили:

1) обратимость (степень редукции клинических проявлений невротических расстройств у лиц виргогамией;
2) разрешение виргогамии, т.е. начало полноценной половой жизни супругами.

Положительные результаты были зафиксированы у 197 больных (95,6%). Лечебный эффект отсутствовал у 9 больных (4,4%). Анализ случаев, где терапевтический эффект отсутствовал, выявил следующие основные объективные факторы, препятствовавшие достижению хороших лечебных результатов: неблагоприятную партнерскую ситуацию (развод и распад семьи), или когда супруги по тем или иным причинам переставали посещать психотерапевта и не доводили лечение до конца (переезд в другой город, отъезд из страны и т.д.).

6.1. Психотерапевтические аспекты лечения невротических расстройств при виргогамии

На сегодняшний день психотерапия насчитывает несколько сот мето-

дов и постоянно пополняется новыми методиками, и ее огромный лечебный эффект в деле лечения невротических нарушений является неоспоримым.

При проведении психотерапевтических мероприятий больным с невротическими нарушениями, состоящим в девственном браке, необходимо соблюдать следующие принципы:

1) одновременное начало лечения супругов;
2) ослабление и полное разрушение неправильных механизмов «защиты», неправильных понятий о половой жизни;
3) формирование новых адекватных форм поведения супругов в интимной обстановке;
4) формирование у супругов техники совладания, которые адекватны их личностной структуре;
5) построение психотерапевтических мероприятий с учетом специфики невротических расстройств, личностного преморбида и конкретной партнерской ситуации.

Психотерапевтический процесс начинается уже при обследовании супругов, поэтому трудно провести грань между обследованием больного и психотерапевтическим воздействием, так как стиль поведения врача на этапе диагностики может оказать на пациента существенное влияние.

Эффективность психотерапии в определенной степени зависит от правильности выбранного метода. По нашему мнению, в деле терапии невротических расстройств у пациентов с виргогамией, можно использовать рациональную (разъяснительную, когнитивную, косвенную (потенцирование и опосредование)), поведенческую, гипносуггестивную психотерапию. Следует помнить, что проводимая психотерапия прежде всего супружеская, семейная. По этой причине супруги одновременно привлекаются к психотерапевтическому воздействию. Необходимо пациентов научить азам самовнушения, а также различным специальным приемам («пальцевая дилятация» при вагинизме). Помимо этого, оправдано применение психофармако-

логических средств (антидепрессанты, транквилизаторы) и препараты других лекарственных групп (вазодилятаторы - виагра), а также физиотерапевтических процедур (ЛОД-терапия).

Супружеская терапия представляет собой особую форму психотерапии, которая ориентирована на супружескую пару и ее проблемы. Она призвана помочь супружеской паре преодолеть не только семейные конфликты и кризисные ситуации, но и достигнуть гармонизации во взаимоотношениях, обеспечить взаимное удовлетворение потребностей. Супружеская терапия является лечением нарушений супружеских отношений. Деятельность психотерапевта направляется на приспособление партнеров в самом широком смысле с учетом многих факторов, влияющих на сексуальную гармонию (сексуально-эротическая, психологическая адаптация и т.д.).

В целом супружеская терапия располагает большими возможностями, так как при его проведении можно реализовать различные концептуальные подходы (динамический, бихевиориальный, гуманитарно-психологический, системный, рационально-воспитательный, ценностный) и воспользоваться большим арсеналом методик коммуникативного тренинга [287].

В ряде случаев источником нарушений межличностных отношений в супружеской паре, могут явиться неблагоприятные психогенные влияния, исходящие от родителей супругов. Тогда возникает необходимость в проведении семейной терапии, которая в отличие от супружеской распространяется на всю семью в целом.

С целью гармонизации интимных отношений мужчины и женщины деятельность психотерапевта, помимо решения узко медицинских задач (лечение патологии), направляется на повышение уровня информированности супружеских пар по вопросам сексологии и оптимизации сексуально-эротического взаимодействия. А также устранение нарушений межличностной коммуникации, обусловленной, например, негативным восприятием одним партнером характерологических черт другого, а также различными ро-

левыми конфликтами (при поражении психологического и социально-психологического компонента).

При недостаточной осведомленности о норме, физиологических колебаниях и патологии сексуальной функции и неправильной оценке своих сексуальных проявлений (поражение информационно-оценочной составляющей социального компонента), следует проводить широкую информационно-разъяснительную работу (разъяснительная психотерапия), включающую и рекомендации по изучению популярной сексологической литературы.

Как показали наши исследования, супруги не всегда осознают «патогенное» влияние невротических расстройств на сексуальную функцию. Необходимо объяснить супругам, физиологичность полового акта, его «нормальность» основанность на «автоматизме» («успех придет сам по себе, волнение и страх могут только помешать». В большинстве случаев после нескольких сеансов психотерапии без всякого медикаментозного лечения виргогамия разрешалась успешно.

В тех случаях, когда признаки невротических нарушений возникали задолго до сексуального дебюта, следует определить его истоки, проводить поиск смысловых значений тревог и опасений, широкую информационно-разъяснительную работу, сочетающуюся с рекомендациями по изучению популярной сексологической литературы, коррекцию ошибок суждения (рациональная и когнитивная психотерапия).

Психотерапевтическое воздействие оказывается в несколько этапов. Первый этап состоит из вступительной беседы с обоими супругами о не исключительности их состояния, о временном характере нарушений, подчеркивается высокий процент излечимости при последовательном посещении психотерапевтических сеансов и выполнении всех врачебных рекомендаций. Беседа должна быть направлена на снятие эмоциональных реакций супругов на возникшую ситуацию, мужчин на свою сексуальную несостоятельность и выработку адекватных форм реагирования у обоих

супругов. Проводится психотерапевтическая разъяснительная работа с использованием аргументаций. К примеру, следует фиксировать внимание супругов на результатах объективных исследований, которые не выявили какой-либо патологии половых органов. Независимо от характера и структуры невротических расстройств супругам следует рекомендовать кратковременное (7-10 дней) воздержание от попыток полового контакта до окончания психотерапевтических сеансов. Во время первой же беседы супругов необходимо убедить в том, что обследование и лечение абсолютно безболезненны, супругов будут лишь обучать, как преодолеть страх и неуверенность в себе. С каждым из супругов проводится индивидуальная беседа на темы о строении женских (с мужьями) и мужских (с женами) половых органов, о вагинизме и о других причинах, приводящих к возникновению данного состояния.

В лечении больных с фобическими формами виргогамии и вагинизма с успехом можно применять прием, разработанный Г.С.Кочаряном (1992), который по своей сути аналогичен приему «сопоставления по контрасту» Бунькова А.И. (1967) [27, 140, 204]. Реализуя этот прием, целесообразно строить беседу следующим образом, сначала необходимо рассказать пациентке о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родового акта. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (следует указать каких). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и пениса. Это обстоятельство создает благоприятные условия для более успешного проведения других психотерапевтических мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует уменьшению степени выраженности фобического потенциала, вследствие его дискредитации.

Темы предлагаемых индивидуальных бесед:

1. Анатомия женских половых органов.
2. Анатомия мужских половых органов.
3. Физиология половой жизни.
4. Различие сексуальности мужчины и женщины.
5. Понятие об эрогенных зонах и их роль в сексуальном удовлетворении.
6. Причины нарушений половой функции.
7. Психогигиена половой жизни и профилактика сексуальных расстройств.

В ряде случаев на втором этапе психотерапевтической коррекции, учитывая невротический генез данного состояния, а также при ведущем фобическом синдроме невротических расстройств применяется гипносуггестивная терапия, либо внушение наяву, на фоне которого проводится методика гашения патологической условно-рефлекторной связи. Пациенток с тревожно-мнительными и истероидными чертами характера, следует обучать правильным способам реагирования и ориентировать на оптимизацию сексуально-эротических реакций, сочетая это с рекомендациями большей активности мужа при сексуальных контактах. Следует учитывать также данные специальной литературы, согласно которой существует мнение, что больные с психастеническими чертами характера обладают меньшей гипнабельностью, тогда как, больные с истерическими чертами характера высокой. Исходя из этого, пациентам психастенического склада рекомендуется, в частности, проводить рациональную психотерапию, а больным с истерическими чертами характера гипнотерапию.

Гипносуггестивная терапия (от 5 до 10 сеансов) нами проведена 181 (87,8%) больным с невротическими расстройствами, состоящим в девственном браке. Терапия продолжалась до тех пор, пока не разрешалась виргогамия. Следует отметить, что эффект гипносуггестивных воздействий при

рассматриваемой патологии может быть очень высоким. Так, у супругов М., виргогамия в течении 1,5 лет, обусловленная затяжным неврозом, проявившаяся, в частности, депрессивно-фобическим синдромом и эрекционными нарушениями у мужа, удалось достичь полного излечения в результате 3-х сеансов. Положительному результату способствуют хорошие межличностные отношения супругов, правильное поведение жены в создавшихся условиях. Перед началом курса гипнотерапии необходимо провести работу по разъяснению супругам сущности заболевания.

Техника проведения гипнотического сеанса не отличается ничем от «классического» гипноза, однако при проведении гипноза как жене, так и мужу следует использовать внушения в гипнотическом состоянии, направленные на возникновение мышечной релаксации в преддверии полового акта, что способствует его полноценному протеканию. Необходимость подключения в ряде случаев формул суггестии, призванных способствовать мышечному расслаблению, обусловлена тем, что нередко у лиц виргогамией, как уже отмечалось ранее, в предварительном и основном периодах интимного сближения наблюдается патологическое повышение тонуса мыщц лица, туловища, конечностей, нижней части живота, что сопровождается дрожью в руках и мышечным подергиванием в различных участках мышечного аппарата. Добиваясь мышечной релаксации, опосредованно достигается и эмоциональное расслабление в интимной обстановке, что уменьшает и вегетативный компонент тревоги и ожидания сексуальной неудачи у обоих супругов. При выраженности вегетативных нарушений следует включить формулы внушения, направленные на нормализацию работы сердечной деятельности и дыхания в преддверии и во время интимной близости.

Приведем предложенную нами рецептуру гипнотического сеанса и формулы внушения, используемые для разрешения виргогамии, обусловленной наличием той или иной невротической симптоматики.

« Вы постепенно успокаиваетесь…

Начинают расслабляться мышцы лба… мышцы лба расслабляются, теряют напряжение… Расслабление в мышцах лба нарастают, увеличиваются… Мышцы лба расслабились полностью… Расслабление охватывает и мышцы глаз… Теперь мышцы глаз начали расслабляться… Мышцы глаз расслабляются, теряют напряжение, которое покидает их, уходит, рассеивается… Мышцы глаз расслабились полностью…

Расслабление распространяется на щеки… Теперь начали расслабляться мышцы щек… Мышцы щек расслабляются, теряют напряжение… Расслабление в мышцах щек становится все более выраженным… Мышцы щек расслабились полностью… Щеки как бы полностью обвисли…

Расслабление охватывает и жевательные мышцы, мышцы нижней челюсти…Жевательные мышцы расслабляются, теряют напряжение… Расслабление в нижней челюсти нарастает, увеличивается… и под действием собственной тяжести постепенно опускается…

Мышцы лица расслабились полностью…

Расслабление охватывает и мышцы рук… Теперь мышцы рук начали расслабляться… Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается… Мышцы рук расслабляются все больше и больше…Мышцы рук расслабились полностью… Руки как плети…

Расслабляются и мышцы ног… Мышцы ног расслабляются все больше и больше… Мышцы ног расслабились полностью…

Расслабление охватывает и мышцы грудной клетки… Мышцы грудной клетки расслабляются все больше и больше… Мышцы грудной клетки расслабились полностью…

Начали расслабляться и мышцы спины… Расслабление в мышцах спины нарастает, увеличивается… Мышцы спины расслабились полностью…

Расслабляются и мышцы живота… Мышцы живота расслабляются все больше и больше… Стенки живота становятся мягкими… Живот мягкий, очень мягкий и будто бесформенный…

Мышцы туловища расслабились полностью…

А сейчас я буду считать от одного до десяти и с каждым последующим счетом будет нарастать глубина Вашего погружения в лечебный отдых и покой, в целебное гипнотическое состояние… А когда я назову цифру десять, Вы будете пребывать в состоянии умиротворения, безмятежности, глубокого физического и психического комфорта… Один – Вы полностью расслабились… Два – дыхание ровное, спокойное… Каждый сделанный вдох и выдох успокаивает Вас… Три – сердце бьется ровно, спокойно, ритмично… Ритм сердечной деятельности успокаивает весь Ваш организм… Четыре приятное тепло разливается по всеми Вашему телу успокаивая Вас, убаюкивая Вас… Такое ощущение будто бы Вы лежите в теплом песке и отдыхаете… Пять – посторонние звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от Вас, отдаляются от Вас все дальше и дальше, теряют для Вас всякий смысл и значение и практически не воспринимаются Вами… Они не доходят до Вашего сознания и единственной реальностью является мой голос, мои слова, мои внушения, которые Вы хорошо, ясно, четко будете слышать на протяжении всего лечебного сеанса… Шесть – единичные мысли в голове успокоились, ни о чем не хочется думать, не хочется не двигаться, не шевелиться. Семь – Вы делаете очередной вдох и выдох, чувствуете, что как бы проваливаетесь куда - то… Нарастает глубина Вашего погружения в лечебное, целебное гипнотическое состояние… И Вы отдыхаете чудесным, оздоравливающим, целебным сном… Восемь и тело Ваше в этом отдыхе кажется легким и невесомым… Девять – дремота все ближе и глубже, Вам хочется отдохнуть… Десять – Вы погрузились в покой… Покой и отдых, полное умиротворение… Все, что раньше тревожило и беспокоило Вас, ушло, рас-

сеялось, забылось и не имеет для Вас в настоящий момент никакого значения…Спите…

Сейчас Ваша нервная система, весь Ваш организм настраивается на восприятие целебных внушений… Теперь каждое сказанное мною слово, каждое сделанное мною внушение глубоко проникнет в Вашу нервную систему, прочно зафиксируется Вашей памятью, что определит улучшение в состоянии Вашего здоровья, которое вы отметите в обстановке интимной близости… Итак, Вы полностью готовы к восприятию целебных внушений… Проведенное мною исследование не выявило у Вас каких - либо органических поражений органов и систем, участвующих в обеспечении половых функций… Ваше расстройство является временным, обусловлено факторами сугубо психологического характера, состоянием тревоги, необоснованным страхом, тревожным ожиданием неудачи … Поэтому отныне в преддверии интимной близости, во время интимной близости Вы совершенно спокойны и уверены в себе… Уверены в своих сексуальных возможностях… Половой акт естественный физиологический процесс… Он получится само по себе… Как должно быть… Как у всех здоровых людей… Нет никаких оснований волноваться, тревожится… Нет никаких неприятных ощущений, болей в половых органах, напротив он наполнен приятными сладострастными ощущениями… Вы уверены в правильном выборе спутника (цы) жизни… В будущем Вы видите себя в кругу выбранной Вами семьи, собственных детей…Половой акт пройдет успешно… Все сказанные мною слова, все сделанные мною внушения хорошо зафиксировались Вашей памятью, Вашей нервной системой… А теперь Вы достаточно отдохнули… Лечебный гипнотический сеанс завершен. В следующий раз при проведении сеанса Вы быстрей и глубже погрузитесь в состояние отдыха и покоя, а сказанные мною слова, сделанные мною внушения окажут на Вас выраженное целебное воздействие…

А сейчас я буду считать от одного до трех и с каждым последующим счетом Вы все больше и больше будете выходить из гипнотического состояния, расслабленности и возвращаться к состоянию бодрствования... Один – расслабление постепенно покидает мышцы Вашего тела... Все Ваше тело становится легким, руки легкие, ноги легкие. С каждым вдохом в Ваш организм поступает энергия... Энергия наполняет Вас... Мышцы становятся упругими, хочется подвигаться, пошевелиться... Два – голова ясная, легкая, свежая...Вы почти проснулись, но глаза еще закрыты... После сеанса настроение хорошее, приподнятое... Будете чувствовать себя как после продолжительного, глубокого, полноценного сна. Три – откройте глаза, сделайте глубокий вдох, подтянитесь... А теперь можете встать...».

Следует отметить, что в некоторых случаях сексуальные нарушения больных могут являться симптомами параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствами сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям астенического синдрома. В других – невротическая симптоматика может осложняться сексуальными расстройствами, отражающими реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складываются таким образом, возникает необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе способствует улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. В связи с этим нами были составлены следующие формулы внушений, которые оказались эффективными в подобных случаях.

При повышенной раздражительности применялась следующая суггестия:

«Вы спокойны и уравновешены... Спокойны и уравновешенны всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе Вы всегда спокойны, уравновешенны, невозмутимы... Спокойствие с Вами повсюду... Спокойствие и уравновешенность являются неотъемлемыми чертами Вашего характера...».

В случае наличия собственно астенического компонента больному следует внушать следующее:

«Укрепляется каждая Ваша нервная клеточка, укрепляется вся Ваша нервная система, укрепляется весь Ваш организм… Каждая клеточка Вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией… Энергия поступает в Ваш организм, наполняет его, переполняет его… Поэтому теперь Вы всегда бодры, свежи, энергичны…»

При агрипнических расстройствах эффективно применение следующей формулы:

«Улучшается Ваш ночной сон… Теперь один вид постели, прикосновение головы к подушке вызывает дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости… Отныне Вы засыпаете легко и быстро… Ночной сон продолжительный, глубокий, непрерывный… Вы не просыпаетесь, спите до самого утра, а после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у Вас приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня…».

В тех случаях, когда виргогамия обусловлена наличием вагинизма у женщины каждый сеанс гипнотерапии должен закрепляться занятием пальцевой дилятации влагалища выполняемой самой пациенткой или супругом. Процедуры следует повторять до полного прекращения судорожных спазмов и выработки навыка произвольного управления мышцами тазового дна, после чего становится возможным начало нормальной половой жизни.

Третий этап психотерапевтической коррекции сводится к способу коррекции поведения. С этой целью можно использовать из арсенала НЛП – метод якоря (R. Bandler, J.Grinder, 1979), являющийся в этом подходе основой для некоторых терапевтических техник (L. Cameron Bandler, 1985). Данный метод психотерапевтической коррекции был успешно использован Г.С. Кочаряном (1990), для лечения синдрома тревожного ожидания неудачи у мужчин, страдающих хроническим простатитом. Мы в своей практике ис-

пользовали данный прием по коррекции поведения как мужчин, так и женщин с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке. Сущность этого метода заключается в формировании условных рефлексов, однако с этой целью не используются ни рвотные средства, ни электрические разряды, ни какие-либо другие вспомогательные средства. В данном случае обусловливание осуществляется с помощью «якоря», представляющего собой определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т.п.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживания и связанные с ними ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно это прикосновение сможет вызвать эти переживания и ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, если, например, это действие предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название «постановки на якорь». Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (применение кинестетического «якоря»), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым осуществляется коммуникация), запах (например, духов или одеколона) и т.д. Отсутствие знаний о «якорях» и их действие подчас может играть крайне отрицательную роль как в лечебном процессе, так и в семейной жизни. В связи с этим R. Bandler и J. Grinder (1979) обобщив курьез произошедший с психотерапевтом, который в течение сеанса девять раз вернул на место фобию. В конце этого сеанса он сказал: “Да, в следующий раз мы должны поработать над этим еще больше”. Человек не может делать ничего, что можно было бы закрепить с помощью

"якоря". "Якоря" можно расставлять как с вовлечением сознания, так и без его вовлечения. Ценность метода "якоря" заключается в том, что он обеспечивает возможность доступа к поистине неисчерпаемым ресурсам человеческой психики.

После этой, необходимой для понимания техники проведения способа коррекции поведенческих программ, перейдем к его непосредственному описанию.

Он реализуется в два этапа. Целью первого этапа является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно с этим проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. На втором этапе оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и врач сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, затем начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стараться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна эта патологическая программа и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью "сотрется".

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости – мелькание – исчезновение) предлагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова "... и может так случиться, что ...". После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса. При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После этого как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше ему это будет удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде, либо отмечается мелькание этого поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекающий половой акт с женщиной. При этом речь может идти о половом акте с другой партнершей (до вступления в брак, если таковые были), так как с нынешней партнершей (супругой) полноценного сближения никогда до этого не было.

Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта). При достижении хорошей яркости визуального представления следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта не было. А затем делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от этого образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше ему это будет удаваться, так как нормальная ("здоровая") программа нужна его организму (памяти, психике, нервной системе). Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

Большую трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не был в половом контакте с противоположным полом. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта со своей супругой. Эту формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течении нескольких сеансов, а затем уже попытаться "ликвидировать" образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестии, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. При этом больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит больному, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же как и сейчас в этом зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются

отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических "якорей", сочетающемуся с просьбой увидеть "всплывающий" при этом образ полового акта. Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия всплывает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключении врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий. При отборе пациентов для проведения этого способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов, что определяется уже в самом начале его использования, а также больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а, следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

НЛП был использован нами для лечения 25 (12,2%) больных с синдромом коитофобии невротического генеза, состоящих в девственном браке. Сеанс НЛП проводился после психотерапевтический насыщенного обследования и разъяснительной беседы. В 22 наблюдениях (10,7%) он применялся

в сочетании с антидепрессантом (прозак или золофт) назначаемым за 2 часа до предполагаемого полового акта. Положительные результаты были зафиксированы у 23 (11,2%) больных, в 2 наблюдениях (0,97%) зафиксировано неосознаваемое больным психическое сопротивление проводимой терапии, которое подтвердилось и при последующем гипнотическом сеансе.

По нашему мнению, данный способ НЛП может быть применен для лечения различных (не только сексологических) заболеваний психогенного происхождения, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких либо поведенческих актов.

Как показали наши исследования, синдромальная структура невротических расстройств при виргогамии - далеко неоднородная по многим характеристикам: осознанности больным его патогенного влияния на сексуальные функции, времени возникновения по отношению к манифестации полового расстройства (до или после вступления в брак), модификациям поведения и полоролевой идентичности, личностному преморбиду и т.д. Все перечисленное свидетельствует о необходимости неоднозначного подхода к лечению изучаемого невротического состояния, предполагающему его дифференцированную психотерапевтическую коррекцию.

В заключении следует подчеркнуть, что психотерапия является патогенетически обоснованным методом лечения невротических расстройств, лежащих в основе данного статуса семейно-брачных отношений.

6.2. *Медикаментозная терапия невротических расстройств при виргогамии*

Мишенью всех проводимых мероприятий являлся психогенный радикал. Особого внимания, на наш взгляд, заслуживал анализ применения больным с невротическими расстройствами, состоящим в девственном браке, антидепрессантов из группы СИОЗСН, в связи с выявленной у них высокой антифобической активностью, возможностью использования средних

доз и меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов [207]. Следует отметить, что антидепрессанты назначались короткими курсами 6-10 дней, главным образом, в комплексе с психотерапией. В этом случае, медикаментозное лечение и психотерапевтические мероприятия потенцировали действие друг друга. С одной стороны, применение медикаментозной терапии усиливало психотерапевтическое воздействие, и, с другой – применение психотерапии позволяло применять меньшие дозы лекарственных средств. Возможно, поэтому применение медикаментозной терапии, как правило, была минимальной и имела большую направленность на нормализацию процессов высшей нервной деятельности в целом.

Сравнительное изучение обратимости клинических проявлений невротических расстройств под влиянием проведенного лечения показало ее зависимость от клинико-динамических особенностей невротических расстройств, преморбидных особенностей личности как у больных с затяжным неврозом, так и у больных с невротическими реакциями.

В тех случаях, когда затяжной невроз сочетался с дополнительным сексуальным нарушением и был обусловлен снижением либидо, гипоэрекцией следует назначить антидепрессанты из группы СИОЗСН - Венлафаксин (венлаксор) по 37,5-75 мг в день утром, стимулирующие (стрихнин, дуплекс, настойки пантокрина, китайского лимонника, элеутероккока) и общеукрепляющие средства (витамины Е, РР и группы В, фитин и т.д.).

Больным, у которых отмечалось семяизвержение до имиссии (при преждевременной эякуляции), назначение прозака по 1 капсуле 1 раз в день, утром на фоне потенцирующего воздействия гипносуггестии оказ весьма эффективной.

Таким образом, в лечении затяжных неврозов, предшествующих виргогамии, ведущее место занимала психофармакотерапия, в частности использование антидепрессантов в сочетании с психотерапией.

При лечении больных с различными невротическими реакциями, обу-

словленных виргогамией, наряду с психотерапией назначались малые дозы антидепрессантов (СИОЗСН), транквилизаторы и вегетостабилизирующие физиотерапевтические мероприятия (ЛОД-терапия мужчинам, упражнения пальцевой дилатации женщинам). Транквилизаторы назначались избирательно, в зависимости от пола. Больным мужского пола, обнаруживающим клинические признаки невротических реакций транквилизаторы преднамеренно не назначались, исходя из их отрицательного влияния на показатели эрекции, связанной с миорелаксирующим действием препаратов данной группы. Транквилизаторы (валиум, феназепам, нозепам) по 5-10 мг в сутки получали лица женского 24 (28,3%) пола 2-й клинической группы.

В некоторых случаях, мужчинам учитывая систематичность сексуальных нарушений в дебюте половой жизни, перед интимной близостью с супругой (приблизительно за 2 часа) можно рекомендовать прием антидепрессантов в оптимальных дозах, проводя психотерапевтическое потенцирование их фармакологического действия.

Таким образом, сравнительный анализ проведенного как психотерапевтического, так и медикаментозного лечения больных с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке, обнаружил существенные различия в терапевтической тактике принятой в отношении больных с затяжным неврозом и невротическими реакциями.

В целом, следует заключить, что комплексное лечение включающая психотерапию (поведенческая, рациональная, суггестивная) и назначение антидепрессантов (СИОЗСН), обеспечивает высокую эффективность лечения невротических расстройств при виргогамии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ современного состояния вопроса о своеобразной разновидности сексуальной дисгармонии супружеской пары – виргогамии свидетельствует о том, что данная проблема никогда не становилась предметом самостоятельного всестороннего углубленного изучения в аспекте формирования, патогенетических механизмов развития, клинических проявлений. Не были изучены психологические механизмы ее патогенеза, особенности психовегетативной регуляции организма, а также социокультуральные корни, лежащие в ее основе. Не разработаны в связи с этим эффективные, дифференцированные психотерапевтические методы по ее коррекции.

Это обусловливает необходимость поиска таких патогенетически направленных методов психотерапии, которые в сочетании с медикаментозным лечением позволяли бы добиться более быстрого лечебного эффекта и тем самым предотвратить развитие как затяжных неврозов и невротических реакций, так и виргогамии.

В связи с этим целью настоящего исследования являлось комплексное изучение особенностей невротических нарушений у лиц, состоящих в девственном браке, и разработка патогенетически обоснованной тактики лечебно-профилактических мероприятий.

Клиническим, экспериментально-психологическим и сексологическими методами обследованы 206 больных [99 (48,1%) мужчин и 107 (51,9%) женщин], состоящих в девственном браке. Кроме того, выборочно изучен гормональный, вегетативный статус и показатели уровня тервоги лиц с виргогамией.

Критериями отбора материала служили:

1) наличие у супругов «девственного брака», причем статус вирогамии установлен гинекологом, урологом (в результате их осмотра не выявлено органической патологии со стороны уро-генитального аппарата);

2)наличие у супругов невротических расстройств, в ответ на реальную психотравмирующую ситуацию сексуального характера до или после брака;

3)отсутствие каких-либо психических заболеваний, алкоголизма, наркоманий, психопатий до возникновения невротических расстройств.

Помимо больных основной группы, для сравнительной оценки психологических, вегетологических и гормональных показателей обследованы 30 практически здоровых лиц в возрасте 21 - 40 лет без каких-либо копулятивных нарушений в дебюте половой жизни (контрольная группа). К обследованию и лечению супружеская пара привлекалась одновременно.

Изучение психического статуса супругов, состоящих в девственном браке, показало, что во всех случаях наблюдались отчетливые патологические сдвиги в психическом состоянии, не достигающие психотического уровня, но обладающие всеми признаками неврозов и укладывающиеся в рамки характерных для них психопатологических синдромов. Однако в одних случаях первые признаки невротических нарушений отмечались еще задолго до сексуального дебюта и факт вступления в брак выступал как один из очередных психотравмирующих факторов. В этих случаях невроз имел тенденцию к затяжному течению, с характерной стабильностью клинической картины неврозов. В других случаях невротические расстройства возникали остро под воздействием значимой, «тяжелой» на тот момент психотравмирующей ситуации, в дебюте половой жизни, непосредственно были связаны с первым не-

удачным половым контактом, то есть сексуальным «провалом» при вступлении в брак (91, 95, 106).

Это дало основание для разделения обследуемых с учетом патогенетических механизмов развития неврозов на две группы:

1-группа - больные с затяжными невротическими состояниями, предшествующими виргогамии;

2-группа - больные с невротическими реакциями, обусловленными виргогамией.

Сравнительный анализ проводился между основными группами больных и контрольной.

Сравнительное изучении предшествующих затяжному неврозу и невротическим состояниям биологических факторов (наследственная отягощенность психическими заболеваниями, перенесенные черепно-мозговые травмы и соматические заболевания, а также преморбидный тип личности), обнаружило наличие существенных различий в двух выделенных группах. Так, в случаях затяжных неврозов, предшествующих виргогамии, выявлены более высокие статистически достоверные показатели по наследственной отягощенности, перенесенным ЧМТ и соматическим заболеваниям, что давало возможность предположить участие перечисленных факторов в их развитии.

Исследование роли преморбидных особенностей личности показало наличие, как сходства, так и различия по этому фактору у больных двух групп.

В 1-й группе отмечалось преобладание лиц с синтонными, психастеническими чертами характера. Во 2-й группе наибольший удельный вес составили лица с синтонными и психастеническими чертами характера, не достигавшими степени психопатических. Вместе с тем во 2-й группе возрастал удельный вес женщин с истерическими и аффектив-

ными типами преморбида и у мужчин с астеническим типом преморбида. Кроме того, реже встречались личности шизоидного типа.

Следует отметить, что личности с синтонным типом преморбида, в силу своих характерологических особенностей раньше всех остальных обращались за психотерапевтической помощью (от 1 месяца до 1 года), тогда как личности шизоидного типа позже всех (давность заболевания свыше 10 лет). Корреляция между длительностью заболевания и преморбидным типом личности приближалась к средней по силе связи ($C = 0,29$; $P < 0,001$).

Таким образом, в патогенезе виргогамии важнейшую роль играли личностные особенности супругов: изучение преморбидных особенностей личности позволило судить о достаточно большом влиянии этого признака на формирование того или иного типа невротических расстройств (94). Корреляция типа невротических расстройств с преморбидным типом личности была статистически значимой и соответствовала сильной по силе связи ($C = 0,74$; $P<0,001$).

Корреляция типа психогенной реакции с возрастом развития синдрома позволила судить о достаточно большом влиянии этого признака на тип психогенной реакции и соответствовала средней по силе связи ($C=0,48$; $P<0,001$).

При сравнительном изучении клинических особенностей заболевания у больных обеих групп обнаружено наличие существенных различий, касающихся интенсивности, тяжести клинического оформления и темпа прогредиентности основных его проявлений.

Следует отметить, что было выделено значительное количество психотравмирующих факторов, участвующих в формировании невротических нарушений. При затяжных неврозах, предшествующих виргогамии, «готовность к копулятивному сбою» закреплялась онанофобией, синдромом “small penis” у мужчин, склонностью к мастурбации, как

проявление аутоэротизма у женщин, то есть имелось постоянное воздействие хронической психотравмирующей ситуации. При этом в роли психотравмирующих факторов у мужчин выступают факты частой мастурбации половых органов и связанный с ним онанофобический комплекс, активизация воспоминаний имевшихся ранее сексуальных неудач, эпизоды болевых ощущений и «кажущихся» патологических изменений в половых органах, факты лечения у уролога по поводу простатита в прошлом, ятрогении, нарушение адекватных сексуальных проявлений при эротических контактах, гомосексуальный эпизод в анамнезе.

У больных с психогенными реакциями, обусловленных виргогамией, в качестве психотравмирующих факторов чаще по сравнению с первой группой участвовали так называемые «ситуационные» факторы, как неправильные слова или замечания окружающих, устрашающие рассказы близких, нелепые «дружеские» предупреждения окружающих.

При изучение психического статуса больных 1-й группы установлено, что стержневым расстройством являлась невротическая симптоматика, представленная психогенными депрессиями невротического уровня. У всех больных депрессивные состояния развились в условиях длительной, так называемой «хронической», как правило, неразрешимой психотравмирующей ситуации (отсутствие половой жизни, детей) и отмечалась склонность к затяжному их течению. Для этих состояний был характерным неглубокий депрессивный аффект с отсутствием чувства витальной тоски и выраженной идеомоторной заторможенности. В картине депрессии преобладали слезливость, снижение активности и интересов, повышенная утомляемость, соматические недомогания. Причем больные сохраняли критическое отношение к болезни, к сложившейся ситуации, проявляли адекватные реакции оживления под влиянием приятных сообщений.

В клинической картине невротических депрессий собственно депрессивный аффект сочетался с рядом дополнительных психопатологических компонентов, выраженность которых придавала определенное разнообразие депрессивным синдромам и позволила выделить четыре клинических варианта невротических депрессий:

1) депрессивно-фобический синдром;

2) депрессивно-ипохондрический синдром;

3) астено-депрессивный синдром;

4) истеро-депрессивный синдром.

Причем у супругов чаще отмечался депрессивно-фобический синдром, затем депрессивно-ипохондрический, астенодепрессивный (у лиц мужского пола) и истеродепрессивный (у лиц женского пола).

Депрессивно-фобический синдром, который развивался относительно остро непосредственно вслед за психогенным воздействием и характеризовался появлением чувства тревоги, страха с последующим нарастанием депрессивного аффекта. Интенсивность депрессивного аффекта была подвержена значительным индивидуальным колебаниям. В случае наименее глубокого депрессивного аффекта, выражавшегося главным образом в чувстве удрученности, подавленности, в структуре синдрома преобладали тревожные компоненты, иногда сопровождавшиеся двигательным беспокойством. Такие больные не могли подолгу лежать или сидеть на одном месте, стремились постоянно двигаться. Чувство страха нередко сочеталось с тревожными опасениями сексуальной неудачи.

Больные отмечали «наплыв» мрачных мыслей, полностью фиксированных на психотравмирующей ситуации, опасались новых несчастий или еще более неблагоприятного развития событий. Постоянными чувствами были беспомощность, неуверенность в себе, неполноценность в собственной личности. Все эти расстройства в обязательном

порядке сопровождались нарушениями сна с крайне затрудненным засыпанием, частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями, а также разнообразными вегетативными нарушениями (потливость, тахикардия, нарушение аппетита, колебания артериального давления). Как правило, они могли продолжать трудовую деятельность, но становились нетерпеливыми, суетливыми, легко утомлялись, проявляли неспособность к длительной концентрации внимания на работе, часто отвлекались на тревожившие их мысли.

Депрессивно-ипохондрический синдром характеризовался сочетанием неглубокого депрессивного аффекта с реактивно возникшими тревожными опасениями по поводу своего здоровья. В этих случаях на фоне депрессии, вызванной воздействием хронической психотравмирующей ситуации («провал"), появлялась ипохондрическая фиксация на своем здоровье, которой способствовали сопровождающие депрессию вегетативные нарушения (чувство слабости, тахикардия, потливость, дисфункция органов пищеварения).

Для данного клинического варианта невротической депрессии были характерны психогенно обусловленные болевые ощущения, возникающие под влиянием представлений. Такие больные испытывали боли или неприятные ощущения (покалывание, жжение, ползание «мурашек») в различных частях тела, в частности в половых органах. Как правило, больные стремились к многочисленным обследованиям у урологов, хотя и благоприятный результат обследований их не успокаивал, посещали врачей разных специальностей, с недоумением воспринимая утверждения об их физическом здоровье. У некоторых больных создавалось представление о нераспознаваемости и, следовательно, неизлечимости их заболевания, сопровождающееся суицидальными мыслями.

У всех больных динамика психопатологического состояния имела тесную связь с ситуационными факторами. Рассказы окружающих о

чьей- либо «половой несостоятельности» или бездетности, неосторожные замечания родственников, врачей или медперсонала способствовали усилению депрессивно-ипохондрической симптоматики.

У женщин депрессивный фон настроения сопровождался субъективными высказываниями о собственной неполноценности, ненужности, озабоченностью и неуверенностью в будущем своего брака, при этом высшую ступень иерархии мотивов занимало отсутствие детей. Если на ранних периодах совместной жизни превалировали тревожные расстройства, выражающиеся в возникновении эпизодов ожидания распада брака после «провала» первой брачной ночи, который являлся психотравмирующим моментом, то в дальнейшем по проишествии 2-3 лет, иногда и более, невротические реакции пациентов на половую несостоятельность, свою или супруга, становились менее выраженными.

Астенодепрессивный синдром развивался постепенно в условиях неразрешимой для данной личности хронической психотравмирующей ситуации. Как правило, его начальным проявлением была раздражительная слабость с чрезмерной возбудимостью по самому незначительному поводу, с легкой истощаемостью эмоциональных реакций. Больные предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, парестезии, тягостные ощущения в области поясницы, половых органов и т.д. Чрезмерная возбудимость сочеталась с повышенной утомляемостью, общей физической слабостью, невыносливостью к привычным нагрузкам, снижением работоспособности. Наблюдалась истощаемость внимания с жалобами на «забывчивость», «плохую память» Постоянными симптомами этого состояния были нарушение сна с уменьшением его глубины, затруднением засыпания, частыми пробуждениями, ощущением разбитости, сонливость по утрам. Легко возникали вегетативные реакции (сердцебиение, покраснение или побледнение лица, повышенное потоотделение, тремор век или вытянутых пальцев рук). В последую-

щем у таких больных усиливалась слезливость, более заметно снижалось настроение. Больные выглядели подавленными, грустными, жаловались на судьбу.

Тем не менее, наличие астенических жалоб не мешало больным выполнять достаточно большой объем домашней работы или обязанностей, связанных с профессиональной деятельностью. У части больных наблюдалось характерное для невротической депрессии «бегство в работу», чтобы отвлечься от психотравмирующих переживаний.

В некоторых случаях угнетенное настроение сочеталось с более выраженной вялостью, безразличием и покорностью своей судьбе, более заметной психомоторной заторможенностью. Такие больные выглядели угрюмыми, замкнутыми, неохотно, односложно отвечали на вопросы. Наблюдались более значительная фиксация мыслей на психотравмирующей ситуации и снижение побуждений к деятельности.

У больных, с преобладанием в клинической картине истерической симптоматики, демонстративность поведения сопровождалась выразительной мимикой, ускоренной экспрессивной речью с патетическими интонациями, выразительными вздохами и наигранностью переживаний сексуального содержания на фоне сниженного настроения, при отсутствии глубокой тоски, идей самоуничижения и психомоторной заторможенности. В одних случаях поведение больных приобретало пуэрильный оттенок, в других легко возникали реакции протеста с раздражительностью, злобным аффектом. Жалобы больных на свое соматическое и психическое состояние носили гиперболизированный характер, им была присуща склонность к обвинению окружающих (мужа, родственников, друзей) в сложившейся ситуации.

Таким образом, особенностями затяжных невротических состояний предшествующих виргогамии, были довольно раннее начало заболевания (чаще с пубертатного возраста), невротических нарушений с

явлениями навязчивых страхов и опасений, отдельных сверхценных идей, сравнительно медленная постепенная динамика невроза под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций сексуального содержания, существование невротических нарушений на протяжении ряда лет и их рецидив на малейшую «значимую» для их личности психотравмирующую ситуацию в виде психогенных депрессий без тенденции к прогрессированию(106,111, 113).

Вторая клиническая группа состояла из больных невротическими расстройствами, у которых проявления невротических нарушений отмечались сразу после первой брачной ночи. В данном случае первый половой контакт выступает в роли мощного стрессового фактора. Этому способствовали, прежде всего неопытность супружеских пар, их неподготовленность как в моральном, так и в физическом плане к друг другу, элементы неприязни или неприятии партнеров, их сексуальная неграмотность, отсутствие какой-либо правдивой и объективной информации о половом акте, полученной из специальных литературных источников и т.д.(93).

В формировании невротических нарушений установлено участие так называемых ситуационных факторов, в частности неправильные слова или замечания окружающих, устрашающие рассказы близких, нелепые «дружеские» предупреждения окружающих, и, как уже отмечено, самым значительным психотравмирующим моментом являлся сам факт «провала» первой брачной ночи.

Психопатологическая невротическая симптоматика у больных 2-й группы возникала непосредственно после «провала первой брачной ночи», как правило, сразу после появления первых признаков сексуальной несостоятельности, и особенно быстро – у лиц с чертами тревожной мнительности.

При обследовании установлено, что у преобладающего большинства больных данной группы отмечалась патологическая фиксация на первой неудачной попытке половой близости, которая обусловила неуверенность в своих возможностях, сомнение в своей сексуальной полноценности, «невроз ожидания неудачи», что находило свое выражение в тревожно-фобическом синдроме.

При этом у мужчин переживания имели фиксацию на половой сфере и сопровождались выраженной тревогой, ожиданием непременной неудачи, страхом оказаться «несостоятельным», что и вело в последующем к копулятивному «сбою». «Обязательность» дефлорации в первую брачную ночь, контроль над исполнением полового акта со стороны родственников жениха и невесты, ограничение времени реализации полового акта служили мощными факторами, обеспечивающими высокий уровень тревоги, беспокойства и страха. В потенцировании невротических расстройств у пациентов немаловажное значение имели и их неопытность, и неосведомленность, и низкий уровень сексуального образования. Единственным и доступным источником сексуальной информации для обследованных больных до свадьбы являлись родственники и друзья, которые зачастую не владели достаточными знаниями и давали неправильные советы и установки. В некоторых случаях в качестве психотравмирующей ситуации выступали агрессивное или неправильное поведение супруга в первую брачную ночь, физическая неприязнь и неприятие супруга.

Клиническая картина невротических нарушений у женщин также характеризовалась наличием истерофобического синдрома, при котором чаще отмечалось явление вагинизма (спазм мышц влагалища и промежности при попытке введения полового члена). При петтинге и других суррогатных формах сексуальных контактов около половины женщин 2-й группы испытывали оргазм, у других наблюдалась гипо

или аноргазмия, снижение либидо. Сексуальные ощущения в большинстве случаев были сохранены. Наличие вагинизма устанавливалось по результатам специального гинекологического и ректального осмотра

При изучении динамики психопатологических особенностей неврастенического синдрома установлено, что стержневым расстройством начальной стадии являлась астеническая симптоматика со свойственной ей физической и психической астенизацией, эмоциональной лабильностью, нарушением сна, склонностью к реакциям аффекта даже в ответ на слабые раздражители, подверженность к различным вирусным инфекциям. Необходимо отметить, что эмоциональные проявления сопровождались выраженными вегетативно-сосудистыми реакциями и двигательной расторможенностью. В части случаев астеническая симптоматика, обусловленная длительным воздействием психотравмирующей ситуации («неразрешенность» 1-го полового контакта с супругой, неопределенность ситуации, неудовлетворенность собой, своим выбором, иногда своими «мужскими показателями», неприязнь к избраннице или избраннику, отсутствие необходимого эмоционального контакта с близкими родственниками), была этапом в развитии неврастении. В других случаях выраженные астенические расстройства обусловливали последующее появление депрессивной симптоматики и оформлялись в виде астенодепрессивного синдрома.

Характерными особенностями невротических нарушений у обследуемых 2-й группы были сравнительно быстрое их формирование и высокая интенсивность у лиц с преморбидными личностными особенностями по психастеническому типу в целом, истерическому и аффективному типу у женщин и астеническому у мужчин под воздействием психотравмирующей ситуации сексуального содержания и представленными психогенными реакциями с превалированием в клинической картине

заболевания тревоги, страха, фобических явлений с истерическим радикалом.

Своеобразие клинико-динамических особенностей невротических нарушений сексуального содержания, лежащих в основе возникновения виргогамии, позволяет рассматривать их в качестве одной из разновидностей системных неврозов. «Готовность» к виргогамии формируется в зависимости от времени возникновения невротических расстройств по отношению к манифестации полового расстройства: либо постепенно под влиянием психотравмирующих факторов до первого полового контакта, либо остро в преддверии брака или после неудачного полового контакта в первую брачную ночь.

Особенностями затяжных неврозов предшествующих виргогамии являлись, довольно раннее начало заболевания чаще с пубертатного возраста, с явлений навязчивых страхов и опасений, отдельных сверхценных идей в период становления заболевания, сравнительно медленная постепенная динамика невроза с последующим маскированием фобий признаками депрессии под воздействием хронических психотравмирующих ситуаций сексуального содержания, существование невротических нарушений на протяжении ряда лет в виде наименее тяжелых клинических форм и их рецидив на малейшую «значимую» для их личности психотравмирующую ситуацию в виде психогенных реакций с доминированием в клинической картине аффективных нарушений без тенденции к прогрессированию (106).

Характерными особенностями невротических нарушений обусловленных виргогамией, являлись сравнительно быстрое формирование и высокая интенсивность невротических нарушений в виде психогенных реакций, с превалированием в клинической картине заболевания тревоги, страха, фобических явлений с истерическим радикалом.

В целом, своеобразие клинико-динамических особенностей невротических нарушений сексуального содержания, лежащих в основе возникновения виргогамии, позволяет рассматривать их в качестве одной из разновидностей системных неврозов. «Готовность» к виргогамии формируется в зависимости от времени возникновения невротических расстройств по отношению к манифестации полового расстройства: либо постепенно под влиянием психотравмирующих факторов до первого полового контакта, либо остро в преддверии брака или после неудачного полового контакта в первую брачную ночь.

Представляли интерес результаты проведенных нами психологических исследований.

При сравнении показателей 1-й и 2-й групп с таковыми контрольной по маскулинной и феминиинной составляющими полоролевой идентичности «Я – реальное», выявлено отличие данных от показателей контрольной группы.

В частности, полоролевая идентичность «Я - реальное» мужчин обеих групп, состоящих в девственном браке, характеризовалась явным преобладанием феминиинных черт над маскулинными, что подтверждалось такими свойствами «Я», как «мягкость», «сердечность» по методике «Кодирование». У большинства мужчин, состоящих в девственном браке, чаще отмечались просоциальные тенденции с преобладанием коммуникативных. В то же время наблюдалась аффективная фиксированность на образах-переживаниях напряженного, агрессивного характера, что свидетельствовало о склонности к накоплению негативных эмоциональных состояний, повышенной раздражительности. Отмечалась эмоциональная фиксация на образе женщины.

В большинстве случаев их «Я», обнаруживая близость к образу «Мужчины», характеризовался атрибутивными качествами: нерешительность, неуверенность, пониженность самооценки. Половая иден-

тичность женской половины супружеской пары характеризовалась явным преобладанием маскулинных черт над фемининными по сравнению с контрольной группой. Следует отметить, что «Я» женщин, состоящих в девственном браке, пересекалось с образами «Я» и «Ребенок», «Я» и «Женщина». Им были свойственны формальность при описании образов «Мужчины» и «Женщины» (отличие по форме), «Я» и «Женщины» элементы агрессивности («Я – гвоздь, могу уколоть больно»), эгоцентризм, повышенная самооценка, инфантильность и незрелость суждений. У женщин выявлено преобладание асоциальных тенденций (агрессивные, директивные) в ответах по сравнению с контрольной группой, отмечалась аффективная фиксированность на образах-переживаниях напряженного, агрессивного характера, что свидетельствовало о склонности женщин, состоящих в девственном браке, к накоплению негативных эмоциональных тенденций. Выявлены выраженная аффективная фиксированность на образах-переживаниях, связанных с ущербностью (дефектностью) человеческого тела, агрессивные тенденции.

При сравнении представлений о полоролевых стереотипах (пропорция маскулинности/фемининности в образе «Мужчина должен быть...», «Женщина должна быть...») выявлены следующие отличия между супружескими парами, состоящими в девственном браке, и контрольной (по методике «МиФ»).

У мужчин, состоящих в девственном браке, отмечается тенденция в потребности к обладанию более выраженными маскулинными качествами (образ «Идеального –Я») по сравнению с мужчинами из контрольной группы, у которых показатели по этому параметру значительно ниже. У мужчин, состоящих в девственном браке, выявлены значительное сближение между ценностными и нормативными составляющими полоролевой идентичности (между «Я идеальным» и «Мужчина должен быть») и четкая дифференциация представлений о поло-ролевых сте-

реотипах «Мужчины» и «Женщины». При описании образа «Женщины» у мужчин с виргогамией отмечаются эмоциональная амбивалентность («Женщина – как роза красива, однако имеет шипы), затруднение понимания внутреннего мира женщин («Женщина – звездочка, многосторонняя – ее трудно понять», «Женщина – пианино – на нем надо играть осторожно и умело, но играть трудно») по категориям «Травянистое растение» и «Музыкальный инструмент» методики «Кодирование».

У женщин, состоящих в девственном браке, прослеживалась тенденция в потребности к обладанию еще более выраженными маскулинными качествами («Хотелось бы, чтобы я была...», «Я - идеальное»), чем у женщин контрольной группы.

У женщин, состоящих в девственном браке, по сравнению с пациентками контрольной группы, выявлено значительное расхождение между ценностными и нормативными составляющими полоролевой идентичности, при правильном представлении «женских нормативов». При описании образа мужчины у женщин также наблюдались элементы эмоциональной амбивалентности («Мужчина – чеснок, полезный, но горький») по категории «Травянистое растение» по методике «Кодирование».

Психосексуальные ориентации. Отмечен заметный разрыв между образами представлениями о «реальном» и «идеальном» сексуальном партнере в мужской половине супружеских пар по сравнению с контрольной группой, в которой образы представления совпадали. Причем, у мужчин обеих групп образы представления о «идеальном» сексуальном партнере соответствовали образу женщины с выраженными феминнными качествами. У женщин 1-группы образ «идеального» партнера соответствовал феминнному образу, тогда как во 2-й группе женщин образ «идеального» партнера соответствовал маскулинному.

Таким образом, половое самосознание и его базальные образования у лиц, состоящих в девственном браке, обладали определенной спецификой: фемининной половой идентификацией у мужчин, маскулинной половой идентификацией у женщин, четкостью представлений о полоролевых стереотипах у обоих, повышенным чувством собственной неполноценности со склонностью к самоутверждению в мужской сексуальной роли у мужчин, повышенной самооценкой с элементами эгоцентризма со склонностью к самоутверждению в мужской сексуальной роли у женщин, которые могли существенно влиять на формирование виргогамии (91,95,100).

Примечательны данные, полученные при определении ценностных ориентаций супругов: у большинства женщин и мужчин 1-й группы они были направлены на быт, производственные интересы. По-видимому, это своеобразное компенсаторное явление в ответ на сексуальную нереализованность этих лиц. Во 2-й же группе больных на первый план выступали сексуальные потребности.

При количественном анализе наличия и выраженности СВД установлено, что у всех больных с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке, имеется более выраженный СВД, чем у лиц контрольной группы.

Результаты исследования вегетативного тонуса показали, что у больных двух клинических групп по сравнению с контрольной имеется выраженная недостаточность тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и достоверное превалирование вегетативной симпатикотонии.

При сравнительном анализе данных вегетативного тонуса больных 1-й и 2-й группы установлено, что у большинства больных 1-й группы отмечалось преобладание парасимпатических проявлений, то-

гда как у больных 2-й группы отмечалось преобладание симпатической направленности вегетативного тонуса.

Таким образом, вегетативные пароксизмы и субпароксизмальные состояния симпатико-адреналового или смешанного характера, отмечающиеся непосредственно во время интимной близости, усугубляли течение неврозов при девственном браке (99,102).

Согласно результатам исследования уровня тревоги, для лиц, состоящих в девственном браке, в отличие от контрольной группы был характерен высокий уровень тревоги с достоверными различиями выраженности в баллах этих показателей как в 1-й, так и во 2-й группе. Причем, что эти значения были достоверно более высокими у больных с психогенными реакциями, обусловленными виргогамией, по сравнению с таковыми в контрольной группе(110).

Следовательно, повышенная тревожность в психоэмоциональной сфере лиц с виргогамией физиологически коррелирует с высоким уровнем неспецифической мозговой активации и относится к числу специфических феноменов психопатологических проявлений невротического регистра. Феномен тревоги осложняет течение невроза и способствует закреплению сексуальной дезадаптации.

Результаты исследования содержания гормонов в плазме крови у больных с невротическими расстройствами, состоящих в девственном браке, свидетельствовали, что имеются достаточно четкие различия в содержании гормонов у лиц с виргогамией и здоровых лиц. Прежде всего, отмечаются снижение содержания тестостерона в пределах нижних границ и достоверно более высокие показатели содержания лютеинизирующего гормона у мужчин с затяжными неврозами по сравнению с таковыми в контрольной группе. Вместе с тем при сопоставлении содержания в плазме крови фолликулостимулирующего гормона, эстрадиола и пролактина у женщин с затяжными неврозами с данными кон-

трольной группы не выявлено значимых различий. У больных же с невротическими реакциями обнаружена достоверная тенденция к повышению содержания пролактина в крови как у женщин, так и у мужчин, состоящих в девственном браке.

На основании результатов исследования, а также данных литературы сделали вывод, что выявленные у супругов, состоящих в девственном браке, эндокринные сдвиги носят вторичный характер, обусловлены стрессом, могут принимать участие в формировании у них невротических расстройств, следовательно, и сексуальных дисфункций (103).

При изучении темпов полового созревания у больных обеих групп установлено, что для больных с затяжным неврозом, состоящих в девственном браке, наряду с гармоничным темпом полового развития, наиболее характерен замедленный темп полового созревания, что имело, несомненно, важное патогенетическое значение(97,101,108).

Анализ причин и условий возникновения сексуальных расстройств у мужчин и женщин и обусловленной ими сексуальной дисгармонии позволил выделить условно две клинические формы виргогамии: сексуальную дисфункцию у жен (вагинизм, коитофобия, гениталгия) и психогенное нарушение потенции у мужей (гипоэрекция и эякуляция до введения). Причем при остром развитии виргогамии наряду с вагинизмом важное значение приобретали гениталгии, тогда как при подостром развитии виргогамии на первый план выступали эрекционные нарушения у мужчин и явление вагинизма. Перечисленные клинические проявления сексуальных расстройств определяли невозможность проведения полового акта, вместе с этим обеспечивали гипо- и аноргазмию у супружеских пар и у мужчин - гипоэрекцию и эякуляцию ante portas. Кроме того, у всех супругов была психосексуальная неудовлетворенность(97).

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии позволил установить у всех супружеских пар, независимо от времени формирования виргогамии и возникновения невротических расстройств, поражение сексуально-эротической составляющей социального компонента, отражающее отсутствие у супругов нормальной половой жизни и связанное с несоответствием диапазона приемлемости и желательности супружеских ласк. Весьма частым было и нарушение информационно-оценочной составляющей этого компонента, обусловленное низким уровнем знаний в области психогигиены половой жизни и неправильной оценкой супругами своих сексуальных проявлений. Психологический компонент сексуальной гармонии чаще был нарушен из-за наличия у одного из супругов черт характера, вызывающих негативное отношение у другого (в основном робость, нерешительность у мужчин, истероидность у женщин), а социально-психологический компонент - из-за отсутствия у супругов чувства взаимной любви(104,107).

Поражение психической составляющей объясняется выраженным декомпенсирующим его воздействием, на сексуальную сферу являющимся следствием ее чрезмерной значимости при изучаемой патологии.

Нарушение перечисленных составляющих сексуальной гармонии служило патопластическим фактором, способствующим развитию невротических нарушений при виргогамии и усугубляющим супружескую дисгармонию.

Согласно данным исследования, почти все супружеские пары являлись представителями коренной национальности и мусульманского вероисповедания. Как выяснилось, во всех семьях существовал «культ девственности, невинности» и в соответствии с этим родители строго соблюдали национальные традиции и обычаи и требовали безоговорочного выполнения всех обрядов и традиций от своих детей. Преобладающее большинство супружеских пар проживали совместно с родите-

лями. Ритуальный «контроль над первой брачной ночью», с одной стороны выступал как мощный психотравмирующих фактор в жизни молодоженов и способствовал становлению невротических расстройств и виргогамии, и с другой - обеспечивал высокую обращаемость супругов к специалистам в интервале от 1 мес. до 1 года. Супруги же раздельно живущие от родителей, позже (давность виргогамии от 3 до 17 лет) обращались к специалистам. Исходя из этого, следует предположить, что социокультуральные особенности семей, их приверженность к национальным традициям не могли служить достаточным основанием для оценки данного фактора в качестве способствующего возникновению как невротических расстройств, так и виргогамии. Можно предположить, что влияние социокультуральных особенностей семей опосредовано другими (социальными, психологическими и социально-психологическими) факторами.

Таким образом, девственный брак является результатом сложного взаимодействия ряда социальных, психологических, социально-психологических, биологических факторов, обеспечивающих его формирование.

Нами разрабатывались вопросы психотерапии виргогамии. Предложены следующие принципы лечения указанного синдрома: 1) одновременное начало лечения супругов; 2) ослабление и полное разрушение неправильных механизмов «защиты», неправильных понятий о половой жизни; 3) формирование новых адекватных форм поведения супругов в интимной обстановке; 4) формирование у супругов техники совладания, которые адекватны их личностной структуре; 5) построение психотерапевтических мероприятий с учетом специфики невротических расстройств, личностного преморбида и конкретной партнерской ситуации.

Для купирования невротических нарушений супружеским парам целесообразно использование комбинированной терапии, состоящую из психофармакотерапии и психотерапии. Из психотерапевтических методов предпочтение отдается рациональной (разъяснительной), суггестивной (гипнотерапии) и поведенческой (функциональные тренировки) психотерапии, а также некоторым приемам НЛП (метод «якоря», «визуализация») (92,105, 109).

Следует особо указать на потенцирующую роль в терапии невротических расстройств некоторых гинекологических процедур и урологических манипуляций, такие как «метод пальцевой дилятации» при вагинизме у женщин или ЛОД-терапия при эректильной дисфункции у женщин. В этом случае, несомненно, повышается эффективность проводимой психотерапии за счет потенцирующего влиянию проводимых мероприятий, а также в силу их вегетостабилизирующего действия (92,105, 109,112).

Как показали наши исследования, синдромальная структура невротических расстройств при виргогамии - далеко неоднородная по многим характеристикам: осознанности больным его патогенного влияния на сексуальные функции, времени возникновения по отношению к манифестации полового расстройства (до или после вступления в брак), модификациям поведения и полоролевой идентичности, личностному преморбиду и т.д. Все перечисленное свидетельствует о необходимости неоднозначного подхода к лечению изучаемого невротического состояния, предполагающему его дифференцированную психотерапевтическую коррекцию.

Характерной особенностью супружеских пар, состоящих в девственном браке, являлось то, что супруги не всегда осознавали «патогенность» невротических нарушений на их сексуальную функцию. Следовательно, необходимо проведение, так называемой, разъяснительной

работы супругам (инструктажа, что половой акт - это физиологический акт, нормальное явление, основанное на автоматизме, что «он получится сам по себе», что волнение и страх могут только помешать нормальной работе половых органов и т.д.). Успешно проведенная рациональная психотерапия на фоне малых доз антидепрессантов или бензодиазепинов может польностью купировать невротическую симптоматику и разрешить виргогамию.

В тех случаях, когда невротических нарушения у супругов возникали до сексуального дебюта (брака), следует тщательно изучить его истоки (изучение анамнеза в свете полового развития), провести поиск смысловых значений тревог и опасений. Обоснованно проведение широкой информационно- разъяснительной беседы, сочетающуюся с рекомендациями по изучению популярной сексологической литературы, повышающую сексуальную грамотность супругов. Важным моментом является осуществление коррекции «ошибок суждений супругов», что достигается с помощью ряда психотерапевтических приемов (разъяснительная, рациональная и когнитивная психотерапия).

При лечении затяжных неврозов, предшествующих виргогамии, ведущее место занимала психофармакотерапия, в частности использование малых и средних терапевтических доз антидепрессантов (2-3 недели) с последующим подключением психотерапии. Наиболее эффективным является использование антидепрессантов из группы СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Антидепрессанты данной группы обладают высокой антифобической активностью, патогенетической обоснованностью применения, возможностью использования средних доз и меньшей частотой и выраженностью побочных эффектов. В частности, венлафаксин (венлаксор) – 37,5-75 мг в сутки, велаксин – 75-150 мг в сутки. Начало приема антидепрессанта за неделю до начала индивидуального курса гипнотера-

пии, сразу с момента обращения супругов за психотерапевтической помощью, после проведения первичного обследования и сеанса рациональной психотерапии.

Таким образом, комплексная терапия состоящая из психотерапии (поведенческая, рациональная, суггестивная) и антидепрессантов из группы СИОЗСН, обеспечивает высокую эффективность лечения невротических расстройств при виргогамии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аведисова А.С. Общие вопросы психофармакотерапии психогений в результате действия экстремальных факторов //Российский психиатрический журнал. 2003. №2. С.4-6.
2. Агарков С. Т. Дифференцированные подходы к терапии различных вариантов изолированного поражения стадии копулятивного цикла //Респ. науч. конф. сексопатол. Украины: Тез. докл. -Киев,1982. с. 320-321.
3. Агаркова Т. Е. Структура невротических расстройств у женщин при сексуальной дезадаптации супружеской пары // 1-й всес. конф. сексопатологов.: Тез. докл.- М.,1986. с. 90-92.
4. Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. Феноменологические варианты расстройств женской сексуальности // Справочник по сексопатологии (под ред. Г. С. Васильченко –М. , 1990. С. 199-201.
5. Агишева Н. К. Личностные особенности и дезадаптация супругов при нарушении сексуального здоровья //1У обл. науч. практ. конф. сексопатол.: Тез. докл. 1У обл. науч. практ. конф.по сексопатол. Харьков,1990.с. 49-52.
6. Агишева Н. К. Особенности межличностных отношений супругов при сексуальной дисгармонии// 1У обл. науч. практ. конф. по сексопатол.: Тез. докл.- Харьков,1990. с. 83-86.
7. Айриянц И. Р. Клиника и терапия алгических сексуальных расстройств у женщин. //Социальная и клиническая психиатрия. –1999. – №4. –Т. 9. С. 27-32.
8. Айриянц М. Р. Оргастическая ангедония у женщин // Материалы междунар. конф. психиатров 16-18 февр.1998.-М.,1998. с. 42.

9. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. –М. : Медицина, 2000. –335 с.

10. Андриянов В. В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функциональнопсихогенных форм импотенции.: Автореф. дис. …канд. мед. наук. –М. ,1974. –39 с.

11. Аптер И. М. О принципах и методах психотерапии сексуальных расстройств у мужчин и женщин // Леч. половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатол. Украины. –Киев,1982.с. 19-21.

12. Аптер И. М. О терапевтическом применении гипноза при лечении сексуальных расстройств // Соцпсихол. И мед. аспекты брака и семьи / Тез. докл. Ш обл. науч. практ. конф. сексопатол. Харьков, 1987. с. 368-370.

13. Арутюнян В. Н. Нарушения сексуального здоровья при диффузном токсическом зобе у мужчин и их коррекция: Автореф. дисс. …канд. мед. наук. Харьков,1992. -24 с.

14. Афанасьев Т. М. Семья. –М.,1985. –204 с.

15. Бабаджанян А. А. и др. Опыт математического моделирования гипносуггестии при импотенции // Медикопсихологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. научно-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. с. 125.

16. Бараш Я. И. Сочетание иглорефлексотерапии с гипнотерапией при лечении больных с половыми расстройствами // Социальнопсихологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3й обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987.с. 372-373.

17. Бедный М. С. Семья: проблемы развития // Профил. секс. патол. и супр. дисгармонии:Тез. докл. респ. науч. конф. Киев-Ворошиловград, 1988. с. 40-42.

18. Беляев Г. С. Значение аутогенной тренировки в комплексном лечении психогенного гипоэрекционного синдрома // Вопросы сексопатологии

(мат-лы науч. практ. конфции):Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М. , 1969. –Т. 58. с. 29-31.

19. Бенедиктов И. И. Гинекологический массаж. Ташкент: Медицина,1972. –110 с.
20. Бессонова Т. Л. Психологические особенности полоролевого самосознания и самопринятия личности студента педагогического ВУЗа.: Автореф. дис. …канд. психол. наук. М.,1994. -18 с.
21. Бодяжина В. И. и др. Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в женской консультации. –М. : Медицина,1980. –285 с.
22. Бодяжина В. И., Стругацкий В. М. Опыт лечения хронических сальпингоофоритов в период обострения // Акуш. и гинекология. –1975. С. 13.
23. Бондаренко С. Г. Системный подход к изучению сексуальной дисгармонии вследствие фригидности при заболеваниях внутренних гениталий //Акт. Вопр. сексопатологии: Тез. докл.1-й всес. конф. сексопатологов.–М., 1986. С. 182-183.
24. Бороневская Л. Д. Функциональные расстройства и сексуальные отклонения у женщин при неспецифических воспалительных заболеваниях гениталий.: Автореф. дисс. …канд. мед. наук. Ворошиловград,1973. –22 с.
25. Ботнева И. А., Архипова Т. Е. Комплексное лечение вагинизма // Респ. науч. конф. сексопатол. Украины.: Тез. докл. -Киев, 1982. с. 236-239.
26. Булгакова Е. Г. Психологические особенности некоторых сексологических больных (с аноргазмией и виргогамией) // Профилакт. секс. патологии и супр. дисгарм. :Тез. докл. респ. науч. конф. –Киев-Ворошиловград, 1988. с. 188-189.
27. Буньков А. И. О патогенной роли вагинизма в возникновении половых расстройств у мужчин // Акт. вопр. сексопатологии (под ред. Д. Д. Федотова. –М., 1967. с.270.

28. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. –М.:Медицина,1989. –304 с.

29. Буртянский Д. Л., Кришталь В. В. Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции: Уч. пособие. – М.:Изд-во ЦОЛИУВ,1978. –30 с.

30. Буртянский Д. Л.и др. Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции (Учебное пособие). –М.: ЦОЛИУВ,1978. –31 с.

31. Буртянский Д. Л., Кришталь В. В. Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция. Харьков,1982. –34 с.

32. Буртянский Д. Л. и др. Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. –Саратов:СГУ, 1987. – 206 с.

33. Буртянский Д. Л. и др. Медицинская сексология. –Саратов: СГУ, 1990. –272 с.

34. Буртянский Д. Л. Курсовая психотерапия больных с психогенными гениталгиями // 1У обл. науч. практ. конф. сексопатол.: Тез. докл.- Харьков,1990. с. 198-199.

35. Бус Э. Э. Психотерапия в сочетании с аурикулопрессурой в комплексном лечении больных с психогенной импотенцией //1У обл. науч. практ. конф. сексопатол.: Тез. докл. - Киев,1982. с. 176-178.

36. Вайсфельд Д. Н. Вегетативные ганглионевриты при хронических воспалительных заболеваниях женской половой сферы. –Киев: Здоров'я,1967. –92 с.

37. Варшавский К. М. Гипносуггестивная терапия. –Л. : Медицина,1973. – 192 с.

38. Васильченко Г. С. и др.О путях прогнозирования межличностной адаптации брачных пар // Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М.,1977. –Т. 81. С. 77-85.

39. Васильченко Г. С., Решетняк Ю. А. Брачный клиринг. –Вопр. кибернетики,1978. –Вып. 48. С. 59-70.

40. Васильченко Г. С. и др. Новый способ лечения половых расстройств воздействием локального отрицательного давления (ЛОД) // Актуальные проблемы психиатрии (клиника, патогенез, лечение, социальная реабилитация). М. , 1981. С. 38-40.

41. Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф. Семейносексуальные дисгармонии (дисгамии) // Частная сексопатология: (Руководство для врачей) /Под ред. Г. С. Васильченко. –М. : Медицина,1983. –Т. 2. С. 293-304.

42. Васильченко Г. С. О некоторых особенностях психотерапии сексологических больных // Диагност. и леч. секс. расстройств: Тез. докл. науч. практ. конф. Харьков,1983. с. 34.

43. Васильченко Г. С. О первоочередной необходимости разработки терапии синдрома мнимых сексуальных расстройств у женщин // Соц. психол. и мед. асп. брака и семьи: Тез. докл. Ш обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. с. 79.

44. Введенский Е. Г. Расстройства половой идентичности: типы псевдокомпенсации. //Сексуальное здоровье человека на рубеже веков. Матлы междунар. конф. –М. ,1999. С. 83-84.

45. Введенский Е.Г. Гомосексуальность и психопатология//Современные проблемы психиатрии. –Казань,1994. С.58-62.

46. Вейн А. М. Заболевания вегетативной нервной системы. –М.: Медицина,1991. -624 с.

47. Вельвовский И. З., Мейтина Е. Н. Система психотерапии в лечении больных с сексуальными нарушениями в программе подготовки сексопатологов // Вопросы сексопатологии (мат-лы научн. практ. конф.): Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М.,1969. Т.58. С. 811.

48. Виш И. М.и др. Применение контрастного самовнушения при психической импотенции // Респ. науч. конф. сексопатологов Украины.: Тез. докл. –Киев, 1982. с. 48-49.

49. Виш И. М. и др. К вопросу лечения психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков,1985. с. 128-129.

50. Владимиров-Клячко С. В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии. Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М.:1972. Т.65. с.459-467.

51. Владин В., Капустин Д. Гармония брака. –Кемерово.: Кемеровск. кн.,1988. –303 с.

52. Волкова А. Н. Ролевая адекватность как фактор супружеской совместимости // Вопр. психол. общения и познания людьми друг друга. – Краснодар: Кубанск. ун-т,1979. С. 62-69.

53. Вольперт М. И., Либих С. С. Опыт социологического исследования семейных отношений у больных с сексуальными нарушениями // Проблемы совр. Сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –1972. Т.65. №7. С. 175-179.

54. Ворник Б. М., Легкоступ Е. В. Коммуникативное развивающее обучение в контекте медикопсихологической помощи больным с сексуальной патологией // 4-й обл. науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез. докл. –Харьков,1990. С. 190-192.

55. Ворник Б. М. Клиническая характеристика виргогамии // III обл. науч. практ. конф. сексопатол.: Тез. докл. Харьков,1987. с. 194-196.

56. Габелов А. А. Половые расстройства у женщин // Импотенция / Под ред. Л. Я. Мильмана. –Изд. 3е, Л.:Медицина, 1972. С.141-181.

57. Галстян Г. М. Некоторые формы психологического реагирования при дебютантных копулятивных дисфункциях у мужчин с акцентуацией

характера по тревожно-мнительному типу // 1У обл. науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез.докл. –Харьков. –1990. С. 126-128.

58. Гентер Г. Г. Об аномалиях полового чувства у женщин. //Ж.Акушерство и женские болезни. 1914. С. 37-43.

59. Герасимов А. В. К проблеме изучения и прогноза сексуально агрессивного поведения. Психология сегодня. –РПО, -М., 1996.Т. 2. Вып. 4.С.22-25.

60. Гиляровский В. А. Избранные труды. –М. :Медицина, 1973. 328 с.

61. Говорухина Е. М. Патогенез и лечение синдрома альгодисменореи // 1-й всес. конф. сексопатол.: Тез. докл. -М.,1986. С. 50-52.

62. Гозман Л. Я. Психология эмоциональных отношений. –М.: МГУ, 1987. -107 с.

63. Голанд Я. Г. Особенности индивидуальной психотерапии у больных при психогенных сексуальных расстройствах // Акт. вопр. психотерапии. Горький,1972. С. 156-163.

64. Голанд Я.Г. Опыт применения аутогенной тренировки и самовнушения в комплексной психотерапии сексуальных расстройств //Психическая саморегуляция. –АлмаАта,1973. –Вып. 1. С. 117-122.

65. Голанд Я. Г. Голод С. И. Социальнонравственные ценности семьи // Молодая семья. –М.: Статистика, 1977. –Вып. 18. С. 49-55.

66. Голосовкер С. Я. К вопросу о половом быте современной женщины // Казанск. мед. журн. –1925. №1.С. 66-74.

67. Горбачева С. П., Момот М. И. Роль психотерапии среди супружеских пар при дисгамии и вагинизме // Тамбовск. обл. науч. практ. конф.: Тез. докл. –Тамбов, 1974. С. 330-334.

68. Горбачева С. П. Роль личностного фактора в формировании сексуальной патологии у женщин // Пробл. мед. психологии. –Л., 1976. С. 79-81.

69. Григорян М. М., Прокопенко Ю. П. Сексуальная функция у женщин, страдающих хроническими тазовыми болями // Материалы международной конференции по сексуальному здоровью.: Тез.докл. –М. , 1999. С. 98-99.

70. Григорян С. Р. О причинах и условиях возникновения виргогамии // Харьковский мед. журнал, 1995. №34.С. 47-48.

71. Гришин А. В. Особенности психогенных сексуальных расстройств у пожилых //3-й обл. науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез. докл. – Харьков, 1987. с. 204-206.

72. Гришин А. В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств.: Автореф. дис. …канд. мед. наук. –М. ,1988. –21 с.

73. Грошев С. И. Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуальные вопросы сексопатологии: Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М., 1967. Т. 51.С. 414-432.

74. Гудкович Л. М., Мейтина Е. Н. Аноргазмия –причина и следствие дезадаптации в браке и методы ее психотерапии // Тамбовск. обл. науч. практ. конф.: Тез. докл. -Тамбов,1974. с. 384-387.

75. Гульман Б. Л. Сексуальные преступления. –Харьков: ИМП «Рубикон», 1994. –124 с.

76. Гуревич С. А. Музыкотерапия при функциональнопсихогенных сексуальных нарушениях // Респ. науч. конф. сексопатологов Украины.: Тез. докл. -Киев,1982. с. 59-63.

77. Гуревич С.А. Музыкотерапия в практике сексопатологов // 1й Всес. конф. сексопатологов.: Тез. докл. –М. , 1986. С. 127-128.

78. Данилов А. С. О сочетании эстето и гипнотерапии при лечении больных с первичными расстройствами потенции // 1У обл. науч. практ. конф. сексопатол.: Тез. докл. –Харьков,1990. с. 201.

79. Дашевский И. Я. Психотерапевтическая тактика при синдроме коитофобии // Вопросы сексопатологии (материалы науч. практ. конференции): Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М. , 1969.Т. 58. С. 43-45.

80. Дворкин Э. М. Психотерапия сексуальных расстройств // Руководство по психотерапии / под ред. В. Е. Рожнова. –2е доп. и перераб. изд. Ташкент,1979. С. 420-424.

81. Дворкин Э. М. О значении принципов психотерапии и медицинской деонтологии в практике врача сексопатолога // 7й всес. съезд невропат. и психиатр. : Тез. докл. –М., 1981.Т 3. С. 252-253.

82. Дворкин Э. М. Психологическая совместимость супружеской пары // Руков. по психиатрии / Под ред. В. Е. Рожнова. –Ташкент: Медицина. 1985. С. 313-524.

83. Дворянчиков Н. В. и др. Психологические особенности лиц с парафилиями. –Аномальное сексуальное поведение (под ред. А. А. Ткаченко). –М.: РИО ГНЦС и СП им. В. П. Сербского, 1997, С.221-224.

84. Дворянчиков Н. В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением // Материалы междунар. конф.: Тез докл. – М., 1999. С. 100-102.

85. Деранкова Е. Б. Половые расстройства женщины. –М. :Медицина, 1972. -14 с.

86. Дмитриева Т. Б. и др. Социальные факторы и психические расстройства у женщин / Очерки социальной психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой). М.,1998. С. 151-173.

87. Драновский А. И. Активационная терапия, половых расстройств у мужчин // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1 всес. конф. сексопатологов. –М. ,1986. С. 55-57.

88. Драновский А. И. Невроз ожидания эрекции у сексологических больных // Сой. психол. и мед. асп. брака и семьи: Тез. докл. III обл. науч. практ. конф. сексопатол. Харьков, 1987.С. 206-209.

89. Дубоссарская З. М. , Стусь Е. С. Немедикаментозное воздействие в комплекном леечнии гинекологических заболеваний, сопровождающихся нарушением сексуальной функции // Профилакт. секс. патологии и супр. дисгарм. : Тез. докл. респ. науч. конф. –Киев-Ворошиловград,1988. С. 128-129.

90. Дубивко Г.Ф. Причины и условия развития виргогамии и ее психотерапевтическая коррекция.: Автореф.дис....канд.мед.наук – Харьков.:ХИУВ,1992. -16 с.

91. Ешимбетова С.З. К вопросу клинико-психологического статуса, диагностики и лечения больных виргогамией. Неврология. –Ташкент, 1999. №3-4. С.36-37.

92. Ешимбетова С.З. Лечение динамической астено и некроспермии у мужчин методом трансуретрального дренирования. Патология.-Ташкент 2000,№2. С.49-51

93. Ешимбетова С.З. Роль социально-культуральных факторов в формировании эректильной дисфункции и методы их коррекции. Неврология. -Ташкент,2001. №1. С.53-54.

94. Ешимбетова С.З. Преморбидные особенности лиц, состоящих в девственном браке //Актульные проблемы медицины. Ташкент, 2001.С.72.

95. Ешимбетова С.З. Клинико-психологические особенности лиц с виргогамией и стратегия лечения. Российский психиатрический журнал. -Москва, 2002. №2. С.40-41.

96. Ешимбетова С.З. Роль социально-биологических и стрессовых факторов в развитии невротических расстройств при виргогамии.

Вестник Каракалпакского Отделения Академии Наук Республики Узбекистан. –Нукус, 2002. №5-6. С.47-48

97. Ешимбетова С.З. К вопросу соматосексуального развития больных виргогамией. Вестник Каракалпакского Отделения Академии Наук Республики Узбекистан. –Нукус, 2002. №5-6. С.46.

98. Ешимбетова С.З. К вопросу социальной адаптации больных виргогамией // Актуальные вопросы современной медицины. –Ташкент, 12-13 ноября,2002. С.56.

99. Ешимбетова С.З. Психовегетативные нарушения у лиц состоящих в девственном браке // Актуальные вопросы современной медицины. –Ташкент, 12-13 ноября,2002. С.55.

100. Ешимбетова С.З. Особенности половой идентичности у лиц состоящих в девственном браке. Неврология // Материалы съезда невропатологов Узбекистана. –Ташкент. №4.- 2002.С.215-216.

101. Ешимбетова С.З. Некоторые дизонтогенетические механизмы формирования девственного брака (виргогамии). Журнал теоретической и клинической медицины. №5. Ташкент,2002. С.88-91.

102. Ешимбетова С.З. Психические и вегетативные нарушения при виргогамии. Здравоохранение. -Минск, 2002. №9. С.34-36.

103. Ешимбетова С.З. Состояние нейрогуморальной регуляции у больных виргогамией по данным исследования гармонов крови. Проблемы биологии и медицины.-Самарканд, 2003. №3.С. 91-92.

104. Ешимбетова С.З. Социологическое исследование системно-структурный анализ сексуальной гармонии у больных виргогамией. Бюллетень Ассоциации врачей Узбекистана. –Ташкент, 2003. №1.С.82-84.

105. Ешимбетова С.З. К вопросу психотерапевтической реабилитации супружеских отношений у больных виргогамией. Медико-социальная реабилитация инвалидов.Ташкент, 28 ноября 2003. С.99.

106. Ешимбетова С.З. Клинико-динамические особенности затяжных невротических состояний предшествующих виргогамии Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. №4. –Ташкент, 2003.С.44-45.

107. Ешимбетова С.З. Системно-структурный анализ сексуальной гармонии у больных виргогамией. Медико-социальная реабилитация инвалидов.Ташкент, 28 ноября 2003. С.101.

108. Ешимбетова С.З. Особенности соматосексуального здоровья в подростковом возрасте у больных виргогамией. Педиатрия. –Ташкент, 2004. №1. С.47-49.

109. Ешимбетова С.З., Алимов У.Х. Тактика лечения невротических нарушений у лиц виргогамией. Метод.рекомендации. - Ташкент, 2003. -9с.

110. Ешимбетова С.З. Состояние психоэмоциональной сферы у лиц виргогамией. Неврология. –Ташкент, 2004. №1.С.37-39.

111. Ешимбетова С.З. Психопатологические, психологические и терапевтические аспекты виргогамии Автореф.докт.дис...-Ташкент. -2004. - 31 стр.

112. Ешимбетова С.З. Атаракс в комплексном лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин. Актуальные проблемы неврологии и психиатрии// Мат-лы научно-практ.конф. -Андижон, 2004.-С. 258-259.

113. Ешимбетова С.З. Течение затяжных неврозов на фоне ревматизма при виргогамии.
Актуальные проблемы ревматологии. –Ташкент.-2004.-С.52-53.

114. Жукова Е. Н.,Трубицин И. Е. Комплексное лечение аноргазмии женщин в условиях курорта Сочи // Акт. аспекты диагност. орг. леч. процесса и реабил. бх с секс. расстр. : Тез. докл. 1У обл. науч. практ. конф. сексопатологов. –Харьков, 1990. С. 284-285.

115. Загородный П. Н. Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. Л. : Медицина,1970. –183 с.

116. Загородный П. Н. Физиология и патология половой функции. –Л. : Медицина, Лен. отд. –1975. –263 с.

117. Зайлялов Д. З. Вагинизм // Мед. сестра. –1991. №5. с. 36.

118. Здравомыслов В. И. и др. Функциональная женская сексопатология. –АлмаАта: Казахстан,1985. С. 56-61.

119. Здравомыслов В. И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия // Пробл. совр. сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М. , 1972. Т. 65. С. 409-425.

120. Зелонджев В. А. Особенности психосексуального развития у мужчин, страдающих шизофренией и психопатией. –Актуальні проблеми сучасної психології. –Матеріали других міжнародних психологичних читань. –Харьків,1995. С. 43.

121. Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. –М. :Медицина,1966. –152 с.

122. Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер.с англ.-СПб, 2000. -354 с.

123. Казинс Н. Таинственное плацебо // Здравоохр. Белоруссии. 1989. № 4. С. 76-78.

124. Кан И. Ю., Кибрик Н. Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. –М. , 1999. Т. 9. №3, С. 45-48.

125. Карвасарский Б. Д. Неврозы. –2е изд. , перераб. и доп. –М. : Медицина, 1990. –576 с.

126. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. –В кн.: Пограничные психические расстройства. -М. :Медицина, 2000. –304 с.

127. Карвасарский Б.Д., Тупицин Ю.Я. Глоссарий основные формы и синдромы для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами (методическое письмо). М.1974. -42 С.

128. Карпов С. П. Сочетанная терапия копулятивной дисфункции // Профилакт. секс. патологии и супр. дисгарм. : Тез. докл. респ. науч. конф. –Киев-Ворошиловград, 1988. С. 70-72.

129. Кибрик Н.Д. Возрастные особенности развития сексуальной дисфункции у мужчин. –М., 1999.

130. Колбасин Ю. В. Комбинированное лечение половых расстройств при неврозах методами психотерапии и рефлексотерапии // Социальнопсихологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. –С. 105-106.

131. Кон И. С. Психосексуальное развитие и половая социализация //Сем. психотерап. при нервных и псих. заболеваниях: Тр. Лен. психоневр. инта им. В. М. Бехтерева. –Л. , 1978. Т. 96. С. 113-123.

132. Кон И. С. Некоторые особенности психосексуального развития //В мире подростка / Под ред. А. А. Бодалева. –М. :Медицина, 1980. С. 228-237.

133. Кон И. С.Психология половых различий//Вопр.Психол.–М.: Педагогика, 1981. №2. С. 47-57.

134. Кон И. С. Введение в сексологию. –М. :Медицина, 1989. – 331 с.

135. Кондрашов В. В. Общие принципы психотерапии при оперативном лечении импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков,1985. с. 151.

136. Конституция Республики Узбекистан. -Ташкент «Узбекистон»,1994. с. 36.

137. Копылова И. А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин // Вопросы сексопатологии (материалы науч. практ. конференции): Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М., 1969.Т. 58. С. 124-125.

138. Корецкий В. М. Опыт лечения виргогамий в амбулаторных условиях // Респ. науч. конф. сексопатологов Украины: Тез. докл. Киев,1982. С. 73-75.

139. Кочарян Г. С. Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции //Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч. практ. конф. сексопатологов. –Харьков,1985. с. 134-135.

140. Кочарян Г. С. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социальнопсихологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч. практ. конф. сексопатологов. –Харьков, 1987. С. 426-427.

141. Кочарян Г. С. Об изменениях поведения у больных с синдромом ожидания неудачи // 1У обл. науч. практконф. сексопатол.: Тез. докл. - Харьков,1990. с. 124-126.

142. Кришталь В. В. Системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской пары // Психотерап. и деонтол. в комплексе лечения реабилитации больных на курорте: Тез. докл. науч. практ. конф. Харьков, 1979. с. 174-176.

143. Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при сексуальной дисгармонии // Иссл. механизмов и эффект. психотерапии при нерв. псих. заболеваниях:Тр. Лен. психоневрол. инта им. В. М. Бехтерева. –Л. 1982. Т. 100. С. 47-51.

144. Кришталь В. В., Агишева Н. К. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: Учебное пособие. М. : ЦОЛИУВ, 1985. –138 с.

145. Кришталь В. В. Причины и условия развития сексуальных дисгармоний супружеских пар // Совр. проблемы сексопатологии: Тез. докл. конф. Киев, 1986. С. 9.

146. Кришталь В. В. с соавт. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях. //Под ред. В. В. Кришталя. Сочи, 1988. –118 с.

147. Кришталь В. В. Кришталь В. В. Сексуальная гармония супружеской пары. –Харьков:Интербук,1990. –122 с.

148. Кришталь В. В. Системно-структурный анализ сексуального здоровья //4й обл. науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез. докл. -Харьков, 1990.

с. 48.

149. Куц В. А. Социальнопсихологические аспекты половой дифференциации в исследованиях брака и семьи //Соц. психология. –Л. :Издво ЛГУ,1979. С. 268-272.

150. Ламм А. А. О связи эффективности психотерапии с особенностями личности //1У науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез. докл. – Харьков, 1990. С. 183-186.

151. Лебединский М. С. Очерки психотерапии. –М. :Медицина,1971.– 160с.

152. Левикова З. Н. Алибидемия с отрицательным отношением к половому акту у женщин // Акт. асп. сексопатологии: Тез. докл. 1 всес. конф. сексопатологов. М. ,1986. С. 92-94.

153. Лезненко В. Н. Методика и техника коллективной психотерапии больных психогенной импотенцией //Актуальные вопросы сексопатологии: Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М. , 1967. Т. 51. С. 443-451.

154. Лезненко В. Н. Клиника, дифференциальный диагноз и психотерапия психогенной импотенции.: Автореф. дисс. …канд. мед. наук. –М. , 1969. –24 с.

155. Либих С. С. Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами //Актуальные вопросы сексопатологии: Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. –М. , 1967. Т. 51. С. 433-442.

156. Либих С. С. О некоторых формах психогенной импотенции (клиника,патогенез и лечение) //Вопросы сексопатологии (матлы науч. практ. конференции):Труды Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. Т. 58. С. 557.

157. С. Либих С. С. О содержании и форме психотерапии // III междунар. симп. соц. стран по психотерапии. –Л., 1979. С. 154-156.

158. Либих С.С. К проблеме гармонизации сексуальных отношений в супружеской жизни: Лекции для врачей курсантов. –Л., 1982. -16 с.

159. Либих С. Социально-психологические и социально-биологические проблемы здоровья в современной сексологии: Лекции для врачей курсантов. –Л., 1983. –17 с.

160. Либих С. С.,Фридкин В. И. Сексуальные дисгармонии. –Ташкент: Медицина УзССР, 1990. –139 с.

161. Либих С.С. Руководство по сексологии. –СПб., 2001.

162. Липгард Н. К., Агарков С. Т. Некоторые аспекты семейной психотерапии в сексопатологии // Лечение половых расстройств: Тез. Респ. науч. конф. сексопатологов Украины. Киев,1982. С. 42-45.

163. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – 2е изд. , доп. и перераб. –Л. :Медицина,1983. –255 с.

164. Личко А.Е. Подростковая психиатрия // Руководство для врачей. – 3е изд. , доп. и перераб. –Л. :Медицина,1985. –416 с.

165. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. –М.:Медгиз,1944. –83 с.

166. Малахов Б. Б. Семейная психотерапия сексуальных нарушений у женщин, возникших на ранних этапах брака // Сем. психотерап. при нерв. и псих. заболеваниях: Тр. Лен. психоневрол. инта им. В. М. Бехтерева. –Л., 1978. Т. 96. С. 123-128.

167. Мандельштам А. Е. Семиотика и диагностика женских болезней. – Л. :Медицина, 1976. –695 с.

168. Маргулис С. М. Нервная система в биологии и патологии женской половой сферы. –М. Л. , 1929. –416 с.

169. Международная классификация болезней (10-пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. СПб.,1994.

170. Мещеряков А. М. Комплексное лечение больных с психогенной формой нарушения копуляции // Современные проблемы сексопатологии. –Киев-Ворошиловград,1986. С. 49-50.

171. Мильман Л. Я. Импотенция. –Л. :Медицина,1972. –262 с.

172. Минасенко Ю. И., Мещеряков А. М. Временная агрессия в гипнозе как психотерапевтическая методика у больных с психогенной сексуальной дисфункцией // Респ. конф. «Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний»:Тезисы докладов. Киев-Ворошиловград, 1988. с. 105-106.

173. Мирзоян А. С. Аутогенная тренировка в комплексе поэтапной психотерапии при лечении первичной психогенной формы импотенции //Психическая саморегуляция. –Алма-Ата,1973. –Вып. 1. С. 211-214.

174. Мирзоян А. С. О психотерапевтическом лечении сексуального образования в общем комплексе психотерапии сексуальных расстройств у мужчин // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбовской обл. науч. практ. конференции. Тамбов,1974. С. 339-342.

175. Михайлов В. В. К вопросу о физиологических и клиникоанамнестических аспектах некоторых психогенных расстройств. Симферополь,1986. –7 с.

176. Михайлова Н. А.и др. Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами их психотерапии: Лекции для врачей слушателей. –Л. :Ленингр. инт усоверш. врачей,1986. –22 с.

177. Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия при неврозах: Метод. Рекоменд. Л. ,1976. –13 с.

178. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. –Л. :Издво ЛГУ, 1960. –426 с.

179. Мясищев В.Н. психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья. –В кн.: Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. –Л.,1973, С.7-11.

180. Невзорова Т. А. Психотропные средства в соматической медицине. –М. :Медицина, 1971. –150 с.

181. Николаев В. В. Начальные проявления атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии у мужчин в генезе нарушений сексуального здоровья и их коррекция.: Автореф. дисс. . . . канд. мед. наук. Харьков,1992. –22с.

182. Нохуров А. Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. –М. : Медицина,1988. –224 с.

183. Обозов Н. Н. О трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия //Психология межличн. познания.–М. :Педагогика,1981.С. 80-92.

184. Обозов Н. Н., Обозова А. Н. Диагностика супружеских затруднений // Психол. журн. –1982. Т. 3. С.147-151.

185. Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния. –М. :Медгиз. –1950. – 188 с.

186. Панков Д. В. К изучению механизмов психической травмы и путей эмоциональнострессовой психотерапии при лечении больных сексуальными расстройствами в структуре неврозов //Социальнопсихологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч. практ. конф. сексопатологов. –Харьков, 1987. С. 410-441.

187. Панков Д. В. Рациональная и разъяснительная психотерапия //Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. –3е доп. и перераб. изд. –Ташкент: Медицина,1985. С. 188-213.

188. Паращук Ю. С. Психосексуальные расстройства у супругов с нарушенной репродуктивной функцией // Соц. психол. и мед. асп. брака и семьи: Тез. докл. III обл. науч. практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. С. 356-357.

189. Перекрестов И. М., Перекрестов Р. М. Некоторые вопросы аутогенной тренировки при мужской психогенной импотенции //Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбовской обл. науч. практ. конференции. Тамбов, 1974.с. 422-425.

190. Петренко В.Ф.Психосемантика сознания. –М.,1988.

191. Петровский А. В. Личность в психологии с позиции системного подхода // Вопр. психологии. –1981. №1. С. 57-66.

192. Покровский Ю. А.,Чаргейшвили Ю. П. Эмоциональнострессовая психотерапия сексуальных нарушений у больных неврозами // Меди-

копсихологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. с. 140.

193. Положий Б. С. Транскультуральная психиатрия /Очерки социальной психиатрии (под ред. Т. Б. Дмитриевой). –М., 1998. С. 272-310.

194. Посвянский Л. Б. Вопросы психотерапии при психогенных формах фригидности у женщин // Вопр. психотерапии. –М., 1972. –Вып. 3. С. 154-160.

195. Посвянский Л. Б. Психотерапия психогеннофункциональных форм мужской половой слабости //Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. –М. :Медицина,1974. С. 219-230.

196. Ратинова Н. А. Тест «руки». –Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики. МГУ, 1989.

197. Рожановская З. В. . К вопросу о половом влечении у женщин //Тр. Пермск. мед. института. Пермь,1972. Т. 107. С. 37-43.

198. Рожановская З. В. Профилактика сексуальных нарушений у женщин: Метод указания. Харьков,1977. –30 с.

199. Рожановская З. В. Психотерапия половой неудовлетворенности у женщин //Диагност. и леч. секс. расстройств: Тез. докл. конф. – Харьков, 1983. с. 35.

200. Рожановская З. В. Психотерапия при виргогамии и вагинизме: Руков. по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. –Ташкент: Медицина, 1985. С. 535-536.

201. Рожановская З. В. Женская сексопатология – итоги и перспективы // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1 всес. конф.сексопатологов.– М. 1986., С. 219-221.

202. Рожановская З.В. Медико-биологическое и социально-психологическое значение женского организма // Соц. психол. и мед. асп. брака и семьи: Тез. докл. Ш обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков,1987. С. 20-23.

203. Рыбак Г. В. Немедикаментозные методы лечения некоторых форм смешанной копулятивной дисфункции // Акт. асп. диагност. , орг. леч. процесса и реабил. б-х с секс. расстр. : Тез. докл. 1У обл. науч. практ. конф. сексопатологов, Харьков,1990. с. 296-298.

204. Сарафян К. С., Петросян В. Г. Эффективность лечения функциональных сексуальных нарушений методом психотерапии и иглоукалывания // Труды Ереванского мед. инст-та. Ереван,1980. –Вып. 19. С. 60-64.

205. Свядощ А. М. Женская сексопатология. –СПб., 1998. –141 с.

206. Свядощ А. М. Неврозы. –4е изд. СПб, 1991. –184 с.

207. Сексопатология: Справочник / Г.С.Васильченко, Т.Е.Агаркова и др.; под ред. Г.С.Васильченко. –М.:Медицина,1990. – 574 с.

208. Сергеев И.И. и др. Спорные аспекты проблемы фобий // Актуальные вопросы психиатрии.: Мат-лы научно-практ.конф.14ноября2001.-Москва,2001. с.7-21.

209. Синаев Л. А.,Синаева Г. С. Анализ психологических типов человека // 1У обл. науч. практ. конф. сексопатологов.: Тез. докл. –Харьков, 1990.с. 14-16.

210. Снегирев В. Ф. Вагинизм. –СПб. , 1901. –52 с.

211. Старович З. Судебная сексология. –М. ,1991. -336 с.

212. Сухоруков В. И. Система психотерапевтического опосредования и потенцирования рефлекторных воздействий при половой слабости //. Респ. науч. конф. сексопатологов Украины.: Тез. докл. -Киев,1982.с. 30-33.

213. Сухоруков В. И. Современные принципы и основные методы психотерапии в практике врача сексопатолога //Неврозы и сексуальные расстройства / Н. К. Липгарт, Л. А. Стукалова, И. М. Виш и др. – Воронеж: ВГУ, 1985. С. 124-149.

214. Табачников С. И. и др. О роли в формировании депрессивных расстройств, сенестопатий и парестезий в области половых органов у женщин //Профилакт. секс. патологии и супр. дисгарм. : Тез. докл. респ. науч. конф. КиевВорошиловград, 1988. С. 129 -130.

215. Танцюре М. Д. Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности //Сов. мед. – 1956. №11. С. 80-84.

216. Тер-Габриэлян Г. Материалы к вопросу о некоторых физиологических отношениях женщины и проблемы их лечения //Моск. мед. журнал. 1927. №9. С. 47-59.

217. Терещин А. Т. Клиническая феноменология гениталгического синдрома у женщин. Пятигорск, 1993.

218. Терещин А. Т. Клинические варианты вагинизма и его патогенетическая коррекция. Депонированная рукопись, Пятигорск,1993.

219. Тимошенко Л. В.и др. Сексуальные расстройства у женщин //Практ. гинекология / Под ред. Л. В. Тимошенко. –Киев: Здоров'я, 1980. С.161-185.

220. Тихомиров А.Л. и др. Гиперпролактинемия: диагностика и современные методы лечения бромкриптином //Русский медицинский журнал. 2003. С.73-76.

221. Ткаченко А. А. Предпосылки и перспективы культурологических исследований аномального сексуального поведения // Культуральные и этнические проблемы психического здоровья (под ред. Т. Б. Дмитриевой, Б. С. Положего). –М. , 1996. С. 172-179.

222. Тополянский В. Д.,Струковская М. В. Сексуальные расстройства при депрессивных состояниях у женщин // Психосом. расстройства.– М.: Медицина,1986. С. 245-256.

223. Трайков Д. Результаты лечения психогенной половой слабости у мужчин путем применения «плацебо» //Проблемы на сугестологията. –София: Наука и изкуство,1973.С. 560-563.

224. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. –М. :Медицина,1987. –304 с.

225. Файнбург З. И. К вопросу об этической мотивации брака // Пробл. брака,семьи и демографии. –М. :Наука,1970. –Вып. 4. С. 207-209.

226. Филатов А. Т. И. др. Первично проявляющиеся нарушения потенции у мужчин. Уч. пособие. –М, 1978. - 58 с.

227. Филатов А. Т. Социальные аспекты сексопатологии // Соц. психол. и мед. асп. брака и семьи: Тез. докл. III обл. науч. практ. конф. сексопатологов. Харьков,1987. -24 с.

228. Фрейд З. Очерки по психологии сексуальности / Пер. М. В. Вульджа. –Минск: Беларус. сов. энцикл., 1990. –164 с.

229. Хамадьянова У. Р. Особенности сексуальной функции женщин, страдающих генитальным инфантилизмом //Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1 всес. конф. сексопатологов. –М.,1986. С. 41-42.

230. Харчев А. Г., Голод С. И. Молодежь и брак // Человек и общество. –Л. :Из-дво ЛГУ.,1969. С. 125-142.

231. Харчев А. Г. Брак и семья в СССР. 2е изд. –М. :Мысль,1979. - 367 с.

232. Чечет Д. М. Социология брака и развода. –Л.: ЛГУ,1973. – 35 с.

233. Шкундин М. П. Наш опыт психотерапии вагинизма // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1 Всес. конф. сексопатологов. –М.,1986. С. 126-127.

234. Щеглов Л. М. Невротическая фиксация при сексуальных расстройствах // Профилакт. секс. патологии и супр. дисгарм. : Тез. докл. респ. науч. конф. –КиевВорошиловград,1988. С. 75-77.

235. Эскузян Ф. Ф. Медикопсихологические и социальные факторы в развитие сексуальных дисгармоний супругов при неврозах и организация ее психологической коррекции.: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Харьков, 1994. –17 с.

236. Якобзон Л. Я. Половая холодность женщин. –Л. : Образование,1927. –100 с.

237. Araoz D. L. Hypnosis and sex therapy. –New York: Brunner / Mazel, 1982. –178 p.

238. Auerbuch R., Kilmann P. The effects of group systematic desensitization on secondary erective failure // Behavior Therapy. –1977. –Vol. 8, №4 –P. 330-339.

239. Bandler R., Grinder J. Froge into princes. SanFrancisco, 1979. 193 p.

240. Bandler R., Grinder J. The structure of Mayic I. A book about language and therapy. –Palo Alto: Science and Behavior Book,1975. –225 p.

241. Barry J. M., Hodges G. V. Impotence: A diagnostic approach // J. Urol. –1978. –V. 116. № 8. –P. 575.

242. Bem S. //J. Pers. Soc. Psychol. –1975. –V. 31. –P. 634-643.

243. Beran J. Psychoterio jako so ucast olbernosti lekare cas // Lek. ces. – 1988. –Sv. 127. №33. –S. 1025-1029.

244. Byrne D. The imagery of sex: In Handbook of sexology. / Ed. J. Money, H. Musarp. –New York-Oxford, 1977. –P. 327-350.

245. Christensen H. Handbook of marriage and the family. Chicago,1964. – 1028 p.

246. Clark D. F. Fetishism treated by negativa conditionning . –New York 1963. – P.21.

247. Cooper A. J. An innovation in the "behavioural treatment" of a case of non consummution due to vaginismus // Brit. J. Psychiatry. – 1969. –V. 115. –P. 242-247.

248. Crasilneck H. B. The use of hypnosis in the treatment of impotency // Proceeding of the 8 th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Melbourne, Australia, 1924 August, 1979. –Amsterdam – New York – Oxford, 1979. –P. 17.

249. Dawkins S., Taylor R. Nonconsummation of marriage: a survev of cases. //Lancet. –1961. –V. 21. –P. 1029.

250. Eicher W. Der vaginismus. // Sexualmedizin. –1979/ V. 8. P. 105-109.

251. Ellison C. Vaginismus. //Med. Asp. Hum Sexual. –1973. –V. 6. P. 34-36.

252. Erdwins C. et all. The relationship of sex role to self-consept.-J.Clin.Psychol.1980.-Vol.36. №1.P.111-115.

253. Eysenck H. J., Wilson G. The psychology of sex. –London. 1979. 125 p.

254. Fertel N. S. Vaginismus: a raview. //J. Sex. Marit. Ther. –1977. V. 3. P. 113-121.

255. Fisher S. The female orgasm. Physiology. Fantasy. –New York, 1973. – 533 p.

256. Ford C. S., Beach F. A. Patterns of sexual behavior. –New York, 1951. –318 p.

257. Fordney D. S. Dyspareunia and vaginismus. // Clin. Obstet. Gynecol. 1978. –V. 21. P. 205.

258. Frank D. R. Psychological theories of the effects of placebos with special consideration for the attribution theory // Pharmacopsychiatry. 1986. – Vol. 19, №4. –P. 337-338.

259. Frank R. T. Dyspareunia: a problem for general practitioner. // JAMA. – 1978. –V. 136. –P. 361.

260. Freud S. (Фрейд З.) Методика и техника психоанализа. – МоскваПетербург: Гос. издво, 1923. –136 с.

261. Freud S. (Фрейд З.) О психоанализе. –М.: Наука, 1911. –67 с.

262. Freud S. New introductory lectures on psychoanalysis. –London: Standart Edition. –1964. V. 22. –182 p.

263. Friedman J. Virginitat in der eho. –StuttgartBern, Huber, Klett, 1963. – 98 p.

264. Fuchs K.et all. Hypnodesensitisation therapy of vaginismus. Part 1. "In vitro" method. Part 2. "in vivo" method // Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1973. – V. 21. P. 144-145.

265. Fuchs K. Therapy of vaginismus by hypnotic desensitization. //Am. J. Obstetr. Gynecol. 1980. V. 137. No 1. p. 17.

266. Gagnon J. H., Simon W. Sexual conduct. The social sourses of human sexuality. –Chicago, 1973. –316 p.

267. Gauchet M., Swain G. Du traitement moral. Remargues sur la formation de lufdee contemporaine de psychotherapie // Confront psychiatr. –1986. – №26. –P. 19-40.

268. Gebhard P. H., Johnson A. B. The Kinsey data: Marginal tabulations of the 19381963 interviews conducted by the institute for sex research. Philadelphia, 1979. –642 p.

269. Greben S. E. Psychotherapy today. Furter consideration of the essence of psychotherapy // Brit. J. Psychiatry. –1987. –Vol. 151, № Sept. –P. 283-287.

270. Green R. (Грин Р.) Психологические теории нарушения эрекции \\ Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение): Пер. с англ. М. :Медицина, 1985. С. 105-114.

271. Greenson R. The technigue and practice of psychoanalysis. –New York, 1986. –Vol. 1. –L. XXY. –411 P.

272. Grinder J., Bandler R. The structure of Magic II. A book about language and therapy. –Palo Alto: Science and Behavioun Books,1975. 198 p.

273. Grinder J., Bandler R. Tranceformations: Neurolinguistic programming a the structure of hypnosis. – Meab (Utah), 1981. –255 p.

274. Haldipur C. V. The meaning of psychotherapy // Psychol. med. 1985. Vol. 15, №4, P. 727-732.

275. Haynal A., Ferrero F. Les nouvelles psychotherapies: Etude, critigue // Confront. psychiatr. –1986. – №26. –P. 185-206.

276. Heilbrun A. Human sexrole behavior. –Pergamon Press. –Emory University, 1981.

277. Henric C., Hendrric S. A theory and methot love //J. Personal. Soc. Psychol. –1986. –V. 50. –392-402.

278. Imielinski K. (Имелинский К.) Сексология и сексопатология: Пер. с польск. –М. : Медицина,1986. –423 с.

279. Imielinski K. Modyfikacja psichoterapii nervicowych zaburzen wswodu cazonka // Pol. Tyg. Lsk. –1971. –T. 26, 24. –S. 910-912.

280. Imielinski K. Czlowiec i seks. –Warszawa: Inst. Wyd. Zwiazkow Zawodowych,1986. –308 s.

281. Ionoscy B. ett all. Patologia sexualizarii. –Bucuresti: Ed. Med. , 1980. – 214 p.

282. James B. Case of homosexuality treated by aversion therapy // Brit. Med. J. –1962. – № 5280. –P. 768-770.

283. John A. Vaginismus //Am. J. of Obstetr. Gynecol. 1978. –V. 131. №6, P. 632-636.

284. Kallen D. J., Stephenson J. J. Talking about sex. Revisited //J. Youth and Adolescence. – 1982. –V. 11. –P. 1124.

285. Kaplan H. S. The new sex therapy. –New York; Montreal: Book center, 1974. –544 p.

286. Kinsey A. C.ett all. Sexual behavior in the human female. –Philadelphia, 1948. –842 p.

287. Kozakiewicz M. (Козакевич М.) Сексуальное воспитание и молодежь Европы. София, 1985. –144 с.

288. Kratochvil S. (Кратохвиль С.) Психотерапия семейносексуальных дисгармоний. –М:Медицина, 1991. 335 с.

289. Kroger W. S., Fezier W. D. Imagery conditioning in hypnosis and behavior modification. –Philadelphia: J. B. Lipponcott Company, 1976. 166 p.

290. Lamont J. A. Vaginismus. //Am. J. Obstet. Gynecol. –1978. –V. 131. P. 632.

291. Langer G. Uber die psychotherapeutischen wirkungen von Psychopharmaka: Grundatzliche Anmerkungen aus psychologischer sicht // Wien med. Wschr. –1986. Bd. 136. №1920. S. 491-497.

292. Larsson B. Des sexualle handlingen och upplevelsen avsexualiteten // Social Med. –1975. №2. –S. 123-129.

293. Laslett P. Family life and illicit love in earlier generations. Cambridge, 1977. –270 p.

294. Laws J. l., Schwartz P. Sexual scripts. The social contruction of female sexuality. Hillsdale,1977. –150 p.

295. Leckie F. J. Hypnotherapy in gynecological disorders. // Int. J. Clin. Exp. Hypn. –1969. –V. 12. P. 121.

296. Lee J. A. A typology of styles of loving. //Personality and Social Psychol. Bull. 1977. –V. 3. –P. 173-182.

297. Leonhard K. Акцентуированные личности: Пер. с нем. –2е изд. стер. –Киев: Вища школа. Головное издво. –1989. –375с.

298. Malleson J. Vaginismus: its management and psychogenesis. // Br. Med. J. –1972. –V. 2. P. 213.

299. Mann D. W. The guestion of medical psychotherapy // Amer. J. Psychoter. –1989. –Vol. 43, №3. –P. 405-413.

300. Marks I. Bahavioral psychotherapy in general psychiatry. Helping patients to help themselves // Brit. J. Psychiatry. – 1987. –Vol. 150, May. –P. 593-597.

301. Masters W. H., JohnsonV. E. Principles of the new sex therapy // Amer. J. Psychiat. –1976. –V. 133. №5. P. 548-554.

302. Mead M. Male and Female. –New York, 1955. 318 p.

303. Meyer V., Chesaer E. Verhaltenstherapie in der klinischen Psychiatrie. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975. –228 s.

304. Miller G. B. Psychological conseguences of sexual inaguality // Amer. J. Orthopsychiat. –1971. V. 41, №5. –P. 767-775.

305. Money J. Love and love sickness. The science of sex, gender difference and pairbonding. –BaltimoreLondon, 1980. –256 p.

306. Munjack D. J., Staples P. R. Psyhological characters of women with sexual inhibition (frigidity) in sex clinics. // J. Nerv. Ment. Disc. –1976. – V. 163, №2. P. 117-123.

307. Nedoma K., Mellan J. Sexualni adaptace ve dvouletem menzelstvi. //Cs. Psyhiat. –1976. –Rok. 72, №3 –S. 189-192.

308. O'Connor J., Stern L. Results of treatment in functional sexual disorders // New York State J. of Medicine. – 1972. –Vol. 72. –P. 1927-1934.

309. Racy J. Ten misus es for sex // Medical Aspects of Humal Sexuality. – 1971. V. 5. –P. 136-145.

310. Raymond M. I. Case of fetishism treated by aversion therapy // Brit. Med. J. –1956. № 4997. –P. 854-857.

311. Reiden A. M. Review: Research on the psychology of women. //J. Gender Differences and Sexual and Reproductive Life. –1976. –V. 133, № 9. –P. 995-1007.

312. Reuben D. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить: Пер. с англ. –Харьков: Агентство "ХарьковНовости", 1991. –240 с.

313. Reynolds B. S. Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: A critical review // Psychol. Bull. –1977. –Vol. 84. P. 1218-1238.

314. Selye H. Stress without distress.–New York:Hodder, 1974/-171 p.

315. Shehan D. V. The Anxiety Disease. New York, 1986.

316. Singer Kaplan H. The new sex therapy. –New York: The New York Times Book Company, 1974. –V. 412. –434 p.

317. Skinner B. Оперантное поведение // История зарубежной психологии (30-60е г. г. XX в.) Тексты / Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. – М. : Издво Моск. унта, 1986. –С. 60-95.

318. Spanier G. B. Married an unmarried conabitation in the united States: 1980. // J. Marriage and the Family. 1983. V. 45. P. 277-278.

319. Udenberg N. Psychological aspects of sexual inadequacy in women. //J. Psychosom. Res. 1974. V. 18, No1. P. 133-147

320. Wagner G.,Green R. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение): Пер. с англ. –М. :Медицина,1985. –210 с.

321. Wagner E. The hand test. Projective test used as a predictor of overt aggresson. –Psychology Tests, N.J., 1971.

322. Wolpe J. Basic principles and practices of behavior therapy of neuroses. // Am. J. Psychiatry. –1969. –V. 125. P. 1242.

323. Божинова Д. А. Особенности на личността и на взаимоотношенията в половата двойка при пациенти с психогенно фиксиване на половите разстройства. – София,1978. –112 с.

324. Бостанджиев Т. А. Пол и полови разстройства. – София. 1978. –88с.

325. Yeshimbetova S.Z. Psychopathological, psychological and therapeutic aspects of virgogamia. The journal of the association of European psychiatrists. 16 th AEP Congress. –Nice. 5-9 April 2008. P.222.

Ешимбетова Саида Закировна

Родилась в 1961 году в городе Ташкенте. В 1985 году окончила Ташкентский Государственный медицинский институт лечебный факультет.

Трудовую деятельность начала врачем-психиатром. Вся научно-педагогическая деятельность непосредственно связана с Ташкентским институтом усовершенствования врачей, где автор прошел огромный путь от ассистента кафедры психиатрии и психотерапии до профессора данной кафедры. В 1991 году успешно защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук во Всесоюзном НИИ общей и судебной психиатрии им. В.П.Сербского по проблеме судебной психиатрии.

В 2004 году защитила докторскую диссертацию в стенах Ташкентского института усовершенствования врачей. С 1985 года занимается изучением различных аспектов психиатрии и психотерапии и вопросами лечения и реабилитации психически больных. С 2009 года является главным психотерапевтом Минздрава РУз.

Профессор С.З.Ешимбетова является автором более 80 научных трудов, в том числе «Справочника по психиатрии» на узбекском и русском языках и 2 руководств для врачей-психиатров.

Данная монография « Психопатологические, психологические и терапевтические аспекты виргогамии» профессора С.З.Ешимбетовой является логическим завершением успешно защищенной докторской диссертации и реализацией решения специализированного ученого совета ТашИУВ.